

# Präventionsgeschäftsstellen

HANDLUNGSANLEITUNG

ZUR NUTZBARMACHUNG VON ERFAHRUNGEN AUS DER  
DEUTSCHEN HERZ-KREISLAUF-PRÄVENTIONSSTUDIE (DHP)

04 0007

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**



# **PRAVENTIONSGESCHAFTSSTELLEN**

## **HANDLUNGSANLEITUNG ZUR NUTZBARMACHUNG VON ERFAHRUNGEN AUS DER DEUTSCHEN HERZ-KREISLAUF-PRÄVENTIONSSTUDIE (DHP)**

**vorgelegt**

**vom**

**Wissenschaftlichen Institut  
der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.**

**im Auftrag der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

**Bonn, im Oktober 1989**

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 40007  
(4.7)**

Diese Handlungsanleitung entstand im Auftrag der BZgA. Sie enthält Empfehlungen für den Aufbau von Präventionsgeschäftsstellen auf örtlicher (Gemeinde-, Kreis-) Ebene. Ihnen liegen Erfahrungen mit präventiver Geschäftsstellenarbeit zugrunde, die in vier Studienregionen der DHP gesammelt wurden.

Als die Handlungsanleitung in Auftrag gegeben wurde, dachten wir in erster Linie wegen der Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz vom Dezember 1982 ("Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst") an die Gesundheitsämter als Träger derartiger Geschäftsstellen. Da sich solche Geschäftsstellen aber weder zum Nulltarif noch mit Hilfe von zeitlich befristeten Arbeitsverhältnissen aufbauen lassen, sollten sich auch andere Institutionen - z.B. die Krankenkassen - von der Handlungsanleitung angesprochen fühlen.

- Inhalt:
- Die DHP und ihr Interventionskonzept
  - DHP-Geschäftsstelle
  - Geschäftsstellenstruktur: Organisationsform, Aufgaben(-bereiche), Interventionsstrategie, Organisationsstruktur
  - Ausgangs- und Rahmenbedingungen:  
kleine Gemeindediagnose
  - Geschäftsstellenbezogene Interventionsmaßnahmen
  - Empfehlungen für den Aufbau und die Arbeit einer Präventionsgeschäftsstelle (zeitliche Abfolge einzelner Schritte, Personal, Etat und Ausstattung, Leitsätze)
  - Anhang: Checklisten zur Gemeindestrukturanalyse und zur Angebotsanalyse, Maßnahmenbeschreibungen

Verfasser: Uwe Raven  
Lothar Klaes  
Hansheinz Kreuter

In Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den beteiligten Forschungsinstituten (vgl. zu den Adressen das Verzeichnis auf der 3. Umschlagseite)

- \* **Klaus Achilles,**  
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (*BIPS*)
- \* **Detlef Kuhn,**  
Bundesgesundheitsamt, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (*BGA*)
- \* **Peter Lang,**  
Bundesgesundheitsamt, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (*BGA*)
- \* **Peter Lemke-Goliasch,**  
Institut für Prävention und Gesundheitsforschung (*IPG*)
- \* **Andrea Mager,**  
Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin an der Medizinischen Klinik St. Irmingard (*KIPSI*)
- \* **Michael Vogt,**  
Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin an der Medizinischen Klinik St. Irmingard (*KIPSI*)
- \* **Günter Wendt,**  
Institut für Prävention und Gesundheitsforschung (*IPG*)
- \* **Christel Zenker,**  
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (*BIPS*)

## Vorwort

Die vorliegende Handlungsanleitung enthält Empfehlungen für den Aufbau von Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern. Sie umfaßt als Gesamtwerk sämtliche Informationen und Anregungen, die beim Aufbau und für die Arbeit einer solchen Einrichtung Beachtung finden sollten. Die Anleitung ist so aufgebaut, daß die einzelnen Kapitel auch in einer anderen als der vorgegebenen Reihenfolge gelesen werden können. Wo erforderlich, sind Verweise auf andere Textstellen angebracht, so daß auch bei einer solchen Lektüre nichts wesentliches übersehen werden kann.

- In jedem Falle sollte zuerst die Einführung gelesen werden.
- Wer sich dann Fragen des Ablaufs und der Arbeitsweise einer Präventionsgeschäftsstelle widmen will, kann mit Kapitel 6 beginnen; dieses Kapitel enthält auch eine in Leitsätzen und Stichworten formulierte Zusammenfassung der gesamten Handlungsanleitung.
- Wer sich dagegen in einem ersten Schritt eher für die Arbeitsinhalte, d.h. für konkrete Präventionsmaßnahmen im einzelnen, interessiert, für den empfiehlt sich zunächst die Lektüre von Kapitel 5.
- Wer sich zunächst über die Voraussetzungen, den Aufbau und die Organisationsstruktur einer Präventionsgeschäftsstelle Klarheit verschaffen will, sollte mit Kapitel 3 und 4 beginnen.
- Wer sich darüber hinaus auch für die wissenschaftlichen Grundlagen und die Herkunft der diesen Empfehlungen zugrundeliegenden Daten und Erfahrungen interessiert, sollte die Kapitel 1 und 2 über die Deutsche Herz-Kreislaufpräventionsstudie (DHP) lesen.

Auf diese Weise kann - je nach vorrangiger Fragestellung und Interesse eines Gesundheitsamtes - ein geeigneter Einstieg in diesen Text gewählt werden, und es kann die Bearbeitung der zu Bausteinen zusammengefaßten Empfehlungen auch ar-

beitsteilig von mehreren Mitarbeitern vorgenommen werden.

Dieser vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. erstellten Handlungsanleitung liegen Erfahrungen mit präventiver Geschäftsstellenarbeit zugrunde, die in vier Studienregionen der DHP gesammelt wurden. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der für diese Studienregionen zuständigen Forschungsinstitute BIPS, IPG, KIPSI und SozEp/BGA (s. zu den Adressen die Übersicht auf der 3. Umschlagseite) sei an dieser Stelle für Ihre Unterstützung und Mitwirkung gedankt.

## INHALTSVERZEICHNIS

### Vorwort

0.	Einführung	1
Kapitel 1:	Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) und ihr Interventionskonzept	6
Kapitel 2.	DHP-Geschäftsstelle	15
Kapitel 3:	Die vier Bausteine der Geschäftsstellenstruktur	19
3.1	<i>Baustein: Organisationsform</i>	21
3.2	<i>Baustein: Aufgaben(-bereiche)</i>	27
3.3	<i>Baustein: Interventionsstrategie</i>	35
3.4	<i>Baustein: Organisationsstruktur</i>	45
Kapitel 4:	Baustein - "Kleine Gemeinodiagnose" - Die Ermittlung der Ausgangs- und Rahmenbedingungen für die Präventionsgeschäftsstelle	49
Kapitel 5:	Baustein - Geschäftsstellenbezogene Interventionsmaßnahmen	54
Kapitel 6:	Empfehlungen für den Aufbau und die Arbeit einer Präventionsgeschäftsstelle in Gesundheitsämtern	65
6.1	<i>Aufbau einer Präventionsgeschäftsstelle in der zeitlichen Abfolge</i>	68
6.1.1	Konstituierungsphase	68
6.1.1.1	Personaleinstellungen	68

6.1.1.2	Operationalisierung des Geschäftsstellenkonzepts	73
6.1.1.3	Bezug und Ausstattung geeigneter Räume	78
6.1.1.4	"Kleine Gemeindediagnose"	80
6.1.1.5	Kontaktaufnahme zu relevanten Partnern	83
6.1.2	Vorbereitungsphase	84
6.1.2.1	Verbindliche Kooperationsabsprachen	84
6.1.2.2	Weiterentwicklung des Interventionskonzeptes mit Zeitplan und Zielkriterien	86
6.1.2.3	Entwicklung eines Bewertungskonzeptes zur Überprüfung der Interventionsziele	88
6.1.2.4	Planung und Vorbereitung intervenativer Maßnahmen	93
6.1.3	Durchführungsphase	94
6.1.3.1	Organisationsgerichtete Aktivitäten	94
6.1.3.2	Bürgergerichtete Aktivitäten	100
6.1.3.3	Dokumentation und Bewertung der Geschäftsstellenarbeit	103
6.2	<i>Jahresetat und Grundausstattung für die Intervention</i>	104
6.3	<i>Leitsätze für den ÖGD - Übertragung von Erfahrungen der DHP zum Aufbau von Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern</i>	108

## ANHANG

I Checkliste Gemeindestrukturanalyse

II Checkliste Angebotsanalyse

III Maßnahmenbeschreibungen

## 0. Einführung

Die Gesundheit der Bevölkerung ist heute in noch stärkerem Maße als früher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der neben der Heilung und Nachsorge die Gesunderhaltung und Vorbeugung vor Krankheiten ein zentrales Element ist. Die Umwelt- und Lebensbedingungen in entwickelten Industrieländern haben Verhältnisse geschaffen und Verhaltensweisen hervorgerufen, deren Folge ein ausgeprägter Wandel des Krankheitspanoramas hin zu den sog. Zivilisationskrankheiten ist. So sterben heute etwa 75% aller Bundesbürger allein infolge von Herz-Kreislauf- und von Krebserkrankungen. Hinzu kommt in den letzten Jahrzehnten ein starker Anstieg von Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atemwege und des Verdauungstraktes.

### **Verpflichtung zur Prävention**

Diese Ausgangslage ist Chance und Verpflichtung zugleich für die Ausweitung präventiver Bemühungen. Denn alle Fortschritte der kurativen und rehabilitativen Medizin haben diese Entwicklung offensichtlich nicht entscheidend bremsen können.

Hier sind insbesondere auch Gemeinden und Landkreise - und mit an vorderster Stelle die Gesundheitsämter - aufgerufen, alles zu unternehmen, um die Gesundheit ihrer Bürger zu fördern und zu erhalten. Gesundheitsämter können und müssen ihre Rolle als "Lobby der Gemeindebevölkerung" stärker als bisher gerade auch in der Prävention geltend machen.

Nahezu jeder Bürger weiß heute um die zivilisationsbedingten Gesundheitsgefährdungen, hat ein begründetes Unbehagen gegenüber krankmachenden Umweltbelastungen und häufig auch gegenüber eigenen Verhaltensweisen. Dennoch fehlt es offen-

sichtlich an Voraussetzungen, Anregungen und praxisbezogenen Empfehlungen, dies zu ändern.

Dieser Handlungsanleitung liegen Ergebnisse und mehrjährige Erfahrungen zugrunde, die in einem groß angelegten Forschungsvorhaben der Bundesregierung, der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), in den Jahren 1984 bis 1989 gewonnen wurden. Die DHP zielt auf eine Senkung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und -Sterblichkeit. Hierzu wird in ausgewählten Regionen ein flächendeckendes Programm zur Reduktion der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren eingesetzt (vgl. ausführlicher Kapitel 1).

Da es in allen Gemeinderegionen Gesundheitsämter gibt und diese Gesundheitsämter - gemäß der 50. GMK-Entscheidung von 1982 - eine Informations- und Koordinationsfunktion haben, bietet es sich an, diese bei der flächendeckenden Umsetzung der DHP-Erkenntnisse einzubeziehen. Eine Prämisse hierfür ist die Einrichtung von Präventionsgeschäftsstellen in den Gesundheitsämtern.

#### **Ziele der Handlungsanleitung**

Zur Unterstützung und Vorbereitung einer solchen Entwicklung will die vorliegende Handlungsanleitung Gesundheitsämter über den Aufbau und die Arbeit von "Präventionsgeschäftsstellen" informieren und Möglichkeiten zur Durchsetzung begründeter Forderungen an die Hand geben. Diese Handlungsanleitung soll Gesundheitsämter in die Lage versetzen,

- die Ziele einer Präventionsgeschäftsstelle zu formulieren,
- die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung aus bestehenden Bedarfs- und Problemlagen und der vorhandenen Angebotssituation abzuleiten,

- die optimale Ausgestaltung einer Präventionsgeschäftsstelle (hinsichtlich Organisationsform, Aufgabenbereichen, Interventionsstrategien und Organisationsstruktur) zu begründen,
- die Planung und Durchführung von Maßnahmen reibungsarm (da auf Lernprozessen der DHP in der Praxis aufbauend) zu gestalten,
- die notwendige Zusammenarbeit mit anderen Anbietern und Möglichkeiten der Koordination präventiver Leistungen konfliktarm zu bewältigen,
- die Kosten für eine angemessene personelle und sächliche Ausstattung zu begründen,

um mit einem solcherart vorbereiteten Katalog

- die erforderlichen politischen und Haushaltsberatungen erfolgreich bestehen

sowie

- eine bedarfsgerechte und erfolgversprechende Arbeit auf dem Feld der Prävention dauerhaft leisten

zu können.

Die notwendige Breitenwirkung ist für Gesundheitsämter nur dann zu erzielen, wenn sie vornehmlich als Initiator und Koordinator präventiver Leistungen in Erscheinung treten. Eigene präventive Maßnahmen sollten Gesundheitsämter in erster Linie nur dann anbieten, wenn dies nach sorgfältiger Prüfung des bestehenden Angebotspektrums und der eigenen Möglichkeiten erforderlich erscheint.

**Handlungsanleitung  
als praxisgerechte  
Aufbereitung eines  
umfangreichen  
Forschungsberichtes**

In den vier Studiengemeinden der "Kooperativen Prävention" (Berlin-Spandau, Bremen-Nord und -West, Stuttgart-West und -Vaihingen und Landkreis Traunstein) wurden 1984 bzw. 1985 zur Umsetzung des vorgegebenen Interventionsprogramms Geschäftsstellen bzw. Gesundheitstreffpunkte eingerichtet. Die seither in der Geschäftsstellenarbeit der DHP gesammelten Erfahrungen sind in einem ausführlichen Forschungsbericht des WIAD (im

Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) dokumentiert.

Die "Handlungsanleitung" ist eine praxisbezogene Aufbereitung dieser umfangreichen Materialien, die Mitarbeitern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Anregungen, Empfehlungen und Hinweise gibt, die beim Aufbau von Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern beachtet werden sollten. Neben allgemeingültigen Ergebnissen enthält diese "Handlungsanleitung" auch solche, die sich je nach Art des Versorgungsgebietes, der Größe eines Amtes und der programmatischen Zielsetzung verändern.

#### **Aufbau der Handlungsanleitung**

Zum Verständnis der Herkunft der Daten und Erfahrungen werden eingangs die DHP und ihr Interventionskonzept (Kapitel 1) sowie die DHP-Geschäftsstellen (Kapitel 2) in ihren Grundzügen vorgestellt. In Kapitel 3 werden die vier Bausteine der Geschäftsstellenstruktur erläutert. Diese werden im wesentlichen von Ausgangs- und Rahmenbedingungen des Gemeindeumfeldes und von inneramtlichen Programmvorgaben beeinflusst. Diese Faktoren, die die jeweils unterschiedlichen Ausprägungen einer Geschäftsstellenstruktur bestimmen, können anhand einer "kleinen Gemeindediagnose" ermittelt werden (Kapitel 4). Einen Überblick über nach Themen und Zielgruppen gegliederte Interventionsmaßnahmen, wie sie im Rahmen der Herz-Kreislauf-Prävention in der DHP erprobt wurden und noch bis zum Ende der Hauptstudienphase 1991 durchgeführt werden, gibt Kapitel 5. Aus den vielfältigen Erfahrungen der DHP abgeleitete Empfehlungen für den Aufbau und die Arbeit von Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern werden in Kapitel 6 gegeben. Hierzu werden zunächst die einzelnen Schritte in der zeitlichen Abfolge anhand eines Aufbau- und Ablaufplanes

kommentiert. Diesem schließt sich eine Modellrechnung für den Jahresetat von Präventionsgeschäftsstellen verschiedener Größe und Ausrichtung an. Abschließend werden dann zusammenfassend Leitsätze für den ÖGD formuliert. In einem Anhang sind "Checklisten" für die "kleine Gemeindediagnose" sowie eine Auswahl der in Kapitel 5 vorgestellten Maßnahmen in übersichtlich gegliederter Beschreibung angefügt. Diese Maßnahmenbeschreibungen sollen Gesundheitsämtern bei der Auswahl, Planung und Umsetzung von präventiven Aktionen konkrete Hinweise geben.

**Weitergehende Informationen**

Weitergehende Informationen sind bei den an der DHP beteiligten Instituten erhältlich (s. Übersicht auf der 3. Umschlagseite). Darüber hinaus existiert eine umfangreiche Literatur, die sich mit der DHP beschäftigt. Seit 1986 unterhält die Studie mit dem DHP-FORUM eine eigene Veröffentlichungsreihe. Auf Anfrage können Literaturverzeichnisse zur DHP insgesamt und zu einzelnen Themen zur Verfügung gestellt werden.

## Kapitel 1: Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) und ihr Interventionskonzept

### Forschungsvorhaben zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Krankheiten

Die DHP\* ist ein multizentrisches, von acht Instituten durchgeführtes Forschungsvorhaben, in dem die praktische Anwendbarkeit wissenschaftlich begründeter primärpräventiver Maßnahmen und Programme zur Bekämpfung ischämischer Herzkrankheiten (Mangeldurchblutung der Herzgefäße) sowie der Herzinfarkte und Schlaganfälle in ausgewählten Studiengemeinden nachgewiesen werden soll. Konzepte, Methoden und Studienanlage insgesamt wurden während einer von 1979 bis 1983 dauernden Pilot- und Vorstudienphase entwickelt und getestet. Dabei wurde auf Erfahrungen aus vergleichbaren Gemeindestudien zurückgegriffen (z.B. Nord-Karelien/Finnland; Aarau/Schweiz; Eberbach, Wiesloch/Bundesrepublik Deutschland; Stanford, Pawtucket, Minnesota/USA). Die DHP hat diese Ansätze weiterentwickelt und in ein Gesamtgefüge gestellt, das in Umfang und Vielschichtigkeit deutlich über die bisherigen Vergleichsstudien im In- und Ausland hinausgeht.

1984 ist die DHP in die Hauptstudienphase eingetreten, die 1991 abgeschlossen werden soll. Für die Hauptstudienphase wurde von den beteiligten Instituten ein Forschungsverbund "Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie" gebildet, dessen Koordinationssekretariat und Geschäftsstelle das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. in Bonn ist.

---

\*) Die DHP wird gefördert im Rahmen des ressortübergreifenden Programms der Bundesregierung "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit". Dieses Programm wird gemeinsam getragen von den Bundesministerien für Forschung und Technologie (BMFT), für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) und für Arbeit und Sozialordnung (BMA).

Die DHP soll in einem Zeitraum von 8 Jahren in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland durch konzentrierte Angebote und Maßnahmen zur praktischen Gesundheitsvorsorge nachweisen, daß die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Vermeiden schädlicher Lebensgewohnheiten und Erlernen gesundheitsbewußten Verhaltens deutlich gesenkt werden kann. Als Studienregionen wurden Berlin-Spandau, Bremen-Nord und -West, Stuttgart-West und -Vaihingen, der Landkreis Traunstein sowie die Gemeinden Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach ausgewählt. Die von der DHP bewirkten Veränderungen werden einer wissenschaftlichen Bewertung unterzogen und mit den entsprechenden bundesweiten Entwicklungen verglichen. Ziel ist es, einen Katalog von primärpräventiven Maßnahmen zu erproben und zu empfehlen, der unter den Bedingungen der Bundesrepublik Deutschland geeignet ist, das Auftreten der Volkskrankheit Nr. 1 entscheidend verringern zu können.

#### **Senkung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren**

Aus verschiedenen epidemiologischen Studien ist hinreichend bekannt, daß das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung mit individuellen Merkmalen und Verhaltensweisen von Personen verbunden ist. Diese kardiovaskulären Risikofaktoren umfassen insbesondere erhöhten Blutdruck, überhöhte Cholesterinwerte, Rauchen, Übergewicht, Mangel an körperlicher Aktivität und psychosoziale Einflußfaktoren. Die oben erwähnten Studien haben gezeigt, daß ein breit angelegtes, die genannten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren umfassendes (multifaktorielles), interdisziplinäres und gemeindeorientiertes Präventionsprogramm notwendig, durchführbar und wirksam ist und eine Senkung der Herz-Kreislauf-Krankheiten herbeizuführen vermag.

Ein solcherart breit angelegtes Präventionsprogramm ist nicht nur geeignet, Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen. Darüber hinaus leistet ein derartiges Programm auch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung (health promotion) allgemein und zur Verhütung anderer Krankheiten - wie etwa der bösartigen Neubildungen, Erkrankungen der Atemungswege, des Bewegungsapparates sowie des Verdauungstraktes. Insofern ist die DHP ein gutes Beispiel für eine gemeindebezogene Gesundheitsvorsorge, die die eher auf das Individuum ausgerichteten Bemühungen der klinischen Medizin ergänzt. Damit leistet die DHP auch Pionierarbeit für die im Aufbau befindliche Public Health-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland.

#### **Umfassender Forschungsansatz**

Um eine langfristige stabile Verankerung vorbeugender Maßnahmen im Gesundheitswesen zu erreichen, integriert die DHP verschiedene Ansatzpunkte in ein sich auf Gemeindeebene ergänzendes Maßnahmenkonzept. Dieses berücksichtigt die Wechselbeziehungen der wesentlichen Risikofaktoren in den verschiedenen Lebensbereichen der Bevölkerung. Durch den Abbau der Risikofaktoren bei den Einwohnern der ausgewählten Studiengemeinden soll eine Senkung des Auftretens von ischämischen Herz- und Hirngefäßkrankheiten gegenüber der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung erreicht werden.

Neben der Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren sind die Interventionsmaßnahmen auch auf die dauerhafte Veränderung von gesundheitsbezogenen Lebensstilen und präventiven Versorgungsstrukturen auf Gemeindeebene gerichtet. Dies geschieht über die Beeinflussung gesundheitsfördernder Einstellungen und Verhaltensweisen sowie über die Verbesserung und Ausweitung präventiver Angebote und deren Inanspruchnahme. Die Umsetzung

dieses Programms erfordert somit auch die Berücksichtigung sozialer und psychosozialer Determinanten des Gesundheitsverhaltens.

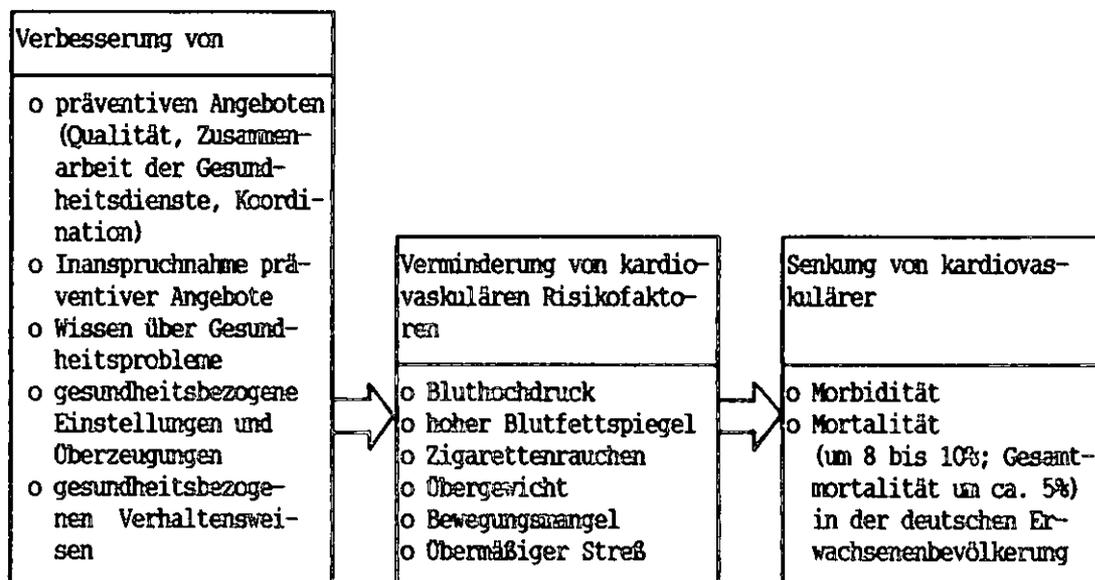
#### Ziele der DHP

Zu Studienbeginn wurden folgende Ziele als verbindlich für die DHP festgelegt:

- Entwicklung sowie Durchführung und Verankerung eines effektiven gemeindeorientierten Präventionsprogramms, das nach Beendigung der Interventionsperiode von den Studiengemeinden in eigener Regie fortgeführt werden soll;
- Ausweitung und Verbesserung präventiver Angebote und ihrer Inanspruchnahme;
- Verbesserung von gesundheitsbezogenen Kenntnissen, Einstellungen und Verhaltensweisen;
- Verminderung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren;
- Senkung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit durch Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung der Studiengemeinden;
- Gewährleistung der Übertragbarkeit des Programms auf andere Gemeinden.

Die nachstehende Übersicht faßt die Ziele der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie zusammen.

Abbildung 1: Ziele der DHP



### Zwei Präventionsansätze

Im Rahmen der DHP werden zwei unterschiedliche Präventionsansätze, die im wesentlichen verschiedene Zugangswege in die Gemeinde betonen, durchgeführt: Die Kooperative Prävention und die Kommunale Prävention. Bei diesen Interventionsansätzen handelt es sich nicht um grundsätzlich unvereinbare Alternativen, sondern vielmehr um unterschiedliche Akzentsetzungen entsprechend den verschiedenartigen theoretischen Grundpositionen der beteiligten Wissenschaftler.

### Interventionsphilosophie der Kooperativen Prävention

Der Ansatz der Kooperativen Prävention verwendet nach einem einheitlichen Plan einen Katalog von Maßnahmen, die in der Vorstudienphase von den beteiligten Studienzentren entwickelt bzw. angepaßt und erprobt wurden. Das Interventionskonzept basiert auf dem derzeitigen Wissen über die Ursachen und Bedingungen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (theoriegeleiteter Forschungsansatz). Die aktive Beteiligung möglichst vieler praktizierender Ärzte in den Studiengemeinden ist eine

unverzichtbare Bedingung. Grundsätzlich sollen alle Berufsgruppen und Organisationen, die sich auf Gemeindeebene für die Gesundheit der Bürger engagieren, zu einer aktiven und ständigen Mitarbeit motiviert werden.

**Interventionsphilosophie der Kommunalen Prävention**

Die Kommunale Prävention verzichtet demgegenüber auf den Einsatz eines vorgegebenen Maßnahmenkataloges. Sie nutzt aufgrund mehrjähriger Felderfahrungen (empirisch geleiteter Forschungsansatz) die historisch gewachsene Aufgabenstellung der niedergelassenen Ärzteschaft in den Studiengemeinden, um über "Arbeitsgemeinschaften zur kommunalen Gesundheitsvorsorge" gesundheitsfördernde Aktionen durchzuführen und anzuregen. Wesentliche Elemente sind die Spontaneität, Kreativität und Mitverantwortlichkeit, in der die Bürger selbst Aktionen unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Situation in der Gemeinde entwickeln und umsetzen sollen. Um zu gewährleisten, daß dies in jedem Fall medizinisch vertretbar ist, müssen sämtliche Aktivitäten von der niedergelassenen Ärzteschaft befürwortet werden.

**Studiengemeinden**

Studiengemeinden der Kooperativen Prävention sind:

- Berlin-Spandau,
- Bremen-Nord und -West,
- Stuttgart-West und -Vaihingen,
- Landkreis Traunstein.

Studiengemeinden der Kommunalen Prävention sind:

- Karlsruhe,
- Bruchsal,
- Mosbach.

**Mitarbeit von Bürgern und Organisationen in der Gemeinde**

Spezifische Methoden sind entwickelt worden, um öffentliche Information und Aufklärung, Aus-, Fort- und Weiterbildung von sogenannten Multipli-

katoren (Ärzten, Apothekern, anderen Berufen des Gesundheitswesens, Lehrern, Laien) zu fördern sowie Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Bei den Multiplikatoren handelt es sich um die für die Zielerreichung unverzichtbaren Personen und Berufsgruppen, die das DHP-Programm anerkennen, aufgreifen und gleichsam multiplizierend in die Gemeinde hineintragen. Ohne die Unterstützung einer Vielzahl solcher Multiplikatoren könnte es unter den Modell- und Alltagsbedingungen nicht gelingen, ein derart vielschichtiges Programmangebot, wie das der DHP, in den Gemeinden zu verankern.

Innerhalb der vergleichsweise kurzen Studiendauer können die angestrebten Effekte nur durch die Gewinnung und den Einsatz dieser Multiplikatoren, unter Einbeziehung wichtiger Personen des öffentlichen Lebens, von Gruppen und Organisationen in der Gemeinde sowie durch eine angemessene Nutzung der Massenmedien erreicht werden. Für eine möglichst gute Kooperation aller an den präventiven Programmen beteiligten Personen und Einrichtungen wird in den Studiengemeinden jeweils ein "Arbeitskreis Gesundheit" tätig.

Die einzelnen Programmelemente sind auf die speziellen Interessen und Handlungsmöglichkeiten der Kooperationspartner in der Gemeinde ausgerichtet. Die Interventionsmaßnahmen werden so gestaltet, daß sie von der in der Gemeinde vorhandenen und mit dem DHP-Engagement ausgebauten Trägerstruktur nach Beendigung des geförderten Programms in eigener Verantwortung übernommen und fortgeführt werden können. Die Sicherstellung der Übernahme von DHP-Programmen in den Studienregionen durch Dritte sowie ihre Eignung für eine Übertragung in andere Regionen sind entscheidende Rahmenbedin-

gungen für eine gesundheitspolitisch erfolgreiche Durchführung der DHP.

Da nur im Modell der Kooperativen Prävention die Einrichtung von Geschäftsstellen als zentrale Organisationseinheiten für die Durchführung der Intervention vorgesehen ist, beschränken sich die folgenden Ausführungen und die in dieser Handlungsanleitung zusammengetragenen Erfahrungen auf diesen Ansatz.

Während Inhalte und Abfolge der Intervention in der Kommunalen Prävention in das freie Ermessen der niedergelassenen Ärzte sowie der Bürgerschaft insgesamt gestellt sind, vollzieht sich die Intervention in der Kooperativen Prävention nach Maßgabe eines einvernehmlich festgelegten Maßnahmenkataloges (Abb. 2) sowie in der zeitlichen Abfolge entsprechend einem "Wellenkonzept", wie es in Abbildung 3 vorgestellt wird.

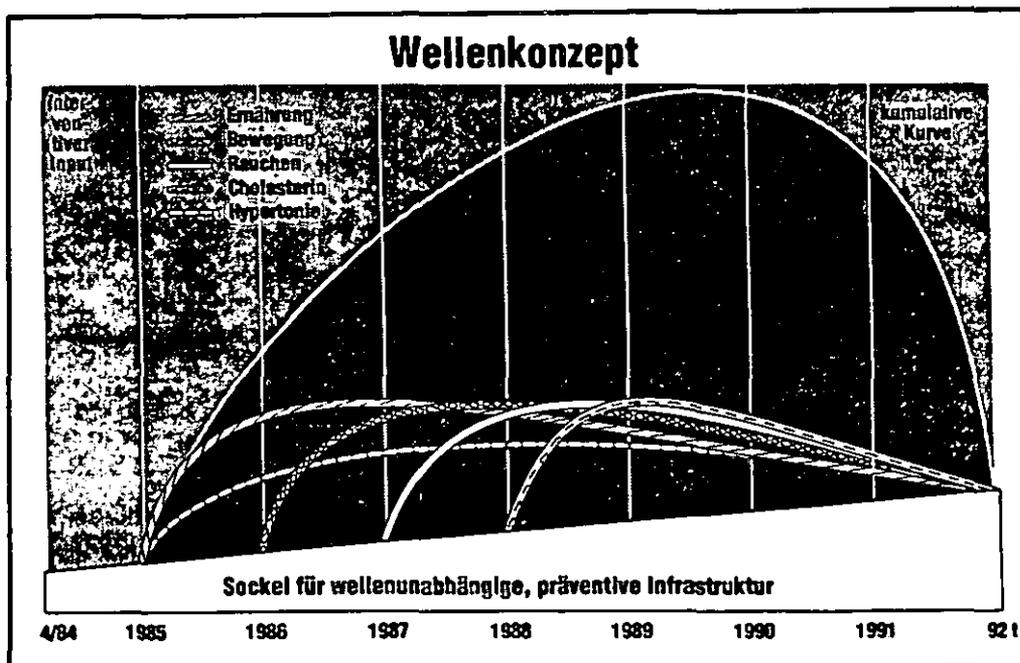
Abbildung 2: DHP-Maßnahmenkatalog (Kooperative Prävention)

Maßnahmenkatalog  
der Kooperativen  
Prävention

1. Arbeitskreis Gesundheit mit DHP-Geschäftsstelle
2. Informations- und Motivationskampagnen
  - DHP-übergreifende Maßnahmen
  - Zentrenspezifische Maßnahmen
  - Risikofaktoren-spezifische und -übergreifende Programme zu
    - o Ernährung
    - o Bewegung
    - o Rauchen
    - o Hypertonie
    - o Hypercholesterinämie
3. Schulung und Einsatz von Multiplikatoren
  - o Ärzte
  - o Apotheker
  - o andere Gesundheitsberufe
  - o Lehrer
  - o Laien/ Betriebsangehörige
4. Gesundheitsfördernde Programme und Materialien
5. Gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen

Abbildung 3: Interventionsverlauf und Aktivitäten der DHP-Studienzentren (Kooperative Prävention)

Interventionsver-  
lauf (Wellenkon-  
zept)



## Kapitel 2: Die DHP-Geschäftsstelle

**Geschäftsstellen  
als Ort für Pla-  
nung und Durchfüh-  
rung der Inter-  
vention**

Der Maßnahmenkatalog der Kooperativen Prävention sieht als eine der ersten und wichtigsten Aufgaben die Einrichtung einer Geschäftsstelle in der jeweiligen Studienregion vor.

Die Geschäftsstellen sind als Ort für die Planung und Durchführung der Intervention konzipiert. Sie sollen die bestehenden und zu gründenden "Arbeitskreise Gesundheit" in ihrer Arbeit beraten und unterstützen.

**Geschäftsstelle  
als Begegnungs-  
stätte**

Der grundsätzlichen Studienphilosophie entsprechend kann darüber hinaus in der Einrichtung einer lokalen Anlauf-, Verteilungs- und Kommunikationsstelle eine unumgängliche Konsequenz der Gemeindeorientierung gesehen werden. Eine permanente, unschwer identifizierbare Geschäftsstelle sollte für Bürger und kooperationswillige Organisationen (z.B. auch die Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheit) präsent und während fester Geschäftszeiten geöffnet sein. Geschäftsstellen sollten den Charakter von "Begegnungsstätten" für alle an Gesundheit interessierten Gemeindemitglieder haben.

**Geschäftsstelle  
als administrati-  
ves Zentrum**

Die Geschäftsstellen wurden im Verlaufe der Studie - in Folge der Eigendynamik des Interventionsgeschehens in den sehr verschiedenartigen Studienregionen - in unterschiedlicher Ausprägung aber auch zu administrativen Zentren des Managements präventiver Leistungen weiterentwickelt. Sie wurden zu logistischen Leitstellen für Planung, Organisation, Durchführung und Ergebniskontrolle von Interventionsprogrammen und Einzelmaßnahmen.

Gemeinsamkeit der Zielsetzungen von DHP und ÖGD

ÖGD und DHP gemeinsam ist das generelle Interesse an der Prävention von Zivilisationskrankheiten und an der Förderung gesunder Lebensweisen, wobei das thematische Interesse und der Auftrag des ÖGD weit über den Rahmen der Herz-Kreislauf-Prävention hinausgehen. Für DHP und ÖGD ist auch charakteristisch, daß sie sich mit ihren präventiven Angeboten an eine sozialräumlich begrenzte Bevölkerung in der Gemeinde wenden. Insofern liegt es nahe, die Erfahrungen der DHP mit ihrer Organisationseinheit "Geschäftsstelle" für den ÖGD nutzbar zu machen.

Zielsetzungen und Zielgruppen der Geschäftsstellen

Entsprechend den zu Beginn der DHP allgemein festgelegten Zielsetzungen dient die Einrichtung einer Geschäftsstelle als (vgl. zum Aufgaben- und Maßnahmenspektrum ausführlicher weiter unten Abb. 6 und die Maßnahmentableaus in Kapitel 5)

- Möglichkeit der Information und Kommunikation in der Gemeinde für die Erörterung gesundheitsbezogener Fragen,
- Träger für Seminare und Veranstaltungen zur Vermittlung von Handlungskompetenz der Multiplikatoren,
- Kontakt- und Vermittlungsstelle für interessierte Einzelpersonen, lokale Gruppen, Verbände, Träger und Selbsthilfegruppen, -initiativen (Sprechstunden/Telefondienst),
- zentraler Ort (in Ergänzung zum Arbeitskreis Gesundheit) für die Erbringung und Koordination von Präventionsangeboten, die besonders auf die Förderung von Eigeninitiative und Selbsthilfe bei Gesundheitsfragen bezogen sind,
- lokaler Stützpunkt für Mitarbeiter des Projekts, für Multiplikatoren der Studie und für die kommunalen "Schlüsselpersonen".

Weiterhin unterstützt die DHP-Geschäftsstelle

- die Verknüpfung gesundheitsbezogener Angebote in der Gemeinde,

- die Förderung eines gemeindebezogenen Gesundheitsbewußtseins,
- die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbsthilfepotentialen,
- die Berücksichtigung alltagsbezogener Belastungen und ihrer Überwindung im Präventionsangebot.

Zielgruppen sind alle Bewohner und Einrichtungen in der Gemeinde. Vor allem sollen auch solche Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, die durch traditionelle Angebotsformen und Aktivitäten nur schwer erreichbar sind. Unter dem Leitgedanken "Hilfe zur Selbsthilfe" soll auch die Förderung von Selbsthilfepotentialen in Form "Regionaler Arbeitsgemeinschaften für Selbsthilfegruppen" vorangetrieben werden.

Als weitere Zielgruppen werden Multiplikatoren und Schlüsselpersonen angesprochen. Erstere können interessierte Laien und Funktionsträger sein,

- die an einer gesundheitsbezogenen Fortbildung mitarbeiten (z.B. Selbsthilfegruppenmitglieder),
- die entweder über spezifische gesundheitsbezogene Kenntnisse verfügen und/oder Mitglieder entsprechender Einrichtungen sind.

Schlüsselpersonen sind gekennzeichnet durch ein erwartbares ständiges Engagement und ihr Potential, als "anerkannte Personen" einen bestimmten Bevölkerungskreis zu erreichen.

An die DHP-Geschäftsstellen sind folgende Anforderungen zu knüpfen:

- Die Geschäftsstelle soll für die Bewohner der Gemeinde relativ schnell mit ihren konkreten Programmangeboten identifizierbar sein,

- das Image der Geschäftsstelle darf sich nicht auf das einer reinen Kontakt- und Informationsbörse beschränken,
- die Geschäftsstelle muß ein zur Eigeninitiative ermutigendes Profil entwickeln,
- die Geschäftsstelle soll Motor für die Schaffung eines gesundheitsbewußten und präventionsförderlichen Klimas in der Gemeinde sein.

**Bürgergerichtete  
bzw. organisa-  
tionsgerichtete  
Aktivitäten**

Entsprechend dem beschriebenen Doppelcharakter der Geschäftsstelle als "Begegnungsstätte" und als "administratives Zentrum" ist die dort geleistete interventive Arbeit zu unterscheiden in **bürgergerichtete bzw. organisationsgerichtete Aktivitäten**. Bürgergerichtete präventive Leistungen wenden sich unmittelbar an die Gemeindebevölkerung. Organisationsgerichtete Aktivitäten beziehen sich zunächst auf Multiplikatoren und Organisationen in der Gemeinde. Sie sind somit mittelbar an die Gemeindebevölkerung gerichtet.

### Kapitel 3: Die vier Bausteine der Geschäftsstellenstruktur

Eine wesentliche Aufgabe der DHP ist die Erprobung von präventiven Maßnahmen und Programmen in unterschiedlichen Regionen und Gemeinden. Dabei prägten von vorneherein die verschiedenen Gegebenheiten in den DHP-Studiengemeinden die jeweilige interventive Ausrichtung der Geschäftsstellen und beeinflussen deren Entwicklung bis heute. Bei aller grundsätzlich durch das DHP-Programm bedingten Gemeinsamkeit ergaben sich somit dennoch kennzeichnende Unterschiede in Organisation und Arbeit der Geschäftsstellen.

Planung, Koordination und Durchführung präventiver Maßnahmen sowie die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und Organisationen sind zentrale Aufgabenbereiche in allen DHP-Geschäftsstellen. Allerdings lassen sich unterschiedliche Schwerpunkte feststellen.

#### Regionale Ausprägungen der DHP-Geschäftsstellen

- Die Gesundheitstreffpunkte in Bremen-Nord und -West sind als Einrichtungen des Bremer Studienzentrums BIPS\*) eher gemeinwesenorientierte Anlauf- und Kontaktstellen für ratsuchende Bürger und arbeiten somit schwerpunktmäßig bedürfnis- und situationsbezogen. Ausgangspunkte der gemeinwesenorientierten Arbeit sind ein überschaubarer Lebensraum (Stadtteil) sowie soziale Lage und soziale Bezüge der Bewohner. Übergreifende Geschäftsstellenarbeit ist vorrangig zentral in der Institutsgeschäftsstelle des BIPS selbst angesiedelt. Die organisationsgerichtete Arbeit wird sowohl vom Sitz des

\*) vgl. zu Name und Adresse der Studienzentren das Verzeichnis der an der DHP beteiligten Institute auf der 3. Umschlagseite

BIPS aus als auch in den Treffpunkten wahrgenommen.

- Die Geschäftsstelle in Stuttgart hat als Einrichtung des IPG\*') eher den Charakter eines administrativen Organisationsbüros und arbeitet stark koordinierend und multiplikatorenbezogen - mit eher indirektem Kontakt zum Bürger. Übergreifende Aufgaben werden vorrangig zentral im IPG, das seinen Sitz in Heidelberg hat, wahrgenommen.
- Die Geschäftsstelle in Berlin-Spandau ist ebenfalls vom Grundsatz eher dem Typus Organisationsbüro zuzuordnen, arbeitet aber mehr im Sinne einer direkten bürgergerichteten Intervention. Die Geschäftsstelle ist zugleich Sitz des Berliner Studienzentrums, dessen Träger das BGA\*') ist.
- Die Geschäftsstellen im Landkreis Traunstein (in Bergen und in der Kreisstadt Traunstein) sind eher organisatorische Zentren für dezentrale bürgergerichtete Aktivitäten mit dem speziellen Kennzeichen einer "mobilen Präventionseinheit". Beide Geschäftsstellen sind zugleich Sitz des örtlichen Studienzentrums, dessen Träger das KIPSI\*') in Prien am Chiemsee ist.

