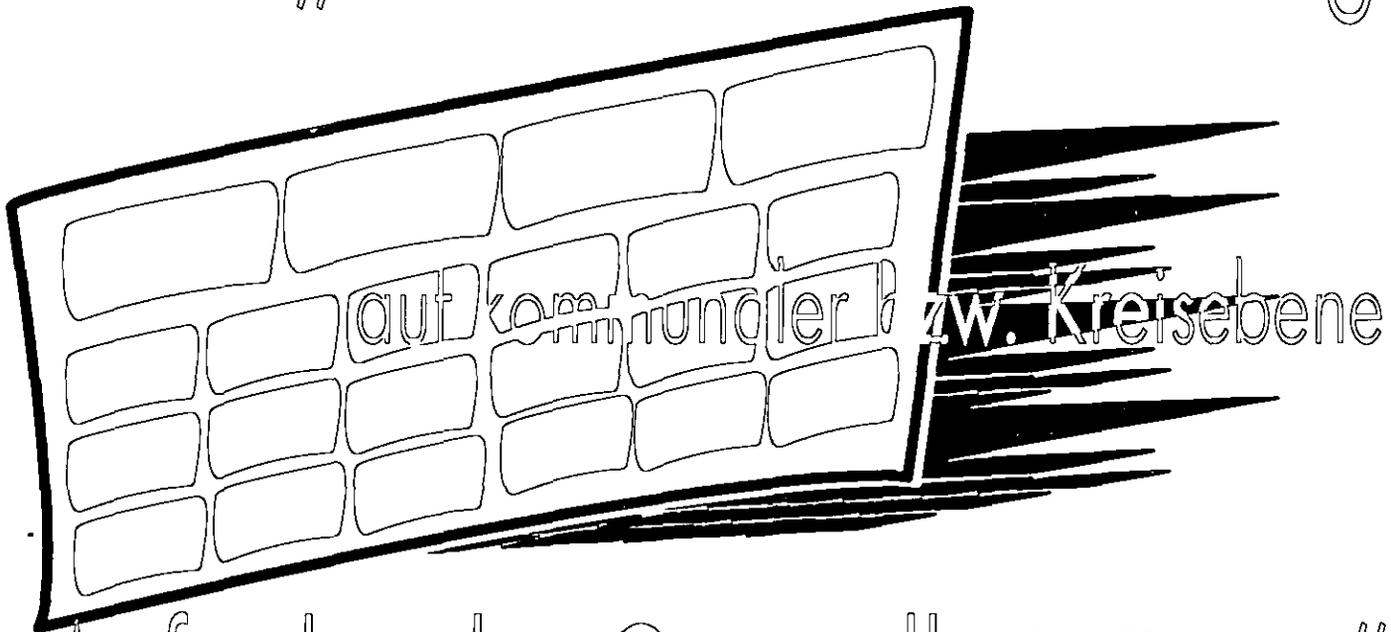


4.2
Dokumentation einer Tagungsreihe
Herbst 1991

„Gesundheitsförderung



als Aufgabe der Gesundheitsämter“

040009

veranstaltet vom Bildungsinstitut Sozialwissenschaften & Gesundheit (BISO), Hamburg
und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln,
gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit

**„Gesundheitsförderung auf
kommunaler bzw. Kreisebene
als Aufgabe der Gesundheitsämter“**

Dokumentation einer Tagungsreihe in den
neuen Bundesländern
Herbst 1991

Impressum:

- Redaktion:** Manfred Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Joachim F.W. Müller
Dr. Silke Rosumek
*Bildungsinstitut Sozialwissenschaften und Gesundheit, BISO;
Grindelallee 43, 2000 Hamburg 13*
- Satz & Layout,
Titelblatt:** Frank Wesemann;
Schlüterstr. 26, 2000 Hamburg 13
- Herausgeber:** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200, 5000 Köln 91 (Merheim)
- Bezugsquelle:** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200, 5000 Köln 91 (Merheim)
- Auflage:** 3000 Stück
Juli 1992
- Druck:** Moeker Merkur Druck GmbH, Köln

gedruckt auf chlorfreiem Papier

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort

5

Kapitel 1

Erfahrungsbericht über Vorbereitung und Verlauf der Arbeitstagungen,

Joachim F. W. Müller / *BISO* **6**

Begrüßung der TeilnehmerInnen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln,