Diese unterschiedlichen Ausprägungen der Geschäftsstellenarbeit und ihrer Organisation sind sowohl das Ergebnis grundsätzlicher Entscheidungen zu Beginn der Studie als auch das Resultat von Anpassungsprozessen in der Praxis. Die dabei zugrundeliegenden Erfahrungen konzentrieren sich auf vier zentrale Aspekte.

---

\*) vgl. zu Name und Adresse der Studienzentren das Verzeichnis der an der DHP beteiligten Institute auf der 3. Umschlagseite

**Vier Grundsatzent-  
scheidungen einer  
Präventionsge-  
schäftsstelle**

Bei der Gründung einer Präventionsgeschäftsstelle müssen Entscheidungen hinsichtlich der

- Organisationsform
  - Aufgaben(-bereiche)
  - Interventionsstrategie
  - Organisationsstruktur
- in Abhängigkeit von
- besonderen Problemlagen in der Gemeinde
  - inneramtlichen Voraussetzungen
  - der bereits vorhandenen Angebotsstruktur und
  - Merkmalen der Gemeindestruktur
- vorbereitet und getroffen werden.

Diese vier Entscheidungen sind zwar grundsätzlich miteinander verknüpft, können aber, um die den einzelnen Bausteinen zuzuordnenden Problemstellungen und Lösungswege besser zu verdeutlichen, zunächst einer getrennten Betrachtung unterzogen werden. Die zeitliche Abfolge dieser Entscheidungen wird in Kapitel 6 im einzelnen anhand eines Aufbau- und Ablaufplans dargelegt (s. auch den ausfaltbaren Plan vor der 3. Umschlagsseite).

**3.1 Baustein: Organisationsform**

**Problemstellung**

Zunächst ist abzuwägen, in welcher Form eine Präventionsgeschäftsstelle eingerichtet werden soll. Die Festlegung auf einen bestimmten Typ bzw. eine bestimmte Kombination von Typen kann zwar grundsätzlich auch später noch korrigiert werden. Dies kostet aber Zeit, Geld und Ansehen, falls hiermit eine Rücknahme von Leistungen verbunden sein sollte.

Daher sollte gleich zu Beginn sehr sorgfältig geprüft werden, welche der folgenden Organisationsformen überhaupt in Frage kommen.

Abbildung 4:

Möglichkeiten von  
Organisationsfor-  
men

A	<b>ORGANISATIONSFORM</b>
A	<b>1. Organisationsbüro</b>
	zentraler Ort der Planung
	zentraler Ort der Vorbereitung
	dezentraler Ort der Durchführung
A	<b>2. Ladenlokal</b>
A	<b>3. Mobile Geschäftsstelle</b>
A	<b>4. ausgelagerte Beratungsstellen in Ortsämtern, Bürgermeistereien oder Außenstellen von Ämtern</b>

Organisationsbüro und Ladenlokal sind ständig besetzte Einrichtungen mit festen Öffnungszeiten. Die mobile Geschäftsstelle kann in regelmäßigem Turnus und/oder aktionsbezogen eingesetzt werden. Ausgelagerte Beratungsstellen sollten zu feststehenden Öffnungszeiten (z.B. einen Tag pro Woche) für die Bevölkerung erreichbar sein.

Wie auch bei den weiteren Bausteinen zur Struktur der Geschäftsstelle hängt diese Entscheidung von einer Reihe von Voraussetzungen und Bedingungen ab, so z.B. ganz grundsätzlich von der Frage, wie ein Gesundheitsamt in der Gemeinde in Erscheinung treten will oder welche Mittel für eine mögliche Geschäftsstellenarbeit vorhanden sind. Ebenso spielt die programmatische Grundsatzfrage, ob schwerpunktmäßig bürgergerichtete oder organisationsgerichtete Arbeit geleistet werden soll, eine wichtige Rolle.

Die Erfahrungen der DHP haben gezeigt, daß für diese Entscheidung die genaue Kenntnis der Gemeinde- oder Kreisstruktur eine wesentliche Vor-

aussetzung darstellt. Bei Nichtbeachtung einiger wichtiger Kenndaten der Gemeinde- bzw. Kreisstruktur kann das Ziel einer bedarfsgerechten, vom Bürger anerkannten und in Anspruch genommenen Präventionsgeschäftsstelle sehr leicht verfehlt werden.

**Wesentliche Strukturmerkmale als Orientierungsdaten**

Im einzelnen sollten folgende Strukturmerkmale für die Gesamtgemeinde und einzelne Stadtbezirke/ Stadtteile bzw. für einen Landkreis und seine Gemeinden Beachtung finden:

- |   |  |
|---|--|
| I | 1. Gemeindebevölkerung                           |
| I | 2. Sozialer Status von Bevölkerungsgruppen       |
| I | 3. Siedlungsstruktur                             |
| I | 4. Arbeitsstätten                                |
| I | 5. Betriebsgrößen                                |
| I | 6. Arbeitslose/Arbeitslosenquote                 |
| I | 7. Pendlerströme                                 |
| I | 8. Bestandsverändernde Faktoren<br>(Wanderungen) |
| I | 9. Ausländeranteil und Religionszugehörigkeit    |
| I | 10. Mortalität und Morbidität                    |

Zur Ermittlung solcher Orientierungsdaten zur Abschätzung und Charakterisierung der Gemeinde- bzw. Kreisstruktur bedarf es keiner lückenlosen Totalanalyse. Es genügt vielmehr die Kenntnis ausgewählter Informationen aus der amtlichen Statistik und anderen leicht zugänglichen Quellen (siehe hierzu Kapitel 4: Baustein "Kleine Gemein-  
dediagnose").

**Leitmerkmale für die Wahl einer Organisationsform**

Zumeist sind es nur wenige Leitmerkmale, die letztendlich für die Organisationsform einer Präventionsgeschäftsstelle prägenden Charakter haben. In der Praxis hat sich gezeigt, daß insbesondere dem Merkmal Siedlungsstruktur eine herausragende Rolle zukommt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, welche Organisationsform bzw. welche Kombination von Formen

sich bei unterschiedlichen Siedlungsstrukturen empfiehlt.

Abbildung 5:

Empfehlungen zur Wahl der Organisationsform in Abhängigkeit von Merkmalen des Versorgungsgebietes					
		Komponenten der Organisationsform			
		Organisationsbüro	Ladenlokal(e)	Beratungsstelle(n) (dezentral)	mobile Geschäftsstelle(n)
I	<p>Städte über 250.000 Einwohner</p> <p>- hohe Zentralität</p> <p>- mehrere gewachsene Subzentren</p>	<p>XXX</p> <p>XXX</p>		<p>0</p> <p>0</p>	
II	<p>Städte von 50 bis 250.000 Einwohner</p> <p>- hohe Zentralität</p> <p>- verschiedene Subzentren</p> <p>- ländliche Randgemeinden</p>	<p>XXX</p> <p>XXX</p> <p>XXX</p>		<p>0</p> <p>0</p> <p>X</p>	
III	<p>Städte bis 50.000 Einwohner</p> <p>- hohe Zentralität</p> <p>- ländliche Randgemeinden</p>	<p>XXX</p> <p>XXX</p>		<p>0</p> <p>X</p>	
IV	<p>Landkreise</p> <p>- mit starker Ausrichtung auf Kreisstadt</p> <p>- mit Ausrichtung auf mehrere Unterzentren</p>	<p>XXX</p> <p>XXX</p>		<p>0</p> <p>XXX</p>	

- XXX = unverzichtbar
- XX = sehr empfehlenswert
- X = empfehlenswert
- 0 = nicht empfehlenswert bzw. nicht durchführbar
- = austauschbar

Die Abbildung verdeutlicht, daß die Komponente "Organisationsbüro" bei jeder Siedlungsstruktur unverzichtbar ist. Bei der Wahl weiterer, ergänzender Organisationskomponenten besteht hingegen eine gewisse Entscheidungsfreiheit.

**Wahl einer geeigneten Organisationsform**

Die mit der Entscheidung für eine geeignete Organisationsform befaßte Amtsleitung wird - entsprechend ihren programmatischen Vorstellungen und Zielsetzungen - in die Lage versetzt, mit Hilfe dieser Matrix die vorhandenen Entscheidungsspielräume so auf die wesentlichen Gesichtspunkte zu konzentrieren, daß sie zu einer ihrer Situation adäquaten Lösung kommen kann. Tendenziell läßt sich sagen, daß städtische Gemeinderegionen mit einer relativ niedrigen Ein- und Auspendlerrate die Einrichtung eines bürgernahen "Ladenlokals" sinnvoll machen. Dort, wo eine Vielzahl von kulturellen, historisch gewachsenen Einzelzentren, über eine relativ große Gemeinde-region verteilt, flächendeckend versorgt werden soll, müssen interventive Aktivitäten zentral geplant und vorbereitet, jedoch dezentral und flexibel - z.B. in ausgelagerten Beratungsstellen - erbracht werden. Insbesondere im ländlichen Raum mit einer entsprechend großen Streubreite einzelner Gemeinden ist die Einrichtung einer "mobilen Präventionsgeschäftsstelle" anzuraten.

Im Rahmen des Versorgungsauftrages von Gesundheitsämtern ist die Siedlungsstruktur ein erstes und wichtiges Kriterium für die Wahl bestimmter Organisationsformen. Aber auch die anderen aus der "kleinen Gemeindediagnose" gewonnenen Strukturdaten sollten bei dieser Entscheidung herangezogen werden. So geben beispielsweise hohe Anteile alter Menschen, ein hoher Anteil sozial Benachteiligter, eine hohe Arbeitslosenquote oder

ein hoher Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung Hinweise auf bestimmte Problemlagen. Stadt- oder Kreisgebiete, in denen sich solche Bevölkerungsgruppen konzentrieren, können von einer zentralen Präventionsgeschäftsstelle nicht optimal versorgt werden. Hier sollten Ladenlokale oder zumindest Beratungsstellen vor Ort (ggf. auch mobile Geschäftsstellen) eingerichtet werden. Nur so können vorhandene Zugangsbarrieren überwunden werden.

Wie Betriebsgrößen und Pendlerströme die Wahl der Organisationsform beeinflussen können, mag das folgende Beispiel verdeutlichen. In einer Region mit einer Wirtschaftsstruktur, in der ein oder wenige Großbetriebe (mit Betriebskrankenkassen, Kantinen und einer bereits vorhandenen präventiven Basisversorgung in den Betrieben) einen großen Teil der Arbeitsplätze anbieten und ein hoher Prozentsatz der Arbeitnehmer aus ein oder zwei angrenzenden Kreisen einpendelt, kann die Einrichtung eines Organisationsbüros, eventuell ergänzt um Beratungsstellen, bereits genügen. Voraussetzung hierfür und zugleich vorrangige Aufgabe der Präventionsgeschäftsstelle wäre die enge Zusammenarbeit mit dem/den Betrieb(en).

In die Entscheidung bezüglich der Organisationsform müssen aber neben den Strukturdaten noch weitere Überlegungen einbezogen werden. Neben den eingangs erwähnten Fragen der gewünschten Einschätzung des Amtes durch die Bevölkerung und den verfügbaren Mitteln sind dies insbesondere Prioritätenfestsetzungen bei der Auswahl von Aufgabenbereichen und Interventionsstrategien (s. hierzu auch die beiden folgenden Abschnitte). Soll z.B. in direktem Bürgerkontakt ein hoher Anteil von Beratungsleistungen das Geschäftsstellenbild prägen, ist die Einrichtung von Laden-

lokalen oder ausgelagerten Beratungsstellen nahezu unumgänglich. Stehen demgegenüber organisatorische und strukturverändernde Aufgaben im Vordergrund, wie z.B. die Koordination von Angeboten oder die Funktion als Informationsstelle für die Erbringer präventiver Leistungen, genügt die Einrichtung eines Organisationsbüros. Eigene präventive Aktivitäten - insbesondere notwendige Beratungsleistungen - können dann auch dort erbracht werden.

### *3.2 Baustein: Aufgaben(-bereiche)*

#### **Problemstellung**

Das Feld gesundheits- und präventionsbezogener Aufgaben- und Themenbereiche ist groß. Ein Anspruch, überall mitzuwirken, wäre verfehlt, da dies die beschränkten Mittel der Gesundheitsämter überfordern und dem Gedanken der Kooperation aller in der Prävention aktiven Organisationen widersprechen würde. Gesundheitsämter müssen folglich eine Auswahl ihrer Schwerpunktaufgaben vornehmen, wenn ihre präventiven Anstrengungen, bei gegebenen Mitteln, den bestmöglichen Erfolg bringen sollen. So kann z.B. der anfängliche präventive Elan der Mitarbeiter sehr schnell in Resignation umschlagen, wenn versucht wird, gleichzeitig und mit dem Anspruch auf Flächendeckung mehrere wichtige Themen- und Aufgabenbereiche anzugehen.

#### **Unterscheidung zwischen bürgergerichteten und organisationsgerichteten Aufgaben**

Vorab muß grundsätzlich entschieden werden, ob mehr bürgergerichtete (auf die Endadressaten bezogene) oder mehr organisationsgerichtete (auf Multiplikatoren und andere Anbieter bezogene) Aufgaben den Vorrang haben sollen.

Der folgende Katalog von Aufgabenbereichen unterscheidet zwischen diesen grundsätzlichen Aus-

richtungen und ermöglicht so eine Vorauswahl künftiger Tätigkeitsfelder.

Abbildung 6:

B. AUFGABEN(-BEREICHE)	Primäre Ausrichtung der Aufgaben	
	"bürgergerichtet"	"organisationsgerichtet"
B 1. inhaltliche Einzelberatung (Bürger treten spontan mit einer beliebigen gesundheitsbezogenen Fragestellung an die Geschäftsstellenmitarbeiter heran)	X	
B 2. inhaltliche Einzelberatung (aktionsbezogene Beratung zu einem von der Geschäftsstelle angeregten Gesundheitsthema)	X	
B 3. inhaltliche Beratung von Gruppen (Beratung und Schulung bestimmter Risikogruppen: Diabetiker, Übergewichtige, Raucher, etc.; Beratung unspezifischer Gruppen: Schüler, Betriebsangehörige, etc.)	X	X
B 4. Beratung von Institutionen (bzgl. Organisation, Durchführung und Evaluation von selbstständig durchgeführten Aktionen)		X
B 5. Fortbildung von Multiplikatoren (mit Hilfe von Schulungsprogrammen für Ärzte, Arzthelferinnen, Apotheker, Ernährungsfachkräfte, Lehrer, Laufgruppenleiter, Übungsleiter von Sportvereinen)		X
B 6. Entwerfen und Gestalten von Präventionsstrategien/ Konzepten (bei der gemeindeorientierten Operationalisierung der DHP-Wellenkonzeption)	X	X
B 7. Entwerfen und Erstellen von Materialien (zur Vorbereitung und Durchführung von Aktionen: Handzettel, Plakate, Info-Blätter, Kollagen, Wandzeitungen, etc.)	X	
B 8. Erhebung und Analyse gemeindebezogener Daten (insbesondere über das Angebot präventiver Leistungen anderer Institutionen und Daten über spezifische Gesundheitsprobleme und spezielle Zielgruppen in der Gemeindebevölkerung)	X	X
B 9. Durchführung präventiver Aktionen /Großveranstaltungen (z.B. Gesundheitsfeste, Betriebsaktionen, Frühjahrsaktionen)	X	
B 10. Erstellung eines Präventionsführers (periodische Erscheinungsweise, in Kooperation mit relevanten Organisationen)	X	X

B. AUFGABEN (-BEREICHE)	Primäre Ausrichtung der Aufgaben	
	"bürgergerichtet"	"organisationsgerichtet"
B 11. Entwickeln und Pflegen von PR-Kontakten (vor allem stetige Kontakte zu regionalen Medien, auch wenn keine aktuellen Ereignisse anstehen)		X
B 12. Sammeln und Vermitteln von Informationen und Ressourcen (Adressen von wichtigen Ansprechpersonen und Sponsoren sowie von Organisationen, die leihweise Material und Geräte zur Verfügung stellen, etc.)	X	X
B 13. Kontaktstelle für Organisationen und Gruppen (gemeindebezogene Vernetzung von Anbietern und Multiplikatoren)		X
B 14. Kontaktstelle zu überregionalen Gesundheitsorganisationen und Verbänden (gemeindeüberschreitende Kontakte zu Entscheidungsträgern, die Einfluß auf regionale Kooperationspartner haben, z.B. im Falle von Krankenkassen, Ärzte bzw. Apothekerkammern, etc.)		X
B 15. Evaluation eigener präventiver Aktionen (Dokumentation und Bewertung von Maßnahmen, damit diese eventuell verbessert sowie anderen potentiellen Zielgruppen und Interessenten demonstriert werden können, aber auch zur Legitimation gegenüber Geldgebern und vorgesetzten Dienststellen)		X
B 16. Sammlung und Aufbereitung wissenschaftlicher Daten und Ergebnisse der Gesundheitsforschung (für die Fachberatung von interessierten Laien, Institutionen und regionalen Dienststellen der Gemeinderegion)	X	X
B 17. präventionsbezogene wissenschaftliche Beratung (für interessierte Bürger und Institutionen, die sich intensiver mit Fragen der Gesundheitsvorsorge befassen wollen)	X	X
B 18. Etablierung und Leitung eines regionalen Arbeitskreises Gesundheit (inkl. Unterstützung von Arbeitsgruppen zu spezifischen gesundheitlichen Problemstellungen)		X
B 19. Unterstützung von Selbsthilfegruppen (materielle und organisatorische Hilfe ohne verpflichtenden Charakter der Leistung)	X	
B 20. Schaffung einer sozialkommunikativen Atmosphäre (Geschäftsstelle als Ort, an dem sich die Bürger treffen können, um über alltägliche und gesundheitliche Probleme und Sorgen zu reden)	X	

**Prüfung von Defizitbereichen und möglichen Kooperationsfeldern**

Sicherlich wird jedes Gesundheitsamt in der Lage sein, seine bisherigen präventiven Aktivitäten diesem Katalog zuzuordnen. Dabei wird deutlich, daß es eine Reihe von Feldern dieses Kataloges bereits hinreichend oder teilweise abgedeckt hat. Welche weiteren Aktivitäten zur Vervollständigung eines inneramtlichen Präventionsprogramms hinzukommen sollen, hängt vom Angebot anderer in der Gemeinde aktiven Organisationen ab. Für Gesundheitsämter ist es - im Hinblick auf die 50. GMK-Entscheidung vom Dezember 1982 - darüber hinaus wichtig zu prüfen, von welchen bisherigen endadressatenbezogenen Aktivitäten sie entlastet werden können. Im Vordergrund stehen hierbei vor allem nicht amtsspezifische Aufgaben, die auch von anderen Organisationen übernommen werden können. Auf diesem Wege können Kapazitäten für ÖGD-spezifische Aufgaben (z.B. regionale Gesundheitsberichterstattung, Angebotsanalyse, Initiierung und Koordinierung gesundheitserzieherischer Angebote) freigesetzt werden.

**Beobachtung des "Gesundheitsmarktes"**

Zur Festlegung der Aufgaben (-bereiche) und zur Vermeidung von unnötigen Konkurrenzsituationen bedarf es einer möglichst genauen und stetigen Beobachtung des "Gesundheitsmarktes" der Gemeinde.

**Erstellung eines Organisationsrasters**

Wie im Falle der Gemeinde- bzw. Kreisstruktur (Abschnitt 3.1) müssen hierzu bestimmte Kenndaten gesammelt werden. Dazu ist es für Gesundheitsämter gewiß problemlos möglich, ein Organisationsraster (Karteikasten) aufzubauen, in das zunächst einmal die bereits bekannten Mitanbieter präventiver Leistungen eingeordnet werden. Dabei ist die im Anhang beigefügte Checkliste Angebotsanalyse für eine systematische Erfassung hilfreich. Sie enthält folgende Merkmale:

**Merkmale für die  
Checkliste**

- |    |     |  |
|----|-----|--|
| II | 1.  | Schulen  |
| II | 2.  | Arztpraxen   |
| II | 3.  | Ärztliche Organisationen                                   |
| II | 4.  | Apotheken  |
| II | 5.  | Krankenhäuser  |
| II | 6.  | Sozialstationen/Soziale Dienste                            |
| II | 7.  | Krankenkassen  |
| II | 8.  | Erwachsenenbildungsinstitutionen                           |
| II | 9.  | Sportvereine   |
| II | 10. | sonstige Vereine (mit gesundheitsbezogenen<br>Aktivitäten) |
| II | 11. | Selbsthilfeorganisationen                                  |
| II | 12. | Medien   |
| II | 13. | Betriebe   |
| II | 14. | Parteien, Gewerkschaften, Behörden, Ver-<br>bände          |

**Entwicklung einer  
Handbibliothek**

Zu diesen Institutionen sollten persönliche Kontakte geknüpft werden, um über das jeweilige aktuelle Angebot frühzeitig und umfassend informiert zu sein. Erforderlich ist auch, Programmhefte, Veranstaltungshinweise etc. - möglichst nach Themenbereichen und inhaltlichen Stichworten geordnet - beispielsweise in einer kleinen Handbibliothek zu sammeln.

Beide Dokumentationen zusammen - "Organisationsraster" und "Handbibliothek" - werden so zu einer wichtigen Entscheidungsgrundlage für die Auswahl eigener Aufgabenbereiche und die Koordination der gesamten präventiven Leistungen im Gemeindeumfeld (Prinzip der Aufteilung in additive bzw. koordinative Leistungen der Präventionsgeschäftsstelle).

**Generelle Aussagen  
zur Festlegung von  
interventiven Auf-  
gaben(-bereichen)**

Das Aufgabenfeld sollte jedoch nicht losgelöst von der Organisationsform festgelegt werden, da bestimmte Aufgaben von bestimmten Organisationsformen besser, andere weniger gut getragen werden können. Die nachfolgende Übersicht enthält Empfehlungen für die Zuordnung der eingangs beschriebenen Aufgabenbereiche zu den verschiedenen Organisationsformen und stellt auf diese Weise

deren spezifische Eignung für die Erfüllung der wichtigsten Aufgaben heraus.

Abbildung 7: Zuordnung von Aufgaben(-bereichen) zu Organisationsformen

Aufgaben(-bereiche)	Organisationsformen			
	Organi- sati- onsbüro	Laden- lokal(e)	Bera- tungs- stel- le(e)	nobile Ge- schäfts- stellen
1. inhaltliche Einzelberatung (spontane Bürgerberatung)	X	XXX	XXX	XXX
2. inhaltliche Einzelberatung (aktionsbezogene Beratung)	X	XXX	XXX	XXX
3. inhaltliche Beratung von Gruppen	X	XXX	XXX	X
4. Beratung von Institutionen	XX	X	XX	X
5. Fortbildung von Multipli- katoren	XX	X	X	0
6. Entwerfen und Gestalten von Präventionsstrategien/ Kon- zepten	XXX	XX	XX	0
7. Entwerfen und Erstellen von Materialien	XXX	X	X	0
8. Erhebung und Analyse gemein- debezogener Daten	XXX	0	0	0
9. Durchführung präventiver Ak- tionen /Großveranstaltungen	XXX	X	X	0
10. Erstellung eines Präven- tionsführers	XX	0	0	0
11. Entwickeln und Pflegen von PR-Kontakten	XXX	X	X	0
12. Einwerbung und Vermittlung von Leistungen Dritter	XX	X	X	XX
13. Kontaktstelle für örtliche Organisationen und Gruppen	XXX	XXX	XXX	XXX

XXX = unverzichtbar

XX = sehr empfehlenswert

X = empfehlenswert

0 = nicht empfehlenswert bzw. nicht durchführbar

Aufgaben(-bereiche)	Organisationsformen			
	Organi- sati- onsbüro	Laden- lokal(e)	Bera- tungs- stel- le(n)	mobile Ge- schäfts- steilen
14. Kontaktstelle zu überregio- nalen Gesundheitsorganisatio- nen und Verbänden	XXX	0	0	0
15. Evaluation eigener präven- tiver Aktionen	XX	XX	XX	XX
16. Sammlung, Aufbereitung und Vermittlung wissenschaft- licher Daten und Ergebnisse der Gesundheitsfor- schung	XX	X	X	0
17. Präventionsbezogene wissen- schaftliche Beratung	XX	X	X	X
18. Mitarbeit in einem regionalen Arbeitskreis Gesundheit	XXX	X	0	0
19. Unterstützung von Selbsthil- fegruppen	XX	XX	XX	0
20. Schaffung einer sozialkom- munikativen Atmosphäre	XXX	XXX	XXX	XXX

XXX = unverzichtbar  
 XX = sehr empfehlenswert  
 X = empfehlenswert  
 0 = nicht empfehlenswert bzw. nicht durchführbar

Spezifische Eigen-  
schaften von Organi-  
sationsformen für  
besondere Aufga-  
ben(-felder)

Wie dieser Übersicht zu entnehmen ist, wird inhaltliche Einzelberatung von ratsuchenden Bürgern in erster Linie in Ladenlokalen, dezentralen Beratungsstellen und mobilen Geschäftsstellen erbracht. Eine Präventionsgeschäftsstelle, die eher im Sinne eines Organisationsbüros arbeitet, wird hingegen sehr selten direkte Einzelberatungen durchführen, da schon allein die Räumlichkeiten i.d.R. für einen permanenten Publikumsverkehr nicht geeignet sind. Gleichwohl sollten die Mitarbeiter die Qualifikation für solche Beratungsgespräche besitzen, so daß diese im Einzelfall möglich sind.

Die Zuordnung von Aufgaben (-bereichen) zu den jeweiligen Organisationsformen zeigt deutlich, daß der Form des Organisationsbüros eine besondere Bedeutung zukommt. Bestimmte eher übergreifende und administrative Aufgaben (-bereiche), wie Konzeptentwicklung, Erhebung und Analyse von Gemeindedaten, Erstellung eines Präventionsführers oder die Pflege von Kontakten zu überregionalen Gesundheitsorganisationen und Verbänden, lassen sich am besten im Rahmen eines Organisationsbüros bewältigen. Hingegen sind bestimmte bevölkerungsbezogene Maßnahmen, wie Einzelberatung und Beratung von Gruppen, in erster Linie über die Formen Ladenlokal, Beratungsstelle und mobile Geschäftsstelle möglich.

Generell kann gesagt werden, daß dezentrale Intervention durch Beratungsstellen in der Region ebenso wie eine mobile Einheit auch eines festen Stützpunktes in Form des Organisationsbüros bedarf. Wird aus Gründen der "Programmphilosophie" und der Gemeindestruktur (z.B. dichte Besiedlung, sozialer Brennpunkt) die Einrichtung eines Ladenlokales angestrebt, müssen entweder entsprechende Funktionsbereiche des Organisationsbüros integriert werden oder gleichzeitig ein räumlich getrenntes Organisationsbüro - eventuell im Gesundheitsamt selbst - eingerichtet werden. Für jede der gewählten Organisationsformen sowie deren Kombination ist jedoch anzumerken, daß nicht alle aufgeführten Aufgaben(-bereiche) aufgegriffen werden müssen. Je nach Programm des Gesundheitsamtes, vorhandenen personellen sowie sächlichen Mitteln und äußeren Bedingungen der Gemeinde- und Angebotsstruktur sollten die Aufgaben(-bereiche) so ausgewählt werden, daß weder bei den Mitarbeitern noch in der Gemeinde der Eindruck einer Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit entsteht,

da dies letztlich bei beiden Seiten zu Desinteresse und Demotivation führen wird.

### *3.3 Baustein: Interventionsstrategie*

#### **Problemstellung**

Wie bereits in Abschnitt 3.2 angedeutet, verlangt der Aufbau einer Präventionsgeschäftsstelle auch eine Entscheidung darüber, welche präventiven Leistungen vom Gesundheitsamt selbst übernommen werden (z.B. schwerpunktmäßige Multiplikatorenarbeit) und welche Aufgaben in Kooperation mit anderen Institutionen bzw. von diesen auf Anregung der Gesundheitsämter bewältigt werden sollten. Unter dem Aspekt der Gesamtversorgung der Gemeinde in möglichst vielen präventiven Themenbereichen ist es angebracht, mit erfolgreich tätigen Institutionen zusammenzuarbeiten bzw. deren Angebote zu übernehmen, um so die eigenen Kapazitäten für andere Aufgaben zu erhalten. Zudem sollte die Präventionsgeschäftsstelle - wo immer möglich - andere Anbieter anregen, bestimmte präventive Leistungen in eigener Regie zu erbringen.

Grundsätzlich kann die Bestimmung von Interventionsstrategien einer Präventionsgeschäftsstelle anhand folgender Strategiemerkmale erörtert werden:

Abbildung 8:

Merkmale für den Einsatz bestimmter Interventionsstrategien

C.	INTERVENTIONSSTRATEGIEN
	<i>Unterschieden nach Trägern der Maßnahmen</i>
C	1. eigene Veranstaltungen/Maßnahmen
C	2. eigene Veranstaltungen/Maßnahmen in Kooperation mit Partnern
C	3. Koordination von oder Teilnahme an Veranstaltungen/Maßnahmen anderer Anbieter
	<i>Unterschieden nach Ausdehnung der Maßnahmen</i>
C	4. flächendeckende und breitenwirksame Intervention
C	5. auf einzelne Zielgruppen bezogene Intervention
	<i>Unterschieden nach Adressaten und Zielrichtung der Maßnahme</i>
C	6. Verhältnisprävention zur Beeinflussung von Leistungsangeboten (organisationsgerichtete, strukturelle Intervention)
C	7. Verhaltensprävention zur Beeinflussung des gesundheitsbezogenen Lebensstils über Appelle und Handlungsanleitungen (bürgergerichtete, individuelle Intervention)

Die Auswahl und Kombination dieser Strategie-merkmale hängt zunächst von der Angebotsanalyse im Interventionsgebiet und der Entscheidung für eine bestimmte Organisationsform ab. Ein weiteres entscheidendes Kriterium ist die Berücksichtigung des bei möglichen Kooperationspartnern vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Konfliktpotentials. Manchen Anbietern präventiver Leistungen fällt die Kooperation aufgrund oft langjähriger Konkurrenzbeziehungen schwer, wenn es beispielsweise um die Absicherung einer flächendeckenden Versorgung geht, die am besten durch eine gemeinsame Anstrengung aller Anbieter erreichbar wäre.

**Kenntnisse des sozialen Netzwerks**

Probleme wie das letztgenannte erfordern möglichst genaue Kenntnisse des sozialen Netzwerkes der Gemeinde:

- Zwischen welchen Personen oder Einrichtungen bestehen bereits gute Kooperationsbeziehungen?
- Welche einflußreichen Personen/Organisationen haben eine besondere Integrationskraft?
- Gibt es sog. "Marktführer" in bestimmten präventiven Themenbereichen, deren Interessen unbedingt berücksichtigt werden sollten?
- Welche Form der Prozeßsteuerung hat sich als erfolgreich erwiesen?

Solche und ähnliche Fragen können helfen, die i.d.R. in allen Gesundheitsämtern vorhandenen Kenntnisse des (präventiven) kommunalen "Kräftefeldes" zu ordnen. Hat man sich auf diese Weise einen Einblick in den gemeindeorientierten Gesundheitsmarkt verschafft, dann wird überschaubar, welche Kooperationsmöglichkeiten vorhanden bzw. welche Konflikte eventuell zu erwarten sind.

**Angebotsdefizite zur Orientierung von Interventionsstrategien**

In einem nächsten Schritt ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, welche Angebotslücken bei der Analyse des Marktes für präventive Leistungen erkennbar sind. Bezieht man die eigene personelle und materielle Ausstattung in seine Überlegungen mit ein, wird die Auswahl erfolgversprechender und auf die Situation der Gemeinde ausgerichteter Interventionsstrategien ermöglicht. Die Gewichtung all dieser Faktoren ist grundsätzlich abhängig vom besonderen Interventionskonzept der jeweiligen Amtsleitung.

**Generelle Aussagen zur Festlegung von Interventionsstrategien**

So wird beispielsweise die Frage, in welchem Ausmaß eigene Veranstaltungen (C 1) konzipiert und durchgeführt werden sollen, zunächst einmal davon abhängen, ob und in welchem Maße dies mit dem vorhandenen Personal, bei gegebenen Sachmitteln,

geleistet werden kann. Andererseits wird eine grundsätzliche Entscheidung für eine solche Interventionsstrategie nur dann sinnvoll sein, wenn man sich vorher vergewissert hat, daß auf dem Gesundheitsmarkt für den abzudeckenden Themenbereich eine tatsächliche Angebotslücke besteht bzw. bestehende Angebote von unzureichender Qualität sind.

**Entscheidungsstufen für die Auswahl einer Interventionsstrategie**

Ist man beispielsweise bei näherer Betrachtung der Situation der Ansicht, daß die vorhandene personelle und materielle Ausstattung für eine flächendeckende Versorgung mit eigenen Veranstaltungen nicht ausreicht, lassen sich zwei weiterführende Teilstrategien erwägen. Im einen Fall wäre zu prüfen, ob geeignete Kooperationspartner für eine Mitarbeit gewonnen werden können (C 2). Im anderen Fall wäre zu überlegen, ob zunächst nur bestimmte Zielgruppen mit dem bislang fehlenden Präventionsangebot versorgt werden sollen (C 5). Vorausgesetzt, daß auch diese beiden strategischen Überlegungen (C2 und C5) zu keinem befriedigenden Lösungsweg führen, könnte eine längerfristige Strategievариante im Sinne einer relativ aufwendigen, individuell orientierten Verhaltensprävention (C7) oder einer strukturell orientierten Verhältnisprävention durchdacht werden. Wenn kurzfristige eigene Angebote zu bestimmten präventiven Themen, auch in Kooperation mit Partnern, nicht zu einer zufriedenstellenden Versorgung führen, wäre grundsätzlich zu überlegen, inwieweit verhältnispräventive Maßnahmen (C 6) zur Beeinflussung von Leistungsangeboten Dritter (z.B. durch strukturelle Maßnahmen wie raucherfreie Zonen oder besondere Multiplikatorenschulungen) eingeleitet werden sollten.

Die im Vorangegangenen angestellten Überlegungen sollten beispielhaft die Entscheidungsstufen ver-

deutlichen, die für die Auswahl einer bestimmten Interventionsstrategie maßgeblich sind. Die Erfahrungen der DHP-Geschäftsstellen verallgemeinernd, lassen sich Bedingungen formulieren, die für die Wahl geeigneter Interventionsstrategien maßgeblich sind:

**Verallgemeinerbare Erfahrungen zur Bestimmung von Interventionsstrategien**

Die Entscheidung für eigene interventive Veranstaltungen (C 1) ist grundsätzlich dann angezeigt, wenn Lücken im präventiven Angebot erkennbar sind und diese nicht durch andere präventiv tätige Institutionen - eventuell auf Initiative des Gesundheitsamtes - geschlossen werden können. In solchen Fällen sollten geeignete Maßnahmen bzw. Materialien entwickelt und angeboten werden. Die Grenzen für solche direkten interventiven Aktivitäten einer Präventionsgeschäftsstelle werden letztendlich von deren personeller und materieller Ausstattung bestimmt.

**Beispiel für die Notwendigkeit eigener interventiver Veranstaltungen**

So war beispielsweise in der ländlichen Interventionsregion Traunstein eine erhebliche Lücke im Bereich Selbsthilfegruppenarbeit zu erkennen. Konsequenterweise leistete die Geschäftsstelle bei der Einrichtung und Erhaltung einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen beratende und materielle Hilfestellung (Räume, Büromittel, Telefon). Dabei wurde darauf geachtet, daß die inhaltliche Arbeit der Gruppen sowie deren Koordination von verantwortlichen Mitgliedern eigenständig bewältigt werden konnte. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle beschränkten sich weitestgehend auf die Gewährung der erwähnten materiellen und organisatorischen Hilfen.

Die Entscheidung für eigene Veranstaltungen in Kooperation mit Partnern (C 2) ist dann zu erwägen, wenn

- eine Maßnahme den eigenen finanziellen, materiellen und personellen Rahmen sprengt,

- mehrere Themenbereiche im Rahmen einer übergreifenden Maßnahme (z.B. Großveranstaltungen, Veranstaltungsreihen) bewältigt werden sollen,
- andere Anbieter über besondere und bewährte Qualifikationen verfügen,
- eine flächendeckende Versorgung angestrebt wird,
- durch die Teilnahme von Partnern der Zugang zur Gemeindebevölkerung bzw. einzelnen Zielgruppen erleichtert wird.

**Beispiel für eigene Veranstaltungen in Kooperation mit Partnern**

So wurde beispielsweise in Stuttgart die Planung und Durchführung von Großveranstaltungen zur Verbesserung des allgemeinen präventiven Klimas eng an die in der Gemeinderegion ansässige Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung gekoppelt, da solche Veranstaltungen nur in Kooperation mit potenten Partnern erfolgreich bewältigt werden können.

Die Koordination von oder Teilnahme an Veranstaltungen Dritter (C 3) ist eine Strategie, die ganz im Sinne der 50. GMK-EntschlieÙung dort sinnvoll zur Anwendung kommt, wo eine Arbeitsgemeinschaft existiert und bereits eine Vielzahl qualifizierter Anbieter den Gesundheitsmarkt belebt. Wo gute Angebote vorliegen, sollte die Geschäftsstelle keine unnötige Konkurrenzsituation schaffen, indem sie zusätzliche Maßnahmen zur gleichen Thematik entwickelt und anbietet. Vielmehr sollte sie in solchen Fällen die Angebote Dritter soweit möglich unterstützen und koordinieren.

**Beispiel für die Koordination von oder Teilnahme an Veranstaltungen Dritter**

Erfahrungen in der Gemeinderegion Stuttgart haben gezeigt, daß eine solche koordinierende Funktion von der Geschäftsstelle übernommen werden kann, wenn eine Arbeitsgemeinschaft, die die gleiche Zielsetzung verfolgt, vorhanden ist. Als besonders wichtig und erfolgreich hat sich dabei die Einführung eines Steuerungsgremiums erwiesen, das mit hochrangigen fachkompetenten Mitgliedern der

einflußreichsten Organisationen besetzt ist. Koordination und Kooperation und die beim Zusammenwirken vieler Institutionen leicht auftretenden Konflikte und Reibungsverluste lassen sich durch die Arbeit eines derartigen "Ständigen Ausschusses" weitgehend verhindern.

Die Frage, ob und in welchem Maße eine Geschäftsstelle tendenziell flächendeckende und breitenwirksame Intervention (C 4) betreiben wird, hängt in erster Linie von der Gemeindestruktur und den zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Mitteln ab. Maßnahmen in diesem Sinne bedürfen in der Regel der Kooperation mit anderen Institutionen und Organisationen.

Generell ist ein programmatisch durchaus wünschenswerter Anspruch auf flächendeckende und breitenwirksame Intervention jedoch verknüpft mit einem erheblichen Mittel- und Personalaufwand, der nur fallweise, bei besonders wichtigen präventiven Themen, gerechtfertigt und realisierbar ist, wenn überregionale Mittel erschließbar sind. So ist z.B. eine flächendeckende AIDS-Prävention in allen Schulen einer Gemeinderegion für eine Geschäftsstelle im Gesundheitsamt nur erreichbar, wenn zusätzliche Landes- oder Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

**Beispiele für flächendeckende und breitenwirksame Intervention**

Großflächige Gemeinderegionen wie Landkreise oder ausgedehnte Stadtbezirke (speziell wenn diese von Industrieanlagen durchsetzt sind) erschweren eine flächendeckende Versorgung der Gemeindebevölkerung. Soll diese dennoch wenigstens annähernd erreicht werden, müssen entweder wie in Bremen Beratungsstellen oder in Traunstein eine mobile Einheit zusätzlich zu den eigentlichen Geschäftsstellen eingerichtet werden. Flächendeckende Medienkampagnen und kontinuierliche Medienarbeit sowie regelmäßig wiederkehrende Großveranstaltungen (Gesundheitsfeste, Blutdruckaktionen, Breitensportveranstaltungen u.a.m.) sind in allen Studiengemeinden der DHP bewährte breitenwirksame Maßnahmen, die in hohem Maße von der Bevölkerung wahrgenommen und in Anspruch genommen werden.

**Auf einzelne Zielgruppen bezogene Intervention (C 5)** bietet sich insbesondere in Gemeinderegionen an, in denen klar voneinander abgrenzbare Zielgruppen - z.B. in Stadtteilen mit hoher Ausländerdichte bzw. sozialen Brennpunkt-Lagen bestimmbar sind.

**Beispiele für auf einzelne Zielgruppen bezogene Intervention**

In diesem Sinne wurde in den Bremer Gesundheitstreffpunkten z.B. die Veranstaltungsreihe "Zur Gesundheit" durchgeführt, in der auch Veranstaltungen für ausländische Mitbürger stattfanden und mit der Aktion "Herzklopfen" wurden speziell Bremer Schulen angesprochen. Im letztgenannten Fall wurde die Zielgruppe Schüler unter "strategischen" Gesichtspunkten gewählt, um eine familiäre und darüber hinaus eine gesamtbevölkerungsbezogene Wirkung zu erzielen.

Im ländlichen Raum können auch Einzelgemeinden als Zielgruppe angesehen werden, wenn - wie im Landkreis Traunstein - die Gemeinden nach und nach unter Berücksichtigung der jeweiligen Eigenheiten erschlossen werden. Weiterhin können in industriell durchsetzten Gemeinden die Belegschaften als Zielgruppen spezifisch betrieblicher Präventionsmaßnahmen angesehen werden (z.B. Kantineaktionen, Betriebsscreenings). Interventionelle Maßnahmen mit lokal und personal begrenzten Gruppen eignen sich zudem in besonderem Maße zu einer gezielten Überprüfung der Wirkung bzw. des Erfolges solcher Aktivitäten.

Maßnahmen der Verhältnisprävention (C 6) zur Beeinflussung von Leistungsangeboten Dritter verfolgen - gemäß der DHP-internen Verwendung des Begriffs - eine längerfristige, übergreifende Strategie. Sie sind organisationsgerichtet und haben eine dauerhafte strukturelle Verankerung präventiver Leistungen zum Ziel. Insbesondere als Organisationsbüro eingerichtete Geschäftsstellen sind dafür geeignet, z.B. durch Schulung von Multiplikatoren und Entwicklung spezieller Kurse und Materialien, das präventive Gesamtangebot grundlegend zu erweitern. Kombiniert mit der koordinierenden Funktion der Strategievариante C 3 sind verhältnispräventive Zielsetzungen i.d.R.

mit geringerem personalen und materiellem Aufwand erreichbar und eignen sich dadurch besonders auch für kleinere Gesundheitsämter.