Manfred Lehmann / BZgA **13**

Kapitel 2

Ziele und Methoden der Gesundheitsförderung

Joachim F.W. Müller, *BISO* **16**

Kapitel 3

Didaktik

Dr. Silke Rosumek / *BISO* **23**

Kapitel 4

Erfahrungsberichte aus der Praxis kommunaler Gesundheitsförderung von:

• Barbara Moonen, Kreisgesundheitsamt Mettmann **25**

• Siegfried Conrad, Gesundheitsamt Gifhorn **30**

• Konstanze Clemens,
Gesundheitsamt Landkreis Bischofswerda **35**

• Rainer Schubert, Gesundheitsamt Braunschweig,
Norbert Velten, braunschweiger forum e.V. **40**

• Hartmut Stulken, Hauptgesundheitsamt Bremen **46**

• Hella Mehlhorn, Monika Dittrich,
Gesundheitsamt Ilmenau **52**

• Frank König, Gesundheitszentrum Göttingen **57**

• Christel Witt, Gesundheitsamt Neuruppin **65**

• Ilse Gruse,
Gesundheitsamt Kreisverwaltung Fürstenwalde **69**

• Marion Schumacher, Gesundheitsamt Jena Stadt **73**

Kapitel 5	
Rolle und Selbstverständnis der GesundheitsförderInnen, Dr. Silke Rosumek / <i>BISO</i>	81
Kapitel 6	
Mündliche Erläuterungen der TeilnehmerInnen zu den Projektmodellen	85
Kapitel 7	
Unterstützungsmöglichkeiten der Bundeszentrale für ge- sundheitliche Aufklärung, Manfred Lehmann / BZgA.....	98
Fortbildung und Projektberatung Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst, Joachim F.W. Müller / <i>BISO</i>	103
Kapitel 8	
Nachwort.....	109
Kapitel 9	
Anhang	114
Entschließung und Bericht der 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und Sena- torInnen der Länder „Möglichkeiten zur Gesundheitsvor- sorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförde- rung in der Bundesrepublik Deutschland“	
Exemplarisches Tagungsprogramm	
Adressen der beteiligten Personen und Institutionen	

Vorwort

Mit dieser Dokumentation werden der Verlauf und die Ergebnisse einer Tagungsreihe präsentiert, die im Herbst 1991 in vier der neuen Bundesländer durchgeführt wurde.

Die insgesamt fünf Arbeitstagungen wurden aus dem „Qualifizierungsprogramm 91 zur Förderung von Maßnahmen des gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustauschs, insbesondere zur Qualifizierung der im Gesundheitswesen Tätigen in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen“ vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Sie wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und vom Bildungsinstitut Sozialwissenschaften und Gesundheit (BISO) im Auftrag der BZgA und im Einvernehmen mit den zuständigen Länderministerien und Landeszentralen für Gesundheitsförderung geplant, organisiert und durchgeführt.

Die Arbeitstagungen hatten zwei Funktionen: Zum einen wollten wir Kontakt aufnehmen zu den Gesundheitsämtern, Kommunen, Landeszentralen und Gesundheitsministerien der neuen Bundesländer und von ihnen erfahren, wie sie über die Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsämter denken. Zum anderen wollten wir auf der Grundlage konkreter Projekte realisierbare Perspektiven für diese Aufgabe gemeinsam entwickeln.

Die vorliegende Dokumentation vermittelt einen Eindruck von den bisherigen Erfahrungen und Sichtweisen der für die Gesundheitsförderung zuständigen MitarbeiterInnen, sie ermöglicht eine differenzierte Einschätzung der Ausgangssituation dieser TeilnehmerInnengruppe in den neuen Bundesländern. Da die Amtsleitungen und KommunalpolitikerInnen der Einladung zu den Arbeitstagungen nicht gefolgt sind, gibt diese Dokumentation lediglich die Erfahrungen und Sichtweisen der für die Gesundheitsförderung zuständigen MitarbeiterInnen wieder. Sie kann deshalb nicht die ganze mögliche Bandbreite gesundheitsfördernder Praxis und Zielvorstellungen abdecken.