#### Beispiele für Verhältnisprävention

Beispiele für eine gelungene Verhältnisprävention zur Beeinflussung von Leistungsangeboten sind die Kantinenaktionen der Gemeindestudie Stuttgart. Dort wurden in Betrieben und Verwaltungseinheiten Kooperationspartner gefunden, die die vom Organisationsbüro entwickelten Menüprogramme und Materialien für eine gesündere Kantinenverpflegung erprobten und z.T. dauerhaft einsetzen.

Dabei wurde langfristig eine Verselbständigung dieser Kantinenaktionen insofern angestrebt, als Kantinenchefs der Gemeinderegion in regelmäßigen Treffen solche Aktionen gemeinsam vorbereiten, Erfahrungen austauschen und neue Konzepte entwickeln. Zu diesem Zweck wurde von der Geschäftsstelle ein "Köchestammtisch" ins Leben gerufen, der sich mittlerweile fest etabliert hat und selbständig ohne aktive Intervention der Geschäftsstellenmitarbeiter tätig ist.

Maßnahmen der Verhaltensprävention (C 7) streben die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens über Appelle und Handlungsanleitungen an. Insofern ist diese Interventionsstrategie eine Grundsatzorientierung für alle Formen bürgergerichteter individueller Intervention. Eine strategische Entscheidung für Verhaltensprävention ist deshalb auch Voraussetzung für die weitergehenden Überlegungen, ob diese bürgergerichteten Leistungen selbst (C 1) oder in Kooperation mit Partnern (C 2) erbracht werden sollen.

#### Beispiel für Verhaltensprävention

Am Beispiel der Raucherprävention der DHP-Geschäftsstelle Berlin-Spandau läßt sich sehr gut verdeutlichen, wie die grundsätzliche Entscheidung für eine verhaltenspräventive Strategie auch andere strategische Überlegungen einschließt. Die von der Spandauer Geschäftsstelle geplante und organisierte Maßnahme zielte auf eine Verhaltensänderung von Spandauer Rauchern und entsprach insofern der Strategievариante C 5 einer zielgruppenorientierten Intervention. Streetworker führten individuelle Gespräche mit dem Ziel, Interesse für verschiedene Angebote zur Raucherentwöhnung zu wecken. Insofern entspricht diese Aktion wiederum der Strategievариante: eigene

Veranstaltung (C 1). Zeigten sich einzelne Bürger an weitergehenden Informationen und Maßnahmen interessiert, wurden ihnen Adressen von Kooperationspartnern, die Kurse und Therapien anbieten, vermittelt. Unter strategischen Gesichtspunkten handelte es sich also auch um eine eigene Veranstaltung in Kooperation mit Partnern (C 2). Die Ergebnisse dieser Aktion zeigen, daß eine erfolgreiche verhaltensorientierte Intervention auch darin bestehen kann, daß zunächst durch die eigenen Aktivitäten Interesse an präventiven Leistungen geweckt wird, eine weiterführende, das konkrete Verhalten verändernde Prävention aber von Dritten geleistet werden kann.

**Strategien in Abhängigkeit von der Amtsgröße**

Die nachstehende Übersicht gibt abschließend globale Empfehlungen für eine Wahl und Kombination von Strategien, bezogen auf Geschäftsstellen in kleinen, mittelgroßen und großen Gesundheitsämtern.

Abbildung 9:

Größe der Gesundheitsämter	Kleine Ämter	Mittelgroße Ämter	Große Ämter
Strategie	- Leitung der Geschäftsstelle durch Amtsarzt - 1 fachwissenschaftliche Kraft z.B. für Ernährung	- 1 Sozialwissenschaftler - 1 fachwissenschaftliche Kraft - 1/2 Sekretariatsstelle	- 1 Sozialwissenschaftler - 3 fachwissenschaftliche Kräfte - 1 Sekretariatsstelle
<b>Unterschieden nach Trägern der Maßnahme</b>			
C 1. eigene Veranstaltungen	X	XX	XX
C 2. eigene Veranstaltungen in Kooperation mit Partnern	XX	XX	XXX
C 3. Koordination von oder Teilnahme an Veranstaltungen anderer Anbieter	XXX	XXX	XXX
<b>Unterschieden nach Ausdehnung der Maßnahmen</b>			
C 4. flächendeckende und breitenwirksame Intervention	X	XX	XXX
C 5. auf einzelne Zielgruppen bezogene Intervention	XXX	XX	XX
<b>Unterschieden nach Adressaten und Zielrichtung der Maßnahme</b>			
C 6. Verhältnisprävention zur Beeinflussung von Leistungsangeboten (organisationsgerichtete, strukturelle Intervention)	XXX	XXX	XXX
C 7. Verhaltensprävention zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens über Appelle und Handlungsanleitungen (bürgergerichtete, individuelle Intervention)	X	XX	XXX

XXX = unverzichtbar  
 XX = sehr empfehlenswert  
 X = empfehlenswert

### 3.4 Baustein: Organisationsstruktur

#### Problemstellung

Der vierte und letzte Entscheidungsbereich für die Einrichtung einer Geschäftsstelle betrifft die Organisationsstruktur im engeren Sinne. Die Frage lautet hier: Welche Personal- und Sachmittel sind notwendig, um die interventiven Aufgaben nach Maßgabe der festgelegten Organisationsform

und der gewählten interventiven Strategien zu bewältigen?

Für Gesundheitsämter ist dabei vor allem problematisch, daß zum einen die öffentlichen Haushalte in den Bereichen Gesundheit und Soziales als chronisch unterfinanziert betrachtet werden müssen. Zum anderen ist gerade bei der Verteilung knapper Mittel ein Bedarf langfristig und mit Nachdruck anzumelden.

**Sachmittelausstattung**

Die in der Problemstellung angesprochene Frage bezieht sich auf die Anzahl anzumietender Geschäfts- und Veranstaltungsräume (für Schulung und Gruppenarbeit), die Höhe des laufenden Geschäftsbedarfs (Büromittel, Porti, Telefon, Pkw, etc.) und die benötigten Mittel für die Erstellung und den Ankauf von Informationsmaterialien. Dazu kommt eventuell ein erheblicher Mittelbedarf für einmal anzuschaffende Geräte (z.B. Diaprojektoren, Overheadprojektoren, Kopiergeräte, Videoanlagen etc.). Allerdings werden diese vergleichsweise teuren Gerätschaften in der Regel bereits in Gesundheitsämtern (wenigstens teilweise) verfügbar sein.

**Personalausstattung**

Die o.a. Frage findet darüber hinaus ihren Ausdruck in der Anzahl und der Qualifikation der festangestellten wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter. Regional unterschiedlich wird die Möglichkeit der Einstellung zusätzlichen wissenschaftlichen Personals durch ABM-Kräfte zu beurteilen sein. ABM-Kräfte sollten jedoch nicht für über einen längeren Zeitraum kontinuierlich zu bewältigende Aufgaben, wie z.B. die Pflege von Kontakten zur Presse und wichtigen Kooperationspartnern eingesetzt werden, da sie in der Regel nur ein Jahr zur Verfügung stehen. Nichtwissenschaftliche Hilfskräfte können viel-

fach aus den Kreisen von Zivildienstleistenden und freiwilligen Helfern gewonnen werden.

Eine ausführliche Darstellung der mit Personaleinstellungen verbundenen Fragen findet sich in Abschnitt 6.1.1.1. Eine Modellrechnung zur Bestimmung des kalkulatorischen Jahresetats einer Präventionsgeschäftsstelle wird in Abschnitt 6.2 aufgestellt.

#### Problemlösung

Für Entscheidungen bezüglich der personellen und materiellen Ausstattung von Präventionsgeschäftsstellen sind für die meisten Gesundheitsämter zunächst einmal sehr viel engere Grenzen gesetzt, als dies im Rahmen des DHP-Programms der Fall war.

Die Amtsleitung muß ihre unmittelbare Entscheidung vom gegebenen Stellenplan abhängig machen, d.h., es muß eine entsprechend dotierte Stelle verfügbar sein, wenn ein für die Leitung der Präventionsgeschäftsstelle vorgesehener Mitarbeiter eingestellt werden soll. Das gleiche gilt für die weiteren Fachkräfte und die halbtags vorgesehene Sekretariatskraft. Bei der Besetzung der Stellen ist grundsätzlich zu prüfen, ob diese dem bisherigen Stellenplan - nach i.d.R. langwierigen Genehmigungsverfahren - hinzufügbare sind, oder ob durch Umwidmung entsprechender Stellen die Möglichkeit von Umbesetzungen erreicht werden kann.

Werden außerhalb des Amtes Geschäftsräume angemietet, muß mit den ortsüblichen Mietpreisen kalkuliert werden. Kosten können hier eventuell eingespart werden, wenn Größe und Anzahl der Räume reduziert werden. Dies ist u.U. möglich, wenn z.B. bestimmte Verwaltungs- und Bürotätigkeiten in den Räumen des Gesundheitsamtes abgewickelt werden können. Für kleinere Ämter wird sich die

Frage einer Auslagerung der Präventionsgeschäftsstelle aufgrund der ohnehin knappen finanziellen Ausstattung voraussichtlich nicht stellen.

Die Höhe des Geschäftsbedarfs ist je nach Arbeitsvolumen bzw. Interventionsumfang unterschiedlich anzusetzen. Zu einem Grundbetrag für Telefon-, Porto- und Kopierkosten kommen interventionsabhängige Zusatzkosten, wenn z.B. Selbsthilfegruppen ohne eigene Mittel ihre Tätigkeit in den Räumen der Präventionsgeschäftsstelle abwickeln.

Bei der Finanzierung von Interventionsmaterialien und größeren Veranstaltungen sollte die Kooperation mit finanzkräftigen Partnern wie Krankenkassen bzw. präventionsinteressierten Sponsoren gesucht werden. Auch hier sind die tatsächlich anfallenden Kosten jedoch stark von Art und Umfang der angestrebten präventiven Leistungen abhängig.

**Kapitel 4: Baustein - "Kleine Gemeindediagnose" -  
Die Ermittlung der Ausgangs- und Rahmenbedingungen für die Präventionsgeschäftsstelle**

Aus den vorangegangenen Abschnitten wird deutlich, daß die Bausteine der Präventionsgeschäftsstelle in hohem Maße von Ausgangs- und Rahmenbedingungen in der Gemeinde abhängig sind. Insbesondere müssen die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes hinreichend genaue Kenntnisse über die wichtigsten Merkmale ihrer Interventionsregion haben (Gemeindestrukturanalyse) und darüber informiert sein, welche Themen und Zielgruppen vom bestehenden Anbieterkreis angesprochen und welche präventiven Leistungen im einzelnen bereits erbracht werden (Angebotsanalyse). Im Zuge einer "kleinen Gemeindediagnose" können diese Erkenntnisse mit Hilfe von Checklisten ohne großen statistischen Aufwand gewonnen werden.

**Checkliste Gemeindestrukturanalyse**

Die "Checkliste Gemeindestrukturanalyse" enthält eine Auswahl von Merkmalen, die einem Amtsmitarbeiter zumindest in ihren Grundzügen vertraut sein werden. Sicher weiß er, sofern er schon lange in der Gemeinde beheimatet ist, in welchem Stadtteil ein besonders hoher Anteil ausländischer Mitbürger lebt und er wird auch einen Überblick über die Siedlungsstruktur der Gemeindegregion haben. Möglicherweise neue, in jedem Falle aber planerische Perspektiven, eröffnen sich erst, wenn diese Daten systematisch erfaßt und betrachtet werden. Um hierbei Hilfestellung zu leisten, gibt die im Anhang angefügte "Checkliste Gemeindestrukturanalyse" zu jedem einzelnen Merkmal erläuternde Hinweise, indem sie (hier dargestellt am Beispiel Ausländeranteil)

- die Erfassungsdimensionen benennt (auf diese Weise erfährt man, daß es Daten zu Ausländergruppen nach Nationalität und Religion gibt, die nach Männern und Frauen und nach EG-Staaten und sonstigen Herkunftsländern unterscheiden);
- beispielhafte Fragen benennt, die mit Hilfe der Daten beantwortet werden können (z.B. Gibt es starke ethnische Gruppierungen? Wie hoch ist der Anteil mohammedanischer Mitbürger? etc.);
- Quellen benennt, die diese Daten zur Verfügung stellen und sie für Amtszwecke aufarbeiten (Statistisches Landesamt, Statistisches Amt der Gemeinde etc.);
- Aussagen und Bedeutung des jeweiligen Merkmals auf die präventive Arbeit bezogen beschreibt (z.B. Religionszugehörigkeit ist u.U. ein wesentlicher Faktor, der berücksichtigt werden sollte, wenn im Ernährungsbereich Aktionen in Kantinen geplant werden).

Auf diese Weise werden folgende Merkmale mit Hilfe der im Anhang befindlichen "Checklisten" zur Gemeindestrukturanalyse beschrieben:

- |   |   |
|---|---|
| I | 1. Gemeindebevölkerung                        |
| I | 2. Sozialer Status von Bevölkerungsgruppen    |
| I | 3. Siedlungsstruktur                          |
| I | 4. Arbeitsstätten                             |
| I | 5. Betriebsgrößen                             |
| I | 6. Arbeitslose/Arbeitslosenquote              |
| I | 7. Pendlerströme                              |
| I | 8. Bestandverändernde Faktoren (Wanderungen)  |
| I | 9. Ausländeranteil und Religionszugehörigkeit |
| I | 10. Mortalität und Morbidität                 |

#### Checkliste Angebotsanalyse

Die "Checkliste Angebotsanalyse" ist in einer ähnlichen Form aufgebaut. Sie benennt

- die verschiedenen Institutionen/Organisationen (Schulen, Arztpraxen, ärztliche Organisationen, Apotheker etc.);
- die Erfassungsdimensionen (z.B. Name der Schule, Schultyp, Adresse, Telefonnummer, Name des Direktors);

- die Quelle zur Ermittlung der Daten (z.B. Kreis-/ Stadtverwaltung, Telefonbuch, Behördenadressbuch, spezielle Verzeichnisse);
- den Zweck und die Bedeutung des jeweiligen Merkmals für den präventiven Verwendungszusammenhang (z.B. die besondere Eignung einzelner Anbieter).

Auf diese Weise wird zunächst die allgemeine Versorgungsstruktur der Region in den Bereichen von Erziehung und gesundheitlicher Versorgung - in der "Checkliste" gekennzeichnet mit einem (\*) - erfaßt. Mit (\*\*) bezeichnete Institutionen/Organisationen bieten konkrete präventive Leistungen im Sinne von eigenständigen Aktivitäten an. Eine dritte Gruppe (\*\*\*) wird von jenen Institutionen gebildet, die im weiteren Sinne für eine interventive Zusammenarbeit in Frage kommen.

Die im Anhang befindliche "Checkliste Angebotsanalyse" erläutert in dieser Form folgende Merkmale:

- |    |   |
|----|---|
| II | 1. Schulen  |
| II | 2. Arztpraxen   |
| II | 3. Ärztliche Organisationen                                 |
| II | 4. Apotheker  |
| II | 5. Krankenhäuser  |
| II | 6. Sozialstationen/Soziale Dienste                          |
| II | 7. Krankenkassen  |
| II | 8. Erwachsenenbildungseinrichtungen                         |
| II | 9. Sportvereine   |
| II | 10. sonstige Vereine (mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten) |
| II | 11. Selbsthilfeorganisationen                               |
| II | 12. Medien  |
| II | 13. Betriebe  |
| II | 14. Parteien, Gewerkschaften, Behörden, Verbände.           |

**Vorzüge und Notwendigkeit der Gemeindediagnose**

Auch wenn nicht in jedem Falle und für jede Entscheidung sämtliche im Rahmen der kleinen Gemeindediagnose erhobenen Daten von Bedeutung sind, bilden sie doch insgesamt die notwendige Informationsgrundlage nicht nur für die in Kapitel 3 be-

schriebenen Entscheidungen hinsichtlich der Organisationsstruktur einer Präventionsgeschäftsstelle. Sie sind darüber hinaus auch von Belang bei der konkreten Gestaltung und Durchführung einzelner Maßnahmen, wie sie in Kapitel 5 vorgestellt werden. Unmittelbar einsichtig ist dies etwa bei der Erarbeitung eines "Präventionsführers", dem die Daten der Angebotsanalyse zugrundeliegen. Aber auch bei der Auswahl von Maßnahmen und ihrer optimalen räumlichen und zielgruppenbezogenen Ausdehnung sowie bei der Feststellung von Kooperations- und Konfliktmöglichkeiten sind diese Informationen unverzichtbar.

Der entscheidende Vorzug solcher Datensammlungen, die rückwirkend (etwa 5 Jahre) erhoben und kontinuierlich fortgeschrieben werden sollten, liegt in ihrer Komplexität und der Möglichkeit, aus einem Gesamtüberblick heraus Entscheidungen ableiten zu können. Nicht unterschätzt werden sollte auch der hiermit in aller Regel verbundene Informationsvorsprung.

Häufig liegen für einige der hier interessierenden Sachverhalte auch bereits kommunale Untersuchungen, etwa des Statistischen Amtes, vor, oder es können zu bestimmten Fragen Auswertungen im Rahmen der Amtshilfe angeregt werden. Die im Amt selbst zusammengestellten Daten und möglicherweise vorliegende Untersuchungen lassen Zusammenhänge und Lösungswege erkennen, die bei einer isolierten Betrachtung einzelner Daten nicht identifizierbar sind. So läßt sich beispielsweise erst bei einer gemeinsamen Analyse von Daten zur Veränderung des Altersaufbaus, zu sozialgruppenspezifischen Wanderungsbewegungen, Veränderungen von Gesundheitsparametern und der gesundheitlichen Versorgungssituation erkennen, daß sich im Verlaufe weniger Jahre bestimmte Stadtbezirke zu

regelrechten Problemzonen entwickelt haben, die ein gezieltes Handeln des Gesundheitsamtes nahelegen und entsprechenden Forderungen Nachdruck verleihen.

## Kapitel 5: Baustein - Geschäftsstellenbezogene Interventionsmaßnahmen

### Maßnahmentableaus

Im Zuge der Umsetzung des Interventionskonzeptes der DHP führen die Geschäftsstellen konkrete interventive Programme, Aktionen und Maßnahmen durch. Um den Gesundheitsämtern einen Einblick in die Vielfalt der gemeindespezifischen Präventionsmaßnahmen der vier Studienzentren der Kooperativen Prävention zu ermöglichen, werden im folgenden verschiedene "Maßnahmentableaus" vorgestellt.

### Themenbereiche der Maßnahmen

Diese enthalten eine nach Themen und Zielgruppen gegliederte Auswahl von DHP-Interventionsmaßnahmen. Die thematische Unterteilung beschreibt Maßnahmen zu den Bereichen

- Ernährung,
- Bewegung,
- Rauchen,
- Bluthochdruck,
- Cholesterin sowie
- Gesundheit allgemein (z.B. Maßnahmen zur Streßreduktion).

### Zielgruppen/ Adressaten der Intervention

Die Gliederung nach Zielgruppen bzw. Adressaten unterscheidet zwischen

- Einzelpersonen/Kleingruppen,
- Sozialgruppen/Teilnehmern an organisationsgebundenen Veranstaltungen,
- Gemeindebevölkerung (flächendeckend, breitwirksam) sowie
- Multiplikatoren und Organisationen.

### Maßnahmentableaus im Überblick

Die im Anhang ausführlich beschriebenen Maßnahmen sind in den folgenden Tableaus mit Unterstreichungen markiert und mit alphabetischen Kennzeichnungen versehen.

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen Ernährung
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergewichtskurse<sup>1)</sup> 1/2/3/4</li> <li>- Beratungen 1/2/3/4</li> <li>- Seminare zu Ernährungsthemen 1/2/3/4</li> <li>- Kurs "Leichter lebt's sich leichter"<sup>2)</sup> 3</li> <li>- Verteilung von Infomaterialien 1/2/3/4</li> <li>- Kurs "Abnehmen mit Vernunft"<sup>1)</sup> 1</li> <li>- Mobile Beratungsstelle 4</li> </ul>
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>a - <u>Kantinenaktionen</u> 1/2/4</li> <li>b - <u>Schulfrühstückaktion</u> 1</li> <li>- <u>Vollwertiges Frühstück</u> 1/2/4</li> <li>c - <u>Ernährungserziehung in Grundschulen</u> 4</li> <li>- Vollwertwoche 2</li> <li>- Vegetarische Woche im Krankenhaus 2</li> <li>- "Fit-Kost-Woche" in Kantinen 2</li> <li>- Zielgruppenspezifische Broschürensets, z.B. Handwerker 2</li> </ul>
Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>d - <u>Frühjahrs- und Herbstaktionen</u> 1/2/3/4 (Coop, Supermärkte, Reformhäuser, Betriebskantinen, Restaurants, Imbißkette, Feinkostgeschäft, Ver- braucherzentrale)</li> <li>- Gesundheitswoche, -markt, -tag 1/2/3/4</li> <li>- Mineralwasseraktion 1</li> <li>- Kartoffelwoche 1</li> <li>- Bäckeraktion "Voll in Korn" 1</li> <li>e - <u>Gaststättenaktion</u> 1/2/3/4</li> <li>- <u>Ernährungsbroschüren, -faltblätter und -plakate</u> 1/2/3/4</li> <li>- Kochbücher und Rezeptsammlungen 1/2/3/4</li> <li>- Ernährungskolumnen und Berichterstattung in der Tagespresse 1/2/3/4</li> </ul>
Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Köchestammtisch 1</li> <li>- Fortbildung von Ernährungsfachkräften (Beschäftigte in der Gemeinschaftsverpflegung, Köche, Bäcker) 1/2/3/4</li> <li>- Apothekerstammtisch 1/2/3/4</li> <li>- Vollwertstammtisch 2</li> <li>- Ernährungsfortbildung für Lehrer 1/4</li> <li>- FIED-Arbeitsgruppe 2</li> <li>- Leitfaden "Ernährungsabhängige Gesundheitstörungen" für Multiplikatoren 2</li> </ul>

1) Übernommen von BZgA  
2) Übernommen von DGE

———— = Im Bericht beschriebene Aktionen

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute  
1 = BIPS  
2 = IPG  
3 = DHP Spandau  
4 = Modell Bergen

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen Bewegung
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laufgruppen 1/2/3/4</li> <li>- Koronarsportgruppen 1/2/3/4</li> <li>- Sportkurse 1/2/3/4</li> <li>- Aktionen zur Motivation inaktiver Personen 3</li> <li>- Seminar "Sport-Fitneß und Ernährung" 3</li> <li>- Bewegungskurs für Raucher 2</li> <li>- Präventivsportprogramm 1/2/3/4</li> <li>- Ausgleichsgymnastik 2</li> </ul>
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungspause am Arbeitsplatz 1/2</li> <li>- Schülerlauf 3</li> <li>- Laufkurse 1/2/3/4</li> <li>- Bewegungspausen in der Schule 1</li> <li>- Vorträge und Kurse im Fitneß-Center 3</li> <li>- Übungsleiterausbildung beim Landessportbund 1</li> </ul>
Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triathlon 1</li> <li>- "Gesundheitstrip durch Stuttgart" 2</li> <li>f - <u>Lauf um die Welt</u> 1/2</li> <li>- Stadtlauf 4</li> <li>- Bergzeitfahren 4</li> <li>- Internationaler Wandertag 4</li> <li>- Familiensportfeste 4</li> <li>- Sport-Lehrpfad 1/2/3/4</li> <li>g - Triathlon 3/4</li> <li>- Laufkurs für Anfänger 2</li> <li>- Trimm-Trab ins Grüne 2</li> <li>- Hallensportfest 3</li> <li>h - Auf zum Mond 1</li> <li>- Internationaler Volkslauf 1</li> <li>- Bewegungsbroschüren und Faltblätter zu einzelnen Sportarten 1/2/3/4</li> </ul>
Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>i - <u>Sport-Info-Blatt</u> 4</li> <li>- Schulungen und Bildungsurlaube 1/4</li> <li>- Übungsleiterschulung 1/3/4</li> <li>- Übungsleiterabende 4</li> <li>- "Sport als Prävention" Fortbildung 1</li> <li>- Schulung "Betriebsangehörige und Lehrer" 1</li> <li>j - <u>Laufgruppenleiterschulungen</u> 1/2/3/4</li> <li>- Schulung von Kursleitern 1/2/3/4</li> </ul>

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute

- 1 = BIPS
- 2 = IPG
- 3 = DHP Spandau
- 4 = Modell Bergen

————— = Im Bericht beschriebene Aktionen

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen Rauchen
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nichtraucherurse<sup>1)</sup> 1/2/3/4</li> <li>- Einzelberatungen 1/2/3/4</li> <li>- Informationsecken in Arztpraxen 3</li> <li>- Betreuung ehemaliger Kursteilnehmer 3</li> <li>- Kurse für Schwangere 3</li> <li>- Kurse für stillende Frauen und Hausfrauen 3</li> </ul>
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskussion Passivrauchen am Arbeitsplatz</li> <li>- Schulaktion "Rauchen - Passivrauchen - Nichtraucher" 4</li> <li>- Raucherentwöhnung in Betrieben 3</li> <li>- Vorträge "Rauchen und Gesundheit" 1/2/3/4</li> <li>- Aktionen in Krankenhäusern 3</li> <li>- "Ideensafari" an Schulen 3</li> <li>- Schulwettbewerb 4</li> <li>k - <u>Erlebnisfestival "Ohne Rauch geht's auch"</u><sup>1)</sup> 2</li> </ul>
Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Streetworker-Aktion 3</li> <li>- Restaurantaktion mit Tischaufstellern 1/2/3/4</li> <li>l - Aktion "Runter vom Rauchen"</li> <li>- Aktion "Die Fluppe ist uns Schnuppe"<sup>1)</sup></li> <li>- Aktion "Nichtraucherfreundliche Gaststätten" 4</li> <li>- Infostände zum Weltnichtrauchertag 1</li> <li>m - Aktion "Ohne Rauch - besser drauf" 3</li> <li>- Broschüren, Faltblätter und Plakate 1/2/3/4               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Tischaufsteller für Gaststätten 1/2/3/4</li> <li>o Runter vom Rauchen (Faltblatt) 2</li> <li>o Frau und Zigarette 1/2/3/4</li> <li>o "Frische Luft" ein Entwöhnungsprogramm 1/2/3/4</li> </ul> </li> </ul>
Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>n - "Frische Luft" Ärzte + Apotheker 1</li> <li>- Broschüre "Wenn Raucher aufhören wollen" Ein Leitfaden für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte 1/2/3/4</li> <li>- Betreuung von Kursleitern 3</li> </ul>

1) Übernommen von BZgA

————— = Im Bericht beschriebene Aktionen

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute

1 = BIPS

2 = IPG

3 = DHP Spandau

4 = Modell Bergen

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen Bluthochdruck
<p>Einzelpersonen/ Kleingruppen</p>	<p>- Kurs für Hochdruckkranke 1/2/3/4 - Patientenseminare 1/2/3/4  (flankierende Messungen im Bereich Ernährung + Bewegung)</p>
<p>Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen</p>	<p>o - <u>Blutdruckmeßscreenings in Betrieben</u> 1 p - <u>Blutdruckmeßscreenings in Supermärkten</u> 1 - <u>Einwirkung auf Bäcker und Metzger zur Herstellung salzreduzierter Produkte</u> 1/2/3/4 - Screenings: Lehrer, Betriebe, Rathaus, Polizei, Laufgruppen 4 q - <u>"Schüler messen Eltern"</u> 3</p>
<p>Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)</p>	<p>r - <u>Blutdruckmonat</u> (Kooperation Apotheker, Ärzte, Krankenkassen, Warenhäuser, Wohlfahrtsverbände, Großbetriebe, Gesundheitstreffpunkte (GTP's)) 1/2/3/4 o Blutdruckmeßaktion "Ich kenne meinen Blutdruck" o Aktionen - "Salzreduktion" o Meßaktionen bei Sportveranstaltungen o Angebote salzreduzierter Kost o Meßaktion bei Festen - Medienaktion in Tageszeitungen 1/2/3/4 - Faltblätter 1/2/3/4 - Seitenscheibenaufkleber für Bus und Straßenbahn 1/2/3 - Plakate 1/2/3/4</p>
<p>Multiplikatoren, Organisationen</p>	<p>- Blutdruckseminare<sup>1)</sup> zu Meß- und Beratungstechniken 1/2/3/4 o Krankenkassen o Wohlfahrtsverbände o Arzthelferinnen o Fied-Multiplikatoren o Ernährungsfachkräfte o Laufgruppenleiter - Ärztefortbildung 1/2</p>

1) Materialien der Hochdruckliga

\_\_\_\_\_ = Im Bericht beschriebene Aktionen

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute  
1 = BIPS  
2 = IPG  
3 = DHP Spandau  
4 = Modell Bergen

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen Cholesterin
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<p>(zumeist integriert in Ernährungsbereich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungen 1/2/3/4</li> <li>- Aufbau und Betreuung von Selbsthilfegruppen 1/2/3/4</li> <li>- Kurs "Ernährungsprogramm zur Reduktion des Hypercholesterins" 3</li> </ul>
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>s - <u>Betriebsaktion "Screening"</u> 1/2/3/4</li> <li>- Cholesterinaktion in Restaurants und Kantinen 1/2</li> </ul>
Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meßaktion beim Gesundheitsamt 2</li> <li>- Meßbus "Aktiv im Leben" 2</li> <li>- Meßaktionen auf Gesundheitsfesten 1/2/3/4</li> <li>- Cholesterinbroschüre 1/2/3/4</li> <li>- Cholesterinfaltblätter + Plakate 1/2/3/4</li> <li>- Cholesterinmeßkarten 1/2</li> <li>- "Gesunde Fette" - Ein Ratgeber mit kritischer Bewertung von 195 Margarinen, Speiseölen und Fetten 1</li> <li>- Zeitungskolumnen 1</li> </ul>
Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztefortbildung Cholesterin 4</li> <li>- Schulung von Ernährungsmultiplikatoren 1</li> <li>- Schulung von medizinischem Hilfspersonal 1</li> </ul>

———— = Im Bericht beschriebene Aktionen

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute  
1 = BIPS  
2 = IPG  
3 = DHP Spandau  
4 = Modell Bergen

MASSNAHMENTABLEAU

- Maßnahmenauswahl: themen- und adressatengegliedert -

Thema/ Inhalt Adressaten	Risikofaktoren (RF)-bezogen RF-übergreifend, Gesundheit allgemein
Einzelpersonen/ Kleingruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurse zu Herz-Kreislauf-Risikofaktoren 1/2/3/4</li> <li>- Infoecken in Arztpraxen 2</li> <li>- Infoveranstaltungen zu Gesundheitsthemen 1/2/3/4</li> <li>- Kurs "Bewegung und Rauchen" 3</li> <li>- Initiierung und Betreuung von Selbsthilfegruppen 1/2/3/4</li> <li>- Einzelberatungen in den Geschäftsstellen 1/2/3/4</li> <li>t - <u>Herzgruppen/Präventivgruppen</u> 1/2/3/4</li> </ul>
Sozialgruppen, Teilnehmer an organisations- gebundenen Ver- anstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurse "Bewegung und Ernährung" im Sportverein 3</li> <li>- Elternabende und Elterninfo 4</li> <li>u - <u>Herzklopfen (Schulaktion)</u> 1</li> <li>v - <u>Gesundheitsförderung in Betrieben</u> 1/2/3/4</li> <li>w - <u>Selbsthilfeförderung</u> 1/2/3/4</li> <li>- Seminar "Ernährung und Sport für Ältere" 4</li> <li>- "Erkennen, Entscheiden, Handeln" Curriculum zur Gesundheitserziehung 3</li> </ul>
Gemeindebevöl- kerung (flächen- deckend, brei- tenwirksam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>x - <u>Veranstaltungsreihe "Zur Gesundheit"</u> 1</li> <li>y - <u>Präventionsführer (y1)/Gesundheitswegweiser(y2)</u> 1/2/3/4</li> <li>z - <u>Gesundheitsfeste/-wochen/-tage(z1)</u> 1/2/3/4</li> <li>- <u>Aktionswoche Gesundheit (z2)</u> 1</li> <li>- Ernährung und Ausdauersport 3</li> <li>- Sommerfeste/Gesundheitsfeste 1/2/3/4</li> <li>A - <u>Infostände bei Wochenmärkten und Stadtteilfesten(A1+A2)</u> 1/2/3/4</li> <li>- <u>Messestand "Pro Sanita"</u> 2</li> <li>B - <u>Schulwettbewerbe zur Gesundheitsförderung</u> 4</li> <li>- Broschüre "Gesünder leben Herzenssache" 1/2/3/4</li> <li>- Faltblätter und Plakate zu Risikofaktoren 1/2/3/4</li> <li>- Kolumnen zu Gesundheitsthemen in Tageszeitungen 1/2/3/4</li> <li>- Infomaterialien über die Studienzentren 1/2/3/4</li> </ul>
Multiplikatoren, Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- WIAD-Fortbildungsprogramm - Ärzteschulung zur Gesprächsführung 1/2/3/4</li> <li>- Arzthelferinnenschulung 1</li> <li>- Apothekerschulung 1/2/3/4</li> <li>- Vorträge bei Pflegepersonal 1/3</li> <li>- Kontakte zu Multiplikatoren und Kooperanden in der Region 1/2/3/4</li> </ul>

Die Ziffern hinter den Maßnahmen  
verweisen auf die durchführenden  
Institute

1 = BIPS

2 = IPG

3 = DHP Spandau

4 = Modell Bergen

————— = Im Bericht beschriebene Aktionen

Einigen in den Übersichtstableaus enthaltenen Maßnahmentypen sind auf diese Weise mehrere ausführlich beschriebene Einzelmaßnahmen zugeordnet und entsprechend gekennzeichnet (z.B. (y1), (y2)). Insgesamt spiegelt sich die aus den Übersichten erkennbare themen- und zielgruppenbezogene Vielfalt der tatsächlichen Intervention in den DHP-Gemeinden auch in den ausführlichen Beschreibungen wider. Die den Maßnahmen zugeordneten Ziffern verweisen auf die durchführenden Institute bzw. Geschäftsstellen. Die auf diese Weise benannten DHP-Einrichtungen verfügen somit über Erfahrungen mit der Umsetzung der jeweiligen Maßnahmen. Soweit darüber hinaus Interesse für die besonderen Erfahrungen mit der Entwicklung und Erprobung präventiver Maßnahmen besteht, ist es erforderlich, sich direkt mit den am Ende dieses Kapitels aufgeführten DHP-Geschäftsstellen in Verbindung zu setzen.

Für Bremen sind in die ausführlichen Beschreibungen auch solche Maßnahmen aufgenommen worden, die in den Gesundheitstreffpunkten durchgeführt werden, da diese Einrichtungen ein nur in Bremen vorhandenes Charakteristikum der DHP-Intervention darstellen. Darüber hinaus sind auch solche Interventionsleistungen, die von der zentralen Institutsgeschäftsstelle in Bremen erbracht werden, in dieser Auswahl vertreten (vgl. zum umfassenderen Leistungsspektrum der einzelnen Geschäftsstellen die vorstehenden Maßnahmentableaus).

**Einzelbeschreibungen ausgewählter Maßnahmen**

Aufgrund ihres Umfangs werden die Einzelbeschreibungen ausgewählter Maßnahmen im Anhang dargestellt. Sie haben Empfehlungscharakter und sind als Kurzfassungen konzipiert, um Auswahlentscheidungen für die Gesundheitsämter zu erleichtern.

Die Maßnahmenbeschreibungen werden durch folgende Kategorien einheitlich gegliedert:

- (1) Kurzbeschreibung
- (2) Ziele und Zielgruppen
- (3) Voraussetzungen
- (4) Mittel (Geld, Personal, Zeit, Sachmittel)
- (5) Ergebnisse
- (6) Empfehlungen
- (7) Ansprechpartner
- (8) Datentafel.

Die "Kurzbeschreibung" (1) soll einen ersten Begriff von Art und Umfang einer Maßnahme vermitteln. "Ziele und Zielgruppen", d.h. Intention und Adressat der Maßnahme, werden in Punkt (2) erläutert. Punkt (3) "Voraussetzungen" nennt wichtige, die Umsetzung der Maßnahme betreffende, regionale bzw. strukturelle Sachverhalte. Der finanzielle, personelle, sächliche und zeitliche Aufwand wird durch die Angaben unter der Rubrik "Mittel" (4) skizziert. In Punkt (5) werden Hinweise auf Ergebnisdaten gegeben. Punkt (6) nennt hieraus abgeleitete "Empfehlungen", die bei der erneuten Durchführung einer Maßnahme Beachtung finden sollten. Unter Punkt (7) werden Auskünfte über "Ansprechpartner" und Datenquellen gegeben. Die abschließende "Datentafel" (8) gibt einen kurzgefaßten Gesamtüberblick hinsichtlich der für die Umsetzung wichtigen Daten.

**Anregungspotential für Gesundheitsämter**

Diese Maßnahmenbeschreibungen basieren auf den gewonnenen Erfahrungen der Intervention sowie auf den Ergebnissen der maßnahmenbegleitenden Prozeßevaluation der DHP. Sie ermöglichen interessierten Gesundheitsämtern die Entscheidung, welche Maßnahmen sie - einzeln oder eingebettet in ein Programm - durchführen können, welche Voraussetzungen hierfür erfüllt sein sollten und welche

Ergebnisse erwartet werden können. Insofern stellt diese Sammlung von Interventionsbeispielen für Gesundheitsämter ein bausteinartiges Anregungspotential dar und sichert gleichzeitig die von der Studienanlage der DHP vorgesehene Übertragbarkeit der Intervention.

**Adressen für weitere Informationen**

Weitergehende Informationen (insbesondere zu Informationsmaterialien, operationalen Durchführungsbestimmungen, benötigten personellen und materiellen Mitteln sowie Ergebnisdarstellungen) sind bei den nachstehend aufgeführten Studienzentren bzw. Geschäftsstellen der DHP erhältlich.

1 = Bremer Institut für Präventionsforschung  
und Sozialmedizin (BIPS)  
St.-Jürgen-Str. 1  
2800 Bremen 1  
Tel. 0421/4999430

Gesundheitstreffpunkt Bremen-Nord  
Lindenstr. 1B  
2800 Bremen 70  
Tel. 0421/656411

Gesundheitstreffpunkt Bremen-West  
Lindenhofstr. 25  
2800 Bremen 21  
Tel. 0421/617079

2 = Institut für Prävention und Gesundheits-  
forschung gGmbH (IPG)  
Bonhoefferstr. 1  
6900 Heidelberg  
Tel. 06221/81093

Gemeindestudie Stuttgart  
Geschäftsstelle  
Marienstr. 9  
7000 Stuttgart 1  
Tel. 0711/6401083/84

3 = DHP Berlin-Spandau  
Flankenschanze 48  
1000 Berlin 20  
Tel. 030/3333065

4 = Forschungsprojekt  
Modell Bergen  
Bahnhofstr. 17  
8221 Bergen/Obb.  
Tel. 08662/5373

Forschungsprojekt  
Modell Bergen  
Klosterstr. 1  
8220 Traunstein  
Tel. 0861/3389

## 6. Empfehlungen für den Aufbau und die Arbeit einer Präventionsgeschäftsstelle in Gesundheitsämtern

### Die Entwicklungsphasen einer Präventionsgeschäftsstelle

Der Darstellung dieser Empfehlungen wird ein "Aufbau- und Ablaufschema" zugrundegelegt, um auf diese Weise - ausgehend von der Gründung einer Präventionsgeschäftsstelle - ihre Entwicklung in einem zweijährigen Zeitraum nachvollziehen zu können. Die innere Logik der Entwicklung einer Geschäftsstelle wird in drei aufeinanderfolgenden Phasen beschrieben. Die "Konstituierungsphase" (I), die "Vorbereitungsphase" (II) und die "Durchführungsphase" (III) werden in ihrer Abfolge und Ausdehnung verdeutlicht, indem die zeitliche bzw. terminliche Ausprägung ihrer Einzelmerkmale (a, b, c, ...usw.) auf einer Zeitachse markiert werden. Der nachfolgend abgebildete "Aufbau- und Ablaufplan" ist im Anschluß an die Textanlage vor der 3. Umschlagseite nochmals als ausfaltbare Seite beigefügt. Dieser Plan sollte als Lese- und Orientierungshilfe die Lektüre der folgenden Abschnitte begleiten.

Diese Darstellung greift die in den Kapiteln 3, 4 und 5 gegebenen Empfehlungen zur Geschäftsstellenstruktur, zur "kleinen Gemeindediagnose" und zu den Interventionsmaßnahmen nochmals in knapper Form auf und ergänzt sie um Informationen, die die Umsetzung dieser Empfehlungen in der zeitlichen Abfolge in der Praxis prägen.

### Voraussetzungen für den Beginn der Geschäftsstellenarbeit

Voraussetzungen für den Eintritt in die "Konstituierungsphase" sind zunächst die grundlegende Entscheidung der Amtsleitung für die Einrichtung einer solchen Organisationseinheit sowie die Formulierung eines Programmauftrages und eines allgemeinen Aufgabenkataloges. Weiterhin müssen im



Rahmen der Personal- und Haushaltsplanung des Amtes der Stellenplan und der Jahresetat festgelegt werden. Innerhalb des so gesetzten Rahmens können die weiteren Planungen und Abläufe in den verschiedenen Entwicklungsphasen vollzogen werden.

Die einzelnen Elemente des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle werden im folgenden Abschnitt 6.1 näher erläutert und zu Empfehlungen zusammengefaßt. In Abschnitt 6.2 werden der benötigte Jahresetat in einer Modellrechnung spezifiziert sowie die für eine interventive Geschäftsstellenarbeit erforderliche Ausstattung ausgewiesen. Im Anschluß daran werden in Abschnitt 6.3 aus diesen Empfehlungen nach zentralen Fragestellungen gegliederte Leitsätze für den ÖGD formuliert.

Der vorstehend abgebildete "Aufbau- und Ablaufplan einer Geschäftsstelle" ist als ein "Modellplan" konzipiert, der in seiner Phaseneinteilung sowie in der Art und zeitlichen Ausdehnung bzw. Abfolge der einzelnen Elemente vom Grundsatz her als allgemein gültig betrachtet werden kann. Abhängig von der Größe, Zielsetzung und Ausstattung einer Präventionsgeschäftsstelle sind jedoch Abweichungen möglich. Diese können entweder eine höhere Interventionsdichte und Ausweitung des Aufgabenspektrums betreffen oder in einer Beschränkung auf wenige Themen und/oder in einer Konzentration auf die eher organisationsgerichteten Tätigkeiten bestehen.