1.

Erfahrungsbericht über Vorbereitung und Verlauf der Arbeitstagen Joachim F.W. Müller, *BISO*

Zielsetzungen

Die Veranstaltungen hatten das Ziel, in den neuen Bundesländern positive Anregungen für die kommunale Gesundheitsförderung durch die Gesundheitsämter zu geben und die Entwicklung von realisierbaren Perspektiven bei der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Durch die Schaffung der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern im Jahre 1990 haben sich völlig neue Organisationsstrukturen im kommunalen Gesundheitswesen ergeben. Dies bedeutet auch, daß sich für die Gesundheitsförderung in den Kommunen neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen könnten. Feststellbar ist ein erheblicher Bedarf nach fachlicher Diskussion in den neuen Bundesländern und die Eröffnung eines Dialoges mit VertreterInnen der alten Bundesländer. Diesem Bedarf kamen die Tagungen entgegen und setzten sich als Ziel, einen Einstieg in gezielte Anschlußmaßnahmen in den neuen Ländern zu liefern. Sie sollten Raum bieten zur Diskussion, zur Darstellung von möglichen Konzepten und zur Klärung der Voraussetzungen für die Umsetzung von Ideen und Konzepten

der Gesundheitsförderung in den neuen Ländern. Es sollte geklärt werden, mit welchen Konzepten der Gesundheitsförderung in den neuen Bundesländern bereits gearbeitet wird und welche Erfahrungen dazu vorliegen.

Themenschwerpunkte der Arbeitstagen waren:

- Welche Rolle kann das Gesundheitsamt in der kommunalen Gesundheitsförderung einnehmen?
- Wie ist die Einstellung der MitarbeiterInnen, die zuständig für die Gesundheitsförderung / Gesundheitserziehung sind, zu Konzepten der kommunalen Gesundheitsförderung?
- Welche Konzepte – wenn vorhanden – für Gesundheitsförderung sind handlungsleitend? Welche Kompetenzen sind bei den MitarbeiterInnen vorhanden?
- Welche Methoden erleichtern die Umsetzung der zukünftigen Aufgaben? Welche Vorgehensweisen sind für eine erfolgreiche Außendarstellung und für Kooperationbeziehungen hilfreich und wichtig?

- Welche Kenntnisse über Gesundheitsaktivitäten von BürgerInnen vor Ort sind für eine kommunale Gesundheitsförderung wichtig, und wie können die öffentlichen Gesundheitsdienste mit eigenen Aktivitäten daran anknüpfen?
- Welche Unterstützungsbedarfe haben die Gesundheitsämter, um Gesundheitsförderung zu betreiben?
- Welche Bedeutung hat die Politik, insbesondere die Kommunalpolitik, für die Gesundheitsämter?

Erfahrungen bei der Vorbereitung und Durchführung

Die Kenntnisse, Erfahrungen und Kompetenzen der Verantwortlichen und der MitarbeiterInnen des ÖGD in den neuen Bundesländern bestimmten die Überlegungen für die Tagungsinhalte. Diese Zielgruppe sollte als TeilnehmerInnenkreis gewonnen werden.

Alle neuen Bundesländer außer Mecklenburg-Vorpommern, das an einem Termin im Frühjahr 1992 interessiert war, hatten Interesse an einer Durchführung der Arbeitstagen in ihrem Bundesland noch vor Jahresende 1991.

Zur Konzeptentwicklung für die Tagungsreihe wurde eine Vorbereitungsgruppe mit TeilnehmerInnen

aus einem Gesundheitsamt in Thüringen, der im Aufbau befindlichen Landesvereinigung für Gesundheitserziehung in Sachsen-Anhalt und den Sozialministerien von Thüringen und Sachsen-Anhalt nach Magdeburg eingeladen, deren Aufgabe es war, die Sicht der ministeriellen Ebene und die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern zu formulieren.

Die VeranstalterInnen konnten für die weitere Konzeptentwicklung erste Antworten auf Fragen zum Entwicklungsstand des ÖGD in den neuen Ländern, zu der Qualifikation und Vorerfahrung der MitarbeiterInnen und zum dortigen Stellenwert der Gesundheitsförderung erhalten.

Wichtige Eckpunkte der Berichte aus den neuen Ländern waren u.a. die Tatsache, daß in allen Ämtern von einem erheblichen Personalüberhang auszugehen ist und daß die Prioritäten in vielen Regionen stärker im Aufbau der eigenen Verwaltung und bei den traditionell ausgeprägten Aufgaben des ÖGD liegen als in der Gesundheitsförderung. Die weitere Vorbereitung wurde in enger Abstimmung mit den zuständigen Referaten in den Ministerien der neuen Bundesländer durchgeführt, und es konnte erreicht werden, daß bei allen Tagungen ein Vertreter des je-

1.

weilig zuständigen Ministeriums das Grußwort sprach, oder auch an der Veranstaltung insgesamt teilnahm.

Die Einladung der TeilnehmerInnen wurde nach Absprache mit der BZgA und dem BISO vom jeweiligen Ministerium übernommen, das die in Frage kommenden Gesundheitsämter in den Städten und Kreisen informierte und die Teilnahme anregte.

Aufgrund der Absage aus Mecklenburg-Vorpommern konnte dem Interesse des Landes Brandenburg entsprochen werden, allen Gesundheitsämtern die Entsendung einer MitarbeiterIn zu ermöglichen. Da aus didaktischen Gründen die maximale TeilnehmerInnenzahl von 20 nicht überschritten werden sollte, wurden somit in Brandenburg zwei Tagungen veranstaltet.

Das Vorgespräch zur Tagung in Brandenburg wurde vom Ministerium genutzt, um erstmals eine Runde von MitarbeiterInnen der Gesundheitsförderung aus den Ämtern zusammenzuführen und einen Austausch zu ermöglichen. Der Aufbau einer Landesvereinigung für Gesundheitsförderung konnte im weiteren durch den Tagungsverlauf angeregt werden.

Einbezogen wurden in die Vorbereitungen also drei Ebenen:

- MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter, die für Gesund-

heitserziehung / Gesundheitsförderung zuständig sind,

- die Amtsleitungen / Dezernatsleitungen,
- die ministerielle Ebene (LändervertreterInnen).

Ein wesentliches Ergebnis der Vorbereitungssitzung in Magdeburg war der Hinweis auf die Einbeziehung konkreter, praktischer Beispiele für die Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung in den Tagungsablauf. Ferner wurde die Intention der VeranstalterInnen bestätigt, sowohl ein Modell kommunaler Gesundheitsförderung durch ein Gesundheitsamt aus den neuen als auch aus den alten Ländern vorzustellen.

Die ReferentInnenauswahl wurde weiterhin unter den Gesichtspunkten getroffen, daß regionalen Gegebenheiten wie Größe der Stadt bzw. Gemeinde, Bevölkerungszahl und die Zuordnung zu einer eher ländlichen Struktur oder einer städtischen Struktur als Einzugsgebiet des jeweilig vorgestellten Projektes in der Übertragbarkeit Rechnung getragen wurde. In Einzelfällen gab es von den an der Vorbereitung beteiligten Ministerien und Landesvereinigungen konkrete Wünsche in dieser Hinsicht, in anderen Fällen wurde konkret die Vorstellung eines Gesundheitsamtes aus einer bestimmten Stadt vorgeschlagen.

Die ReferentInnen aus den Gesundheitsämtern der neuen Bundesländer konnten in der Regel aufgrund von Hinweisen der Ministerien und Landesvereinigungen aus den beteiligten Ländern angesprochen und zur Mitarbeit gewonnen werden, nachdem die dort angelaufenen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung mit den Veranstaltern (BZgA / BISO) erörtert und die Schwerpunkte der Präsentation abgestimmt worden waren.