## 6.1 Aufbau einer Präventionsgeschäftsstelle in der zeitlichen Abfolge

### 6.1.1 Konstituierungsphase

#### 6.1.1.1 Personaleinstellungen

(Teil Ia des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

#### Einstellung eines Sozialwissenschaftlers

Zu Beginn wird ein Mitarbeiter eingestellt\*), der die in der Konstituierungsphase anstehenden Aufgaben wahrnimmt und im weiteren Verlauf im wesentlichen die organisationsgerichteten Tätigkeiten ausübt. Dieser Mitarbeiter sollte zugleich mit der Leitung der Präventionsgeschäftsstelle betraut werden und über eine hierfür erforderliche Berufserfahrung verfügen. Für diese leitenden, planerischen und eher koordinierenden Aufgaben sollte ein sozialwissenschaftlich ausgebildeter Mitarbeiter (Soziologe, Pädagoge, Sozialpädagoge, Sozialpsychologe, Sozialmediziner, etc.) eingestellt werden. Die Kompetenzen dieses sozialwissenschaftlich ausgebildeten Mitarbeiters sind vor allem für die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen und für die Operationalisierung des Geschäftsstellenkonzepts (6.1.1.2.) unabdingbar, wenn es um die Analyse von Gemeinde- und Angebotsstruktur und die Kontaktaufnahme zu wichtigen Kooperationspartnern geht.

Von einem solchen Mitarbeiter darf erwartet werden, daß er soziale Zusammenhänge in der Gemeinde analysieren und beurteilen, Beziehungen zu anderen Institutionen knüpfen und Konflikte regeln kann. Weiterhin ist von ihm eine Befähigung zur

---

\*) Statt der Einstellung neuer Mitarbeiter kann in einem Amt grundsätzlich auch die Abstellung bereits im Amt beschäftigter Fachkräfte für diese Aufgaben vorgesehen werden.

Aufbereitung und allgemeinverständlichen Darstellung von Informationen zu erwarten. Seine soziale Kompetenz schließt auch die Fähigkeit zur Beratung von Einzelpersonen und Gruppen (zuhören können, nondirektive Gesprächsführung beherrschen, zum Nachdenken anregende Fragen stellen etc.) sowie von Institutionen/Organisationen ein (Problemlagen erkennen, Konzepte erstellen, Schulungen durchführen etc.).

**Einstellung einer Sekretärin/Sachbearbeiterin**

Zusammen mit dem Sozialwissenschaftler sollte zunächst eine halbe Sekretariatsstelle (für Telefondienst, Sekretariats- und Schreibearbeiten) besetzt werden. Dies ist notwendig, um eine ständige Ansprechbarkeit der Organisationseinheit zu gewährleisten, auch dann, wenn der Sozialwissenschaftler außerhalb der Präventionsgeschäftsstelle beispielsweise erste Außenkontakte knüpft. Die anstehenden verwaltungsbezogenen Tätigkeiten können i.d.R. von anderen zentralen Dienststellen des Amtes übernommen werden.

**Einstellung weiterer Fachkräfte**

Gegen Ende der sechsmonatigen Konstituierungsphase werden die weiteren Fachkräfte, deren Arbeitsschwerpunkt die eher bürgergerichteten Aufgaben sein werden, eingestellt. Diese Fachkräfte sind entsprechend den definierten Aufgabenschwerpunkten auszuwählen (vgl. Abschnitt 6.1.1.2).

Unverzichtbar ist die Beschäftigung einer Ernährungsfachkraft (Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologe), da ernährungsbezogene Intervention in jedem Präventionskonzept einen zentralen Stellenwert einnimmt. Ebenso unverzichtbar kann die Einstellung eines Umweltingenieurs sein, wenn z.B. Umweltprobleme in der regionalen Gesundheitsdiskussion vorherrschend sind. Darüber hinaus ist - je nach Ausstattung und Konzeption der Präventionsgeschäftsstelle - die Einbindung ei-

nes in Präventionsfragen versierten und in Gesprächsführung geschulten Arztes anzustreben, um in spezifisch medizinischen Beratungsfragen kompetent handeln zu können. Entsprechendes gilt auch für Fachkräfte in Drogen- und Suchtfragen sowie für Sport- und Bewegungsexperten oder Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Betreuung.

Der hier vorgestellte Idealtyp einer Präventionsgeschäftsstelle mittlerer Größe geht von einer Ausstattung von drei hauptamtlichen wissenschaftlichen Mitarbeitern/Fachkräften aus (ein Sozialwissenschaftler, eine Ernährungsfachkraft, eine weitere Fachkraft). Aber auch bei Unterschreitung dieser Größe ist der Aufbau einer leistungsfähigen Präventionsgeschäftsstelle möglich. Dies setzt allerdings einen weitgehenden Verzicht auf die personalintensiven bürgergerichteten Tätigkeiten und eine Konzentration auf die koordinativen Aufgaben im Rahmen der organisationsgerichteten Aktivitäten voraus.

**Personelle Grundausstattung für eine Einheit mittlerer Größe**

Mit dem hier zugrundegelegten Personalbestand (ein Sozialwissenschaftler, zwei Fachkräfte, eine halbe Sekretariatsstelle) ist eine notwendige Grundausrüstung gegeben, die sowohl im Falle primär organisationsgerichteter als auch im Falle primär bürgergerichteter Geschäftsstellenarbeit, insbesondere aber bei einem ausgewogenen Mischverhältnis zwischen beiden Tätigkeitsfeldern, anzustreben ist. Je nach Größe des Interventionsgebietes und der zu betreuenden Bevölkerung sind im Falle bürgergerichteter Geschäftsstellenarbeit weitere Mitarbeiterstellen vorzusehen (Erfahrungswert: ein Mitarbeiter pro 30.000 Einwohner). Aufgrund der zu erwartenden Probleme bei der Finanzierung solcher zusätzlichen Stellen können zu beantragende ABM-Kräfte einen möglichen Ausweg

darstellen. Weiterhin ist frühzeitig festzustellen, ob Kooperationspartner oder ehrenamtliche Helfer aktionsbezogen personelle Engpässe beheben helfen. Auch sollte berücksichtigt werden, daß über "Beschäftigungsentgelte" für größere Aktionen Assistenzpersonal befristet eingestellt werden kann.

**Fallweise Einbeziehung weiterer  
Amtsmitarbeiter**

Von besonderer Bedeutung ist es, bei der Vorbereitung und Durchführung größerer Aktionen, die über einen längeren Zeitraum Personal binden, auf andere Mitarbeiter des Amtes zurückgreifen zu können. Hier sollte die Amtsleitung frühzeitig bestimmen, welche Aktionen sie für so bedeutsam hält, daß sie solche befristeten Personalabstellungen rechtfertigen. In diesen Fällen muß der Leiter der Präventionsgeschäftsstelle rechtzeitig einen detaillierten Personaleinsatzplan erstellen.

**Allgemeine Anforderungen an die  
Mitarbeiter**

Neben den bereits angesprochenen fachspezifischen Qualifikationen der Mitarbeiter sind eine Reihe weiterer Eigenschaften zu nennen, auf die in Stellenausschreibungen auch ausdrücklich hingewiesen werden sollte. Diese Eigenschaften bzw. Persönlichkeitsmerkmale sind:

- allgemeine Aufgeschlossenheit (möglichst vorurteilsfreier Umgang mit Problemthemen und Bürgern),
- Kontaktfreude (auf den Bürger zugehen können, interessierte Gesprächsbereitschaft signalisieren, "Verkaufstalent" entwickeln etc.),
- Professionalität (professionelle Einstellung bedeutet u.a. fachlich souveräner Umgang mit z.T. sehr persönlichen Fragen und Problemlagen, aber auch die Bereitschaft zu unregelmäßigen Arbeitszeiten und Überstunden),

- Teamgeist (von allen Mitarbeitern ist ein fächerübergreifendes Denken zu verlangen, das sich in einer Art "Gesamtkompetenz" für Gesundheitsfragen manifestiert und sich im Bewußtsein der Bürger festsetzen kann),
- organisatorische Kompetenz (Fähigkeit zur Strukturierung und Umsetzung komplexer Sachverhalte).

**Prüfung der im Amt  
gegebenen Voraus-  
setzungen**

Noch bevor sich dieses Geschäftsstellenteam konstituiert hat, ist eine der ersten Aufgaben des Sozialwissenschaftlers, die inneramtlichen Bedingungen der geplanten Arbeit zu erkunden. Er wird gemeinsam mit der Amtsleitung die in den inhaltlichen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen getroffenen Festlegungen auf damit verbundene Zielrichtungen und ggfs. vorhandene Spielräume hin überprüfen. Darüber hinaus wird er sich einen Überblick über die Beschaffenheit und Verfügbarkeit der im Amt vorhandenen materiellen Ausstattung verschaffen.

Bei der Erkundung der inneramtlichen Bedingungen für die Ausstattung und Arbeit der Präventionsgeschäftsstelle ist es wichtig, die Ergebnisse der inner- und außeramtlichen Analysen möglichst ausführlich im Amt bekannt zu machen und zu diskutieren, um so ein insgesamt kooperatives Klima unter den Amtsmitarbeitern zu fördern.

**6.1.1.2 Operationalisierung des Geschäftsstellenkonzepts**  
(Teil I b des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

Zunächst geht es um die Auswahl

- einer bestimmten Organisationsform
- bestimmter Aufgaben-(bereiche)  
sowie
- der Interventionsstrategie für die Geschäftsstellenarbeit.

**Entscheidung für eher "bürgergerichtetete" oder eher "organisationsgerichtete" Arbeit**

Alle drei in dieser Fragestellung angesprochenen Operationalisierungsprobleme sind vielfältig miteinander verknüpft (vgl. hierzu auch Kapitel 3). Von der bereits angesprochenen, zunächst globalen Zielsetzung abgeleitet ist zu entscheiden, ob eine eher "bürgergerichtetete" oder eine eher "organisationsgerichtete" Geschäftsstellenarbeit zu planen ist. Um diese Entscheidung treffen zu können, bedarf es eines genauen Überblicks über den "Gesundheitsmarkt" bzw. die präventive Versorgung in der Gemeinde.

**Einfluß der sozialräumlichen Struktur**

Diese Entscheidung wird maßgeblich von der sozialräumlichen Struktur der Gemeinde beeinflusst. Handelt es sich z.B. um ein dicht besiedeltes Stadtgebiet mit einer Wohn- und Beschäftigungsstruktur, die starke "Laufkundschaft" erwarten läßt, so empfiehlt sich eine bürgergerichtetete Arbeit in der Organisationsform "Ladenlokal". Gleichzeitig bedeutet dies für die Wahl der Interventionsstrategie, daß sehr viele eigene Aktivitäten und Angebote notwendig werden.

**Hintergrunddaten aus der "kleinen Gemeindediagnose"**

Eine systematische Aufbereitung aller bisher angesprochenen, für die Bestimmung von "Aufgaben", "Organisationsform" und "Interventionsstrategie" bedeutsamen Hintergrunddaten, ist im Rahmen der

"kleinen Gemeindediagnose" (vgl. hierzu Kapitel 4) möglich. Auf Form und Arbeitsweise dieses Instrumentariums und auf dessen Nutzen für die Geschäftsstellenarbeit wird in Abschnitt 6.1.1.4. ausführlich eingegangen.

### **Organisationsform**

Auf der Basis der "kleinen Gemeindediagnose" kann über die Organisationsform der Präventionsgeschäftsstelle entschieden werden. Ist eine Priorität für bürgergerichtete Geschäftsstellenarbeit angezeigt, müssen geeignete Räume für ein "Ladenlokal" (s. hierzu Abschnitt 6.1.1.3.) gesucht werden. Bei ausgedehntem Interventionsgebiet und mehreren Siedlungszentren sollten entweder zusätzliche, zeitweise zu besetzende Räumlichkeiten in öffentlichen Lokalitäten (Ortsämter, andere "bürgerfreundliche" Außenstellen von Ämtern) genutzt und/oder eine flexibel handhabbare Ausstattung für Infostände erworben werden. In ländlichen Räumen hat sich die direkte präventive Versorgung der Bevölkerung mit Hilfe einer mobilen Einheit (Kleinbus) sehr gut bewährt. Ist eine Priorität für organisationsgerichtete Geschäftsstellenarbeit vorgesehen, genügen mit Telefon und sonstiger Büroausstattung versehene Geschäftsstellenräume, wobei ein Sitzungs- bzw. Gruppenraum vorgesehen werden sollte.

In der DHP-Praxis haben sich vier miteinander kombinierbare Organisationsformen, die auch für Gesundheitsämter von Interesse sind, herausgebildet:

- Die Geschäftsstelle arbeitet vorrangig als ein administratives "Organisationsbüro";
- die Geschäftsstelle arbeitet in Form eines "Ladenlokals" primär als Anlauf- und Kontaktstelle für ratsuchende Bürger;

- die Geschäftsstelle arbeitet in Form einer räumlich flexibel einsetzbaren Organisationseinheit ("mobile Geschäftsstelle");
- die Geschäftsstelle arbeitet periodisch und zeitlich begrenzt in festen "Beratungsstellen".

**Aufgaben(-bereiche)**

Bei der konkreten Ausarbeitung der Geschäftsstellenkonzeption müssen weiterhin Entscheidungen über die Aufgaben(-bereiche) getroffen werden. Wiederum im Sinne von Wahlmöglichkeiten können Gesundheitsämter aus dem nachfolgenden Merkmalskatalog die für ihre Gemeinderegion geeignete Kombination auswählen (vgl. hierzu ausführlicher Abschnitt 3.2).

Zunächst werden planerische und konzeptionelle Aktivitäten im Vordergrund stehen. Es müssen aber bereits frühzeitig vielfältige Kontakte zu im präventiven Feld arbeitenden Organisationen und zur lokalen Presse geknüpft werden, um das präventive Anliegen und die geplanten Maßnahmen in der Gemeinde bekannt zu machen und hierfür zu werben.

Abb. 10: Merkmalskatalog Aufgaben(-bereiche)

AUFGABEN (-BEREICHE)	Primäre Ausrichtung der Aufgaben	
	"bürgergerichtet"	"organisationsgerichtet"
1. inhaltliche Einzelberatung (spontane Bürgerberatung)	X	
2. inhaltliche Einzelberatung (aktionsbezogene Beratung)	X	
3. inhaltliche Beratung von Gruppen	X	X
4. Beratung von Institutionen		X
5. Fortbildung von Multiplikatoren		X
6. Entwerfen und Gestalten von Präventionsstrategien/ Konzepten	X	X
7. Entwerfen und Erstellen von Materialien	X	
8. Erhebung und Analyse gemeindebezogener Daten	X	X
9. Durchführung präventiver Aktionen /Großveranstaltungen	X	
10. Erstellung eines Präventionsführers	X	X
11. Entwickeln und Pflegen von PR-Kontakten		X
12. Sammeln und Vermitteln von Informationen und Ressourcen	X	X
13. Kontaktstelle für Organisationen und Gruppen		X
14. Kontaktstelle zu überregionalen Gesundheitsorganisationen und Verbänden		X
15. Evaluation eigener präventiver Aktionen		X
16. Sammlung und Aufbereitung wissenschaftlicher Daten und Ergebnisse der Gesundheitsforschung	X	X
17. Präventionsbezogene wissenschaftliche Beratung	X	X
18. Etablierung und Leitung eines regionalen Arbeitskreises Gesundheit		X
19. Unterstützung von Selbsthilfegruppen	X	
20. Schaffung einer sozialkommunikativen Atmosphäre	X	

Auch Arbeiten bezüglich der "kleinen Gemein-  
dediagnose", speziell der Angebotsanalyse, müssen  
frühzeitig in Angriff genommen werden. Denn orga-  
nisationsgerichtete Arbeit setzt die Erschließung  
des Gemeindeumfeldes - insbesondere der möglichen  
Kooperationspartner - voraus. Parallel hierzu  
sollten auch die ersten Anstrengungen für den  
Aufbau einer Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit  
unternommen werden. Sofern bereits eine Ar-  
beitsgemeinschaft besteht, wird es Aufgabe des  
Gesundheitsamtes sein, dieses Gremium frühzeitig  
über die Einrichtung und Konzeption der Präven-  
tionsgeschäftsstelle zu informieren.

Erst im weiteren Verlauf der Durchführungsphase  
wird es im Bedarfsfalle gelingen, eine Kontakt-  
und ggf. Koordinationsstelle für Selbsthilfeakti-  
vitäten aufzubauen, da dies ein erhebliches Ver-  
trauenspotential bei diesen sensiblen Gruppen  
voraussetzt.

Beratung von Institutionen und Schulung von  
Multiplikatoren werden erst eine Rolle spielen,  
wenn das präventive Fachwissen von seiten der  
Präventionsgeschäftsstelle in der Praxis erprobt  
und nachgewiesen worden ist.

#### Interventionskon- zept

Hinsichtlich der strategischen Dimension der  
Intervention stellt sich zunächst die Frage, mit  
wem die Präventionsgeschäftsstelle im interven-  
tiven Feld auf welche Weise zu kooperieren beab-  
sichtigt. Darüber hinaus geht es darum festzu-  
legen, welche Art der Intervention gegenüber wel-  
chen Zielgruppen und mit welcher räumlichen Aus-  
dehnung betrieben werden soll. Hierfür sind mög-  
lichst intime Kenntnisse des "präventiven Netz-  
werkes" - also der Beziehungs- und Konfliktstruk-

turen zwischen den Anbietern präventiver Leistungen in der Gemeinde - notwendig.

**Strategien und Formen der Intervention**

Miteinander kombinierbare Interventionsstrategien werden unterschieden nach

**- Trägern der Maßnahmen:**

- \* eigene Veranstaltungen;
- \* eigene Veranstaltungen in Kooperation mit Partnern;
- \* Koordination von oder Teilnahme an Veranstaltungen anderer Anbieter;

**- Ausdehnung der Maßnahmen:**

- \* flächendeckende und breitenwirksame Intervention;
- \* auf einzelne Zielgruppen bezogene Intervention;

**- Adressaten und Zielrichtung der Maßnahmen:**

- \* Verhältnisprävention zur Beeinflussung von Leistungsangeboten (organisationsgerichtete strukturelle Intervention);
- \* Verhaltensprävention zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens über Appelle und Handlungsanleitungen (bürgergerichtete individuelle Intervention);

(Vgl. hierzu auch die erläuternden Beispiele des Abschnittes 3.3).

**6.1.1.3 Bezug und Ausstattung geeigneter Räume  
(Teil Ic des Aufbau- und Ablaufplanes  
einer Geschäftsstelle)**

**Besondere Voraussetzungen für Ladenlokale**

In der Konstituierungsphase sind auch die Suche und der Bezug der Geschäftsstellenräume vorgesehen. Insbesondere im Falle der Entscheidung für die Form eines "Ladenlokals" kommt der Suche nach Räumlichkeiten eine große Bedeutung zu. Das "La-

denlokal" sollte möglichst zentral in einer von der Wohnbevölkerung hoch frequentierten Straße angemietet werden.

Wenn möglich, sollte es eine gut sichtbare und erreichbare Eckhauslage im Erdgeschoß des Gebäudes haben. Die Räume selbst sollten hell und freundlich sein und eine zum Bleiben anregende Atmosphäre ausstrahlen. Dazu tragen Vorhänge und bequeme Sitzmöbel erheblich bei. Weiterhin ist es wünschenswert, daß mehrere kleine Räume für Einzelberatungen zur Verfügung stehen bzw. entsprechende kleine Räume durch versetzbare Wände geschaffen werden können. Neben den Gegenständen einer normalen Büroausstattung (Telefon, Schreibmaschine, Büromöbel etc.) sollten Möglichkeiten zur Aufbewahrung von Materialien (Regale, Schränke) vorhanden sein. Insbesondere ist auch die Ausstattung mit einer Kücheneinheit wünschenswert (z.B. für Ernährungsdemonstrationen, aber auch zum Kaffeekochen für gesellige Bürgertreffen).

**Geschäftsstelle in räumlicher Trennung vom Amt oder innerhalb des Amtes**

Sollten die Räume für eine Präventionsgeschäftsstelle innerhalb des Gesundheitsamtes eingerichtet werden, ist dies im Falle einer hauptsächlich organisationsgerichteten Arbeit weniger problematisch. Hingegen wirft diese Entscheidung im Falle bürgergerichteter Geschäftsstellenarbeit verschiedene Probleme auf, die zumeist im Standort und in dem vom Bürger erwarteten herkömmlichen Leistungskatalog des Gesundheitsamtes begründet sind. Zudem können die grundsätzlich anderen Arbeitsformen und Öffnungszeiten der Präventionsgeschäftsstelle zu Verunsicherungen beim Stammpersonal der Gesundheitsämter führen. Andererseits wirft die außeramtliche Ansiedlung der Geschäftsstelle administrative und logistische Probleme auf, da die von der Geschäftsstelle prinzipiell nutzbaren Verwaltungsressourcen und

Gerätschaften z.T. nicht transportabel sind (ein Overheadprojektor oder ein Videogerät lassen sich z.B. noch transportieren, nicht jedoch ein Fotokopiergerät oder eine EDV-Anlage).

#### **6.1.1.4 "Kleine Gemeindediagnose"**

**(Teil Id des Aufbau- und Ablaufplanes  
einer Geschäftsstelle)**

Wie bereits in 6.1.1.2 angedeutet, werden für die Operationalisierung der Geschäftsstellenkonzeption Informationen aus dem Gemeindeumfeld benötigt, um Entscheidungen hinsichtlich "Organisationsform", "Aufgaben(-bereichen)" und "Interventionsstrategie" treffen zu können. Wie der Begriff "kleine Gemeindediagnose" zum Ausdruck bringt, sollen von den Gesundheitsämtern keine umfassenden statistischen Erhebungen und Datenanalysen durchgeführt werden. Vielmehr sollen die Ausgangs- und Rahmenbedingungen der Geschäftsstellenarbeit mit einem "kleinen Instrumentarium", den "Checklisten" für die Gemeindestruktur und die Angebotsanalyse, ermittelt werden. Diese Daten beschreiben zudem die präventive Situation vor Beginn der Geschäftsstellenarbeit. Sie bilden somit auch eine Vergleichsebene für die Beurteilung der Wirkungen, die von Präventionsgeschäftsstellen in der Gemeinde bzw. im Landkreis erreicht werden.

**"Checklisten"  
statt umfassender  
statistischer Er-  
hebungen**

**Erfassung der  
wichtigsten Daten  
zur Gemeinde-  
struktur**

Die "Checkliste Gemeindestrukturanalyse" (s. Anhang) ist eine Zusammenstellung von grundsätzlichen Kenndaten zur Beschreibung der Gemeindestruktur. Welche Fragestellung mit den jeweiligen Erhebungsmerkmalen verbunden werden kann, welche Quellen zur Erhebung genutzt werden können und welche Bedeutung das Merkmal für eine gemeindeorientierte Prävention hat, wird in der Checkliste verständlich gemacht. Insgesamt beschrei-

ben die Gemeindestrukturdaten die sozialräumlichen Verhältnisse und geben unter Umständen Hinweise auf regionale Gesundheitsprobleme, auf die die Geschäftsstelle reagieren muß. Sicherlich wird die Gemeindestruktur in ihrer tatsächlichen lebensweltlichen Vielfalt von diesen Daten nicht vollständig abgebildet. Für deren Interpretation bei der Planung und Vorbereitung konkreter präventiver Maßnahmen ist daher gerade spezifisches Detailwissen des in der Gemeinderegion und in deren sozialem Gefüge beheimateten Mitarbeiters besonders wichtig.

Die "Angebotsanalyse" (s. die "Checkliste" im Anhang) ist für den Aufbau einer Geschäftsstellenstruktur von doppelter Bedeutung. Im Zuge dieser Analyse werden zum ersten Organisationen und Institutionen sowie deren konkrete präventive Angebote erfaßt. Dabei werden jene Lücken sichtbar, die von der Präventionsgeschäftsstelle mit eigenen Angeboten oder in Kooperation mit Dritten bzw. von diesen auf Anregung des Gesundheitsamtes geschlossen werden können. Aus der Beurteilung der Angebotslage in der Gemeinde heraus werden also die konkreten Aufgaben(-bereiche) der Präventionsgeschäftsstelle definiert. Die Angebotsanalyse - insbesondere, wenn sie gleichzeitig mit der Zielsetzung betrieben wird, einen "Präventionsführer" (s. auch 6.1.3.1) zu erstellen - bietet zum zweiten die Gelegenheit, Kooperationsbeziehungen der Anbieter untereinander, aber auch die dabei vorhandenen Konfliktfelder offenzulegen und zu erfassen. Damit gewinnen die Mitarbeiter der Präventionsgeschäftsstelle wichtige Einblicke in das präventive Netzwerk, dessen Stärken und dessen Schwachstellen. Diese Betrachtung gibt wichtige Hinweise auf die Ausrichtung der eigenen Interventionsstrategie. So kann tendenziell eingeschätzt werden, wie stark die Kapazitäten der

Geschäftsstelle für selbst zu erbringende präventive Leistungen gebunden werden müssen und in welchem Maße Kooperationen möglich sind (vgl. 6.1.1.2).

**Umfassende Ermittlung der Anbieter präventiver Leistungen und ihrer Inhalte**

Die "Checkliste Angebotsanalyse" nennt neben Erfassungsdimensionen und Quellen auch Zwecksetzung und Bedeutung der Erfassung für die Geschäftsstelle. Im Zuge der Recherchen entwickelt sich dabei ein "Organisationenraster", das eine grobe Einschätzung der präventiven Versorgungsstruktur der Gemeinderegion insgesamt zulässt. Zur Erfassung der konkreten Leistungen der Mitanbieter und möglichen Kooperationspartner müssen kontinuierlich Programme und Veranstaltungshinweise gesammelt und ausgewertet werden.

**Dauerhafte Einrichtung der "kleinen Gemeiniediagnose"**

Wie der "Aufbau- und Ablaufplan einer Geschäftsstelle" zeigt, ist die "kleine Gemeiniediagnose" nicht nur eine einmalige Basiserhebung während der Konstituierungsphase. Vielmehr empfiehlt es sich, eine reduzierte Datenbeobachtung auf Dauer einzurichten. Zum einen können dadurch wichtige Veränderungen im Gemeindeumfeld (z.B. langfristige Wanderungsbewegungen und Entwicklungstrends in der Altersstruktur der Bevölkerung, aber auch regionale Sterblichkeitsentwicklungen) frühzeitig erkannt werden, zum anderen ermöglicht eine stetige Datensammlung und -analyse die Beobachtung von strukturellen Wirkungen der eigenen Arbeit.

#### 6.1.1.5 Kontaktaufnahme zu relevanten Partnern (Teil Ie des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

##### Erstkontakte zur Sondierung der Ko- operationsbereit- schaft

Erste Kontakte zu relevanten Partnern ergeben sich bereits im Zuge der Angebotsanalyse. Eine zentrale Aufgabe der Konstituierungsphase ist der Aufbau von Kontakten zu den regionalen Medien. Von der Überzeugungskraft dieser Erstkontakte wird wesentlich die Qualität der Einführung der Präventionsgeschäftsstelle als Zentrum für präventive Leistungen in der Gemeinde abhängen. Darüber hinaus wird in diesen ersten Kontaktgesprächen die Grundlage für die gesamte PR-Arbeit der Präventionsgeschäftsstelle vorbereitet - insbesondere im Hinblick auf einen persönlichen "guten Draht" zur regionalen Presse, der auch später einer ständigen Pflege bedarf.

Weitere wichtige Gesprächspartner, die zu Beginn der Geschäftsstellenarbeit kontaktiert werden sollten, sind alle jene Institutionen und Organisationen, deren Interessen unmittelbar berührt werden. Insbesondere Gespräche mit den regionalen ärztlichen Körperschaften und Verbänden können frühzeitig Mißverständnisse bezüglich des angestrebten Leistungscharakters der Geschäftsstellenarbeit vermeiden helfen. Dasselbe gilt für bereits etablierte wichtige Anbieter präventiver Leistungen (Apothekervereinigung, Krankenkassen, Beratungsstellen, Sportvereine etc.), die in dem "Newcomer" Präventionsgeschäftsstelle in erster Linie einen neuen Konkurrenten sehen könnten. Als besonders interessiert und kooperativ haben sich Institutionen der Erwachsenenbildung (VHS, kirchliche Bildungswerke etc.) erwiesen.

In den Erstkontakten sollten die Ziele und Planungen vorgestellt sowie Offenheit für Erfah-

rungsaustausch und Bereitschaft bezüglich künftiger Zusammenarbeit zum Ausdruck gebracht werden. Als Besonderheit hat sich erwiesen, daß frühzeitige Kontakte zu Persönlichkeiten des öffentlichen Gemeindelebens - insbesondere zu "Seniorpolitikern" -, die dem Präventionsgedanken Sympathie entgegenbringen, positive Einflüsse auf die Entwicklung der Geschäftsstellenarbeit haben können. Grundsätzlich kann gesagt werden, daß sich Personen, die bereits in der Öffentlichkeit positiv mit Prävention in Verbindung gebracht werden, für eine Erstansprache besonders eignen. Von diesen Personen können u.a. wichtige Hinweise für den Zugang zur Gemeinde erwartet werden.

#### 6.1.2 Vorbereitungsphase

##### 6.1.2.1 Verbindliche Kooperationsabsprachen

(Teil IIa des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

#### Vertiefung der Kontakte und Planung gemeinsamer Maßnahmen

An die sechsmonatige Konstituierungsphase schließt sich die auf drei Monate konzipierte Vorbereitungsphase an. Diese Phase dient der durchführungsbezogenen Vorbereitung und Konkretisierung der zukünftigen Aktivitäten. Die durch Erstkontakte (vgl. 6.1.1.5) und Angebotsanalyse (vgl. 6.1.1.4) geknüpften Verbindungen werden nun - bezogen auf die Weiterentwicklung der Interventionskonzeption (vgl. 6.1.2.2) und die bedarfsorientierte Planung und Vorbereitung interventiver Maßnahmen (vgl. 6.1.2.4) - fallweise vertieft.

#### Gesundheitsfeste als gemeinsame Eröffnungsveranstaltungen

Zu bereits verbindlichen Kooperationsabsprachen kann es im Rahmen der Vorbereitung einer ersten großen Aktion kommen. Es hat sich als strategisch sinnvoll erwiesen, mit einem "spektakulären" Gesundheitsfest/-tag auf die Existenz der neuen In-

stitution "Geschäftsstelle" im präventiven Feld aufmerksam zu machen. Bei der Organisation einer solchen Einführungsveranstaltung empfiehlt es sich, neben der Einbindung von Mitanbietern präventiver Leistungen insbesondere die Kooperation mit erfahrenen Organisatoren von Großveranstaltungen (z.B. Kreditinstitute, THW) zu sichern.

#### **Abbau von Konkurrenzängsten**

Schon bei diesen ersten Bemühungen um konkrete Kooperationsabsprachen wird sich zeigen, daß nicht alle potentiellen Partner für eine Mitarbeit zu gewinnen sind. Es wird zur ständigen Aufgabe der Geschäftsstellenmitarbeiter, dahinterstehende Motive zu erforschen, um eventuelle Bedenken gegen mögliche Kooperationen frühzeitig ausräumen zu können. Häufig lassen sich solche Widerstände - insbesondere die aus Konkurrenzängsten hervorgerufenen - durch frühzeitige Offenlegung der eigenen Planungen und Zielsetzungen abbauen. Dies wird unproblematisch sein, wenn die Präventionsgeschäftsstelle primär koordinierend und multiplikatorenbezogen arbeiten will. Ansonsten sollte man Anbietern verdeutlichen, daß im wesentlichen eine ergänzende (additive) Interventionsstrategie verfolgt wird, d.h., daß erfolgreichen und flächendeckenden Angeboten anderer Institutionen nicht mit gleichartigen Angeboten der Präventionsgeschäftsstelle Konkurrenz gemacht werden soll. Andere Kooperationshemmnisse - wie die Sorge um ein eventuelles Scheitern einer Aktion - lassen sich später durch den Nachweis konkreter Erfolge bei zurückliegenden Aktivitäten beseitigen.

#### 6.1.2.2 Weiterentwicklung des Interventionskonzeptes mit Zeitplan und Zielkriterien (Teil IIb des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

Aufbauend auf den Ergebnissen der "kleinen Gemeindediagnose" ist in der Vorbereitungsphase eine mittelfristig ausgelegte Weiterentwicklung der Interventionskonzeption erforderlich. U.a. in Abhängigkeit von der Entscheidung für eine eher bürgergerichtete bzw. organisationsgerichtete Tätigkeit müssen Planungs- und Durchführungszeiträume festgelegt und Zuständigkeiten sowie Arbeitsbereiche der Mitarbeiter angemessen verteilt werden.

##### **Erstellung eines Jahresplanes**

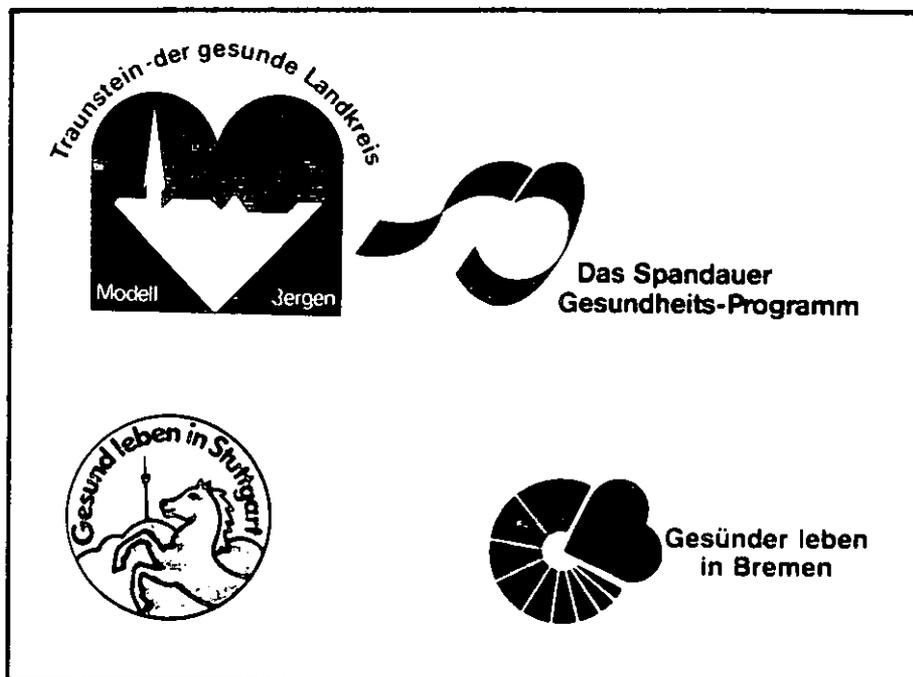
Für die Abfolge der Maßnahmen/Aktionen/Kurse sollte ein ausführlicher Zeitplan (Jahresplan) erstellt werden. Ebenso müssen die Dienstzeiten der Mitarbeiter den besonderen Öffnungszeiten der Präventionsgeschäftsstelle und den Abläufen der Veranstaltungen angepaßt werden. Alle angestrebten Maßnahmen und Kooperationen - ob zielgruppenorientiert, auf die gesamte Gemeindepopulation oder auf Multiplikatorengruppen und Organisationen bezogen - verfolgen im Rahmen der Gesamtvorgabe jeweils eine spezifische interventive Zielsetzung. Um diesen Zielsetzungen einen für alle Beteiligten verpflichtenden Charakter zu verleihen, müssen für sämtliche Maßnahmen und Aktionen konsensfähige und realistische Zielkriterien definiert werden.

##### **Entwicklung eines Signets**

In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung eines identifikationsstiftenden Symbols von Bedeutung. Sowohl Kooperationspartnern als auch der Gemeindebevölkerung wird es durch ein Signet erleichtert, den Präventionsgedanken mit der neuen Institution Präventionsgeschäftsstelle dauerhaft

zu verbinden. Nachfolgend sind die Signets abgebildet, die sich die DHP-Studienzentren als Erkennungssymbole zu Beginn ihrer Tätigkeit gegeben haben.

Abbildung 11:



Ebenso wie die Gestaltung verbindlicher Kooperationsbeziehungen (vgl. 6.1.2.1) ist die Weiterentwicklung der Interventionskonzeption der Präventionsgeschäftsstelle eine Aufgabe, die nach Ablauf der Vorbereitungsphase - im Sinne von Überprüfung, Korrektur und Anpassung - weiterbetrieben werden muß.

### 6.1.2.3 Entwicklung eines Bewertungskonzeptes zur Überprüfung der Interventionsziele (Teil IIc des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

In der täglichen Arbeit müssen ohnehin Aufzeichnungen vorgenommen werden. Gesprächspartner, Anlaß und Ergebnis eines Kontaktes sind festzuhalten. Um solche Informationen zugleich auch für eine systematische Dokumentation und Bewertung der eigenen Arbeit nutzbar zu machen, empfiehlt sich ein leicht handhabbarer Erfassungsbogen, der alle wichtigen Daten eines Kontaktes festhält. Nachstehend ist als Anregung eine "Kontaktkarte" abgebildet, wie sie in der DHP eingesetzt wird.

**Kontaktkarte**



Die hiermit gesammelten Informationen bilden gewissermaßen das "gemeinsame Gedächtnis" aller Mitarbeiter. Dieses Instrument erfaßt sowohl die organisations- als auch die bürgergerichteten Kontakte. Die "Kontaktkarte" liefert im Zeitverlauf Daten über vorherrschende Themen sowie über Schwierigkeiten und Probleme und deren Lösung. Sie informiert weiterhin über die Häufigkeit von Anfragen und über eher schwerfällige oder seltene Kontakte und ermöglicht es, darauf aktiv zu reagieren. Die "Kontaktkarte" sollte von jedem Mitarbeiter im Anschluß an jeden Kontakt ausgefüllt werden.

#### **Teilnehmerkarte**

Eine Dokumentation des Erfolges von Veranstaltungen basiert auf Informationen über Teilnehmerzahlen, Reaktionen der Teilnehmer sowie darauf, ob die angesprochene Zielgruppe auch erreicht wurde. Bei Großveranstaltungen wird man sich hier mit groben Zählungen und Schätzungen begnügen müssen. Allenfalls können aktionsbezogene Kurzfragebögen (maximal zwei Seiten) eingesetzt werden. Bei kleineren Veranstaltungen (Gruppen, Kursen etc.) ist der Einsatz einer "Teilnehmerkarte" denkbar, mit der neben Informationen über die Veranstaltung insbesondere erfaßt wird, ob ein Teilnehmer weitergehende Interessen an präventiven Themen hat. Als Anregung ist nachstehend eine in der DHP eingesetzte Teilnehmerkarte\*) (Vorder- und Rückseite) abgebildet.

---

\*) Als Beispiel wird ein vom BIPS eingesetztes Instrument verwandt.



## Telefoninterview

Als weiteres Bewertungsinstrument empfiehlt sich das "Telefoninterview". Diese kostengünstige Erhebungsform kann bei Teilnehmern oder einer aus dem Telefonbuch zu treffenden Zufallsauswahl (100 - 200 Bürger) mit Bezug auf eine bestimmte Aktion im Abstand von einigen Wochen deren Wirkung erfassen. "Telefoninterviews" können aber auch losgelöst von einzelnen Aktionen sich auf die Geschäftsstellenarbeit insgesamt beziehen und deren Wirkungen erfragen. In jedem Falle gibt das Instrument Auskunft, welche Zielgruppen erreicht werden und welche nicht, welche Art der Intervention besonders gut ankommt und welche Inhalte vermittelt werden konnten.

Mit Hilfe der genannten Instrumente läßt sich die Arbeit einer Präventionsgeschäftsstelle angemessen dokumentieren. Die Dokumentation und deren Auswertung ist zudem wichtig, um eine Verbesserung der eigenen Tätigkeit zu ermöglichen. Auch läßt sich damit die Arbeit der Präventionsgeschäftsstelle nach innen und außen gegebenenfalls rechtfertigen. Diesem Gedanken entspricht auch die im Aufbau- und Ablaufplan vorgesehene jährliche Zwischenbewertung, bei der Ziele und Ergebnisse der Geschäftsstellenarbeit miteinander verglichen und ggf. "Kurskorrekturen" beschlossen werden können.

Da es notwendig ist, einzelne Instrumente wie Interviewleitfaden oder Teilnehmerkarte den Veranstaltungen anzupassen, und da das gesamte Bewertungskonzept der Entwicklung der Geschäftsstellenarbeit ständig angepaßt werden muß, ist die Durchführung und Verbesserung eines geeigneten Bewertungskonzepts eine über die Vorbereitungsphase hinausgehende Aufgabe der Mitarbeiter einer Präventionsgeschäftsstelle.

#### 6.1.2.4 Planung und Vorbereitung interventiver Maßnahmen

(Teil IID des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

#### Planung von Ablauf und Organisation einzelner Maßnahmen

Planung und Vorbereitung konkreter interventiver Maßnahmen erfordern verbindliche Kooperationsab-sprachen und Festlegungen realistischer Zielkri-terien für die Beurteilung des Erfolges einer Maßnahme. Darüber hinaus bedarf die Planung grö-sserer Aktionen auch einer möglichst genauen Ab-lauf- und Organisationsplanung. Mitarbeiter der Präventionsgeschäftsstelle und verantwortliche Mitarbeiter von Kooperationspartnern sollten zu diesem Zweck ein detailliertes Ablaufschema für Veranstaltungen erstellen (z.B. mit Hilfe der Netzplantechnik). Ein solches Ablaufschema stellt einen Maximalplan dar, dem dann die personellen und materiellen Ressourcen gegenübergestellt wer-den. Sollten dabei Engpässe und Lücken erkennbar werden, müssen entweder neue Ressourcen/neue Partner erschlossen oder - wenn dies nicht mög-lich ist - entsprechende Korrekturen an der Ziel-setzung und Mittelbeanspruchung einer Maßnahme vorgenommen werden. Auf diese Weise lassen sich frühzeitig Abweichungen zwischen Zielsetzung und Planung einerseits sowie dafür notwendigen und verfügbaren Kapazitäten andererseits aufdecken.

Bei der Planung einer Abfolge von verschiedenen Maßnahmen ist weiterhin darauf zu achten, daß ge-nügend Zeit zur Nachbereitung der einzelnen Ver-anstaltungen bleibt. Nur so läßt sich auch aus Fehlern lernen. Maßnahmenplanung findet nicht nur in der Vorbereitungsphase statt. Sie wird hier begonnen und ist in der Folgezeit eine immer wie-derkehrende, periodische Aufgabe im Rahmen der gesamten Geschäftsstellenarbeit.

### 6.1.3 Durchführungsphase

#### 6.1.3.1 Organisationsgerichtete Aktivitäten (Teil IIIa des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

Im Anschluß an die dreimonatige Vorbereitungsphase beginnt die Phase der konkreten interventiven Aktivitäten. Hier werden, aufbauend auf den Vorarbeiten, die organisationsgerichteten, bürgergerichteten und evaluativen Aufgaben in Angriff genommen. Die im "Aufbau- und Ablaufplan" aufgeführten Maßnahmen und Aktivitäten stellen eine Auswahl der wichtigsten Arbeitsfelder präventiver Geschäftsstellenarbeit in der Gemeinde dar.

Sowohl organisationsgerichtete als auch bürgergerichtete Aktivitäten lassen sich in kontinuierliche Aufgaben und periodisch wiederkehrende Aktionen/Maßnahmen unterscheiden.

#### *Kontinuierliche organisationsgerichtete Aufgaben:*

#### **Koordination von Angeboten**

- Präventive Gemeinschaftsaufgaben bedürfen einer genauen Absprache bezüglich der Bereitstellung von und der Verantwortlichkeit für Einzel- und Vorleistungen, die dann zu einer Gesamtktion zusammengeführt werden sollen. Der Präventionsgeschäftsstelle sollte dabei die Funktion einer koordinativen Leitstelle zukommen. Voraussetzung ist, daß die Präventionsgeschäftsstelle in dieser Funktion von den Kooperationspartnern auch ausdrücklich anerkannt wird. Von den Mitarbeitern der Präventionsgeschäftsstelle erfordert diese Funktion vor allem Integrationsvermögen sowie die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung und Führungskompetenz.

**Koordination von  
Arbeitskreisakti-  
vitäten**

- Bei der Koordination von Aktivitäten des Arbeitskreises sind ähnliche Qualifikationen gefordert, sofern der Präventionsgeschäftsstelle vom Arbeitskreis eine federführende Rolle zugeordnet wird. Andernfalls müssen hier eher administrative Aufgaben - wie Terminabstimmungen und einheitliche Außendarstellung der Tätigkeiten des Arbeitskreises - bewältigt werden. Eine wichtige koordinative Funktion der Präventionsgeschäftsstelle ist es auch, den Mitgliedern des Arbeitskreises Informationen über Verlauf und Ergebnisse gemeinsam getragener Aktivitäten bereitzustellen, so daß eine entsprechende Änderung der Zielsetzungen und eine Neudefinition zukünftiger Aufgaben erfolgen kann.

**Kontaktstelle für  
Selbsthilfegruppen**

- Die Koordination von Selbsthilfegruppen beschränkt sich im wesentlichen auf eine Kontaktstellenfunktion, d.h. auf die Aufgabe, den verschiedenen Gruppen geeignete Räumlichkeiten zu bestimmten Zeiten zur Verfügung zu stellen und einen regelmäßigen Austausch von Informationen zu organisieren. Hierzu gehört auch die Sicherstellung von Pressekontakten, ohne die eine notwendige Berichterstattung über Bestehen und Anliegen einzelner Selbsthilfegruppen nicht zu erreichen ist. Darüber hinaus "vermitteln" die Mitarbeiter der Präventionsgeschäftsstelle interessierte Bürger an die einzelnen Gruppen und koordinieren somit in gewissem Umfang Angebot und Nachfrage in diesem präventionsrelevanten Feld (vgl. die Maßnahmenbeschreibung (w) im Anhang).

**Beratung von Or-  
ganisationen**

- Organisationsberatung für andere Anbieter präventiver Leistungen wird in dem Maße verstärkt anfallen, wie erfolgreiche Aktivitäten der Präventionsgeschäftsstelle in der Gemeindere-

gion bekannt werden. In erster Linie werden es Institutionen sein, deren Tätigkeitsfeld bisher noch keine bzw. sehr wenige präventive Interventionsleistungen umfaßt. Die Beratung wird sich auf konkrete Hinweise für die Planung und Durchführung von Veranstaltungen beziehen, aber auch auf die inhaltlich und fachlich korrekte Darstellung von präventiven Maßnahmen.

**Anforderungen an die Pressearbeit**

- Kontinuierliche Pressearbeit erfordert einen stetigen formellen und informellen Kontakt, d.h., in der Präventionsgeschäftsstelle muß eine ständig ansprechbare Kontaktperson benannt werden, die auch Kontakte zur Presse zwischen den interventiven Ereignissen pflegt. Die aktionsbezogene Berichterstattung durch die regionale Presse wird dadurch erleichtert, daß den zuständigen Redakteuren vorformulierte Texte und geeignete Fotos zur Verfügung gestellt werden. Sind wöchentliche bzw. monatliche Kolumnen vereinbart, muß auf die termingerechte Erstellung der Beiträge geachtet werden.

***Periodische organisationsgerichtete Aktionen:***

**Jährliche Gesundheitsfeste**

- Jährlich veranstaltete Gesundheitsfeste eignen sich besonders als Einführungs- bzw. Abschlußveranstaltungen eines thematisch geplanten Programmjahres. Als Höhepunkte im stetigen Geschäftsbetrieb sind solche Großveranstaltungen geeignet, das Leistungsspektrum der Präventionsgeschäftsstelle und der mit ihr kooperierenden Partner zu demonstrieren. Auf Gesundheitsfesten können darüber hinaus bisher an Prävention desinteressierte Bürger angesprochen und zu einer vertiefenden Auseinandersetzung mit persönlichen Gesundheitsfragen an-

geregt werden (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (z) im Anhang).

**Jährliche Betriebsaktionen**

- Für präventive Aktionen in Betrieben und sog. Frühjahrs- oder Herbstaktionen empfiehlt sich ebenfalls ein jährlicher Turnus. Für solche Aktionen geeignet sind z.B. größere Betriebe mit Kantinen bzw. Großküchenanschluß. Zielsetzung ist es, bessere Ernährungsgewohnheiten der Erwerbsbevölkerung - mit Hineinwirken in die Familien - zu erreichen. Zur Vorbereitung solcher Veranstaltungen, die zunächst über einen Zeitraum von 1-3 Wochen gesündere Kost auf die Speisepläne der Kantinen bringen und begleitende Informationsveranstaltungen und Materialien erfordern, ist ein direkter Kontakt zu Kantinenköchen zu knüpfen. Angestrebt wird, das veränderte Speisenangebot auch nach Abschluß der Aktion beizubehalten. Für "Kombinationsaktionen", bei denen z.B. Blutdruckmessungen und die Bestimmung von Cholesterinwerten mit gezielten Ernährungsempfehlungen gekoppelt werden, sollte hingegen der Betriebsarzt die direkte Kontaktperson sein. Grundsätzlich sollte jedoch bei sämtlichen Betriebsaktionen darauf geachtet werden, daß neben den direkten Kontaktpersonen auch andere Beteiligte (Geschäftsleitung, Betriebsrat und Kantinenchef) möglichst gleichzeitig und umfassend informiert werden (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibungen (a), (d), (o), (s) und (v) im Anhang).

**Periodische Multiplikatoren-schulungen**

- Mit der Organisation und Durchführung von Multiplikatoren-schulungen werden Angehörige von solchen Organisationen und Berufsgruppen angesprochen, die präventiv tätig sind bzw. verstärkt tätig werden sollten. Dies gilt z.B. für Ärzte, Apotheker, Lehrer, Ernährungs- und

Bewegungsfachkräfte. Es muß bereits bei der Planung solcher Fortbildungsmaßnahmen/ Schulungen darauf geachtet werden, daß Zeit und Personal für die Beantwortung von Nachfragen durch die Teilnehmer sowie generell für deren Betreuung und Einbindung in künftige Aktionen vorgesehen werden. Als sehr attraktiv und teilnahmemotivierend hat sich die Ausgabe von Bescheinigungen und Zertifikaten erwiesen. Diese werden insbesondere von Multiplikatoren in den Bereichen Ernährung und Bewegung zum Nachweis ihrer Fortbildung geschätzt. Für die Schulungstermine ist - abhängig von den vorgesehenen Themen der Präventionsgeschäftsstellen - eine feste Terminplanung erforderlich, die den potentiellen Interessenten frühzeitig übermittelt werden muß (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (j) im Anhang).

**Rundbriefe für Multiplikatoren und Kooperationspartner**

- Die Gestaltung und periodische Herausgabe von Rundbriefen für Multiplikatoren und Kooperationspartner sind wesentliche Elemente der PR-Arbeit der Präventionsgeschäftsstelle. Neben den Veröffentlichungen in der lokalen Presse lassen sich auf diesem Wege die wichtigsten Informationen zu fachlichen Themen und Terminen verbreiten. Zudem haben diese Rundbriefe eine erhebliche integrative Funktion, vermitteln sie doch Zugehörigkeit zu einer präventiv engagierten Gruppe, in der Erfahrungsaustausch und Wir-Gefühl erkennen lassen, daß man mit seinen Bemühungen nicht alleine ist, sondern breite Unterstützung erfährt (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (i) im Anhang).

**Jährliche Pressekonferenzen**

- Die jährlich durchzuführenden Pressekonferenzen sind zum einen als Termine zur öffentlichen Ergebnisdarstellung der präventiven Leistungen in der Gemeinde zu verstehen. Zum anderen

eignen sie sich für eine programmbezogene Vorschau und zur Ankündigung wichtiger, aus den üblichen Aktivitäten herausragender Ereignisse. So läßt z.B. auch die Verortung der Pressekonferenzen auf der Zeitachse des "Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle" erkennen, daß sie im Anschluß an eine Zwischenbewertung sowie nach den spektakulären Ereignissen von "Betriebsaktionen" und vor dem publikumswirksamen Großereignis "Gesundheitsfest" vorgesehen sind. Auf diese Weise können solche wichtigen Präventionsereignisse gebührend vor- bzw. nachbereitet werden. Für derartige Pressekonferenzen ist es zweckmäßig, einen bekannten und die Bedeutung der Veranstaltung herausstreichenden Ort auszuwählen (z.B. Bürgerhaus, Gemeindesaal, Magistratsräume etc.).

**Periodische Arbeitskreissitzungen**

- Die Vorbereitung und Ausrichtung von Arbeitskreissitzungen ist im Regelfall eine im Halbjahresrhythmus wiederkehrende Aufgabe der Präventionsgeschäftsstelle. Kurzzeitigere Intervalle haben sich als nicht zweckmäßig erwiesen, insbesondere dann, wenn sich ein Exekutivgremium (ständiger Ausschuß) besonders engagierter Mitglieder des Arbeitskreises gebildet hat, dem auch die Präventionsgeschäftsstelle angehört und das häufiger bzw. zu gegebenen Anlässen tagt.

**Jährliche Herausgabe eines Präventionsführers/Gesundheitswegweisers**

- Die Erstellung und Aktualisierung eines Präventionsführers (Gesundheitswegweisers) ist zwar als jährlich wiederkehrende Aufgabenstellung zu sehen, bedarf jedoch einer ständigen Beobachtung des "Gesundheitsmarktes". Eine solche Beobachtung ist im Rahmen der Fortführung der "kleinen Gemeindediagnose" - speziell der "Angebotsanalyse" (vgl. Abschnitt

6.1.1.4) - vorgesehen. Ein auf diese Weise aktualisierter Präventionsführer ist insbesondere für Multiplikatoren und Mitanbieter präventiver Leistungen eine wichtige Orientierungshilfe, wenn es darum geht, Ratsuchende in Gesundheitsfragen mit den jeweils geeigneten Institutionen in Verbindung zu bringen (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (y) im Anhang).

Mit Hilfe des Präventionsführers lassen sich zudem Lücken im präventiven Angebot anschaulich und anregend im Arbeitskreis Gesundheit verdeutlichen. Darüber hinaus verschafft dieser Überblick über den präventiven Markt dem Gesundheitsamt die Möglichkeit, koordinierend und initiiierend neue problembezogene Schwerpunkte zukünftiger präventiver Leistungen aufzuzeigen.

#### 6.1.3.2 Bürgergerichtete Aktivitäten

(Teil IIIb des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

##### *Kontinuierliche Aufgaben:*

##### **Formen der Bürgerberatung**

- Je nach soziostrukturellen und geographischen Voraussetzungen in der Gemeinde findet die Beratung von Bürgern in den Räumen eines "Ladenlokals", in dezentralen "Beratungsstellen" (Ortsämtern, Bürgermeistereien etc.) oder an flexibel errichtbaren "Infoständen" statt (vgl. hierzu auch 6.1.1.2. und 6.1.1.3.). Sofern vom Ratsuchenden direkt angesprochen, bezieht sich diese Beratung auf risikofaktorenbezogene Verhaltensweisen. Insbesondere aber, wenn die Präventionsgeschäftsstelle im Sinne eines wohnstättenbezogenen Bürgertreffpunkts (Ladenlokal) organisiert ist, werden auch

allgemeine Gesundheitsfragen, Lebensbedingungen und Tagessorgen das beratende Gespräch bestimmen. Diese Form der Beratung zielt ausdrücklich nicht auf konkrete Ratschläge ab. Vielmehr soll der Bürger im Gespräch seinen Weg zu gesundheitlichen Fragen und Antworten finden lernen. Die Beratung in dezentralen Beratungsstellen erlaubt es, in besonderer Weise auf spezifische regionale Problemlagen und Problemgruppen einzugehen.

**Informationsmaterialien**

- Geschäftsstellenarbeit hat stets auch eine Informationsvermittlungs- und Verteilungsfunktion. Zu diesem Zweck ist die Erstellung, Übernahme und Vorbereitung von für die Prävention geeigneten Medien und Materialien vorgesehen. Hierfür ist es notwendig, mit den wichtigsten Herstellern und Verteilern von präventiven Medien in Kontakt zu stehen. Die Mitarbeiter der Präventionsgeschäftsstelle müssen aber auch in der Lage sein, ihren regionalen Bedürfnissen entsprechende Medien selbst zu erstellen bzw. vorhandene Fremdmedien umzugestalten (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (n) im Anhang).

***Periodische interventive Maßnahmen:***

**Screening-Aktionen  
(Blutdruck und  
Cholesterin)**

- Eine für die Gemeindebevölkerung attraktive und präventiv effektive Interventionsmaßnahme ist die Durchführung von Screening-Aktionen in der Geschäftsstelle und in wechselnden Lokalitäten der Gemeinde. Die kostenlosen, periodisch (im Abstand von drei Monaten) wiederkehrenden Messungen von Blutdruck und Cholesterinwerten haben ihren Vorzug darin, daß sie von der Bevölkerung ohne besonderen Aufwand in Anspruch genommen werden können und mit ihnen eine hohe Öffentlichkeitswirkung erzielt werden kann.

Die Bürger werden fachkundig über die Risiken erhöhter Blutdruck- und Cholesterinwerte informiert und ihnen werden Ratschläge und Verhaltenshinweise zu einer gesünderen Lebensweise vermittelt. Bei deutlich erhöhten Werten wird empfohlen, einen Arzt aufzusuchen (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibungen (p), (r) und (s) im Anhang).

**Einsatz von Informationsständen**

- Informationsvermittlung und Beratung an Info-Ständen finden in der Regel auf Wochenmärkten und in Einkaufszonen, also auf von der Gemeindebevölkerung stark besuchten Plätzen, statt. Informationen mit Hilfe von flexibel gestaltbaren Info-Ständen erlauben es zudem, einen sehr engen Bezug zur lebensweltlichen Situation spezifischer Zielgruppen vor Ort herzustellen (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (A) im Anhang).

**Maßnahmen und Aktionen für verschiedene Zielgruppen**

- Zielgruppenaktionen wie Lauftreffs, risikofaktorenbezogene Kursangebote, Schulaktionen etc. finden in kurzen Abständen zumeist in Kooperation mit anderen Anbietern statt. Häufigkeit und Anzahl solcher ebenfalls stark nachgefragten Aktionen finden ihre Grenzen in der Personalstärke einer Präventionsgeschäftsstelle (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibungen (b), (c), (e), (f), (g), (h), (k), (l), (m), (q), (t), (u) und (B) im Anhang).

**Vortragsveranstaltungen zu aktuellen Themen**

- Vorträge und Info-Abende in der Geschäftsstelle oder in Räumen von Kooperationspartnern (z.B. Volkshochschulen) können zu fest wiederkehrenden Programmpunkten bürgergerichteter Aktivitäten werden. Diese periodischen Einzelveranstaltungen eignen sich insbesondere für das Aufgreifen aktueller gesundheitsbezogener Probleme in der Gemeinde. Darüber hinaus sind sie

geeignet zur Erörterung allgemeiner, die Bürger aber direkt bewegender Themenstellungen, wie z.B. Umweltbelastung und Ernährung, Gesundheitsgesetzgebung und ihre Folgen für spezielle Zielgruppen der Gemeindebevölkerung etc. Da die Mitarbeiter der Präventionsgeschäftsstelle nicht alle Bereiche abdecken können, hängt die Auswahl der Themen auch davon ab, welche Referenten gewonnen werden können (vgl. hierzu die Maßnahmenbeschreibung (x)).

#### 6.1.3.3 Dokumentation und Bewertung der Geschäftsstellenarbeit

(Teil IIIc des Aufbau- und Ablaufplanes einer Geschäftsstelle)

#### Dokumentation und Bewertung der Geschäftsstellenarbeit

Die Dokumentation und Bewertung (Evaluation) der Geschäftsstellenarbeit bezieht sich sowohl auf einzelne Maßnahmen als auch auf die Erreichung der programmatisch festgelegten Gesamtzielsetzung. Die Dokumentation von Interventionsprozessen und Einzelmaßnahmen erfolgt im Rahmen des in der Vorbereitungsphase entwickelten Bewertungskonzeptes zur Überprüfung der Interventionsziele (vgl. 6.1.2.3) und ist eine stetige Aufgabe. Einmal jährlich sollte eine Zwischenbewertung der kontinuierlich dokumentierten Aktivitäten im Hinblick auf das von der Präventionsgeschäftsstelle festgelegte Gesamtziel vorgenommen werden.

Bei den Bemühungen um Dokumentation und Evaluation von Maßnahmen und Programmen besteht die Gefahr eines übermäßigen Evaluationsstrebens auf Kosten der interventiven Leistungen. Es muß also darauf geachtet werden, daß Evaluation nicht zum Selbstzweck wird, die den eigentlichen Ablauf der Intervention behindert. Ein weiteres grundsätzlich zu beachtendes Problem der Dokumentation

und Evaluation der Geschäftsstellenarbeit ist in der Wahrung des erforderlichen Datenschutzes zu sehen. Ein negatives Image in dieser Hinsicht würde das für die Geschäftsstellenarbeit notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Bürgern und Mitarbeitern der Präventionsgeschäftsstelle entscheidend beeinträchtigen.

## 6.2 Jahresetat und Grundausstattung für die Intervention

Im "Aufbau- und Ablaufplan einer Geschäftsstelle" ist ein Aufgabenkatalog formuliert, wie er grundsätzlich von allen Gesundheitsämtern - je nach Amtsgröße mehr oder weniger umfassend und intensiv - bearbeitet werden kann. Dieser Aufgabenkatalog stellt insofern ein Programm mittleren Ausgabenvolumens dar, als er auf eine personelle und materielle Ausstattung bezogen ist, die realistisch von mittelgroßen Ämtern (bis 100 Mitarbeiter) mit einer zu versorgenden mittelgroßen Gemeindepopulation (bis 150.000 Einwohner) bereitgestellt bzw. beschafft werden kann.

### Modellrechnung für Jahresetat einer Präventionsgeschäftsstelle

Die folgende Übersicht bestimmt in einer Modellrechnung für eine Personalstärke von zwei, drei und vier Wissenschaftlern/Fachkräften den kalkulatorischen Jahresetat einer Präventionsgeschäftsstelle. Dem im vorstehenden Kapitel ausführlich erläuterten Aufbau- und Ablaufplan liegt eine Kalkulation von drei hauptamtlichen Mitarbeitern zugrunde.

Abbildung 14: Modellrechnung zur Bestimmung des kalkulatorischen Jahresetats einer Präventionsgeschäftsstelle in Abhängigkeit von der Personalstärke

	Aufwendungen/ Jahr bei zwei            drei            vier wissenschaftlichen Fachkräften		
Wissenschaftliches Fachpersonal			
- Sozialwissenschaftler (BAT Ib/IIa)	75.000	75.000	75.000
- weitere Fachwissenschaftler/ Fachkräfte (BAT IIa/III/IVa)	65.000	130.000	195.000
- Sekretariat (1/2 Stelle, BAT VII)	25.000	25.000	25.000
- Beschäftigungsentgelte	20.000	30.000	40.000
Mieten	12.500	17.500	22.500
Geschäftsbedarf	10.000	14.000	18.000
Interventionsmaterial	20.000	30.000	40.000
Gesamt	227.500	321.500	415.500

Sofern nicht die Ausstattung des Amtes insgesamt genutzt werden kann, entstehen darüber hinaus Kosten für einmalige Anschaffungen:

- der Grundausstattung für Büro und ggfs. für Gruppenräume, Ladenlokal, mobile Einheit (Kleinbus), Overhead- und Diaprojektor
- der Grundausstattung für die Intervention
  - o 5 - 10 Blutdruckmeßgeräte
  - o 2 - 4 Geräte zur Bestimmung des Cholesterins
  - o Gegenstände für Info-Stände (Stellwände, Regenschutz, Tische etc.)
  - o Waage, Meßlatte
  - o Videorekorder/-Kamera/Fernsehgerät

- o tragbare Klein-Computer für interventive Zwecke (z.B. mit verfügbaren Programmen zur Bestimmung von Risikofaktoren) und zur Dateneingabe/Dokumentation am Ort der Intervention.

Für kleinere Ämter mit geringeren Möglichkeiten, solche Potentiale auszuschöpfen, müssen die angesprochenen Tätigkeiten - speziell Art und Anzahl interventiver Maßnahmen - entsprechend angepaßt werden. Als Mindestausstattung aber sollte ein festangestellter Mitarbeiter für Planung, Koordination und ein Mindestangebot an eigener Intervention verfügbar sein. Weiterhin sollte insbesondere in diesem Falle verstärkt die Möglichkeit, Mitarbeiter des Amtes einzubeziehen oder ABM-Kräfte zu beschäftigen, genutzt werden. Auch sollte der zeitweilige bzw. aktionsbezogene Einsatz von freiwilligen Mitarbeitern (z.B. sozial engagierte Privatpersonen) und der Einsatz von Zivildienstleistenden geprüft werden.

Ämter mit einer größeren Gemeindebevölkerung benötigen in dem Maße weitere festangestellte wissenschaftliche Mitarbeiter bzw. Fachkräfte, in dem der Umfang an interventiven Leistungen anwächst. Auch eine weitere Ausdifferenzierung der im "Aufbau- und Ablaufplan einer Geschäftsstelle" aufgeführten interventiven Aufgaben und Aktivitäten (vgl. zur Fülle möglicher Maßnahmen die Maßnahmentableaus in Kapitel 5) macht die Einrichtung mindestens einer weiteren Stelle für interventives Fachpersonal notwendig. Zusätzlich sollte auch hier die Erschließung von ABM-Stellen geprüft werden.

Grundsätzlich können drei miteinander kombinierbare Wege für die Finanzierung einer Präventionsgeschäftsstelle unterschieden werden.

Finanzierungsmöglichkeiten für die Einrichtung einer Präventionsgeschäftsstelle

- (1) Auf dem Wege einer Neudefinition des Geschäftsverteilungsplanes und des damit verbundenen Etats eines Gesundheitsamtes ist es u.U. möglich, Mitarbeiter für neue Aufgaben freizusetzen. Insofern wäre ein solches Verfahren eine relativ "kostenneutrale" Lösung, da keine neuen Planstellen geschaffen werden müßten. Allerdings sind solchen inneramtlichen Umstrukturierungen in der Praxis eher enge Grenzen gesetzt, da der Arbeitsumfang in den einzelnen Abteilungen des Amtes eine kaum nennenswerte personelle Reduzierung erlauben wird. Dennoch sollte die Möglichkeit amtsinterner Umstrukturierungen in jedem Falle sorgfältig geprüft werden.
  
- (2) Die zweite Form der Etablierung einer Präventionsgeschäftsstelle erfordert eine Erhöhung des Amtshaushaltes. Dies ist dann der Fall, wenn im Amt eine neue eigenständige Abteilung bzw. Organisationseinheit eingerichtet wird, deren Personal nach der Einrichtung neuer Planstellen, d.h. über eine Ausweitung des Stellenkegels, eingestellt wird.
  
- (3) Eine dritte Form der Finanzierung wäre die Einrichtung einer Präventionsgeschäftsstelle außerhalb des Amtes unter gemeinschaftlicher Trägerschaft etwa von ÖGD, kommunaler Ärzteschaft, Krankenkassen und anderen präventionsrelevanten Institutionen. Eine damit verbundene Mischfinanzierung wirft u. U. jedoch gleichzeitig erhebliche Steuerungsprobleme sowohl bei der inhaltlichen Gestaltung als auch bei der Definition von Zielsetzungen auf.

### 6.3. Leitsätze für den ÖGD - Übertragung von Erfahrungen der DHP zum Aufbau von Präventionsgeschäftsstellen in Gesundheitsämtern

In diesem Kapitel werden zur schnellen und leichten Orientierung nochmals zusammenfassend "Leitsätze für den ÖGD" formuliert. Diese in Stichworte gefaßten "Leitsätze" sind gegliedert nach den folgenden zentralen Fragestellungen:

- (a) Personelle Ausstattung*
- (b) Sächliche Ausstattung*
- (c) Organisationsform*
- (d) Gemeindediagnose*
- (e) Kooperation/Koordination*
- (f) Verhältnis Arbeitskreis/Präventionsgeschäftsstelle*
- (g) Zielsetzung und Aufgaben(-bereiche)*
- (h) Maßnahmenplanung und -durchführung*
- (i) Dokumentation und Bewertung der Geschäftsstellenarbeit*
- (j) Grundlegende Aspekte und Problemstellungen bei der Einbindung einer Präventionsgeschäftsstelle in das Gesundheitsamt*

**(a) Personelle Ausstattung (für Präventionsgeschäftsstellen mittlerer Größe)**

- Ein Sozialwissenschaftler: Soziologe, Pädagoge, Psychologe, Sozialwirt, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Sozialmediziner; mit diesen Berufsfeldern verbinden sich soziale und kommunikative Kompetenz, organisationssoziologische Kompetenz, sozialpsychologische Kompetenz (Konfliktsteuerung) und professionelle Beratungskompetenz;
- zwei weitere Fachkräfte: Ernährungswissenschaftler, Arzt, Sportpädagoge o.a.; unverzichtbar ist ernährungswissenschaftliche Kompetenz;
- eine halbe Sekretariatsstelle: Sekretärin/Sachbearbeiterin für Telefondienst/Schreib- und Organisationsarbeiten;
- Assistenzpersonal: Über Beschäftigungsentgelte finanzierte Fachkräfte (z.B. MTA's) oder Helfer bei Aktionen;
- ABM-Kräfte/Zivildienstleistende: Frühzeitige Prüfung, in welchem Umfang ABM-Kräfte oder Zivildienstleistende eingestellt werden können;
- Mitarbeiter anderer Abteilungen des Amtes: Frühzeitige Prüfung, ob Amtsmitarbeiter fallweise (z.B. bei großen Aktionen) abgestellt werden können;
- Personal Dritter: Frühzeitige Prüfung, ob Personal von anderen Organisationen/Sponsoren sowie ehrenamtliche Helfer fallweise eingeworben werden können;
- Persönlichkeitsmerkmale: Über formale Qualifikationen hinausgehend sollten bei allen Mitarbeitern
  - \* allgemeine Aufgeschlossenheit
  - \* Kontaktfreude
  - \* professionelle Einstellung
  - \* Teamgeist
  - \* organisatorische Kompetenzausgeprägt sein.

**(b) Sächliche Ausstattung**

- Immobilien

- \* "Organisationsbüro": ca. 100 qm, Sitzungsraum notwendig
- \* "Ladenlokal": ca. 100 - 150 qm, kleinere oder unterteilbare große Räume

- Basisausstattung für Intervention (einmalige Anschaffungen)

- \* 5 - 10 Blutdruckmeßgeräte
- \* 2 - 4 Geräte zur Bestimmung des Cholesterins
- \* Waage
- \* Meßplatte
- \* Kopiergerät
- \* Info-Stand: Stellwände, Regenschutz, (Tapezier-) Tisch
- \* tragbare Klein-Computer für Intervention und Evaluation
- \* Overheadprojektor
- \* Diaprojektor
- \* Videorekorder/-kamera/Fernsehgerät
- \* Bus (für "mobile Geschäftsstelle")

*(c) Organisationsform*

Miteinander kombinierbare Formen sind:

- "Organisationsbüro" (arbeitet primär administrativ und organisationsgerichtet)
- "Ladenlokal" (arbeitet als Kontakt- und Beratungsstelle primär bürgerorientiert)
- "Mobile Geschäftsstelle" (arbeitet speziell in ländlichen Interventionsgebieten oder in räumlich ausgedehnten städtischen Gebieten)
- "Beratungsstelle" (arbeitet dezentral in Außenstellen von Ämtern der Gemeinde/ des Kreises)

*(d) Gemeindediagnose*

- Checkliste "Gemeindestrukturanalyse" (Beobachtung gemeindespezifischer soziostruktureller Kenndaten)
  
- Checkliste "Angebotsanalyse" (Identifikation von Organisationen/Institutionen, systematische Zusammenstellung der präventiven Angebote in einem Präventionsführer und Sichtung der Daten für die eigene Angebotsplanung)

**(e) Kooperation/Koordination**

**- Kooperation mit**

- \* **Organisationen und Gruppen als Erbringer präventiver Leistungen** (Ärzeschaft, Apothekerschaft, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Erwachsenenbildungseinrichtungen, andere kommunale Ämter (z.B. Schule, Sport), Sportvereine, Gesundheitsvereine, Betriebe, Schulen, Präventionsgruppen, Selbsthilfegruppen etc.)
- \* **Personen als Erbringer präventiver Leistungen** (Ärzte, Apotheker, Lehrer, Ernährungsberater, Kantinenköche, Restaurantbesitzer, Übungsleiter etc.)
- \* **Presseorganen/Medien zur Verbreitung präventiver Informationen**

**- Koordination der**

- \* **Aktivitäten bei präventiven Großveranstaltungen**
- \* **Aktivitäten verschiedener Anbieter (u.a. im Rahmen von Arbeitskreisen)**
- \* **Herausgabe eines Präventionsführers**

**(f) Verhältnis Arbeitskreis/Präventions-  
geschäftsstelle**

**- Präventionsgeschäftsstelle als**

- \* Koordinationszentrum des Arbeitskreises (des Ständigen Ausschusses)
- \* Impulsgeber und Ideenlieferant

**- Arbeitskreis als**

- \* Forum für Ressourcenbeschaffung
- \* Auswahlforum möglicher Partner für Aktionen
- \* Fürsprecher und Beschleuniger präventiver Beschlüsse (wichtiges Gremium "Ständiger Ausschuß")

**(g) Zielsetzung und Aufgabenbereiche**

- Zielsetzung ist die präventive Versorgung der Gemeinde zur Vermeidung von Risikoverhalten bzw. zur Förderung und Erhaltung gesunder Lebensweisen durch
  - \* bürgergerichtete Intervention (persönliche Beratung, Schulung, vielfältige zielgruppenbezogene oder flächendeckende Aktionen)
  - \* organisationsgerichtete Intervention (Koordination von Angeboten, Förderung der Kooperation, Initiierung neuer Angebote sowie Beratung, Fortbildung und Betreuung von Multiplikatoren)
  
- Aufgabenbereiche
  - \* Entwicklung von Präventionskonzepten
  - \* Durchführung der Gemeindediagnose
  - \* Kontaktaufnahme und -pflege
  - \* Einrichtung und Betreuung von Arbeitskreisen
  - \* Öffentlichkeitsarbeit
  - \* Erstellung von Präventionsmaterialien/ Präventionsführer
  - \* Fortbildung von Multiplikatoren
  - \* Bürgerberatung
  - \* Durchführung präventiver Aktionen/ Großveranstaltungen
  - \* Dokumentation und Bewertung der Aktivitäten

**(h) Maßnahmenplanung und -durchführung**

- Erstellung eines differenzierten Jahresplans
- "Marktbeobachtung" zur Vermeidung von Angebotsüberschneidungen
- Auswahl situationsspezifisch geeigneter Maßnahmen und Bündelung zu einem Maßnahmenpaket in Abhängigkeit von der personellen und sächlichen Ausstattung
- Erstellung eines Ablaufplans für einzelne Maßnahmen
- Auswahl von Kooperationspartnern/Sponsoren
- Planung, Durchführung und Nachbereitung (Evaluation) der Einzelaktivitäten im Zeitablauf

*(i) Dokumentation und Bewertung der Geschäftsstellenarbeit*

- Dokumentation und Bewertung einzelner Aktivitäten mit Hilfe der Instrumente
  - \* "Teilnehmeranalyse"
  - \* "Telefoninterviews"
  
- Dokumentation und Bewertung des Ablaufs interventiver Prozesse und Überprüfung von Zielsetzungen mit Hilfe der
  - \* "Kontaktkarte"
  - \* Vergleichsdaten der "kleinen Gemeiniediagnose"

*(j) Grundlegende Aspekte und Problemstellungen  
bei der Einbindung einer Präventionsge-  
schäftsstelle in das Gesundheitsamt (Teil 1)*

- Prävention als Aufgabe des Gesundheitsamtes

- \* Prävention sollte zur "Chefsache" der Amtsleitung erklärt werden (eine positive Einstellung zur Prävention muß verbunden sein mit dem Willen zu ihrer Durchsetzung auch gegen inneramtliche Widerstände).
- \* Prävention sollte von der Amtsleitung - zu mindest vor und während der Einführung der Präventionsgeschäftsstelle - zu einem vorrangigen Thema gemacht werden (spezielle Einführungsveranstaltungen für alle Abteilungen des Amtes).
- \* Prävention sollte über das bisherige Maß hinaus zu einem Schwerpunktthema von Amtsarztlehrgängen gemacht werden.

**(j) Grundlegende Aspekte und Problemstellungen bei der Einbindung einer Präventionsgeschäftsstelle in das Gesundheitsamt (Teil 2)**

**- Stellung und Funktion der Präventionsgeschäftsstelle im Gesundheitsamt**

**\* Modelle der Anbindung**

- o Präventionsgeschäftsstelle als eigenständige, gleichrangige Abteilung/Einheit (eher für mittelgroße Ämter geeignet)
- o Präventionsgeschäftsstelle als "Stabsstelle" direkt der Amtsleitung zugeordnet (eher für große Ämter geeignet)
- o Präventionsgeschäftsstelle als gemeinsame Organisationseinheit mehrerer Institutionen außerhalb des Amtes unter dessen organisatorischer Leitung (eher für kleinere Ämter geeignet)
- o Präventionsgeschäftsstelle in räumlicher Trennung vom Amt oder innerhalb des Amtes als grundsätzliches Entscheidungsproblem. (Die separate Lösung bewirkt eine sichtbare Trennung von den hoheitlichen Aufgaben des Amtes, wie z.B. Erfassung gesundheitlicher Daten, medizinale Kontrolle und Aufsichtsfunktionen etc. Weiterhin können inneramtliche Reibungspunkte infolge der flexiblen Handhabung von Dienstzeiten in der Geschäftsstelle vermieden werden; ein Nachteil könnte der Verlust von generellen Steuerungsmöglichkeiten sein.)

**\* Kooperation mit allen Fachabteilungen des Hauses**

- o Die Präventionsgeschäftsstelle entwickelt Modelle/ Aktionen für andere Abteilungen und gibt Durchführungshilfen.
- o Ein amtsinterner Arbeitskreis zur Abstimmung von Maßnahmen und zum Erfahrungsaustausch ist wünschenswert.

*(j) Grundlegende Aspekte und Problemstellungen bei der Einbindung einer Präventionsgeschäftsstelle in das Gesundheitsamt (Teil 3)*

- Besonderheiten der Geschäftsstellenarbeit

- \* Die Präventionsgeschäftsstelle benötigt Freiräume für flexibles unbürokratisches Handeln, um auf spezifische Bedürfnislagen der Bevölkerung eingehen zu können.
- \* Prävention erfordert besondere Qualifikationen ("verkäuferisches Geschick", "spontane Kreativität" sind wichtig für präventive Überzeugungsarbeit).
- \* Prävention bedarf einer flexiblen Arbeitsorganisation.
- \* Prävention als Hilfe zur Selbsthilfe bedarf in der Geschäftsstellenarbeit mehr des freiwillig vom Bürger gesuchten Dialogs und weniger der breiten, aber relativ undifferenzier-ten Streuung von Gesundheitsrichtlinien.
- \* Geschäftsstellenarbeit erfordert ein "ideologiefreies" Erscheinungsbild.
- \* Erfolgreiche Prävention in der Geschäftsstellenarbeit setzt das glaubwürdige personale Engagement der Mitarbeiter in Fragen der Gesundheitsvorsorge voraus.

## **ANHANG**

### **I CHECKLISTE GEMEINDESTRUKTURANALYSE**

### **II CHECKLISTE ANGEBOTSANALYSE**

### **III MAßNAHMENBESCHREIBUNGEN**

**I CHECKLISTE GEMEINDESTRUKTURANALYSE**

## Checkliste Gemeindestrukturanalyse

Merkmal	Dimension	Fragestellung	Quelle	Aussagen/Bedeutung
Gemeindepopulation 1	Geschlecht und Altersgruppen Säuglinge/Kleinkinder Kinder Jugendliche Erwachsene Rentner	Wie groß ist die interventionsrelevante Gesamtbevölkerung, differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht	Statistisches Landesamt (Daten auf Kreisebene disaggregiert; Statistische Ämter einzelner Gemeinden können auf Anfrage weiter disaggregierte Daten liefern.)	Altersgruppen erlauben die zahlenmäßige Eingrenzung einer potentiellen Zielpopulation. Frage: mit welcher maximalen Klientenzahl ist z.B. zu rechnen, wenn man eine flächendeckende Antiraucherkampagne bei Kindern durchführen will?
Sozialer Status von Bevölkerungsgruppen 2	Stellung im Beruf - Arbeiter - Angestellte/Beamte - Selbständige/Freie Berufe - mithelfende Familienangehörige Schulabschluß Einkommen	Wie groß ist der Anteil bestimmter Sozialgruppen? Ungleichgewichte zwischen Stadtteilen/Stadtbezirken bzw. zwischen Gemeinden.	VDR-Statistiken/Statistiken der Krankenkassen (Jahresbericht) Statistisches Amt der Gemeinde	Angestellte, Beamte und Selbständige sind i.d.R. Gesundheitsfragen gegenüber aufgeschlossener. Unterprivilegierte Bevölkerungsteile müssen gezielt angesprochen werden.

Merkmal	Dimension	Fragestellung	Quelle	Aussagen/Bedeutung
Siedlungsstruktur (3)	Einwohnerdichte, Fläche nach Nutzungsarten Anzahl und Größe der selbständigen Gemeinden in einem Landkreis	Wird die Gemeinde eher von städtischen oder ländlichen Regionalfaktoren bestimmt? Gibt es in einer ländlichen Region verschiedene wirtschaftliche und kulturelle Unterzentren? Wie ist eine Stadtgemeinde mit hoher Besiedlungsdichte zu beurteilen hinsichtlich: - gewachsener Siedlungsform - Altbau vs. Satellitensiedlung - Grünflächen in Relation zu Gewerbeflächen?	Statistisches Landesamt, Ämter der Gemeinde (Bauamt, Stadtplanungs- und Entwicklungsamt etc.) Kontakte zu Gemeindebehörden (selbständiger Einzelgemeinden). Daten zur Beschreibung einer regionalen Besiedlungsstruktur erfordern einen besonders hohen Grad an Disaggregation, wenn sie präventionsspezifische Aussagekraft haben sollen. Solche Daten erfordern u.U. einen hohen Anteil an Eigenerhebungen.	Die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen, die Kenntnisse städtebaulicher Problemzonen sowie die Kenntnis soziokultureller Zentren in Flächenregionen bestimmen sowohl übergreifende konzeptionelle Entscheidungen als auch Einzelmaßnahmen. Gerade in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung von Veränderungen in mittel- und längerfristigen Zeiträumen wichtig.
Arbeitsstätten (4)	Arbeitsstätten nach Branchen und Wirtschaftsbereichen sowie Anzahl der dort Beschäftigten	Wie groß ist der Industriebesatz einer Gemeinde? Gibt es wenige Großbetriebe oder eine Vielzahl kleinerer Arbeitsstätten?	Statistisches Landesamt, Statistisches Amt der Gemeinde	Die Konzentration bestimmter Branchen mit entsprechend hohem Beschäftigtenanteil kann spezifische gesundheitliche Problemfelder hervorrufen. Arbeitsplätze in der chemischen Industrie können andere gesundheitliche Risiken hervorrufen als Arbeitsplätze im Bereich Gaststätten und Fremdenverkehr.

Merkmal	Dimension	Fragestellung	Quelle	Aussagen/Bedeutung
Betriebsgrößen (5)	Betriebsgrößen differenziert nach Branchen	Welche Betriebe in welchen Wirtschaftsbereichen dominieren das Erwerbsleben einer Region?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Industrie- und Handelskammer</li> <li>- Landesgewerbeamt (Kartei der regionalen Betriebe und Anzahl der dort Beschäftigten); bei der Erschließung dieser Daten können datenrechtliche Hindernisse auftreten.</li> <li>- Branchenverzeichnisse</li> </ul>	Die Kenntnis von Betriebsgrößen - in Kombination mit branchenspezifischen Gesundheitsrisiken - ist für betriebsbezogene Prävention eine wesentliche Voraussetzung. Auch branchenorientierte Aktionen setzen Informationen über Anzahl und Umfang potentieller Ansprechpartner voraus.
Arbeitslose/Arbeitslosenquote (6)	Altersgruppen, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit	Wie hoch ist der Anteil der Arbeitslosen in der Gemeindepopulation? Gibt es einen hohen Anteil jugendlicher oder älterer Arbeitsloser? Gibt es überdurchschnittlich viele Langzeitarbeitslose?	Statistisches Landesamt (Daten auf Arbeitsamtsbezirke disaggregiert, aktuelle (Schätz-) Daten werden i.d.R. von regionalen Arbeitsämtern auf Anfrage herausgegeben)	Vor allem jugendliche und ältere Arbeitslose sowie Dauerarbeitslose können aus verschiedenen Gründen zu gesundheitliche Risikogruppen werden, denen eine gezielte präventive Unterstützung angeboten werden sollte. Zum einen können dabei psychosoziale Probleme gehäuft auftreten, zum anderen sollte auch der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und verstärkt auftretenden somatischen und psychosomatischen Krankheitsbildern Beachtung finden.