Die Auswahl der vorgestellten Ämter und Projekte aus den alten Ländern orientierte sich daran, daß beispielhaft Aktivitäten der Gesundheitsförderung vorgestellt werden sollten, die sich in der Dokumentation zu einem Gesamtbild ergänzen. Dieses Ziel war nur zum Teil erreichbar. Zum einen ist die Gesamtheit der Möglichkeiten, mit denen das Gesundheitsamt Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen übernehmen kann, nicht groß. Zum anderen mangelt es in den alten wie in den neuen Bundesländern zum Teil an überzeugenden Beispielen. Zusätzlich war die Bereitschaft von Seiten der Gesundheitsbehörden in den alten Bundesländern, MitarbeiterInnen als ReferentInnen zur Verfügung zu stellen, nicht immer vorhanden. Die ReferentInnen, die sich dankenswerterweise zur Teilnahme an den Tagungen bereit erklärt hatten, stellten in ihren Vorträgen folgende

Aspekte der kommunalen Gesundheitsförderung dar:

- Kooperation in Form einer Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung unter Geschäftsführung eines freien Trägers und in Kooperation mit dem Gesundheitsamt (Göttingen)
- Stadtteilnahe Gesundheitsförderung – Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit einem freien Träger (Braunschweig)
- Bürgernahe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung durch ein Gesundheitsamt (Kreis Mettmann)
- Befähigen und ermöglichen – Multiplikatorenarbeit, Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsamt (Landkreis Gifhorn)
- Neuorientierung von Gesundheitsdiensten – Entwicklung des Arbeitsschwerpunktes Gesundheitsberatung im Hauptgesundheitsamt (Bremen)

Im Rahmen der Vorbereitung wurden insgesamt 27 ReferentInnen aus Gesundheitsämtern und Projekten der Gesundheitsförderung angesprochen, 16 wurden in die nähere Auswahl einbezogen. Nach Abklärung aller Terminvorgaben wurden dann 10 ReferentInnen zu den Arbeitstagungen eingeladen.

1.

1.

Deutlich wurde bei den Vorgesprächen in den neuen Ländern, daß die vorrangigen Arbeitsformen auf den Tagungen die Arbeit in Gruppen sowie das Zusammentragen von Ergebnissen und die Diskussion über die Umsetzung in moderierten Gruppendiskussionen sein würden.

Ein wesentliches Ziel jeder Tagung war die Erarbeitung eines Projektes der kommunalen Gesundheitsförderung aus dem eigenen Gesundheitsamt heraus, mit dem Perspektiven für den ÖGD in der kommunalen Gesundheitsförderung angeregt werden sollten.

Erfahrungen bei der Umsetzung

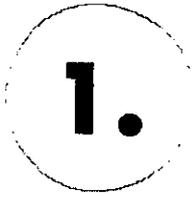
In der ehemaligen DDR hat das Ziel, die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung für die Erreichung der sozial-ökonomischen Ziele der Gesellschaft zu erhöhen, in der Vergangenheit einen besonders hohen Stellenwert gehabt. Eine gesunde Lebensführung des Individuums war vor allem unter dem Gesichtspunkt der kollektiven Verantwortung gegenüber der ganzen Gesellschaft wesentlich. Die Gesundheitserziehung war stark medizinisch geprägt und richtete sich hauptsächlich an Kinder und Jugendliche.

Gesundheitserziehung war somit eine quasi staatlich verordnete

Pflichtübung im Dienste des Sozialismus, und zu diesem Zweck wurden auch die Forderungen der WHO für eine „Gesundheit für Alle“ vereinnahmt. Dabei wurde weitgehend vernachlässigt, daß ein wichtiger Bestandteil der WHO-Programmatik auf der selbstbestimmten Beteiligung der BürgerInnen und der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen beruht, mit dem Ziel, die Partizipation an gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen zu stärken.

An den Tagungen nahmen viele MitarbeiterInnen teil, die früher in den Bezirks- und Kreiskabinetten Aufgaben der Gesundheitserziehung übernommen hatten, diese selbst durchgeführt hatten und damit entsprechende Berufsqualifikationen vorzuweisen haben. Die TeilnehmerInnen waren zu fast 100 % Frauen im Alter zwischen Mitte 20 und Ende 50, was einen Hinweis gibt auf die hohe Quote der weiblichen Beschäftigung in der ehemaligen DDR, aber auch auf die klassische Rollenverteilung in der Berufswelt, in der die Gesundheitsberufe noch stärker als in der Bundesrepublik eine weibliche Domäne sind.

Nach den tiefgreifenden Veränderungen durch die Auflösung der ehemaligen DDR arbeiten diese MitarbeiterInnen heute bei den Gesundheitsämtern, häufig mit ABM-



Verträgen oder mit befristeten Arbeitsverträgen auf Stellen, die teilweise als Gesundheitserziehung oder Gesundheitsförderung bezeichnet werden oder den Regelabteilungen der Gesundheitsämter zugeordnet sind.

Festzuhalten bleibt, daß in vielen Fällen die grundlegende personelle Ausstattung für die Gesundheitsförderung bei den Gesundheitsämtern in den neuen Bundesländern zur Zeit noch besser ist als in den alten Ländern. Es wird aber von allen Beteiligten aus den neuen Ländern auf den Tagungen die Befürchtung geäußert, daß auch in diesem Bereich Personal abgebaut werden wird und eine Orientierung an der Ausstattung der Ämter in den alten Ländern vollzogen wird.

Die Vorerfahrungen der MitarbeiterInnen liegen in der Regel auf dem Gebiet der aufklärerischen und erzieherischen Arbeit, so daß Kompetenzen für die Übernahme von Koordinations- und Steuerungsaufgaben kaum ausgeprägt sind. Ebenso ist die Entwicklung des Teamgedankens zu fördern, da die MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter früher und heute häufig isoliert in der Versorgungsstruktur dastehen.

Die Tagungen konnten gerade hierbei deutlich machen, welche Aspekte der Initiierung und Kooperation Gesundheitsförderung bein-

haltet und in welcher Richtung eine Neuorientierung vollzogen werden muß, wenn die Gesundheitsämter ihre Position in der Gesundheitsförderung ausbauen wollen

In der Landschaft von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen muß das Gesundheitsamt seine Rolle finden. Die Gesundheitsförderung bietet die Chance, nach außen in die Kommune zu wirken, die Zusammenarbeit mit anderen Trägern zu suchen und diese zu erfolgreichen Kooperationsbeziehungen auszubauen. Dieses Denken ist den MitarbeiterInnen und Amtsleitungen häufig fremd und die Konkurrenzängste überwiegen.

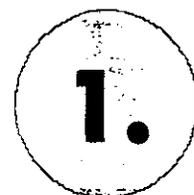
Sehr deutlich wurde im Verlauf der Arbeitstagungen, daß in den Kreisen und Städten, wo die politische/administrative Ebene erkannt hat, welche Chancen der Steuerung und Gestaltung die Gesundheitsförderung bietet und eine entsprechende Unterstützung für das Gesundheitsamt vorhanden ist, erste erfolgreiche Ansätze der kommunalen Gesundheitsförderung in Form von Kooperationsbeziehungen, Arbeitskreisen und Einzelmaßnahmen zu verzeichnen sind. Gut ausgebaute Kooperationsbeziehungen, z.B. in Thüringen, erleichtern diese Arbeit und geben den Akteuren durch fachliche Diskussion und überregionalen Aus-

1.

tausch Impulse für ihre eigene Arbeit. Schwerfällige Kooperationsbeziehungen, die durch Konkurrenzangst und Abgrenzungsdanken geprägt werden, behindern dagegen in anderen Ländern das Zusammenspiel zwischen Ministerien, Landesvereinigungen, Verbänden und den Gesundheitsämtern.

In allen neuen Ländern bieten sich Ansatzpunkte für eine weitere Unterstützung der Gesundheitsämter durch die BZgA für die Zukunft in Form von Informations- und Fortbildungsangeboten für die kommunalen Entscheidungsträger (s. Kapitel 8).