Merkmale	Dimension	Fragestellung	Quelle	Aussagen/Bedeutung
Pendlerströme (7)	Berufspendler Ausbildungspendler Ein-/Auspendler	Wie stark sind erwerbsbedingte Pendlerströme und welche Bevölkerungsgruppen sind davon besonders betroffen? Welche Erwerbspersonen sind wann und wo zu erreichen?	Statistisches Landesamt (i.d.R. werden zu den Pendlerbewegungen auch kleinräumliche Daten bei den Landesämtern erschließbar sein)	Eine hohe Zahl von Auspendlern macht eine Gemeinde zur Schlafstadt. Wohnortnahe Prävention muß wissen, wann welche Personengruppen erreichbar sind. Eine hohe Zahl von Einpendlern kann u.U. und neben anderen ein Indikator für betriebsbezogene Prävention sein.
Bestandsverändernde Faktoren (Wanderungen) (8)	Zuzüge differenziert nach Erwerbs-/Nicht-erwerbspersonen sowie Nationalität und Geschlecht	Wie ist die demographische Entwicklung in der Gemeinderegion? Ist die Gemeinde ein Zuzugsgebiet oder findet eine (schichtenspezifische) Umverteilung von einer Teilregion in die andere statt.	Statistisches Landesamt	Wegzug von Mittelschichtangehörigen und verstärkter Zuzug von Unterschichtangehörigen können neue soziale Brempunkte hervorrufen. Die Beobachtung der demographischen Entwicklung einer Gemeinderegion bestimmt u.a. gesundheitsplanerische und haushaltspolitische Entscheidungen.

Merkmal	Dimension	Fragestellung	Quelle	Aussagen/Bedeutung
Ausländeranteil u. Religionszugehörigkeit 9	Gruppen nach Nationalität u. Religion: ausl. Männer ausl. Frauen differenziert nach EG-Staaten und sonstigen	Gibt es starke ethnische Gruppierungen? Wie hoch ist z.B. der Anteil mohammedanischer Mitbürger?	Statistisches Landesamt Statistisches Amt der Gemeinde	Ist der Anteil ausländischer Kinder in einer bestimmten Gemeinderegion sehr hoch, stellt sich die Frage, ob bei einer Antiraucherkampagne spezielle Info-Materialien erstellt werden müssen. Religionszugehörigkeit ist u.U. ein Faktor, wenn im Ernährungsbereich Aktionen in Kantinen geplant werden.
Mortalität und Morbidität 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 360-458)</li> <li>- Bösartige Neubildungen (ICD 140-208)</li> <li>- Krankheiten der Atmungsorgane (ICD 460-519)</li> <li>- Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579)</li> <li>- Unfälle und Vergiftungen (E 800-949)</li> </ul>	Welche der genannten Todesursachen treten im Gemeindegebiet, bezogen auf Durchschnittswerte auf Landes- bzw. Bundesebene, signifikant häufiger auf?	Statistisches Landesamt (Daten auf Kreisebene disaggregiert)  Morbiditätsdaten lassen sich u.a. aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen erschließen. Für eine regionale Beschreibung der Morbiditätssituation sind jedoch direkte Gespräche mit den jeweiligen Landesverbänden notwendig.	Gemeindebezogene Mortalitätsdaten im Vergleich mit Durchschnittswerten des Landes bzw. des Bundes ermöglichen die Identifikation gesundheitlicher Problemfelder und Zielgruppen. Allerdings müßten die Daten für eine Zielgruppendefinition nach Alter und Geschlecht differenziert sein. Morbiditätsdaten stehen je nach Bundesland und Krankheitsgruppe verschieden umfangreich zur Verfügung. In manchen Bundesländern gibt es sog. Krebsregister bzw. Register zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

**II CHECKLISTE ANGEBOTSANALYSE**

Checkliste Angebotsanalyse

Institution/ Organisation	Dimensionen	Quelle	Zweck und Bedeutung
Schulen *  ①	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Schule</li> <li>- Schultyp</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Name des Direktors</li> </ul>	Kreis-/Stadtverwaltung, Telefonbuch, Behördenadressbuch	Wichtig für schülerorientierte Prävention.
Arztpraxen *  ②	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Arztes</li> <li>- Praxisanschrift, Tel.</li> <li>- Arzt/Allgemeinarzt/ Gebietsarzt</li> </ul>	Verzeichnis der Ärztekammer/ Kassenärztlichen Vereinigung (KV) (aus Wettbewerbsgründen muß vollständige Liste dem Ratsuchenden für eine persön- liche Auswahl des Arztes vor- gelegt werden); Branchentelefonbuch	Wichtig für "Überweisung" von Pro- banden, wenn in der Geschäftsstelle Bedarf ersichtlich und kein Hausarzt benannt wird.  Notwendig für die Gewinnung von Ärzten als Kooperationspartner für präventive Leistungen.
Ärztliche Organi- sationen *  ③	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Organisation</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Name des Vorsitzenden</li> <li>- Adresse und Ansprech- zeiten</li> </ul>	Telefonbuch, Verzeichnis ärztlicher Organi- sationen und Verbände (erhältlich bei der Bundesärztekammer)	Wichtig als "Schirmherren" für präven- tive Aktionen. Ebenso wichtig um prä- ventive Leistungen generell abzustim- men. Dadurch kann Opposition der Ärzte- schaft vermieden werden.
Apotheker *  ④	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Apothekers</li> <li>- Adresse, Tel.</li> </ul>	Branchentelefonbuch	Apotheken als Kooperationspartner eig- nen sich für spezielle Aktivitäten (DHP: Blutdruckmessung, Verteilung von Bro- schüren, Aufhängen von Plakaten etc.) Apotheker führen jetzt schon in erheb- lichem Umfang präventive Leistungen durch.

Institution/ Organisation	Dimensionen	Quelle	Zweck und Bedeutung
Krankenhäuser * (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Krankenhauses</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Träger</li> <li>- Ärztlicher Leiter</li> <li>- Verwaltungsleiter</li> <li>- Chefärzte</li> </ul>	Telefonbuch, Kommunale Gesundheits- referate "Deutsches Krankenhaus- adressbuch"	Möglichkeiten der Kooperation im Bereich von rehabilitationsbezogenen Präventivmaßnahmen (z.B. Koronarsportgruppen). Krankenhäuser bieten sich auch an als Interventionsfeld im Ernährungsbereich.
Sozialstationen/ Soziale Dienste * (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Einrichtung</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Träger</li> <li>- Leiter</li> <li>- Angebote</li> </ul>	Telefonbuch, Forum-Sozialstationen e.V. Bonn, Caritas, Diakonisches Werk etc.	Kontakte für präventive Aktivitäten bezüglich der Zielgruppe alte Mitbürger. Mögliche Themen: bessere Ernährung, verbesserte Freizeit- und Bewegungsangebote.
Krankenkassen ** (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Krankenkasse</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Leiter</li> <li>- Sprechzeiten</li> <li>- Angebote</li> </ul>	Telefonbuch, Landesverbände	Krankenkassen mit ihren i.d.R. mitgliederbezogenen präventiven Leistungen sind wichtige Kooperationspartner für gemeindeorientierte Prävention.

Institution/ Organisation	Dimensionen	Quelle	Zweck und Bedeutung
Erwachsenen- bildungs- institutionen **  (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Institution</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Leiter</li> <li>- Ansprechpartner und dessen Funktion</li> <li>- Anzahl der Kurse</li> <li>- Anzahl der gesundheitsbezogenen Kurse</li> <li>- Bezeichnung (Inhalt) der Kurse</li> <li>- Teilnehmerzahlen</li> </ul>	Telefonbuch, direkte Recherchen bei Institutionen, Auswertungen von Programm- heften	Erwachsenenbildungsinstitutionen (Volkshochschulen, Bildungswerke der Kirchen, Adademien etc.) sind neben den Ärzten und Krankenkassen besonders wichtige Kooperationspartner für präventive Aktivitäten. Die Kenntnis des Angebotspektrums dieser Bildungsstätten ist vor allem deshalb wichtig, um gesundheitsinteressierte Bürger sozusagen "überweisen" zu können, insbesondere dann, wenn das eigene Informations- bzw. Kursangebot - aus welchen Gründen auch immer - Lücken aufweist.
Sportvereine **  (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Vereins</li> <li>- Anschrift der Geschäftsstelle, Tel.</li> <li>- Ansprechpartner</li> </ul>	Kartei des Landessportbundes, Telefonbuch	Gesundheit und Breitensport sind stark aufeinander bezogene Themen. Sportvereine sind potentielle Kooperationspartner in den Bereichen "Bewegungs- und Ernährungsprävention". Die körperbezogene Fitnessbewegung findet darüber hinaus mehr und mehr ihren Ausdruck in kommerziell geführten Fitnesszentren und Sportstudios. Die wachsende Attraktivität dieser Institute wirft zunächst auch Fragen nach möglichen Kooperationsformen auf.
sonstige Vereine (mit gesundheits- bezogenen Aktivi- täten) **  (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Vereins</li> <li>- Anschrift der Geschäftsstelle, Tel.</li> <li>- Angebot des Vereins</li> </ul>	lokale Adreßbücher, Vereinsregister, Pressestelle der Gemeinde	Ein Verein kann wichtiger Kooperationspartner sein, entweder als Mitveranstalter und Multiplikator oder als Medium und Adressat von präventiven Aktivitäten.

Institution/ Organisation	Dimensionen	Quelle	Zweck und Bedeutung
Selbsthilfe- organisationen **  (11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Organisation</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Ansprechpartner</li> <li>- Ort und Zeitpunkt der Treffen</li> </ul>	Vereinsregister, überregionale Dachverbände (Netzwerke)	Aufbau und Unterstützung von Selbsthilfegruppen ermöglichen bürgernahe Prävention. Der Aufbau einer stets aktuellen Selbsthilfegruppenkartei ermöglicht eine "Überweisung" ratsuchender Bürger und eröffnet die Chance einer weiteren Vernetzung von Organisationen.
Medien **  (12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Zeitung/der Anstalt etc.</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Ansprechpartner</li> <li>- Erscheinungsweise, Auflage</li> <li>- Verzeichnis der Sendungen, die Gesundheitsthemen behandeln</li> </ul>	Telefonbuch, Lokalredaktionen der Druck-, Verlage- und Sendehäuser, Programmzeitschriften	Wichtig für die kurzfristige Informationsverbreitung und vor allem für eine kontinuierliche gemeindeorientierte Öffentlichkeitsarbeit.
Betriebe ***  (13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name des Betriebes</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Ansprechpartner</li> <li>- Branche</li> </ul>	Telefonbuch, Industrie- und Handelskammer, Gewerbeaufsichtsamt	Betriebe können wichtige Partner für eine zielgruppenbezogene präventive Intervention, z.B. im Bereich Kantinen sein. Betriebsärzte können besonders wichtige Kooperationspartner sein.
Parteien, Gewerkschaften, Behörden, Verbände ***  (14)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Name der Organisation</li> <li>- Adresse, Tel.</li> <li>- Ansprechpartner (Leiter/Vorstand)</li> </ul>	Telefonbuch	Ansprache von Macht- und Einflußträgern für die Unterstützung der eigenen Arbeit sowie Erschließung von Ressourcen.

### III MAßNAHMENBESCHREIBUNGEN

MASSNAHME:	KANTINENAKTION (STUTT GART) (a)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Bei dieser Maßnahme handelt es sich um die Einführung von Speiseplänen und Rezepturen für herzgesunde und leicht kalorienreduzierte Misonkost in Kantinen von Stuttgarter Betrieben. Aktionspläne, auch für spezielle Kost wie z.B. Vollwertaktion oder die vegetarische Woche, sind wiederholbar. Ihr Einsatz ist in unterstützende Info-Kampagnen eingebettet.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Auf der Nachfrageseite wird eine Veränderung von Geschmacks- und Ernährungsgewohnheiten bei der erwerbstätigen Bevölkerung angestrebt. Die in Kantinen erlebten "herzgesunden" Lebensweisen sollen in den häuslichen und familiären Lebenszusammenhang übertragen werden. Auf der Angebotsseite sollen Kantinenleiter und Köche zur dauerhaften Übernahme von Grundsätzen der herzgesunden Ernährung motiviert werden. Diese Bemühungen sollen in ein dauerhaftes Angebot solcher Kost münden. Anfangsschwierigkeiten bei der Umstellung des Angebotes sollen durch Schaffung eines organisatorischen Rahmens für den Meinungs- und Erfahrungsaustausch überwunden werden.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Kantinenaktionen sind um so erfolgreicher, als - Kantinenverpflegung als relevante Ernährungsweise in der Gesinderegion erkennbar ist und - geeignete und bereits erfolgreich erprobte Konzepte für alternative Ernährungsvorschläge ebenso vorhanden sind wie anwendungsorientierte Info-Materialien für die außerbetriebliche Verwendung.
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Personalkosten für die Beratung und Betreuung der Kantinenleiter und Köche (ca. 100 Stunden) sowie Aufwand für die Erstellung von Informationsmaterialien.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Befragungsergebnisse zeigten eine unerwartet hohe Akzeptanz - auch für die vegetarische Woche - bei den Teilnehmern. Bei einer telefonischen Nachbefragung gab darüber hinaus ein hoher Prozentsatz (54%) der Befragten an, den Versuch einer Umstellung der Ernährungsgewohnheiten unternommen zu haben. In Folge der Aktionen bildete sich ein sog. "Vollwert-Stammtisch", an dem in regelmäßigen Abständen ca. 70 Kantinenleiter und Köche ihre Erfahrungen austauschten.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Folgende Punkte haben sich bei der Maßnahmendurchführung als fördernd erwiesen: - Kantinenaktionen sollten von allgemeinen Ernährungskampagnen - vor allem mit medieller Unterstützung (Rezeptbroschüren, Einkaufstips, Kochkarten, Pressemitteilungen, Rundfunk- und Fernsehbeiträge bei spektakulären Veranstaltungen) - begleitet sein. - Der Zugang zu Betrieben muß auf das innerbetriebliche Klima zwischen Belegschaftsvertretern, Geschäftsführung und Kantinenleitung Rücksicht nehmen. Oft erwies sich der Erstkontakt zur Kantinenleitung und deren Bereitschaft zur Mitarbeit als günstig, um dem Spannungsfeld zwischen "Belegschaftsförderung" und "Unternehmerischen Entscheidung" zu entgegen. - Kantinenköche und -leiter können eher zur Kooperation bewegt werden, wenn konkrete Tips und Hinweise z.B. für die Beschaffung von bestimmten, nicht besonders gängigen Nahrungsmittelkomponenten gegeben werden. Dies signalisiert den kompetenten Kooperationspartner.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	- Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart, Telefon: 0711/4401099 - Köchestammtisch Stuttgart
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: "Herzgesunde Kost", "Vegetarische Woche", "Vollwertaktion", "Schlanke essen in XX" Ort: Kantinen Stuttgarter Betriebe Dauer: einwöchig Frequenz: mehrmals jährlich Teilnehmer: ca. 22% der Stuttgarter Arbeitnehmer sind Kantinenbenutzer Zahl der Anbieter: 8 Kantinen, 1 Großküchenbetrieb (ca. 25% der 35.000 pro Woche ausgegebenen Mahlzeiten waren Aktionsmenüs) (Kooperationspartner:

MASSNAHME	PROJEKT: VOLLWERTIGES FRÜHSTÜCK/AKTIONSTAG NIKOLAUSFRÜHSTÜCK (BREMEN) (b)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Der Aktionstag Nikolausfrühstück wird über mehrere Monate inhaltlich im Unterricht vorbereitet. Zu der Aktion "Gesundes Nikolausfrühstück" in der Gesamtschule West wurden auch Eltern und Freunde eingeladen. Das Projekt sollte Schülern und Eltern vermitteln, was ein gesundes Schulfrühstück beinhalten kann.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Bei der Maßnahme wird den Schülern über ihre Einbeziehung in die Planung des Projektes, Einkauf und Zubereitung von Eßwaren, Verkauf der Nahrungsangebote, Gestaltung des Aktionstages, Dokumentation und Auswertung ein Verständnis von gesunder Ernährung vermittelt. Die Eltern werden als Gäste zum Nikolausfrühstück eingeladen; sie erhalten Rezepte vom erstellten Angebot.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Fördernd ist eine bereits bestehende Kooperation mit den Lehrern, Sozialpädagogen und dem Kantinenküchenpersonal. Die Unterstützung der Schulleitung muß gewährleistet sein.
<b>4. MITTEL</b>	Es fallen Kosten für den Wareneinkauf sowie eventuell für Preise (Gesundheitsquiz) an.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	An dem Projekt beteiligten sich Schüler und Lehrer eines gesamten 5. Jahrgangs (5 Schulklassen). Insgesamt konnte eine Wissensbereicherung über vollwertige Ernährung bei allen Beteiligten festgestellt werden. Die Kooperation und das Engagement von Lehrern, Sozialpädagogen, Küchenpersonal und Eltern der Gesamtschule West und BIPS/Gesundheitstreffpunkt West konnten verbessert werden.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Bestehende Kontakte und Kooperationen mit Schulen im Stadtteil sollten intensiviert und bisher nicht beteiligte Schulen einbezogen werden. Die gemeinsame Planung, Durchführung und Nachberatung sollte unter Einbeziehung der Schüler und Eltern erfolgen. Aktionen in Schulen sollten spaß- und lustorientiert sein (die Schüler waren während des Aktionstages geschminkt und kostümiert; es wurde auch nur das zubereitet, was den Kindern schmeckt). Dauer des Projektes mindestens 1/2 Jahr.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Telefon: 0421/4999-E
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Vollwertige und herz-kreislaufgesunde Ernährung, Zucker, Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, Schulfrühstück, Einkaufsmöglichkeiten im Stadtteil, Pausenaktivitäten Ort: Räume der Gesamtschule West Dauer: Projekt: 1/2 Jahr Aktion: 1 Vormittag Frequenz: 1 x jährlich Teilnehmer: 180 am Aktionstag Zahl der Anbieter: 5 Schulklassen, Gesundheitstreffpunkt West Infomaterial: ca. 100 Rezeptsammlungen und ca. 150 Infoblätter der DMF

MASSNAHME	UNTERRICHTSAKTION ZUR ERNÄHRUNGSERZIEHUNG AN GRUNDSCHULEN (LANDKREIS TRAUNSTEIN) (c)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Thematischer Schwerpunkt der Unterrichtsaktion ist die gesundheitsgerechte Ernährung, die in drei Unterrichtseinheiten vermittelt wird. Mit einem 'Schulranzen-TÜV' wird auf Haltungsschäden eingegangen. Die Aktionsinhalte sind auf die bayerischen Lehrpläne abgestimmt, so daß sie im regulären Unterricht vertieft werden können.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Die Maßnahme verfolgt das Ziel, Kinder an sinnvolles Ernährungsverhalten (regelmäßige Mahlzeiten, ausgewogene Zusammenstellung) zu gewöhnen. Kinder sollen lernen, ihren altersgemäßen Fähigkeiten entsprechend Lebensmittel kritisch zu beurteilen. Die Zielgruppe der Lehrer soll zur besseren Ernährungserziehung motiviert werden. Hierzu erhalten sie Anregungen für den Unterricht. Die dritte Zielgruppe, die Eltern, soll über die Notwendigkeit kindgerechter Ernährung informiert und zu eigenem gesundheitsgerechten Verhalten motiviert werden. Die Gemeinden und Organisationen als vierte Zielgruppe sollen schließlich zu einer Übernahme der Maßnahme gewonnen werden.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Die Aktion setzt das Einverständnis des Schulleiters voraus. Auch sollten die Klassenlehrer einverstanden sein. Schließlich ist für eine ausreichende personelle Kapazität Sorge zu tragen (je nach Umfang der Aktion 2 - 4 Personen, davon wenigstens eine Ernährungsfachkraft).
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Aufwendungen sowohl im Personal- als auch im Sachmittelbereich. Personalaufwand: je nach Umfang der Aktion pro Klasse ca. 3 Std. incl. Vorbereitung, mindestens jedoch 2 Std. Sachaufwand: Ausstellungsmaterial (mehrfach verwendbar) ca. 100,- DM. Infomaterial (pro Klasse) ca. 20,- DM. Kostproben (pro Klasse) ca. 30,- DM. Sachkosten können von der Schule bzw. dem Elternbeirat getragen werden. Kostproben werden oft von ortsansässigen Geschäften zur Verfügung gestellt.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Es wurden ca. 40 Unterrichtsaktionen in Form von Aktionstagen (sämtliche Grundschulklassen, von 40 Schulen im Landkreis Traunstein) durchgeführt. An verschiedenen Schulen wurden seitdem ähnliche Aktionen in eigener Regie durchgeführt; von einer großen Anzahl wird die Wiederholung der Aktion durch MODELL BERGEN gewünscht. An manchen Schulen wurde das Warenangebot im Pausenverkauf geändert. Eine Lehrerbefragung zeigte hohe Akzeptanz der Aktion. Eine Reichweitenüberprüfung der verteilten Infomaterialien zeigte, daß das Elternhaus erreicht wurde.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Für Einzelklassen genügt eine Fachkraft. Sollen Aktionstage an Schulen mit mehreren Klassen durchgeführt werden, empfiehlt sich die Aufteilung des Aktionsinhaltes in 2 - 3 parallel laufende Teileinheiten mit entsprechendem Personalbedarf. Günstig kann sein, den Aktionstag mit Wettbewerben zu verbinden (z.B. Malwettbewerb oder Ähnliches), um die Schüler zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema anzuregen. Sollen größere Frühstücksbuffets angeboten werden, sind Elternbeiratsmitglieder oft zur Teilnahme bereit. Die Teilnahme von Eltern an den Unterrichtsaktionen stört eher, jedoch sollten begleitend Elternabende angeboten werden. Als Kooperationspartner können Krankenkassen und Landwirtschaftsämter gewonnen werden.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Forschungsprojekt MODELL BERGEN, Klosterstr. 1, 8220 Traunstein, Tel.: 0361/3389

<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Themen:           - Frühstück und Pausenbrot                          - zahnfreundliche und zahnschädigende Lebensmittel                          - ausgewogene und regelmäßige Ernährung                          - Schulranzen- "TIP"</p> <p>Ort:                Schulen (Aula, Turnhalle, Klassenzimmer)</p> <p>Frequenz:         1 x jährlich pro Klasse</p> <p>Dauer:            pro Klasse ca. 1 Stunde bei parallelen Teileinheiten, sonst ca. 1 1/2 - 2 Std.</p> <p>Teilnehmer:      ca. 4.000 Grundschüler</p> <p>Zahl der Anbieter: Schule, Elternbeirat, externe Institutionen.</p> <p>Infomaterial:     Faltblätter, Handzettel etc.</p>
----------------------	---

MASSNAHME	BREMER FRÜHJAHRSKUR 1985 BIS 1989 (BREMEN) (d)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Die Bremer Frühjahrskur ist konzipiert als eine dreiwöchige Intervention im Ernährungsbereich und wird seit 1985 jeweils in den Monaten März und April durchgeführt. Die Intervention konzentriert sich zunehmend auf Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen (GV-Einrichtungen), wie Kantinen und Restaurants, in denen während der Aktionswochen täglich mindestens ein herz-kreislauf-gesundes Menü angeboten wird. Desweiteren wurden Rezepte und Gesundheitstips, die sich an Privathaushalte richten, viermal in einer Frühjahrsbroschüre und in regionalen Medien, insbesondere einer Tageszeitung, veröffentlicht. Als Kooperationspartner konnte auch der Einzelhandel (Vertrieb der Broschüre) und einige Supermärkte (Kennzeichnung von Lebensmitteln) gewonnen werden. Die Rezepte für die Menüs in den GV-Einrichtungen wurden von einer ernährungsmedizinischen Beraterin in enger Kooperation mit dem Arbeitskreis Bremer GV-Einrichtungen und dem Köche-Club Bremen zusammengestellt. 1989 wurde die Rezeptmappe für die GV-Einrichtungen erstmalig von diesem Arbeitskreis in eigener Regie zusammengestellt und vertrieben.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Die Interventionsmaßnahme hat zum Ziel, langfristig das Essensangebot in Betriebskantinen, Krankenhäusern, Heimen und Restaurants im Sinne einer herz-kreislauf-gesunden Ernährung zu verändern. Durch eine Verbesserung des Angebots in GV-Einrichtungen werden insbesondere die erwerbstätige Bevölkerung (14% geben an, täglich in einer Kantine zu essen), aber auch Männer erreicht, die auf andere Angebote, wie Kochkurse und/oder Tips zur Ernährungsveränderung, kaum ansprechen. Mit den Broschüren und den Veröffentlichungen der Rezepte in den Tageszeitungen wurden alle Teile der Bevölkerung angesprochen. Ziel ist eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten auf eine herz-kreislauf-gesunde Mischkost.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Zur Erreichung der Allgemeinbevölkerung ist neben der Verbreitung von Broschüren und anderen Werbematerialien die Kooperation mit den regionalen Medien erforderlich. Zusätzlich ist die Kooperation mit Supermärkten und anderen Lebensmittelanbietern - 1989 wurde die Maßnahme auch von der Schlachterinnung unterstützt - wünschenswert. Das Angebot der Frühjahrskur in den GV-Einrichtungen kann nur in enger Zusammenarbeit mit für diesen Bereich relevanten Personen und/oder Institutionen gelingen. Am erfolgreichsten konnte die Maßnahme in den Einrichtungen durchgeführt werden, in denen die Kooperationspartner die Inhalte der Frühjahrskur zu ihrer eigenen Sache gemacht haben. Aber auch dort, wo die Kooperationspartner relativ eigenständig die Intervention planen und durchführen - wie 1989 in Bremen der Arbeitskreis Bremer GV-Einrichtungen und der Köche-Club Bremen - bedarf es doch kontinuierlicher fachlicher und organisatorischer Betreuung um das einmal Erreichte abzusichern. Positiv wirkt sich die Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Geschäftsleitungen sowie den betriebsärztlichen Diensten aus.
<b>4. ERGEBNISSE</b>	Die Anzahl der an der Frühjahrskur teilnehmenden GV-Einrichtungen hat sich von 1985 bis 1989 kontinuierlich erhöht. Die Ergebnisse einer kurzen schriftlichen Befragung der Küchenleiter ergab, daß 1989 von 42 Einrichtungen 11 erstmalig teilgenommen haben (inkl. der 14 beteiligten Restaurants). Fast zwei Drittel der Befragten gaben an, Rezepte und/oder Anregungen an Kollegen in Bremen und in anderen Gemeinden weitergegeben zu haben. Dies, und die Tatsache, daß die Frühjahrskur z.B. auch von GV-Einrichtungen in Bonn, Hamburg, Emden und Bremerhaven übernommen wurden, spricht für eine relativ hohe überregionale Verbreitung. Außerdem gaben fast alle Küchenleiter an, nicht nur während der dreiwöchigen Frühjahrskur, sondern während des ganzen Jahres weitere "gesunde" Menüs wie z.B. Vollwertkost und Salate anzubieten. Die Akzeptanz der Frühjahrskueessen ist bei den Angestellten höher als bei Arbeitern. Die Gesamtzahl der täglich ausgegebenen Frühjahrskueessen lag 1988 bei 8.422 (27% der ausgegebenen Essen) 1989 bei 7.291 (23%, wobei für 1989 von 17 beteiligten Instituten keine genauen Angaben vorlagen).
<b>5. EMPFEHLUNGEN</b>	In einigen Betrieben, insbesondere denjenigen mit einem sehr hohen Arbeiteranteil, werden die Menüs der Frühjahrskur noch nicht sehr gut angenommen. Hier könnte durch eine gezielte Ansprache dieser Zielgruppe die Akzeptanz erhöht werden. Ebenso sollte die Kooperation mit den Krankenkassen, speziell den Betriebskrankenkassen, noch ausgebaut werden. Generell sind weitere Maßnahmen geeignet, herz-kreislauf-gesunde Ernährung zu einem festen Bestandteil in GV-Einrichtungen zu machen. Hier ist zu denken an die Verbesserung der Zwischenmahlzeitangebote (Imbiß) und auch an die Einbeziehung der Fernverpflegungsanbieter.

<b>6. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS); St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/4999438
<b>7. DATENTAFEL</b>	<p>Thema: Bremer Frühjahrskur</p> <p>Ort: Kantinen, Restaurants, Publikationskanäle</p> <p>Frequenz: jährlich im März/April</p> <p>Dauer: dreiwöchig</p> <p>Teilnehmer: Benutzer von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen  1888 8.422 Essen (27% aller ausgegebenen Essen)  1989 7.291 Essen (23% aller ausgegebenen Essen)</p> <p>Kooperationspartner: Arbeitskreis Bremer GV-Einrichtungen,  Köche-Club,  regionale Medien,  Supermärkte, Einzelhandel.</p>

MASSNAHME	GASTSTÄTTENAKTION IN TRAUNSTEIN (e)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	<p>Eine gemeindebezogene Interventionsstudie sollte auch auf eine Verbesserung des Gaststättenangebotes ausgerichtet sein. Daher werden den Gastwirten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung.</li> <li>- Rezeptbeispiele.</li> <li>- Vordrucke für Speisekarten.</li> <li>- Anzeigentexte.</li> <li>- Plakate und</li> <li>- Tischaufsteller angeboten.</li> </ul>
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	<p>Bei der Maßnahme stehen im Vordergrund:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbesserung der Außer-Haus-Verpflegung in Gaststätten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermehrtes Angebot von Hauptgerichten mit einem Energiegehalt bis 200 kcal.</li> <li>- Reduzierung der Fleischportionen von ca. 250 g auf 125 g.</li> <li>- Vergrößerung der Gemüsebeilagen.</li> <li>- Austausch von Kochsalz und Na-haltigen Würzmitteln durch Kräuter und Gewürze.</li> <li>- Reduzierung von Zubereitungsfett.</li> <li>- Ergänzung des Angebotes durch eine Auswahl fleischfreier Gerichte.</li> </ul> </li> <li>2. Schaffung einer nichtraucherfreundlichen Atmosphäre.</li> </ol> <p>Die Maßnahme zielt auf der Angebotsseite auf Gaststätten, Cafes, Kaufhausrestaurants, auf der Nachfrageseite auf die Gaststättenbesucher, Berufstätige, denen keine Kantine zur Verfügung steht.</p>
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	<p>Das Angebot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erfordert langfristige vertrauensbildende Information und Kooperation zwischen Initiator (MODELL BERGEN) und Gaststätten,</li> <li>- muß den spezifischen Ausbildungsstand in der Gastronomie berücksichtigen,</li> <li>- muß auch in weniger gut ausgestatteten Küchen realisierbar sein.</li> <li>- muß von den Gästen angenommen werden (formative Evaluation vorschalten),</li> <li>- soll den DHP-Richtlinien entsprechen.</li> </ul>
<b>4. MITTEL</b>	<p>Es entstehen Personalkosten für die intensive und kontinuierliche Beratung durch eine Ernährungsfachkraft (ca. 10 Std./Betrieb) sowie die Erstellung von Werbe- und Informationsmaterial, d.h. Rezeptvorschläge, Speisekartenvordrucke etc. (ca. 100 Std.). Weiterhin entstehen Sachkosten für Kopie und Druck der erstellten Materialien (ca. 3.000,- DM).</p>
<b>5. ERGEBNISSE</b>	<p>Von 52 Gaststätten beteiligten sich im März 1989 14 an der gesamten Aktion. Zwei Gastwirte schlossen sich während der Aktion an, die von den Gästen gut angenommen wurde, so daß einige Gaststätten die Aktion von sich aus verlängerten und zum Teil beibehalten wollen.</p>
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<p>Zur Implementation dieser Maßnahme ist es empfehlenswert,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Aktion in die allgemeinen Ernährungskampagnen einzubinden,</li> <li>- mit dem Hotel- und Gaststättenverband sowie Meinungsführern aus der Branche zu kooperieren,</li> <li>- Kooperation mit den regionalen Organisationen des Gesundheitsbereiches (z.B. AOK) einzugehen.</li> </ul> <p>Schließlich hat sich eine gemeinsame Information der Bevölkerung durch das Forschungsprojekt und die Gastwirte als erfolgreich erwiesen.</p>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<p>Forschungsprojekt MODELL BERGEN, Klosterstr. 1, 8220 Traunstein, Tel.: 08661/3789</p>

**8. DATENTAFEL**

Themen:	"Traunstein ist anders". "Im Frühling ist doch alles anders" - kleinere Portionen. - kleinere Fleischportionen. - mehr Gemüseanteil. - fettsparende Zubereitung - Kochsalzreduktion.
Ort:	Speisegaststätten in Traunstein.
Frequenz:	1-2 Aktionen pro Jahr mit dem Ziel des dauernden Angebotes
Dauer:	einwöchig, mit Beginn nach Ruhetag
Teilnehmer:	Teilnehmer an der Außer-Haus-Verpflegung in der Gastronomie
Zahl der Anbieter:	16 von 52 Gaststätten mit Speisenangebot in der Kreisstadt Traunstein. (31%), weitere Interessenten
Infomaterial:	Rezeptvorschläge für Gastwirte, Infobriefe werden erarbeitet.

MASSNAHME	STUTTGART LÄUFT UND WANDERT UM DIE WELT (f)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Die einwöchige Aktion stellt ein Angebot im Freizeit- und Breitensportbereich dar. Durch eine Mischung aus spielerisch körperlicher Aktivität und ausführlicher gesundheitspädagogischer und medizinischer Information (u.a. Blutdruckmessung vor und nach der gelaufenen Wegstrecke) soll die Bevölkerung zur sportlichen Betätigung motiviert werden. Von den Teilnehmern soll innerhalb einer Woche eine Strecke zurückgelegt werden (laufend oder wandernd), die einer Weltumrundung entspricht.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Ziel der Maßnahme ist es, der Bevölkerung die Sinnhaftigkeit körperlicher Bewegung, speziell des Ausdauertrainings, für die eigene Gesundheit näherzubringen. Neben der Gesamtbevölkerung wendet sich die Aktion vor allem an sportlich Passive bzw. an solche Bevölkerungsgruppen, die sich schon über einen längeren Zeitraum nicht mehr bewegungsmäßig engagiert haben.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Für die Durchführung einer solchen Großaktion ist neben einer umfänglichen Planung auch die Einbindung von Sportverbänden notwendig. Von daher waren in die Organisation und Durchführung der Sportkreis Stuttgart (ein Zusammenschluß aller Stuttgarter Sportvereine), der Leichtathletikverband Baden-Württemberg und schon bestehende Lauffreize eingebunden. Zur Motivierung der Bevölkerung ist eine breite Informationskampagne Voraussetzung. Ein zusätzlicher Anreiz besteht darin, Preise auszuloben.
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Personalkosten sowie Aufwendungen für die Preise.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Insgesamt beteiligten sich etwa 2.000 Personen an der Aktion, die zwischen zwei Streckenlängen (1,8 und 10 km) wählen konnten. Diese Strecken konnten auch mehrfach zurückgelegt werden. Die Teilnehmern waren zu 44% Mitglieder eines Sportvereins. Es zeigte sich somit, daß ein großer Teil der "Nichtvereinsmitglieder" durch ein offen strukturiertes sportliches Handlungsangebot zur sportlichen Aktivität motiviert werden kann.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Derartige Aktionen bieten sich auf gemeindlicher Ebene besonders als "Eröffnungs- bzw. Abschlußveranstaltungen" der "Laufseason" (April bis September) für Freizeitsportler an. Sie können darüber hinaus aber auch im Rahmen anderer gesundheitsbezogener Aktionsprogramme eingesetzt werden.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401083
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Bewegung Ort: Zentrale Grünanlage im Stadtgebiet Frequenz: zweimalig Dauer: einwöchig Teilnehmer: Gesamtbevölkerung Zahl der Anbieter: 3 (Kooperationspartner) Infomaterial: 1.000 Plakate, 30.000 Falbblätter, Rundfunksendung, Zeitungsartikel

MASSNAHME	TRIATHLON (BERLIN-SPANDAU) (g)
1. <b>KURZBESCHREIBUNG</b>	Diese Großveranstaltung ist eine Kombination aus sportlichem Wettkampf, Volksfest und Informationsveranstaltung (1989 auch mit Cholesterin- und Blutdruckmessungen bei Wettkämpfern und Besuchern). Der sportliche Wettkampf besteht aus den drei Teildisziplinen Schwimmen, Radfahren und Laufen, die ohne Pause aneinandergereiht absolviert werden. Um einen möglichst großen Teilnehmerkreis zu erreichen, werden Wettkämpfe mit unterschiedlichen Distanzen angeboten. Diesem Wettkampftag werden das ganze Jahr über Seminare für Triathloninteressierte vorgeschaltet. Die Seminare dienen der guten Vorbereitung der Teilnehmer.
2. <b>ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Ausdauersportarten haben einen besonders positiven Einfluß auf das Herz-Kreislauf-System. Um das häufig genannte Argument - "die Ausdauersportarten seien als Einzeldisziplinen zu langweilig und einseitig" - zu entkräften, wird versucht, das Interesse für den Triathlon zu wecken. Die Bevölkerung soll diese neue Möglichkeit der Kombination von gesunden Ausdauersportarten kennenlernen und ausüben. Teilnehmen kann jede gesunde, halbwegs trainierte Person (Zielgruppe).
3. <b>VORAUSSETZUNGEN</b>	Aufgrund des hohen Aufwandes für die Durchführung eines solchen Wettkampfes müssen vorab Sponsoren für die Finanzierung gewonnen werden. Desweiteren müssen mit solchen Veranstaltungen vertraute Personen und Organisationen gefunden werden. Hierfür muß ausreichend Zeit (mindestens ein Jahr) zur Verfügung stehen. Günstig ist weiterhin eine Geschäftsstelle, die die Einzelaktivitäten koordiniert. Ähnlich wie bei anderen massenbezogenen Sportveranstaltungen ist eine große Anzahl ehrenamtlicher Helfer unerlässlich.
4. <b>MITTEL</b>	Je nach Größe der Veranstaltung sind 100.000 bis 200.000 DM zu veranschlagen, die zum größten Teil von Sponsoren getragen werden.
5. <b>ERGEBNISSE</b>	Die Teilnehmerzahl, die sich 1987 (1.500) gegenüber 1986 fast verdoppelt hat, ist ebenso ein Indiz für das große Interesse an solchen Veranstaltungen wie die stetig gestiegenen Zuschauerzahlen. Weiterhin waren die bisher stets gut besuchten Vorbereitungsseminare ein Beleg für den hohen Stellenwert dieser Maßnahme in der Bevölkerung. Eine Telefonbefragung (1987) bei der Spandauer Bevölkerung zeigte neben anderen interessanten Ergebnissen nochmals deutlich die enorme Öffentlichkeitswirkung dieser Großveranstaltung.
6. <b>EMPFEHLUNGEN</b>	Eine Übernahme dieser Maßnahme ist nur nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen und bei einer langfristigen, gründlichen Planung anzuraten.
7. <b>ANSPRECHPARTNER</b>	DHP-Studienzentrum Berlin-Spandau, Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: 030/3333065
8. <b>DATENTAFEL</b>	Thema: Triathlon Ort: Spandau Frequenz: jährlich Dauer: eintägig/mehrtägig Teilnehmer: pro Veranstaltung ca. 1.200 Zahl der Kooperationspartner: fünf Infomaterial: Plakate, Faltblätter

MASSNAHME	DEM BLUTDRUCK ZULIEBE – BREMEN ... AUF ZUM MOND (BREMEN) (h)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Bei der Mondaktion sollte die Strecke von der Erde bis zum Mond (384.405 km) laufend, wandernd, schwimmend und radelnd bewältigt werden. Dazu wurden an drei Orten des Stadtgebietes Strecken als Rundkurse eingerichtet. Darüber hinaus konnte man in allen Bremer Schwimmbädern an der Aktion teilnehmen. Begleitet wurde die Breitensportaktion durch Blutdruckscreenings und Beratungen an den jeweiligen Startorten.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Diese Interventionsmaßnahme hatte zum Ziel, Motivation und Handlungsanreize zum aktiven Sporttreiben zu schaffen und über den Risikofaktor Bluthochdruck aufzuklären. Aufgefordert zur Teilnahme war die Gesamtbevölkerung, d.h. alle, die sich fit genug fühlten, die ausgeschilderten Meßstrecken laufend, wandernd oder radfahrend zu bewältigen. Es gab keinerlei Leistungsdruck und jedem Teilnehmer winkte bei einer absolvierten Runde eine Teilnehmerurkunde.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Die Durchführung einer derartigen Breitensportaktion ist nur in Kooperation mit verschiedenen anderen Institutionen (Krankenkassen, Sportvereinen, Sportverbänden, etc.) möglich. Die Aktion verlangt einen organisatorischen Vorlauf von mindestens einem halben Jahr. Bei der "Mondaktion" waren während der Aktionswoche ca. 200 Personen ehrenamtlich tätig (Beratungen, Startkarten ausgeben, Urkunden ausfüllen, Strecke markieren etc.). Ohne diese ehrenamtliche Einbindung ist eine derartige Großaktion weder personell noch finanziell durchführbar.
<b>4. ERGEBNISSE</b>	An der "Mondaktion" nahmen 16.000 Personen teil, die insgesamt 176.000 km zurücklegten. Nach Beendigung der Aktionswoche wurde auf Wunsch der Bevölkerung die Aktion weitergeführt, so daß nach ca. insgesamt zwei Monaten Aktionszeit das Ziel erreicht wurde. Als positives Ergebnis ist erstens der relativ hohe Anteil Jugendlicher, die sonst als "Sportmuffel" verschrien sind, zu werten und zweitens der erstaunlich hohe Anteil von Teilnehmerinnen. Die Aktion scheint dem Trend der Sportabstinenz gerade älterer Frauen entgegenzuwirken. Positive, gerade Frauen im mittleren und höheren Lebensalter ansprechende Aspekte dieses Sportangebotes sind: Vereinsungebundenheit, die hohe zeitliche Flexibilität für die Teilnehmerinnen sowohl hinsichtlich des zeitlichen Umfangs ihres sportlichen Engagements wie hinsichtlich der Tageszeit, die Möglichkeit zusammen mit Familienmitgliedern (vor allem Kindern, Enkelkindern), Freundinnen, wie mit Frauen aus anderen Sportgruppen gemeinsam teilzunehmen und der geringe Leistungsdruck. Ergebnisse der Teilnehmerbefragung der Mondaktion bewerten die Aktion zum Überwiegenden Teil (75%) als sehr gut bzw. gut.
<b>5. ENPFEHLUNGEN</b>	Durch die hohe Zielvorgabe der Mondaktion ist das Erreichen des Zieles im Rahmen einer Aktionswoche relativ unwahrscheinlich. Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß eine solche Aktionswoche sich sehr gut als "Auftakt" eignet und die Aktion mediengestützt bis zur Zielerreichung weitergeführt werden kann. In diesem Sinne könnte auch ein Aktionswochenende zum "Anschieben" der Aktion ausreichen.
<b>6. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/4999438
<b>7. DATENTAFEL</b>	Thema: Dem Blutdruck zu Liebe – Bremen ... auf zum Mond Ort: drei verschiedene Rundkurse im Stadtgebiet Frequenz: 1 x jährlich Dauer: 1 Woche, jeweils 9.00 bis 21.00 Uhr (Verlängerung bis Ziel erreicht) Teilnehmer: Allgemeinbevölkerung, insgesamt ca. 16.000 Teilnehmer und Teilnehmerinnen