Begrüßung der TeilnehmerInnen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Manfred Lehmann, BZgA



Ich begrüße Sie zur Arbeitstagung „Kommunale Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsämter“ sehr herzlich. Die Arbeitstagung ist Teil einer Tagungsreihe. Sie wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, von der BZgA initiiert und vom Bildungsinstitut Sozialwissenschaften und Gesundheit (BISO) im Auftrag der BZgA und im Einvernehmen mit den für die Gesundheit zuständigen Länderministerien und (soweit vorhanden) mit den Landeszentralen für Gesundheitsförderung geplant, organisiert, durchgeführt und ausgewertet. Ministerien, Landeszentralen und einzelnen MitarbeiterInnen sei Dank gesagt für ihre Unterstützung und tatkräftige Mithilfe bei der Vorbereitung und Organisation der Tagungen.

Der Verlauf und die Ergebnisse der Arbeitstagungen werden dokumentiert, so daß die Dokumentation einerseits konkrete Projektanregungen geben kann und deshalb an die für die Gesundheitserziehung und die Gesundheitsförderung zuständigen MitarbeiterInnen gestreut werden soll. Andererseits soll sie interessierten BeobachterInnen ein Bild über die Möglich-

keiten vermitteln, die die Gesundheitserzieherisch Tätigen in den neuen Bundesländern für die Gestaltung ihres Arbeitsbereiches sehen. Wir hoffen zudem, daß die Dokumentation die Verantwortlichen überzeugt, daß die Gesundheitsförderung eine Chance für Kommunen, Kreise und Verwaltung, speziell auch für das Gesundheitsamt, ist.

Aus unserer Sicht können die Kreise, Kommunen und Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern diese Chance leichter nutzen, weil es hier durch den gesellschaftlichen Umbruch noch besondere Gestaltungsmöglichkeiten gibt.

Die Gesundheitsförderung zielt auf ein Mehr an Lebensqualität, Verhalten und Verhältnisse werden als Einheit gesehen. Damit kann sie das Bestreben der KommunalpolitikerInnen unterstützen, den eigenen Kreis bzw. die eigene Kommune zu einem für die BürgerInnen und die Wirtschaft attraktiven Standort zu entwickeln. Die Gesundheitsförderung ist damit für die Verwaltung ein wesentliches Arbeitsfeld. Für die Gesundheitsämter kommt hinzu, daß sich die Gesundheitsförderung als ein at-

1.

traktives Gestaltungsfeld von den üblichen, z.T. durch Verwaltungsvorschriften eingegengten Routineaufgaben abhebt.

Für unsere Arbeitstagung sind zwei Bezüge wichtig: Einmal geht es darum, sich mit der Idee und den Inhalten der Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. Sie wird als Konsequenz aus der Erfahrung gesehen, daß der Gesundheitserziehung, die ausschließlich die Änderung von individuellem Verhalten im Blick hat, Grenzen gesetzt sind (vgl. hierzu Kapitel 2).

Ich möchte an dieser Stelle hinweisen auf die Entschließung über „Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ der 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder (GMK), weil hier von höchster zuständiger Instanz programmatische Aussagen für die Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsämter gemacht werden:

„Die GMK unterstreicht, daß dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt.“

Dieser Satz ist gerade für die MitarbeiterInnen in den neuen Bundesländern erläuterungsbedürftig, weil er sich auf die Tatsache bezieht, daß sich nach dem Subsidiaritätsprinzip eine Vielzahl von Trägern mit unterschiedlichsten Maßnahmen engagieren können und sollen. Diese Vielfalt war in der ehemaligen DDR nicht üblich und auch nicht vorgesehen. Die mit der Vielfalt verbundene Konkurrenz soll die Qualität der Angebote sicherstellen. Nach unseren Beobachtungen und Eindrücken wird auch auf Seiten der „freien Träger“ kompetent gesundheitsfördernde Arbeit geleistet. Die Gesundheitsämter müssen dementsprechend in ihren Aktivitäten mit den freien Trägern konkurrieren und qualitativ hochwertige Angebote entwickeln, um konkurrenzfähig zu sein bzw. zu bleiben. Das Subsidiaritätsprinzip setzt aber den Gesundheitsämtern, wie der Verwaltung überhaupt, in diesem Bereich enge Grenzen. Sie dürfen genau genommen nur solange selbst Maßnahmen durchführen, wie sich dafür kein „freier Träger“ findet.