MASSNAHME	SPORT-INFO-BLATT (LANDKREIS TRAUNSTEIN) (1)
1. <b>KURZBESCHREIBUNG</b>	Das Sport-Info-Blatt behandelt auf ca. 2 DIN A 4-Seiten in einfacher Form jeweils ein Problem aus den Bereichen der Sportlehre. Das Info-Blatt wird 1-2 mal pro Monat kostenlos verschickt.
2. <b>ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Die Hauptziele des Sport-Info-Blattes sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenserhaltung und Wissensaktualisierung,</li> <li>- Verdeutlichung der Gesunderhaltung als wesentlicher Punkt des Sporttreibens,</li> <li>- Angebot eines auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bevölkerung zugeschnittenen Programms zu ermöglichen.</li> </ul> Zielgruppe sind die Trainer/innen und Übungsleiter/innen der Sportvereine.
3. <b>VORAUSSETZUNGEN</b>	Die Programmumsetzung bedingt <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorenschaftliches Engagement sowie</li> <li>- finanzielle Ressourcen.</li> </ul>
4. <b>MITTEL</b>	Folgende Kosten fallen an: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalkosten (2 Tage/Ausgabe),</li> <li>- Sachmittel (Kopier- und Versandkosten).</li> </ul>
5. <b>ERGEBNISSE</b>	Das Sport-Info-Blatt wird zur Zeit an ca. 400 Übungsleiter/innen und Trainer/innen verschickt. Die Rückfragen ergaben, daß bei 30% der Antwortenden das Sport-Info-Blatt die Trainingsplanung beeinflusst hat, bei 60% der Antwortenden war dies teilweise der Fall. Zwei Drittel der Befragten äußerten die Bereitschaft, Geld für das Sport-Info-Blatt auszugeben.
6. <b>EMPFEHLUNGEN</b>	Das Sport-Info-Blatt sollte sich stets veränderten Bedarfslagen anpassen. Dabei sollte es den Charakter eines zeitsparenden Fortbildungsinstruments zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der Übungsleiter/innen und Trainer/innen stets beibehalten.
7. <b>ANSPRECHPARTNER</b>	MODELL BERGEN, Bahnhofstr. 17, 8221 Bergen/Obb., Tel.: 08662/5373
8. <b>DATENTAFEL</b>	Thema: Sport - Info - Blatt, Inhalte der Sportlehre mit besonderer Gewichtung der Gesunderhaltung Ort: Landkreis Traunstein Frequenz: 1 - 2 Ausgaben pro Monat (Auflage 400 Stück)

<b>MASSNAHME</b>	<b>LAUFGRUPPENLEITERSCHULUNG (LANDKREIS TRAUNSTEIN)</b> (5)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Die Laufgruppenleiterschulung basiert auf einer Einrichtung des Deutschen Sportbundes, der "Trimm-Trab-Laufgruppen". Die Mehrzahl der Laufgruppen entwickelte sich zu Renngruppen, in denen die weniger gut Trainierten keinen Platz mehr hatten. Um dem entgegenzuwirken, wurde ein eigenes Schulungskonzept für Laufgruppenleiter entwickelt mit einem eigenen Lernprogramm für die Theorie. Die Lernprogramme werden den Schulungsteilnehmern/innen vor Beginn der eigentlichen Schulung zugesandt. Die Theoriestunden dienen in erster Linie dazu, offengebliebene Fragen zu erörtern. Schwerpunkt der Schulung ist eine gute Anfängerbetreuung.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Zielsetzung der Laufgruppenleiterschulung ist die Motivation und Schulung von Übungsleiter/innen der Sportvereine sowie von laufinteressierten Laien (direkte Zielgruppe). Sie werden befähigt, für die unselektierte Bevölkerung Laufgruppen anzubieten (indirekte Zielgruppe).
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Als Voraussetzungen müssen folgende Punkte beachtet werden: - Die Mindestteilnehmerzahl für die Schulung liegt bei 5 - 6 Interessenten. - Für die Schulung muß ein ausgebildeter Seminarleiter vorhanden sein (hierzu bietet Modell Bergen einen Intensivkurs an). - Zur Gewährleistung des Versicherungsschutzes bei der Durchführung der Laufgruppen muß eine Organisation als Veranstalter und Träger zeichnen.
<b>4. MITTEL</b>	Bei der Laufgruppenschulung entstehen - Personalkosten, d.h. Entgelt für den Schulungsleiter für ca. 10 Std. - Fahrtkosten für den Schulungsleiter und - sonstiger Sachaufwand, d.h. Kosten für die Vervielfältigung des Lernprogramms (25,- DM pro Exemplar).
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Bisher wurden 82 Personen geschult. Aus den Schulungen entstanden 7 neue stabile Lauffreize.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Als günstige Schulungszeiten haben sich die Monate März bis Mai erwiesen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	MODELL BERGEN, Bahnhofstr. 17, 8221 Bergen/Obb., Tel.: 08662/5373
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Laufgruppenleiterschulung psychologische/anatomische Grundlagen Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Laufen Anfängerbetreuung Ort: nach Vereinbarung Frequenz: mehrmals jährlich Dauer: 4 Std. Praxis, 4 Std. Theorie Teilnehmer: Übungsleiter/innen der Sportvereine, laufinteressierte Laien

<b>MASSNAHME</b>	<b>ERLEBNISFESTIVAL: OHNE RAUCH GEHT'S AUCH (STUTTGART)</b> (k)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Bei der Maßnahme handelt es sich um eine Abschlusveranstaltung der Schulaktion "Rauchen - Nichtraucher - Passiv Rauchen", die von der Gemeindestudie, der Aktion Jugendschutz, des Städtischen Gesundheitsamt und dem Ministerium für Kultur und Sport Baden-Württemberg von Februar 88 bis Mai 88 an 17 Stuttgarter Haupt-, Realschulen und Gymnasien durchgeführt wurde. Das Stuttgarter Erlebnisfestival basiert auf dem Konzept der BZgA und der PR-Agentur Leipziger + Partner zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen. Unter anderem werden Popstars als Anreiz eingesetzt, um die Zielgruppe zur Teilnahme zu motivieren.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Folgende Ziele sollten vor dem Hintergrund der Festival-Idee erreicht werden: - Schaffung einer Präsentationsplattform für die Exponate der Schulaktion "Rauchen - Nichtraucher - Passivrauchen" - Beeinflussung kommunaler gesundheitspolitischer Entscheidungen zum Problembereich "Jugend und Rauchen" - Förderung eines positiven Images des Nichtrauchens bei Jugendlichen - Initiierung weiterführender Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen insbesondere unter Bezugnahme auf das Nichtrauchen. Die ausgewiesenen Zielgruppen waren die Altersjahrgänge der 13- bis 25jährigen.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Folgende Voraussetzungen müssen für eine erfolgreiche Umsetzung erfüllt sein: - Städtisches Umfeld mit hohem Anteil jugendlicher Bevölkerungsgruppen, - attraktiver städtischer Platz, - übergeordnete Planungs- und Entscheidungsgremien sowie - kompetentes Management.
<b>4. ERGEBNISSE</b>	Die Abendveranstaltungen mit bekannten Popstars waren sehr gut besucht (pro Abend zwischen 2.000 bis 4.000 Jugendliche). Die nachmittäglichen Workshops an den drei Aktionsnachmittagen stießen teilweise nur auf eine geringe Resonanz.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Die Durchführung solcher Festivals sollten an den lokalen Bedingungen orientiert sein. Sie können intensiviert werden, wenn es gelingt, sie im Kontext gemeindebezogener Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen. Der Anreiz zur Teilnahme durch Popstars ist zu empfehlen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), OstmerheimerStr. 200, 5000 Köln 91, Telefon: 0221/8992-1 - Stuttgarter Arbeitsgemeinschaft - Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401083
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Rauchen Ort: Schloßplatz Frequenz: einmalig Dauer: dreitägig Teilnehmer: ca. 10.000 bis 15.000 Zahl der Anbieter: 17 Schulen, 3 Infostände Infomaterial: Plakatierung sämtlicher Litfaßsäulen in der Stadt, Verteilung von Infoblättern über den Stadtjugendring, Seitenscheibenwerbung in öffentlichen Verkehrsmitteln, Verteilung von Infomaterial an Schulen, Berichte in Rundfunk und Fernsehen (SDR 3)

MASSNAHME	"RUNTER VOM RAUCHEN" (STUTT GART) (1)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	<p>"Runter vom Rauchen" ist ein achtwöchiges Raucherentwöhnungsprogramm, basierend auf einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept der schrittweisen Reduktion. Über den Medienverbund SDR (Radio Stuttgart), Stuttgarter Nachrichten und Stuttgarter Zeitung wird in Form von acht Kurseinheiten ein lerntheoretisch fundierter Rahmen zur Raucherentwöhnung angeboten. Als Begleitmaterial wird eine Broschüre zur Verfügung gestellt, die die wesentlichen Arbeitsschritte in komprimierter Form aufbereitet und zusätzliche Hinweise zur Entwöhnung gibt. Darüber hinaus besteht während der gesamten Kursdauer das Angebot einer telefonischen Beratung.</p>
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	<p>Zielsetzung der Maßnahme ist es,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- über schrittweise Reduktion den Kursteilnehmern/innen zum Nullkonsum zu verhelfen,</li> <li>- durch Begleitmaterial und telefonische Beratung grundsätzliche Prinzipien der Entwöhnung zu vermitteln und Krisenmanagement anzubieten,</li> <li>- im Fall zu starker körperlicher und psychischer Abhängigkeit zumindest eine Reduzierung zu erreichen und</li> <li>- grundsätzliches und für einen potentiellen Rückfall notwendiges Wissen über Möglichkeiten der Raucherentwöhnung zu vermitteln.</li> </ul> <p>Zielgruppe ist primär der entwöhnungsinteressierte Anteil der rauchenden Gesamtbevölkerung. Insbesondere richtet sich das Programm an jene Raucher und Raucherinnen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine Entwöhnung in Gruppen ablehnen,</li> <li>- aus zeitlichen Gründen an solchen Angeboten nicht teilnehmen können,</li> <li>- bereits unterschiedliche Entwöhnungsversuche hinter sich haben (z.B. medikamentös unterstützt, nach der Schlußpunkt-Methode).</li> </ul>
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	<p>Der umfangreiche Ansatz basiert auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einer ausreichenden Medienstruktur,</li> <li>- kooperativen Lokaljournalisten/Redakteuren sowie</li> <li>- strukturellen und personellen Voraussetzungen für Organisation und Beratung.</li> </ul>
<b>4. MITTEL</b>	<p>Es entstehen sowohl Personalkosten als auch Kosten für Sendeminuten und Materialienherstellung.</p>
<b>5. ERGEBNISSE</b>	<p>Das Begleitmaterial wurde von 168 Rauchern bzw. Raucherinnen angefordert, der mitgeschickte Fragebogen wurde von 128 Anfragern zurückgesandt. Die Möglichkeiten der telefonischen Beratung wurden von 127 Rauchern und Raucherinnen in Anspruch genommen. (Eine telefonische Nachbefragung zur Effektivität der Maßnahme befindet sich z.Zt. noch in Auswertung).</p>
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<p>Die Maßnahme sollte in die bisherigen und weiterführenden interventiven Aktivitäten eingebettet werden. Zur Unterstützung sollte eine positive Klimaschaffung durch mediale Maßnahmen sowie eine enge Kooperation mit den Redakteuren zur Aufbereitung der Texte geschaffen werden.</p>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<p>Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401083</p>
<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Thema: Raucherentwöhnung durch schrittweise Reduktion  Ort: Geschäftsstelle  Frequenz: einmal jährlich  Teilnehmer: mindestens 200  Zahl der Anbieter: je ein Anbieter der Print- und elektronischen Medien  Infomaterial: Begleitmaterial zum Kursprogramm entsprechend der Teilnehmerzahl</p>

<b>MASSNAHME</b>	<b>"VORSATZ 89: OHNE RAUCH - BESSER DRAUF"</b> <b>(BERLIN-SPANDAU)</b> (m)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Ein speziell geschultes Team von Streetworkern führt über einen begrenzten Zeitraum hinweg in Gaststätten und Kneipen leitfadensorientierte Gespräche durch. Es geht darum, das Raucherverhalten der Gäste zu erkunden und Nichtraucherabsichten zu verstärken sowie Hinweise auf ein weitgehendes Beratungs- und Therapieangebot zu vermitteln. Parallel dazu wurden eine Telefonberatungsstelle eingerichtet und diverse Kooperationspartner gewonnen.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Ausgehend von der Annahme eines verstärkten Wunsches, zum Jahreswechsel das Rauchen aufzugeben, zielt die Maßnahme zum einen darauf ab, Motivlage und Strategie zur Raucherentwöhnung zu erfahren und diese ggfs. zu verstärken; zum anderen sollen Raucher auf Beratungs- und Therapieangebote in der Gemeinde aufmerksam gemacht werden. Zielgruppe im engeren Sinne sind männliche und weibliche Raucher der unteren sozialen Schicht, von denen eine geringere Bereitschaft zur Einschränkung ihres Risikoverhaltens erwartet wird.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung eines maßnahmenspezifischen Konzepts "Kontrapunktiver Werbung" (tendenzielle Übernahme von Werbestrategien der Tabakindustrie).</li> <li>- Unterweisung von Streetworkern nach einem DHP-Schulungsprogramm.</li> <li>- Absicherung der Kooperation mit den Gemeindebehörden (Bezirksamt), der Ärzte- und Apothekerkammer.</li> <li>- Zusammenstellung der in der Gemeinde angebotenen Raucherentwöhnungskurse.</li> <li>- Einrichtung einer Telefonberatungsstelle in den Räumen der Geschäftsstelle ("Clearingstelle" bei der Wahl einer Entwöhnungsstrategie und "Transferstelle" zu den gemeindlichen Kooperationspartnern).</li> </ul>
<b>4. MITTEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsmaterial: 4.000,- DM</li> <li>- Streetworker: 15.000,- DM</li> </ul>
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Bei den ca. 150 Einsätzen der Streetworker wurden ca. 2.500 Personen kontaktiert, von denen knapp 1.500 den Fragebogen zum Raucherverhalten auszufüllen bereit waren. Telefonberatung wurde in 135 Fällen erteilt und 293 Personen wurden auf Verlangen weitergehende Informationsmaterialien zugesandt. 28 Personen nehmen ein von der DHP-Geschäftsstelle arrangiertes Angebot einer Raucherentwöhnung mit gekoppelter Akupunkturbehandlung wahr. Die gesamte Aktion hatte eine sehr positive und breite PR-Resonanz sowohl in der Gemeinde als auch in den regionalen und überregionalen Medien.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über die Kontakte zur Ärzte- und Apothekerkammer im Vorfeld der Aktion sollten alle niedergelassenen Ärzte und Apotheker direkt angeschrieben und um Unterstützung gebeten werden.</li> <li>- Um Schwierigkeiten während des Streetworkereinsatzes zu vermeiden, sollten die gastronomischen Betriebe schriftlich informiert und telefonisch um ihre Einwilligung gebeten werden.</li> <li>- Es sollten genügend personelle und materielle Ressourcen bereitgestellt werden, da u.U. ein hoher Prozentsatz der kontaktierten Raucher weitergehende Informationen anfordern wird.</li> </ul>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	DHP-Studienzentrum Berlin-Spandau, Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: 030/3333065 (spezielle Dokumentation: dhp-report Februar 1/89)
<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Thema: Rauchen</p> <p>Ort: Streetworkereinsatz in Kneipen und Restaurants</p> <p>Frequenz: jährlich zum Jahreswechsel</p> <p>Dauer: 14 Tage</p> <p>Teilnehmer: ca. 2.500 kontaktierte Personen, 1.500 Gesprächspartner, davon ca. 20% an Entwöhnungsstrategien interessiert</p> <p>Kooperationspartner: Bezirksamt, Apothekerkammer, Ärztekammer, Gaststätten</p> <p>Infomaterial: Plakate, Broschüren, Faltposter, Aufkleber</p>

MASSNAHME	AKTION "FRISCHE LUFT" (BREMEN) (n)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Bei dieser Aktion handelt es sich um einen Materialsatz für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte sowie für deren Kunden bzw. Patienten. Das Material besteht aus einer Informationsbroschüre für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte, einer Broschüre für ratsuchende Raucher und aus einem Plakat zum Aushang in Praxen bzw. Verkaufsräumen. Die Laien-Broschüre trägt den Aufdruck "Frische Luft" und kostet DM 3,50 - weniger als eine Schachtel Zigaretten!
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Laienbroschüre und Plakat richten sich an Raucher aus allen Bevölkerungsschichten und Altersgruppen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Wesentliches Ziel der Aktion war eine Verbesserung des fachlichen Kenntnisstandes und eine verbesserte Beratungskompetenz, um Motivation für ein präventives Engagement bei den angesprochenen professionellen Gruppen zu schaffen. In der Bevölkerung sollten Raucher ermuntert werden, die besondere Sachkunde der Ärzte, Apotheker und Zahnärzte in Anspruch zu nehmen und eigenverantwortlich angestrebte Entwöhnungsversuche auch als professionell gebilligt zu erleben. Das Laienmaterial zielt u.a. durch einen Motivationstest für Raucher auf eine verbesserte Selbstwahrnehmung und eine rationalere Haltung gegenüber dem Rauchverhalten.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Kooperationsbeziehungen zu Ärzten, Apothekern und Zahnärzten.
<b>4. MITTEL</b>	Es fallen Kosten für den Druck und den Vertrieb der Broschüren an.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Das Informationsmaterial für die professionellen Gruppen wurde insgesamt an 370 Ärzte, 272 Zahnärzte und 151 Apotheker kostenlos abgegeben. 86 der angesprochenen Ärzte und 96 der angeschriebenen Apotheken machten von einer Nachbestellung Gebrauch. Von der Laienbroschüre wurden innerhalb eines Jahres insgesamt 12.400 Exemplare an die Gesamtbevölkerung verschickt.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Die Broschüren wurden an die Zielgruppen per Post mit einem Anschreiben versandt (keine Drucksache!). Für eventuelle Nachbestellungen empfiehlt es sich, eine Bestellkarte beizulegen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/4999438
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Information zum Rauchen, Motivation zum Nichtrauchen Ort: Apotheken, Arztpraxen, Zahnarztpraxen Dauer: kontinuierlich Frequenz: regelmäßig Teilnehmer: ratsuchende und entwöhnungswillige Raucher/innen

MASSNAHME	BLUTDRUCKSCREENINGS IN BETRIEBEN (BREMEN) (o)												
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Seit 1986 fanden insgesamt drei Blutdruckscreenings in Bremer Betrieben statt. Diese Screenings wurden jeweils über 1 Woche in Kooperation mit dem betriebsärztlichen Dienst durchgeführt. Je nach Betriebsart und Personalstruktur wurde entweder in der Mittagspause, bei Schichtwechsel oder zu Schichtbeginn gemessen. Diese Screenings sind überwiegend an zentralen Orten der Betriebe (Kantinen, Pausenräumen etc.) durchgeführt worden. Die Wahl der Örtlichkeit bestimmt, wer erreicht wird: Angestellte eher in den Kantinen, Arbeiter eher in der Nähe der Produktionsbereiche.												
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Im wesentlichen wurden mit den Betriebsaktionen folgende Teilziele verfolgt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine Erhöhung des Problembewußtseins bei Betriebsangehörigen bezüglich des Risikofaktors Bluthochdruck</li> <li>- die Verbreitung von Information über Hochdruck und seine Risikofaktoren</li> <li>- die Entdeckung unbekannter und unbehandelter Hypertoniker</li> <li>- die Vorbereitung struktureller Präventionsmaßnahmen im Betrieb und die Verbesserung der Kooperation mit den beteiligten betriebsärztlichen Diensten.</li> </ul> Zielgruppe sind abhängig Beschäftigte jeder Altersgruppe.												
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Voraussetzung für die Durchführung von Blutdruckscreenings in Betrieben ist eine Absprache zwischen den durchführenden Organisationen, den betriebsärztlichen Diensten, den Personal- und Betriebsräten, der Geschäftsleitung und der jeweiligen Betriebskrankenkasse.												
<b>4. MITTEL</b>	Es fallen im wesentlichen Personalkosten für eine geschulte Kraft und Kosten für Informationsmaterial an, falls das Material selbst hergestellt wird. Allerdings gibt es Institutionen (Studienzentren der DHP, Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks etc.), die zum Teil Material kostenlos zur Verfügung stellen.												
<b>5. ERGEBNISSE</b>	1986 wurden in 2 Großbetrieben (556 Messungen), 1987 in 4 Großbetrieben (1.222 Messungen) und 1988 in 3 Betrieben (979 Messungen) Screenings durchgeführt. Die Betriebscreenings 1988 versuchten schwerpunktmäßig Arbeiter und Arbeiterinnen zu erreichen. Durch die spezielle Ausrichtung der Untersuchungsorte im Betriebscreening 1988 (nahe den Produktionsstätten) ist dies auch gelungen.												
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Es ist dringend erforderlich, diese Screenings mit Blutdruckkursen zu begleiten. Diese Kurse könnten in Verantwortung der jeweiligen Betriebskrankenkassen durchgeführt werden.												
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/4999438												
<b>8. DATENTAFEL</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Themen:</td> <td>Blutdruckscreenings</td> </tr> <tr> <td>Ort:</td> <td>Betriebe</td> </tr> <tr> <td>Dauer:</td> <td>1 Woche</td> </tr> <tr> <td>Frequenz:</td> <td>je nach Bedarf</td> </tr> <tr> <td>Teilnehmer:</td> <td>Betriebsangehörige</td> </tr> <tr> <td>Kooperationspartner:</td> <td>Betriebsärztliche Dienste, Geschäftsleitung, Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebskrankenkassen</td> </tr> </table>	Themen:	Blutdruckscreenings	Ort:	Betriebe	Dauer:	1 Woche	Frequenz:	je nach Bedarf	Teilnehmer:	Betriebsangehörige	Kooperationspartner:	Betriebsärztliche Dienste, Geschäftsleitung, Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebskrankenkassen
Themen:	Blutdruckscreenings												
Ort:	Betriebe												
Dauer:	1 Woche												
Frequenz:	je nach Bedarf												
Teilnehmer:	Betriebsangehörige												
Kooperationspartner:	Betriebsärztliche Dienste, Geschäftsleitung, Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebskrankenkassen												

MASSNAMME	BLUTDRUCKSCREENINGS IN SUPERMÄRKTEN (BREMEN) (p)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Als Aufklärungsaktion zum hohen Blutdruck wurden 1987/1988 Blutdruckscreenings in Supermärkten durchgeführt. Für die Dauer einer Woche wurden in den betreffenden Supermärkten Blutdruck gemessen und Informationen zum hohen Blutdruck gegeben. Während die beteiligten Kooperationspartner die Aktion ganztägig durchführten, wurde aus Gründen der personellen Kapazitäten in den vom BIPS und den Gesundheitstreffpunkten betreuten Supermärkten nur während der Stoßzeiten vormittags und nachmittags gemessen. Die gemessenen Werte wurden in Meßlisten eingetragen und jeder Proband erhielt eine Meßkarte mit den Werten und Kontrollempfehlungen. An der Aktion beteiligten sich 1988 vier Krankenkassen.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Zentrales Ziel dieser Aktion war es, bisher unbekannte Hypertoniker zu entdecken. Die Screenings richteten sich an die unselektierte Gesamtbevölkerung.
<b>3. VORAUSSETZUNG</b>	Um eine derartige Aktion breitenwirksam durchführen zu können, ist eine umfangreiche Kooperation notwendig. Es empfiehlt sich, z.B. Krankenkassen in diese Screenings mit einzubeziehen. Für diese sind Screeningsmaßnahmen gleichzeitig gute Möglichkeiten zur Außendarstellung.
<b>4. MITTEL</b>	Es fallen im wesentlichen Personalkosten für eine geschulte Kraft und Kosten für Informationsmaterial an, falls das Material selbst hergestellt wird. Allerdings gibt es Institutionen (Studienzentren der DHP, Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks etc.), die zum Teil Material kostenlos zur Verfügung stellen.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Im Rahmen der Aktionstage wurden 2.341 dokumentierte Messungen durchgeführt. Davon entfielen ca. 1.500 Messungen auf Krankenkassen. Von Personen mit grenzwertigen Ergebnissen gab nur rund ein Viertel an, von einer Hypertonie zu wissen, wobei sich Frauen besser über ihren Gesundheitszustand informiert zeigten als Männer.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Screenings in Supermärkten eignen sich besonders dann, wenn Personen angesprochen werden sollen, die unter einer Hypertonie leiden, ohne dies zu wissen, oder die generell über ihren Gesundheitszustand nur unzureichend informiert sind.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/4999438
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Blutdruckscreenings in Supermärkten Ort: Supermärkte Dauer: 1 Woche Frequenz: 1 x jährlich Zahl der Anbieter: 5 Kooperationspartner: Supermärkte, Krankenkassen

<b>MASSNAHME</b>	<b>"SCHÜLER MESSEN ELTERN" (BERLIN-SPANDAU) (a)</b>
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Im Rahmen ihres Biologieunterrichts werden Schüler der 8. Klasse intensiv mit der Funktionsweise des Herz-Kreislaufsystems vertraut gemacht und auf die wesentlichen Risikofaktoren einer Herzerkrankung hingewiesen. Dabei werden sie so trainiert, daß sie an einem "Tag der offenen Tür" Blutdruckmessungen an Eltern und Mitschülern vornehmen können. Broschüren über die Bedeutsamkeit hoher Blutdruckwerte werden zu diesem Zeitpunkt verteilt.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Bekannt ist, daß wesentliche gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter gelernt und beibehalten werden. Um dem Erwerb gesundheitsriskanten Handelns möglichst frühzeitig zu begegnen, sollte auf Aspekte der Gesundheit und die damit zusammenhängenden Risikobereiche im Schulalter aufmerksam gemacht werden, indem das Bewußtsein für die Beachtung basaler Gesundheitsindikatoren geschärft wird. Über die Blutdruckmessungen an den Eltern sollen diese mit dem Wissensvorsprung ihrer Kinder konfrontiert und zum "Ausgleich" angeregt werden, d.h. auf ihren Blutdruck achten lernen.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Vor der Maßnahmenumsetzung sind folgende Voraussetzungen zu leisten: - Absicherung mit der Schulbehörde, - Konzeption einer Unterrichtseinheit und - Schulung der Blutdruckmessung.
<b>4. MITTEL</b>	Die Hauptkosten entfallen auf die Bereitstellung des Informationsmaterials "Hoher Blutdruck" (ca. 250,- DM). Desweiteren müssen Blutdruckmeßgeräte verfügbar sein.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Innerhalb der vierstündigen Veranstaltung "Tag der offenen Tür" wurden von den Schülern an 130 Personen Blutdruckmessungen durchgeführt, wobei standardmäßig eine zweimalige Messung im Abstand von 5 Minuten vorgenommen wurde. Große Resonanz fand die Aktion bei den Mitschülern, die etwa 50% der Untersuchten stellten. Insgesamt konnten von den Schülern ca. 250 Broschüren zum Thema Bluthochdruck verteilt werden.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Lehrer sollten so geschult werden, daß sie nicht nur die Messung beaufsichtigen, sondern auf eine Einordnung der Meßergebnisse vorbereitet sind. Eine ärztliche Beratung ist dringend empfohlen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	DHP-Studienzentrum Berlin-Spandau, Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: 030/3333065
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Blutdruck Ort: Schulgebäude Frequenz: jährlich Dauer: 1 Tag Teilnehmer: 130 Schüler und Eltern Zahl der Kooperationspartner: 1 Klassenlehrerin/nach Möglichkeit 1 Arzt Infomaterial: Faltblätter, Meßkarten

MASSNAHME	BLUTDRUCKMONAT (STUTTGART) (r)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Der Blutdruckmonat dient dazu, den Bekanntheitsgrad der individuellen Blutdruckwerte in der Bevölkerung zu steigern und auf den Stellenwert des Bluthochdrucks als Risikofaktor für Koronarerkrankungen hinzuweisen. Als flankierende Maßnahme werden Angebote zur Behandlung und Betreuung von Hypertonikern gemacht. Der Blutdruckmonat wird in Zusammenarbeit mit Arztpraxen, Apotheken, dem Gesundheitsamt, Krankenkassen und den lokalen Medien organisiert.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Um den Anteil der unbekannteren Hypertoniker in der Bevölkerung in relevantem Umfang zu senken, muß ein Minimum von 25.000 Messungen durchgeführt werden. Entdeckte Hypertoniker werden entsprechend dem Programm behandelt und betreut. Die Maßnahme wendet sich unselektiert an die Gesamtbevölkerung.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Zur Teilnahmemotivierung der Bevölkerung an der Aktion ist eine breitenwirksame Aufklärung über Lokalpresse, Rundfunk und Fachblätter der Krankenkassen notwendig. Apotheker und Ärzte müssen rechtzeitig informiert und zur Mitarbeit aufgerufen werden, z.B. durch Rundschreiben der Veranstalter sowie Artikel im Ärzteblatt. Weiterhin sind die zuständigen Kammern (z.B. Ärzte- und Apothekerkammer) und Organisationen der an der Durchführung Beteiligten für die gemeinsame Aktion zu gewinnen.
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Personalkosten zur Vorbereitung und Betreuung der Aktion (ca. 3 Mann-Monate). Weiterhin entstehen Personalkosten für die Durchführung, die jedoch in der Regel aus Eigenbeiträgen der Beteiligten rekrutiert werden können.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Die Zahl der dokumentierten Messungen lag bei etwa 10.000. Insgesamt dürfte der Teilnehmerkreis zwischen 22.000 bis 30.000 gelegen haben. Etwa 8% derjenigen, deren Messungen erfaßt wurden, erfuhrn erstmals, daß sie erhöhte Werte besaßen. Der Anteil der Frauen war überproportional hoch.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Als Konsequenz im Sinne der Steigerung der Effektivität sind zwei Strategien zu verfolgen: - Stadtteilzentrierte Durchführung und - stärkere Zielgruppenorientierung. Als förderlich hat sich weiterhin die Übernahme der Schirmherrschaft für diese Aktion durch Prominente unter dem Motto: "Ich kenne meinen Blutdruck - Sie Ihren auch?" - erwiesen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	- Stuttgarter Arbeitsgemeinschaft - Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401083
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Blutdruck Ort: gesamtes Stadtgebiet Frequenz: einmalig Dauer: 4 Wochen Teilnehmerzahl: ca. 30.000 Zahl der Anbieter: 100 (Kooperationspartner) Infomaterial: 600 Plakate, 7 Zeitungsbeiträge

<b>MASSNAHME</b>	<b>BETRIEBSAKTION "SCREENING - INTERVENTION" HIER: STAFFEL DER BEREITSCHAFTSPOLIZEI (BERLIN-SPANDAU) (s)</b>
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Ausgehend von der Annahme, daß bestimmte soziale Gruppen von Präventionsangeboten auf der Gemeindeebene nicht erreicht werden, wird der Zugangsweg über Betriebe als besonders bedeutungsvoll angesehen, um zumindest das gesamte Spektrum der Beschäftigten zu erreichen. Über das Angebot von Kursen direkt im Betrieb bzw. in Betriebsnähe und unter Berücksichtigung der Arbeitszeiten wird die Motivation zur Teilnahme gefördert.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Medizinisches Fachpersonal führt in einem Betrieb zunächst ein Screening durch, in dem schwerpunktmäßig Gesamt-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Blutdruck gemessen werden. Ziel ist es, die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu ermitteln und die Beschäftigten zur Teilnahme an darauf abgestimmten Kursprogrammen zu motivieren.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Es ist zu unterscheiden zwischen dem Screening und dem Kursangebot. Für das Screening werden med. Fachpersonal (1 Arzt/Ärztin, 2 MTA bzw. med. geschultes Assistenzpersonal) benötigt, weiterhin Geräte zur Bestimmung des Blutfettspiegels sowie Blutdruckmeßgeräte. Für die Kursangebote müssen Personal (1 Psychologe/in, 1 Ernährungswissenschaftler/in, 1 Sportpädagoge/in) eingestellt werden und die Infrastruktureinrichtungen zur Kursabwicklung bereitgestellt werden.
<b>4. MITTEL</b>	Folgende Kosten fallen an: - Mietkosten des Gerätes zur Bestimmung des Blutfettspiegels: 100,-/Tag, - Kosten der Teststreifen Blutfett: 3,-/Stück, - ggf. Personalkosten (med. Personal bzw. Kursleiter).
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Von den insgesamt 170 (männlichen) Beschäftigten sind 101 bereit, sich der medizinischen Untersuchung zu unterziehen, 55% von ihnen sind zur Teilnahme an einem Ernährungskurs, 40% an einem Sportangebot und 20% der Raucher sind an einem Entwöhnungskurs interessiert. 80% aller Teilnehmer im Alter von 30 - 60 Jahren weisen einen Blutfettspiegelwert von 200 mg/dl und höher auf und haben damit ein erhöhtes Risiko für eine Herz-Kreislauf-Krankheit.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Vor der Umsetzung ist eine Absprache der Vorgehensweise mit dem betriebsärztlichen Dienst notwendig, so daß möglichst Kursangebote in die innerbetrieblich medizinische Versorgungsstruktur übernommen werden können. Um Mißtrauen vorzubeugen, sollte deutlich gemacht werden, daß mit der Untersuchung keine betriebliche Leistungsbeurteilung verknüpft ist. Der Datenschutz muß gewährleistet sein.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	DHP-Studienzentrum Spandau (spezielle Dokumentation: dhp-report 3/89), Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: 030/3333065
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Cholesterin- und Blutdruckscreening und Rauchen Ort: Betrieb Dauer: 4 Tage Screening, 6 Wochen Kursdauer Teilnehmer: 101 Betriebsmitglieder (bei einer Gesamtzahl von 170) Zahl der Anbieter: 1 Betrieb Infomaterial: Faltblätter

MASSNAHME	HERZGRUPPEN/PRÄVENTIVGRUPPEN (BERLIN-SPANDAU) (t)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Herzpatienten werden von einem gezielt ausgebildeten Sportlehrer und einem Arzt über einen längeren Zeitraum betreut. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der sporttherapeutischen Tätigkeit. Darüber hinaus werden weitere Themenkomplexe (z.B. Risikofaktoren) in Kurzvorträgen oder speziellen Patientenseminaren angeboten. Um auch die Angehörigen der Herzpatienten mit einzubeziehen, werden in größeren Abständen Kompaktveranstaltungen (Wochenendseminare und Reisen: Skilanglaufahrt, Radtour) organisiert. Hier besteht die Möglichkeit, über mehrere Tage umfassend Einfluß auf Bewegung, Ernährung, Entspannung etc. zu nehmen bzw. hierüber zu informieren.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Die Herzpatienten sollen Selbstvertrauen zu ihrem eigenen Körper wiedergewinnen und die Notwendigkeit des kontinuierlichen, selbständigen Trainings erkennen. Darüber hinaus soll präventiv auf die Risikofaktoren der Herzpatienten und ihrer Angehörigen eingewirkt werden. Diese Ziele sollen über den Spaß an der Gemeinschaft und die Freude an neuen Bewegungsmöglichkeiten erreicht werden. Zielgruppe sind Patienten mit Herzkrankheiten und deren Angehörige.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Notwendige Voraussetzungen sind: - Spezielle Ausbildung/Lizenz des Sportlehrers, - Kooperation mit der AKPR, dem Landessportbund (LSB), den Ärzten und Krankenkassen sowie - Bereitstellung von Halle, Sportlehrplatz, Notfall- und Sportgeräten.
<b>4. MITTEL</b>	Finanzielle Unterstützung zu Anfang durch den LSB; danach soll sich die Gruppe durch Kostenübernahme selbst finanzieren.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Bei den seit Anfang 1988 betreuten Personen (ca. 70 ohne Angehörige) konnte eine durchgehend positive Entwicklung festgestellt werden. Subjektiv: durch Beobachtung und Gespräch; objektiv: durch Messungen und Untersuchungen. Die guten Ergebnisse kommen sicherlich aufgrund der langen individuellen Interventionszeit zustande. Nach mehr als einem Jahr intensiver Tätigkeit in diesem Bereich hat sich eine deutliche Steigerung des Bekanntheitsgrades dieses Programms und der Mitwirkungsbereitschaft an der gesamten DHP in der Ärzteschaft von Spandau entwickelt.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Aus der Erfahrung sind für die Maßnahmenübernahme durch Dritte folgende Entscheidungen abzuleiten: - Kontaktaufnahme mit sämtlichen nötigen Kooperationspartnern und anderen Anbietern auf diesem Gebiet, - Ausweitung der reinen Übungsstunden pro Woche - wegen der äußerst positiven Effekte - auf Patientenseminare bzw. Reiseangebote, - eigene Öffentlichkeitsarbeit (über Zeitungen, Briefe an die Ärzte).
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	DHP-Studienzentrum Berlin-Spandau, Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: 030/3333065
<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Herz-/Präventivgruppen Ort: Johannesstift, Berlin-Spandau Frequenz: wöchentlich Dauer: 90 min. Teilnehmer: zur Zeit ca. 40 Personen (bisher insgesamt 70 ohne Angehörige) Zahl der Anbieter: zwei Vereine Infomaterial: Broschüren, Faltposter

MASSNAHME	"HERZKLOPFEN" IM HERBST 1987 (BREMEN) (u)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Bei der Aktion "Herzklopfen" im Herbst 1987 handelt es sich um eine Unterrichtseinheit, bei der Schüler/innen mit künstlerischen Mitteln darstellen, was sie unter "Herzklopfen" verstehen.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Es wird angestrebt, die Aufmerksamkeit in Schulen für gesundheitliche Themen über den Zugang "Spaß/Kunst" zu verstärken. Zielgruppen sind Schüler, Lehrer und Eltern.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Es müssen gute Kontakte zu Schulen bestehen. Auch Verbindungen zu Krankenkassen sind förderlich, um den finanziellen Bedarf zu decken.
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Kosten für die künstlerischen Materialien sowie für auszulobende Preise. Sponsoren können eingeworben werden.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Nach der einmaligen Aktion war ein verstärktes Interesse von Schulklassen, Lehrern und Eltern an der Arbeit der Gesundheitstreffpunkte mit der Bitte um Unterstützung von schuleigenen Gesundheitsaktionen festzustellen.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Sinnvoll ist der Aufbau von Kooperationsmöglichkeiten im Stadtteil. Eine frühzeitige Planung (mindestens 1/2 Jahr) und Vorbereitung der Aktion, die gemeinsame Durchführung und Nachbereitung sowie die Organisation über eine Kontaktstelle (hier: Gesundheitstreffpunkt Bremen-Nord (DHP)) sind zu empfehlen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Telefon: 0421/4999430 Gesundheitstreffpunkt Bremen-Nord, Lindenstr. 61, 2820 Bremen 70, Telefon: 0421/656411
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Freude, Ängste, Liebe, Gewalt, Krieg, Krankheit Ort: Ausführung in Schulen in der Unterrichtseinheit "Kunst". Ausstellung im Bürgerhaus (1 Woche) und ständig im Gesundheitstreffpunkt Teilnehmer: 2 Klassen pro 16 Schulen, 800 Besucher/innen zur Ausstellung im Bürgerhaus. Dauer: Ausstellung 1 Woche/ Unterrichtseinheit 4 Wochen Frequenz: einmalig Zahl der Anbieter und Kooperationspartner: 20 Schulklassen 3 Krankenkassen

MASSNAHME	BETRIEBSAKTION IN DER LANDESVERSICHERUNGSANSTALT (LVA) STUTTGART (v)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	<p>Die zwei- bis dreiwöchigen Betriebsaktionen, für die exemplarisch die LVA-Aktion steht, umfassen ein breit gefächertes präventives Angebot. Sie bestehen aus folgenden einzelnen Modulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruckscreening und Beratung;</li> <li>- Cholesterinscreening und Beratung;</li> <li>- Gewichtsmessung;</li> <li>- Kantinenaktion (Veränderung des Essensangebotes in der Gemeinschaftsverpflegung des Betriebes);</li> <li>- Einrichtung von rauchfreien Zonen in Kantinen;</li> <li>- Kursangebote zu diesen Themenschwerpunkten;</li> <li>- Initiierung von Selbsthilfegruppen.</li> </ul>
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	<p>Zum einen sollen betriebliche Akteure wie Betriebsärzte, Betriebs- und Personalräte, Personalchefs, Sicherheitsbeauftragte und Vertreter von Krankenkassen, vor allem Betriebskrankenkassen, für den Gedanken betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sensibilisiert werden. Zum anderen sollen durch diese Maßnahmen die Betriebsangehörigen gezielt über ihren aktuellen Gesundheitszustand informiert und motiviert werden, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.</p> <p>Das Angebot richtet sich an alle im Betrieb Beschäftigten.</p>
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	<p>Aufgrund des umfangreichen Angebotes ist ein Mindeststandard an betrieblicher Infrastruktur notwendig, wie beispielsweise eine betriebsärztliche Versorgung, entsprechende Räumlichkeiten und das Vorhandensein einer Kantine. Über derartige Einrichtungen verfügen normalerweise nur Mittel- und Großbetriebe.</p> <p>Schon im Vorfeld der Aktion müssen die entsprechenden betrieblichen Funktionsträger in die Planung mit einbezogen werden.</p>
<b>4. MITTEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finanzielle Beteiligung des Betriebes vor allem für Werbemaßnahmen, Übernahme der Kosten für Teststreifen des Gerätes zur Bestimmung der Cholesterin-Werte, Ankauf von Materialien</li> <li>- Personelle Beteiligung durch den betriebsärztlichen Dienst bei der Beratung</li> <li>- Finanzielle Beteiligung durch die Gemeindestudie</li> </ul>
<b>5. ERGEBNISSE</b>	<p>Etwa 30% der Beschäftigten der LVA (n = 526) nahmen an der Aktion teil. Diese Beteiligungsrate deckt sich mit den Ergebnissen aus anderen ähnlich verlaufenen Betriebsaktionen, die von der Gemeindestudie Stuttgart durchgeführt wurden.</p>
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<p>Zur Verbesserung der Planungsgrundlagen (Themen, Beteiligungsraten) ist anzustreben, bei betrieblichen Interventionsmaßnahmen eine Eingangsbefragung bei den Beschäftigten durchzuführen. Diese kann Aufschluß darüber geben, welche thematischen Schwerpunkte berücksichtigt werden sollen.</p> <p>Zeitlich versetzt (drei bis vier Monate) sollte eine Teilnehmer-Wirkungsanalyse (Telefoninterviews) durchgeführt werden. Darüber hinaus müssen als Grundlage zumindest Basiskenntnisse über die Struktur der Beschäftigten, die Arbeitsorganisation etc. des jeweiligen Betriebes vorliegen.</p>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<p>Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401093</p>
<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Thema: Gesundheitswochen im Betrieb  Ort: Betrieb  Frequenz: mehrmals jährlich in verschiedenen Betrieben  Dauer: zwei- bis dreiwöchig  Teilnehmer: Betriebsangehörige (ca. 30%)  Zahl der Anbieter: jeweils ein Betrieb  Infomaterial: Broschüren, Faltblätter, Maßkarten</p>

MASSNAHME	SELBSTHILFEFÖRDERUNG IM LÄNDLICHEN RAUM (LANDKREIS TRAUNSTEIN) (w)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Selbsthilfeförderung im ländlichen Raum ist durch einige Besonderheiten gekennzeichnet. Zum einen ist im Vergleich zur Stadt weniger strukturelle Hilfe vorhanden, und zum zweiten müssen weite Wege in Kauf genommen werden. Letzteres liegt an der geringen Siedlungsdichte und der damit verbundenen Entfernung zwischen den Wohnorten gleichartig Betroffener. Die Beratungs- und Förderstelle für Selbsthilfegruppen (SHG) trägt dem Rechnung durch spezielle Öffentlichkeitsarbeit und eigene Mobilität. Im Übrigen sind die Grundsätze der Selbsthilfe-Förderung maßgebend, wie sie Überall gelten.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Ziele der Selbsthilfeförderung sind <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung,</li> <li>- Mobilisierung und Festigung des Selbsthilfepotentials,</li> <li>- rechtzeitiges Erkennen und Förderung alternativer Präventions- und Nachsorge-Initiativen.</li> </ul> Zielgruppen sind <ul style="list-style-type: none"> <li>- alle Personen, die aus eigener "Betroffenheit" Anschluß suchen zur gemeinsamen Problemlösung sowie</li> <li>- Personen, die Eigeninitiative ergreifen wollen (Gruppengründung).</li> </ul>
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Diese Maßnahme setzt eine gut ausgestattete SHG-Kontaktstelle mit der folgenden personellen Besetzung voraus: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens zwei hauptamtliche Selbsthilfeunterstützer (Soz. Päd. oder Dipl. Psych. oder aber erfahrene SHG-Teilnehmer als "professionelle" SHG-Unterstützer),</li> <li>- eine Verwaltungskraft.</li> </ul> Das Kontaktstellenpersonal muß sich durch unbürokratisches Handeln und Denken auszeichnen. Weiterhin sind <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein Büroraum und</li> <li>- zwei Gruppenräume für notwendige SHG-Treffen Voraussetzung.</li> </ul>
<b>4. MITTEL</b>	Für die Aufrechterhaltung der Kontaktstelle entstehen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalkosten</li> <li>- Mieten und</li> <li>- Sachmittel.</li> </ul> Der Finanzbedarf ist bei der Kommune oder dem Kreis anzuzeigen.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Selbsthilfegruppen und SH-Initiativen haben sich zur unverzichtbaren Ergänzung des herkömmlichen Versorgungssystems entwickelt. Betrachtet man die Aktivitäten der Beratungsstelle wie Einzelberatung, Gruppenbetreuung, Organisation von Gesamttreffen aller Gruppen und dergl. Tätigkeiten zusammen, so ist im Zeitraum von 1985 bis 1987 ein enormer Anstieg der Tätigkeit festzustellen: Eine Steigerung der Außenkontakte vom 1. dokumentierten Tätigkeitsjahr 1985 zum Jahr 1986 um das 12,5fache und eine nochmalige Steigerung der Aktivität um 85% im darauf folgenden Jahr 1987. Eine vorläufige Abschätzung der Entwicklung bis Ende 1988 läßt nochmals eine Aktivitätssteigerung erkennen. Die Aktivitätsspirale - mehr Bekanntheit, mehr Nachfrage, mehr Inanspruchnahme, mehr Verbreitung - ist deutlich in Gang gekommen.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Es hat sich als wichtig erwiesen, zur strukturellen Verbesserung im Selbsthilfebereich Kontaktstellen als Anlaufstellen für Selbsthilfegruppen zu etablieren. Die Kontaktstellen übernehmen dabei folgende Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung der Gruppen bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit,</li> <li>- Hilfeleistung bei der Raumsuche,</li> <li>- Angebot von Organisationshilfen,</li> <li>- fachliche Beratung über das Vorgehen in der Gruppenarbeit,</li> <li>- Kontaktherstellung und -haltung zur Presse, zu Fachleuten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie zu politischen Entscheidungsträgern und schließlich</li> <li>- Organisation von Selbsthilfegruppen-Gesamttreffen zwecks Erfahrungsaustausch.</li> </ul>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen im Forschungsprojekt MODELL BERGEN, Bahnhofstr. 17, 8221 Bergen/Obb., Tel.: 08662/5373

<b>8. DATENTAFEL</b>	Thema: Selbsthilfeförderung, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen im ländlichen Raum Ort: Geschäftsstelle (Gruppenräume, Kontaktbüro) Dauer: ganzjährig Frequenz: kontinuierlich Infomaterial: Broschüren und Faltblätter
----------------------	---

MASSNAHME	VERANSTALTUNGSREIHE "ZUR GESUNDHEIT" (BREMEN) (x)
1. KURZBESCHREIBUNG	Bei dieser Veranstaltungsreihe handelt es sich um eine regelmäßige Informations- und Diskussionsveranstaltung zu Themen, die Gegenstand der Information/Beratung sind und von anderen Einrichtungen im Stadtteil nicht ausreichend angeboten werden.
2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN	Ziel der Veranstaltungsreihe ist die Bekanntmachung des Gesundheitstreffpunktes als Beratungsstelle. Angesprochen werden alle Bürgerinnen und Bürger sowie Mitarbeiter/innen von Institutionen im Stadtteil.
3. VORAUSSETZUNGEN	Die Maßnahme setzt einen langwierigen Prozeß des Aufbaus von Kooperationsstrukturen in der Gemeinde voraus, um kompetente Referenten/innen zu gewinnen, so daß sich viele Bürger/innen angesprochen fühlen.
4. MITTEL	Es entstehen keine Kosten für Referenten/innen sowie Raummiete, da zum einen die Referenten kostenlos vortragen, die Veranstaltungen zum anderen in den Räumen des Gesundheitstreffpunktes stattfinden. Allein die Materialkosten für Handzettel und Einladungsbriefe (z.B. an Ärzte) müssen getragen werden.
5. ERGEBNISSE	Insgesamt ist eine Erhöhung des Bekanntheitsgrades des Gesundheitstreffpunktes feststellbar, was auf entsprechende Pressearbeit und Einladungsbriefe zurückzuführen ist und sich in Besucherkontakten einschließlich einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitstreffpunktes zu allen Fragen der Gesundheit und des Wohlergehens niederschlägt. Von den Besuchern wird der Wunsch nach Nachfolgeveranstaltungen geäußert.
6. EMPFEHLUNGEN	Der Zugang zur Presse ist sehr wichtig. Weiterhin hat es sich als förderlich erwiesen, alle betroffenen Einrichtungen im Stadtteil persönlich einzuladen. Grundsätzlich sollten Themen gewählt werden, die für die Bürger/innen der betreffenden Kommunen relevant sind.
7. ANSPRECHPARTNER	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1 (BIPS), Telefon: 0421/4999430 Gesundheitstreffpunkt Nord, Lindenstr. 61, 2820 Bremen 70, Telefon: 0421/656411
8. DATENTAFEL	Themen: "Gesund und preiswert essen" "Das Übergewichtige Kind" "Niedriger Blutdruck - (k)eine Krankheit?" "Stressabbau im Alltag" geplant: Veranstaltungen zu speziellen Ernährungsformen Ort: Gesundheitstreffpunkt Nord Frequenz: jeden ersten Montag im Monat Dauer: ca. 2 Std. pro Abend Teilnehmer: je ca. 20 Besucher/innen pro Veranstaltung Zahl der Anbieter: Gesundheitstreffpunkt Infomaterial: Broschüren und Falbblätter zu Einzelthemen

MASSNAHME	PRÄVENTIONSFÜHRER (STUTT GART) (y1)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Hierbei handelt es sich um die Erstellung eines Nachschlagewerkes für die Bevölkerung über Angebote zur Gesundheitsförderung und -vorsorge in Stuttgart.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	<p>Folgende Ziele werden verfolgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung des Informationsstandes der Bevölkerung über die lokalen Angebote vor allem bei unteren Sozialgruppen,</li> <li>- Aktivierung von Bürgerinnen und Bürgern, in Initiativen und Organisationen mitzuarbeiten und</li> <li>- Vernetzung der Anbieter untereinander.</li> </ul> <p>Die Zielgruppe läßt sich unterscheiden nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesamtbevölkerung/Ratsuchenden,</li> <li>- Multiplikatoren (Ärzte, Apotheker, Ernährungsfachkräfte, Sozialarbeiter, etc.).</li> </ul>
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Umfangreiche und differenzierte Erhebungen des Angebots bei Institutionen, Organisationen und Initiativen einschließlich der Einholung von Angaben über Sprechzeiten, Kosten für Ratsuchende, Trägerorganisationen sind notwendige Voraussetzungen für die Erstellung des Präventionsführers. Durch Nachfaherhebungen ist eine möglichst lückenlose Bestandsaufnahme sicherzustellen werden.
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Personalkosten zur Erstellung des Präventionsführers sowie Druck- und Papierkosten.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	<p>Der Präventionsführer hatte eine Auflage von 10.000 Stück, wovon 2.000 Stück durch das Gesundheitsamt, ca. 1.000 durch die Krankenkassen und ca. 500 durch weitere Organisationen abgenommen wurden. 1.000 Einzelanfragen kamen aus der Bevölkerung.</p> <p>Der Vertrieb erfolgte auf 2 Wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verteilung auf den Gesundheitsfesten und</li> <li>- Versendung an Internisten und Allgemeinmediziner.</li> </ul>
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Eine ständige Aktualisierung ist notwendig. Der Präventionsführer sollte mindestens alle 2 Jahre neu aufgelegt werden.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart 1, Telefon: 0711/6401083
<b>8. Datentafel</b>	<p>Thema: Präventionsführer/Gesundheitswegweiser</p> <p>Ort: Stadtgebiet (Stuttgart)</p> <p>Frequenz: alle zwei Jahre (Auflage 10.000 Stück)</p> <p>Dauer: kontinuierlicher Einsatz</p> <p>Zahl der Anbieter: Gesundheitsamt, Krankenkassen, andere Organisationen. Verteilung auf Gesundheitsfesten, Versendung an Internisten und Allgemeinmediziner</p>

MASSNAHME	GESUNDHEITSWEGWEISER (LANDKREIS TRAUNSTEIN) (y2)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Zur Beurteilung der Angebotssituation in der jeweiligen Gemeinde wird eine Angebotsanalyse für den Bereich Gesundheit mit dem Schwerpunkt Prävention durchgeführt. Diese Erhebung ist Grundlage für den Gesundheitswegweiser, der zur Information der Bevölkerung und gesundheitsbezogener Organisationen erstellt wird.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Erfassung des präventiven Angebotes im gesamten Gemeinde-/Landkreisgebiet. Die Untersuchungsfrage lautet: Welche Organisationen und Personen bieten für die Gesamtbevölkerung oder einzelne spezifische Zielgruppen Dienstleistungen im weitesten Sinne an, die einer gesunden Lebensweise förderlich sind, und wie sind diese Angebote beschaffen? Veröffentlichung der Ergebnisse als Broschüre (Gesundheitswegweiser) mit dem Ziel, - den Informationsstand der Bevölkerung und der relevanten Organisationen zu verbessern, - die Angebotsstruktur zu beeinflussen und - die Kooperation von Organisationen weiterzuentwickeln. Ein so gestalteter Gesundheitswegweiser trägt zu einer Erweiterung des Präventionsbegriffes in der Bevölkerung bei. Die Breite der aufgenommenen Angebote vermittelt, daß Prävention mehr ist als nur risikofaktorenbezogene Vorsorge. Gesunde Lebensweise beinhaltet auch eine psychisch und sozial zufriedenstellende Lebenssituation.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	- Durchführung einer Angebotsanalyse - Kooperation aller Anbieter - Gewinnung von Trägern für die Finanzierung
<b>4. MITTEL</b>	An den Kosten für Satz, Druck und Vertrieb haben sich neben der DHP auch der Landkreis und die in der Arbeitsgemeinschaft für Behinderte (AfB) zusammengeschlossenen 11 Wohlfahrtsverbände und Gesundheitseinrichtungen beteiligt. Die Gesamtsumme betrug DM 66.000,- in folgenden Anteilen: Landkreis 9%, AfB 12%, DHP 19%. Das Landratsamt hat einen Großteil des Vertriebs übernommen. Der Gesundheitswegweiser wurde kostenlos abgegeben. Personalbedarf: eine Vollzeitstelle für 1 Jahr sowie eine Hilfskraft (Datenbearbeitung, Dateneingabe).
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Der Gesundheitswegweiser (einschließlich Behindertenführer) wurde in einer Auflagenhöhe von 11.000 Stück für den Landkreis Traunstein veröffentlicht (bei einer Gesamtbevölkerungszahl von 144.000 Einwohnern). Der Wegweiser enthält 944 Adressen und 473 einzelne Angebote. Im Angebotsteil sind 380 Organisationen verzeichnet. Eine einhellig positive Meinung über den Gesundheitswegweiser haben die Vertreter und Mitglieder von Organisationen sowie Personen des öffentlichen Lebens geäußert. Der Wegweiser wird als äußerst hilfreich in der alltäglichen Beratungsarbeit eingesetzt. In einer telefonischen Befragung bei 89 niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten im Juli 1987 gaben 40,2% an, den Gesundheitswegweiser zu nutzen. In einer telefonischen Befragung bei einer Zufallsstichprobe Traunsteiner Bürger im Frühjahr 1989 äußerten 88% derer, die den Gesundheitswegweiser kannten, den Wunsch, daß er weiter eingesetzt und ständig aktualisiert werden sollte.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Die Herausgabe eines 'Gesundheitswegweisers' eignet sich als 'konzertierte Aktion' aller lokalen/regionalen Anbieter im Gesundheits- und Präventionsbereich (Bestandsaufnahme, Kooperation, Angebotsverbesserung). Gesundheitsräte können hierbei als Koordinierungsgremium für Prävention/Gesundheitsförderung auftreten und dabei sowohl ihr Interesse an diesem Aufgabenbereich in der Öffentlichkeit verdeutlichen als auch ihre Arbeit im Bereich 'Gesundheitsberichterstattung' vertiefen und die Ergebnisse für die Bevölkerung nutzbar machen.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Forschungsprojekt MODELL BERGEN, Bahnhofstr. 17, 8221 Bergen/Obb., Tel.: 08662/5373

<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Themen: Gesundheitswegweiser Ort: Landkreis Traunstein Frequenz: bisher einmal, Herausgabe 1987, Auflage = 11.000 Stück; geplant kontinuierlich Dauer: kontinuierlicher Einsatz Zahl der Anbieter: 380 Einzelanbieter mit Angeboten im Wegweiser, 944 Adressen, 20 Organisationen im engeren Kooperationsverbund zur Herausgabe (dazu Pressekonferenz, Presseankündigung, verteilungsspezifische Werbung)</p>
----------------------	--

MASSNAHME	GESUNDHEITSFESTE IN GROSSSTÄDTEN (STUTTART) <span style="float: right;">(z1)</span>														
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Gesundheitsfeste auf dem Schloßplatz in Stuttgart dienen einmal jährlich den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung als Forum zur Darstellung ihrer präventiven Maßnahmen und Angebote. Diese Feste sind als Auftakt- oder Abschlußveranstaltungen Bestandteile eines umfassenden Maßnahmenpaketes im Rahmen eines spezifischen Schwerpunktthemas (z.B. Auftaktveranstaltung für den sog. "Blutdruckmonat").														
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Gesundheitsfeste zielen darauf ab, der Gemeindebevölkerung einen breiten Überblick über das primärpräventive Angebot zu vermitteln und sie zur Inanspruchnahme zu motivieren. Dabei sollen schichtenspezifische Zugangsbarrrieren der Zielgruppen durch die Veranstaltung im öffentlichen Raum mit hohem lokalen Stellenwert überwunden werden.														
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Als notwendige Voraussetzungen zur Durchführung der Maßnahme haben sich erwiesen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- städtisches Umfeld mit hoher Bevölkerungsdichte,</li> <li>- attraktive Lokalität,</li> <li>- übergeordnetes Planungs- und Entscheidungsgremium ("Ständiger Ausschuß" als gewähltes Koordinierungsgremium der regionalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung),</li> <li>- kontinuierlich funktionierende Arbeitsgruppe "Gesundheitsfeste" (Kontinuität der Erfahrungen),</li> <li>- gute Kontakte zu Medien, Macht- und Einflußträgern in Politik und Verwaltung und</li> <li>- kompetentes Management (Qualifikationspotential der Gemeindestudie).</li> </ul>														
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen u.a. Personalkosten für Vorbereitung und Umsetzung des Festes sowie Aufwand für Standgebühren und Informationsmaterialien.														
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Befragungen zu den Gesundheitsfesten ergaben, daß sich 47% der Antwortenden (n = 160) für Gesundheitsfeste als ständige Einrichtung aussprechen haben. Auch konnte bei den beteiligten Organisationen eine hohe Motivation zu einer Kooperation bei weiteren Festen festgestellt werden.														
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Für die konkrete organisatorische Durchführung benötigen die verantwortlichen Mitarbeiter ein Bündel von Qualifikationen. Sie sollten intime Kenntnisse über die regionalen Einflußgrößen im Beziehungsgeflecht der Gemeinde besitzen. Dazu ist eine permanente Kontaktpflege zur Presse, zu Vereinen, politischen Gruppierungen und regionalen Einflußpersönlichkeiten notwendig. Neben Kontaktfreude und einem Gespür für soziale und psychosoziale Vorgänge sind aber auch Organisationsgeschick und planerisches Denken gefordert. Dabei ist folgendes herauszustellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheitsfeste sollten immer in ein umfassend strukturiertes Interventionsprogramm eingebunden sein.</li> <li>- Eine große Anzahl beteiligter Organisationen stellt erhöhte Anforderungen an das notwendige Steuerungspotential. Erfolgreich arbeitet hier ein gewählter Ausschuß mit entscheidungsbefugten Persönlichkeiten.</li> </ul>														
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (ständiger Ausschuß)</li> <li>- Gemeindestudie Stuttgart, Marienstr. 9, 7000 Stuttgart, Telefon: 0711/6401083</li> </ul>														
<b>8. DATENTAFEL</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Themen:</td> <td>Ernährung, Bewegung, Rauchen, Hypertonie</td> </tr> <tr> <td>Ort:</td> <td>Schloßplatz (zentraler Ort)</td> </tr> <tr> <td>Frequenz:</td> <td>1 x jährlich</td> </tr> <tr> <td>Dauer:</td> <td>6 - 8 Stunden</td> </tr> <tr> <td>Teilnehmer:</td> <td>8.000 - 10.000 (60% Frauen, 40% Männer)</td> </tr> <tr> <td>Zahl der Anbieter:</td> <td>30 - 35</td> </tr> <tr> <td>Infomaterial:</td> <td>ca. 70.000 verschiedene Faltblätter</td> </tr> </table>	Themen:	Ernährung, Bewegung, Rauchen, Hypertonie	Ort:	Schloßplatz (zentraler Ort)	Frequenz:	1 x jährlich	Dauer:	6 - 8 Stunden	Teilnehmer:	8.000 - 10.000 (60% Frauen, 40% Männer)	Zahl der Anbieter:	30 - 35	Infomaterial:	ca. 70.000 verschiedene Faltblätter
Themen:	Ernährung, Bewegung, Rauchen, Hypertonie														
Ort:	Schloßplatz (zentraler Ort)														
Frequenz:	1 x jährlich														
Dauer:	6 - 8 Stunden														
Teilnehmer:	8.000 - 10.000 (60% Frauen, 40% Männer)														
Zahl der Anbieter:	30 - 35														
Infomaterial:	ca. 70.000 verschiedene Faltblätter														

MASSNAHME	AKTIONSWOCHE GESUNDHEIT (BREMEN) (z 2)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Die Aktionswoche Gesundheit ist ein Angebot für die sozial stark belastete Bevölkerung im Bremer Westen, sich über positive und negative Beeinflussung von Gesundheit zu informieren.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Im Vordergrund stand die Schärfung des Bewußtseins über Beeinflussungsfaktoren von Gesundheit. Zielgruppe war die Bevölkerung des Bremer Westens, vorrangig Schulklassen und ausländische Mitbürger.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Erforderlich sind gute Kontakte und Kooperation mit Institutionen, Initiativen, Verbänden, Betrieben und Einzelpersonen, (insbesondere Ärzte, Pfarrer und Lehrer).
<b>4. MITTEL</b>	Es entstehen Personalkosten für die Vorbereitung und Betreuung der Aktionswoche sowie Kosten für Miete und Medien.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	<p>Ergebnisse sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkung der Solidarität der Kooperationspartner, mit anschließender Gründung eines "Arbeitskreises Gesundheit West",</li> <li>- Veröffentlichung der während der Aktionswoche von Bürgern geäußerten Wünsche und Forderungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Bremer Westen,</li> <li>- Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Aktionsteilnehmer, z.B. AIDS-Hilfe.</li> </ul>
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<p>Als Empfehlungen sind festzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühzeitige (mindestens 1/2 Jahr) Planung und Vorbereitung der Aktion,</li> <li>- Gemeinsame Durchführung und Nachbereitung,</li> <li>- Organisation über eine Kontaktstelle (hier: Gesundheitstreffpunkt West (DHP)).</li> </ul>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<p>Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Telefon. 0421/4999430  Gesundheitstreffpunkt Bremen-West, Lindenhofstr. 25, 2800 Bremen 21, Telefon: 0421/617079</p>
<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Themen: Ausländersituation, Drogen, alte Menschen, AIDS, seelische Erkrankungen, Selbsthilfegruppen, Lärmbelästigung, Gesundheitsberatung (GTP-West), Ernährung, Entspannung/Wahrnehmungsförderung, Problematik von Schadstoffbelastung in Kosmetika und Lebensmitteln, Podiumsveranstaltungen</p> <p>Ort: Räume des Dachverbandes (s.o.) auf dem Gelände der AG Weser</p> <p>Frequenz: täglich 10.00 - 22.00 Uhr</p> <p>Dauer: 1 Woche</p> <p>Teilnehmer: 1.200 Besucher</p> <p>Zahl der Anbieter: 31</p> <p>Infomaterial: Broschüren und Faltblätter</p>

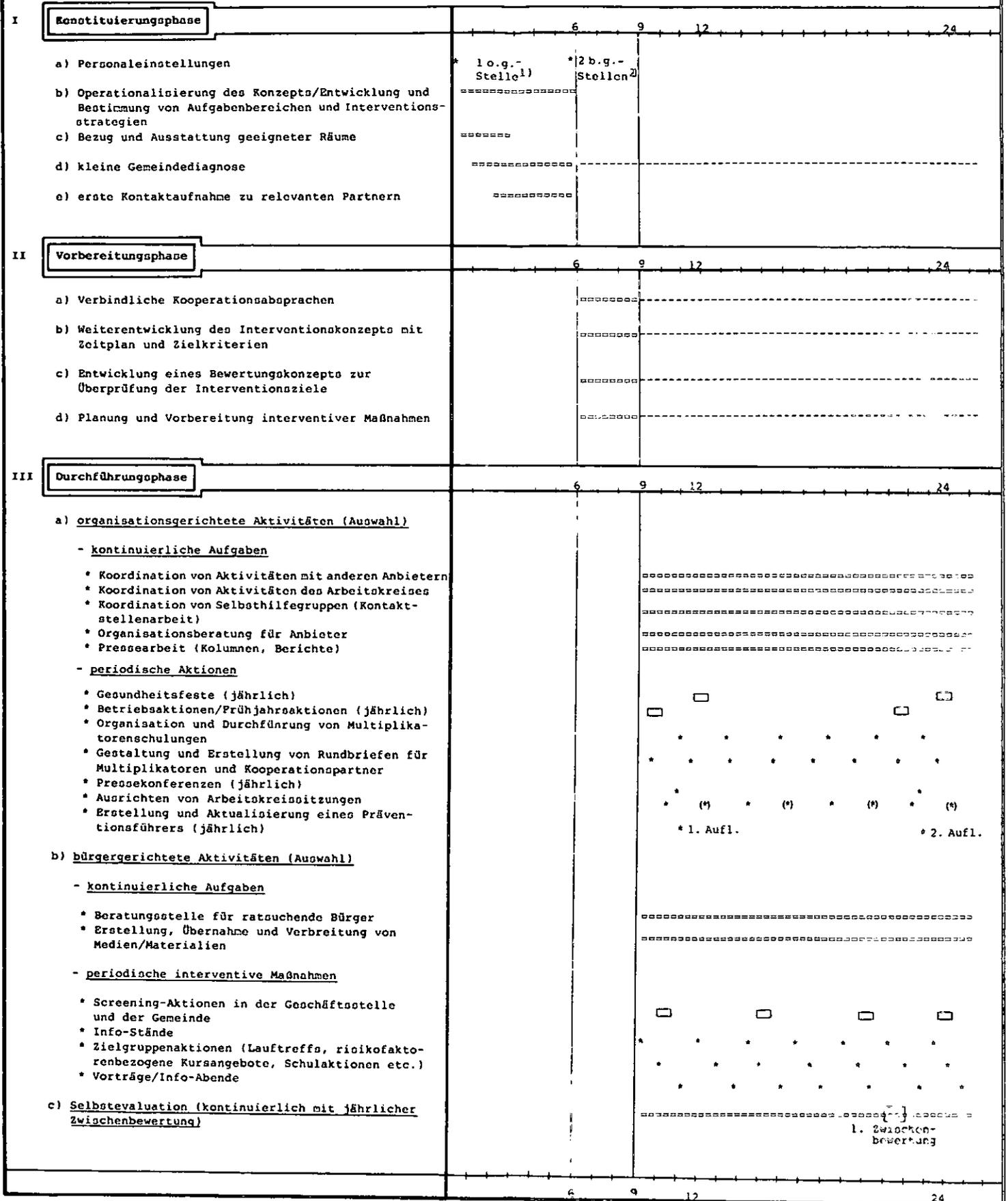
MASSNAHME	INFORMATIONSTAND AUF WOCHENMÄRKTEN (BREMEN) <span style="float: right;">(A1)</span>
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Info-Stände wurden auf zwei Wochenmärkten in Bremen-West aufgebaut mit dem Ziel der Information und Beratung zu herz-kreislauf-relevanten Themen, insbesondere Ernährung und Bewegung. Ferner wurden Blutdruckmessungen und diesbezügliche Beratungen durchgeführt. Die Maßnahme hatte u.a. die Funktion eines "mobilen Gesundheitstreffpunktes" und diente der Verankerung des bestehenden Gesundheitstreffpunktes im Stadtteil.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	An den Ständen werden Informationen über risikorelevante Lebensweisen gegeben und Beratungen darüber angeboten, wie veränderte Lebensweisen in den Alltag der Betroffenen übernommen und eingebaut werden können. Es erfolgt eine Motivation der Bürger, Gesundheitsberatung verstärkt in Anspruch zu nehmen und sich generell mit Gesundheitsfragen intensiver auseinanderzusetzen. Es sollen vornehmlich Bürger des Bremer Westens erreicht werden, die den Gesundheitstreffpunkt wegen der räumlichen Entfernung nicht aufsuchen oder die den Besuch scheuen.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Zur Maßnahmenumsetzung muß ein transportabler (möglichst überdachbarer) Stand angeschafft werden. Weiterhin müssen ein Blutdruckmeßgerät sowie Informationsmaterial vorhanden sein. Vor der Maßnahmendurchführung muß die Erlaubnis der Städtischen Abteilung für Marktangelegenheiten eingeholt werden.
<b>4. MITTEL</b>	Eine einmalige Anschaffung sind Stand und Blutdruckmeßgerät. Da der Informationsstand nicht gewerblich ist, entfallen Marktgebühren. Kostenträchtig sind weiterhin die eingesetzten Informationsmaterialien. Schließlich fallen für die Vorbereitung und Betreuung des Standes Personalkosten an.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Es war eine gute Resonanz feststellbar, insbesondere von Bürgern und Bürgerinnen aus sozial benachteiligten Gebieten, die schwer über mediale Gesundheitsappelle zu erreichen sind und die kommunale/öffentliche Gesundheitsberatungsangebote nicht wahrnehmen. In den Gesprächen ergaben sich intensive Auseinandersetzungen über gesundheitliche Belange (z.B.: Was könnten die Gründe für einen erhöhten Blutdruck sein?) Als dezentrales Angebot dient diese Kampagne der Verankerung des Gesundheitstreffpunktes im Stadtteil.
<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	Für einer Übertragung sind folgende Punkte zu beachten: - Es müssen wochenmarktbesucher-relevante Angebote gemacht werden (Kostproben, Blutdruckmessungen, Informationsmaterialien). - Die Standbetreuer sollten unbedingt zum Beratungsgespräch befähigt sein. - Es sollte ein gut frequentierter Ort für den Informationsstand ausgesucht werden.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), St.-Jürgen-Str. 1, 2800 Bremen 1, Telefon: 0421/4999430 Gesundheitstreffpunkt Bremen-West, Lindenhofstr. 25, 2800 Bremen 21, Telefon: 0421/617079
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Blutdruck, Ernährung, Bewegung, Rauchen, psychosoziale Probleme, Wohnsituation Ort: Marktplätze im jeweiligen Stadtteil Frequenz: Mai - September, 1 mal wöchentlich pro Markt Dauer: 4 Stunden Teilnehmer: ca. 60 Personen pro Informationsstand/Aktion Infomaterial: DHP-Faltblätter oder BIPS-spezifische Falblätter, Informationsmaterialien auch von anderen Institutionen (z.B. zum Bereich Ernährung), Blutdruckmeß-Kärtchen

MASSNAHME	INFORMATIONSD- UND BERATUNGSSTÄNDE (TRAUNSTEIN) (A2)
<p><b>1. KURZBESCHREIBUNG</b></p>	<p>Der Informations- und Beratungsstand ist unverzichtbarer Bestandteil der mobilen Geschäftsstellenarbeit in der ländlichen Region. Ein attraktiver Informationsstand verbindet unterschiedliche Informierungsstrategien: mediale Angebote (Broschüren), Test- und Mitmachangebote (Kostproben, Screenings, Preisrätsel), die Visualisierung von Informationen (Plakate, Stellwände) mit den persönlichen Informations- und Beratungsgesprächen. Das Angebot wird flexibel auf die unterschiedlichen örtlichen Anlässe (Markttag, Dorffest, Gewerbeausstellung) in den Gemeinden bezogen und gestaltet.</p>
<p><b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b></p>	<p>Mit dem Informations- und Beratungsstand werden Defizite traditioneller Angebote kompensiert und wird die Reichweite präventiver Inhalte insgesamt erhöht. Am Informationsstand wird Prävention zu Märkte getragen. Hier kann sie als Element des Gemeindelebens wahrgenommen werden, ist für die Gemeindegänger offen und zugänglich. Zielgruppe ist die unselektierte Gesamtbevölkerung. Vorrangig sollen am Informationsstand aber diejenigen Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die bisher präventive Angebote nicht oder nur unzureichend in Anspruch genommen haben. (Alters-, geschlechts- schichtenspezifische Inanspruchnahme).</p>
<p><b>3. VORAUSSETZUNGEN</b></p>	<p>Die Voraussetzungen beziehen sich auf Ort, Zeit, Anlaß und Öffentlichkeitsarbeit wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ort: Auswahl von Straßen/Plätzen mit hohem Fußgängeraufkommen (Einkaufsstraßen)</li> <li>- Zeit: Auswahl von Zeiten, zu denen möglichst viele, möglichst unterschiedliche Personen ohne besondere Eile unterwegs sind. In der Kreisstadt Traunstein hat sich hierfür besonders der Freitagnachmittag bewährt, in kleineren Gemeinden dagegen sind besonders örtliche Anlässe (Stadtfeiern, Markttag) vorzuziehen.</li> <li>- Anlaß: Es sind offene Anlässe auszuwählen, die dem Thema Prävention gegenüber neutral sind. Auf Dorffesten neben dem Bierzelt ist der Informationsstand mit den Rezepten für gesunde Ernährung exotisch. Vorzuziehen sind repräsentative Ereignisse (Stadtgründungsfest, Gewerbeausstellung) oder besondere Markt- und Einkaufstage.</li> <li>- Öffentlichkeitsarbeit: Ankündigung des Informationsstandes im lokalen Tageszeitungen und Anzeigenblättern. Ein Preisrätsel oder Wettbewerb am Stand gibt darüber hinaus einen Aufhänger für einen abschließenden Presseartikel.</li> </ul>
<p><b>4. MITTEL</b></p>	<p>Zur Maßnahmendurchführung müssen folgende Mittel angeschafft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attraktiver, wetterfester Marktstand mit Plane,</li> <li>- eventuell ergänzend Tapeziertische oder Ähnliches, Stühle,</li> <li>- Stellwände.</li> </ul> <p>Während es sich bei diesen Mitteln um einmalige Anschaffungen handelt, müssen die folgenden Mittel von Zeit zu Zeit oder aber für jeden Anlaß beschafft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plakate, Broschüren, Faltblätter,</li> <li>- Lebensmittelausstellung und/oder Kostproben,</li> <li>- Gewinne für die Preisrätsellöser,</li> <li>- Werbematerialien (Luftballons, Aufkleber etc.).</li> </ul> <p>Weiterhin entstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalkosten für den Aufbau und die Betreuung des Standes (3 - 6 Personen) je nach erwartetem Aufwand und dem Angebot von Screeningmaßnahmen und persönlicher Beratung.</li> </ul>
<p><b>5. ERGEBNISSE</b></p>	<p>An den Informationsständen der Jahre 1984-1987 wurden an 47 Tagen rund 4.000 Informations- und Beratungsgespräche geführt und rund 37.000 Broschüren und Faltblätter verteilt. Die Informationsstände, die 1989 eine Woche lang eine Gaststättenaktion in der Kreisstadt begleiteten, wurden lt. repräsentativem Telefonsurvey (n=327) von 60,5% der Erwachsenenbevölkerung wahrgenommen, rd. 14% haben sich am Stand informiert oder beraten lassen.</p> <p>Vergleichende Teilnehmeranalysen (1984-88) ergeben, daß im Vergleich zu anderen Angebotstypen an den Infoständen unter den Erwachsenen häufiger männliche Personen, häufiger die Altersgruppe der 40-59-jährigen, häufiger berufstätige Personen und häufiger Personen mit niedrigem Bildungsniveau erreicht wurden.</p>

<b>6. EMPFEHLUNGEN</b>	<p>Bei der Durchführung sind folgende Punkte zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzentration auf einen Themenschwerpunkt, der deutlich erkennbar dargestellt ist und auf den jeweiligen lokalen Anlaß bezogen werden kann,</li> <li>- anlaßbezogene Gestaltung von Plakaten und Faltblättern,</li> <li>- Kombination unterschiedlicher Angebotsformen (mediale, persönliche, fest-, Mitmachangebote),</li> <li>- Kooperation mit Organisationen/Bürgern der Gemeinde,</li> <li>- Bereithaltung von Angeboten für Kinder (Aufkleber, Luftballons).</li> </ul>
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	<p>MODELL BERGEN, Klosterstr. 1, 8220 Traunstein, Tel.:0861/3389</p>
<b>8. DATENTAFEL</b>	<p>Für den Durchschnittsstand, d.h. Infostand mit Broschüren, Preisrätsel, Kostproben an einer Einkaufsstraße, wochentags, bei schönem Wetter:</p> <p>Themen: Ernährung, Blutdruck, Bewegung, Rauchen, Selbsthilfe</p> <p>Ort: Märkte, Plätze, Einkaufsstraßen in den Gemeinden, auch: Gewerbeausstellungen, Informationstage in Organisationen.</p> <p>Frequenz: ca. 15 Informationsstände jährlich</p> <p>Dauer: 5 - 9 Stunden</p> <p>Teilnehmerzahl: ca. 100 Informations- und Beratungsgespräche pro Anlaß</p> <p>Infomaterial: ca. 1000 Materialien pro Anlaß</p>

MASSNAHME	SCHULWETTBEWERBE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG (LANDKREIS TRAUNSTEIN) (B)
<b>1. KURZBESCHREIBUNG</b>	Kinder und Jugendliche sind unbestritten eine der wichtigsten Gruppen für die primäre Prävention. Grundgedanke dieser Maßnahme ist, daß Schüler für Schüler Gesundheitsprogramme planen, durchführen und dokumentieren. Die Aktionsbeschreibungen werden gesammelt und in Form einer Arbeitsmappe den Schülern zur Verfügung gestellt. Angeregt werden die Aktivitäten durch die Ausschreibung eines Wettbewerbes mit Geldprämien.
<b>2. ZIELE UND ZIELGRUPPEN</b>	Diese Maßnahme zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche für Gesundheit zu interessieren und zu motivieren, ihren Interessen und Vorstellungen gemäß Programme zu planen. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch solche Schüler, die als glaubwürdige Verhaltens- und Identifikationsmodelle dienen können. Dabei sollen Lehrkräfte Hilfe leisten, indem sie Anknüpfungspunkte geben, die Programme in ihre Fachgebiete einzuarbeiten. Die Kinder und Jugendlichen werden angehalten, auch in ihren Familien bzgl. der jeweils angesprochenen Thematik die kritische Auseinandersetzung zu suchen. Zielgruppen sind within der Lehrkörper, die Schüler und die Familien, wobei die Funktionen von der Initiierung, Umsetzung, Unterstützung bis zur Auseinandersetzung mit der Problematik reichen.
<b>3. VORAUSSETZUNGEN</b>	Zur Maßnahmenumsetzung sind gute Kontakte zu - Schulleitern, - Kranken- und Ersatzkassen sowie zu den - Medien unabdingbar.
<b>4. MITTEL</b>	Bei der Maßnahmenvorbereitung, -entwicklung und -umsetzung entstehen folgende Kosten: - Personeller Aufwand: ca. 1 Mannmonat, - Herstellungskosten/Sachmittel: ca. 1.100 DM (bei 35 Schulen). Eine finanzielle Beteiligung wird häufig durch Krankenkassen geboten.
<b>5. ERGEBNISSE</b>	Die Beteiligungsraten schwankten bei verschiedenen Ausschreibungen zwischen 7% und 13%. Pro Aktionsrunde wurden im Durchschnitt etwa 1.500 Schüler/innen erreicht. Ca. 75% der befragten Schulleiter/innen (n=35) sprachen sich für mehr Gesundheitsförderung an Schulen aus.
<b>7. ANSPRECHPARTNER</b>	MODELL BERGEN, Bahnhofstr. 17, 8211 Bergen/Obb., Tel.: 08331/5373
<b>8. DATENTAFEL</b>	Themen: Rauchen-Passivrauchen-Nichtrauchen Was heißt gesund leben? Gesunde Pause Ort: Schulen im Landkreis Traunstein Frequenz: einmal jährlich Teilnehmerzahlen: ca. 1.500 pro Wettbewerbsrunde Infomaterial: ca. 140 Broschüren pro Schule

**Aufbau- und Ablaufplan einer Geschäftsstelle**



1) organisationsgerichtet  
2) bürgergerichtet

## An der Studie beteiligte Institute

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gehört zum Forschungsschwerpunkt „Gesundheitsvorsorge“ im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“.

An der DHP sind mehrere Forschungsinstitute beteiligt.

Feldvorhaben mit interventiven Aufgaben werden durchgeführt von:

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)\*)

Prof. Dr. med. Eberhard Greiser, St.-Jürgen-Straße 1, 2800 Bremen 1, Telefon: (0421) 4999430

Institut für Prävention und Gesundheitsforschung gGmbH (IPG)\*\*)

Prof. Dr. med. Ulrich Laaser, Postfach 101409, 6900 Heidelberg 1, Telefon: (06221) 81093

Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin an der Med. Klinik St. Irmingard (KIPSI) e.V.\*)

Prof. Dr. med. Klaus-D. Hüllemann, Osternacher Straße 103, 8210 Prien, Telefon: (08051) 6070

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (BGA)\*)

Prof. Dr. rer. nat. Hans Hoffmeister, Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20, Telefon: (030) 3333065

Abt. für Klinische Sozialmedizin der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg (AKS)\*\*)

Prof. Dr. med. Egbert Nüssel, Bergheimer Straße 58, 6900 Heidelberg 1, Telefon: (06221) 565898

Mit übergreifender Funktion für die Koordination und Evaluation sind an der DHP beteiligt:

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.

Dr. rer. pol. Hansheinz Kreuter, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon: (0228) 8104-0. Geschäftsstelle/Koordinationssekretariat/Gesundheitsberatung durch niedergelassene Ärzte

Abteilung für medizinische Soziologie der Universität Freiburg (AMS)

Prof. Dr. med. Jürgen v. Troschke, Stefan-Meier-Straße 17, 7800 Freiburg, Telefon: (0761) 2034146. Soziostrukturelle Evaluation/Begleitforschung

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (BGA)

Prof. Dr. rer. nat. Hans Hoffmeister, General-Pape-Straße 62-66, 1000 Berlin 42, Telefon: (030) 78007103. Zentrallabor/Untersuchungsteil Gesundheitssurvey/Zentrale Datenhaltung

Infratest Gesundheitsforschung GmbH

Jürgen Hoeltz, Landsberger Straße 338, 8000 München 21, Telefon: (089) 5600322. (Fragebogenerhebungen des Nationalen und Regionalen Gesundheitssurveys und Organisation der Untersuchungsteile in den Feldvorhaben und bei dem Nationalen Untersuchungssurvey)

\*) Kooperative Prävention

\*\*) Kommunale Prävention