Stattdessen sollten die Gesundheitsämter übergeordnete, initiiende und koordinierende Aufgaben wahrnehmen. Im Bereich der Gesundheitsförderung sind solche übergeordneten Aufgaben zum Beispiel:



- Transparenz in die Vielfalt der Träger und die Vielfalt der Angebote zu bringen (Gesundheitswegweiser),
- Evaluation der Angebote,
- Entwicklung von Leitlinien für die Planung und Durchführung von Aktivitäten,
- Aushandeln von prioritären Zielen der Gesundheitsförderung in einer bestimmten Kommune oder in einem bestimmten Kreis,
- Koordinierung der Umsetzung von Gesundheitsförderungszielen,
- Organisation von Erfahrungsaustausch der Beteiligten untereinander (Arbeitskreis),
- Fortbildung der MitarbeiterInnen in der Gesundheitsförderung.

Aufgrund des von uns federführend betreuten „Programms zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (1984 bis 1989) können wir sagen, daß die Gesundheitsämter sich in der gemeindenahe Gesundheitsförderung „unentbehrlich“ machen können, wenn sie diese und ähnliche Aufgaben übernehmen. Wir wissen allerdings auch, daß die kompetente Erfüllung dieser Aufgaben nur bei entsprechender Prioritätensetzung im Gesundheitsamt möglich ist und mit dem Engagement, der Qualifi-

kation und dem Gestaltungsspielraum der dafür zuständigen MitarbeiterInnen sowie dem Engagement und der Unterstützung durch die EntscheidungsträgerInnen in der örtlichen Verwaltung und Politik steht und fällt.

In der GMK-Entschießung heißt es dementsprechend: „(Die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion) kann ... kostenneutral nicht sichergestellt werden. Die GMK empfiehlt, die Priorität der Gesundheitsförderung für die präventive Gesundheitspolitik in der Aufgabenverteilung und Stellenbesetzung im ÖGD stärker zu berücksichtigen.“ Die zu beobachtende Tendenz in den neuen Bundesländern, die Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung – wie auch in manchen Gesundheitsämtern der alten Bundesländer – als nachrangige Aufgabe zu sehen, bzw. sie überhaupt in Frage zu stellen, entspricht demnach nicht den Zielvorgaben der Gesundheitsministerien der Länder.

Lassen sie uns in der Arbeitstagung gemeinsam darüber nachdenken, wieweit die Zielvorstellungen der GMK mit Ihren eigenen Erfahrungen und Zielvorstellungen übereinstimmen und ob wir gemeinsam realisierbare Perspektiven für den Aufgabenbereich Gesundheitsförderung entwickeln können.

2.

Ziele und Methoden der Gesundheitsförderung

Joachim F.W. Müller, BISO

Vorwort

In den letzten Jahren hat sich für alle Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen eine neue gesundheitspolitische Herausforderung gestellt, das veränderte Krankheitspektrum der Bevölkerung in den hochentwickelten Industrieländern der Welt.

Trotz einer weitentwickelten und hochtechnisierten Medizin und der jährlich wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen nehmen auch gerade in der Bundesrepublik die chronisch-degenerativen Krankheiten ständig zu. Veränderte Lebensweisen in Arbeit und Freizeit und das Erreichen eines hohen Lebensalters durch wachsende medizinisch-technische Leistungen und umfassende Pflege führen zunehmend zu Problemen in der Bevölkerung, die die rein curativ ausgerichtete Medizin nicht lösen kann.

Die präventive Gesundheitspolitik, die ressortübergreifend frühzeitig Angebote und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, ist also mehr denn je gefragt. Schon der § 20 Sozialgesetzbuch V schreibt für die Krankenkassen die Gesundheitsförderung als Aufgabengebiet fest und auch die 64. Konferenz der für das

Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder hat noch einmal auf die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Kassen und anderen Trägern im Bereich der Gesundheitsförderung hingewiesen. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt nach dieser EntschlieÙung eine wesentliche Rolle in der Koordinierung und Steuerung gemeindenaher Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung zu.

Fortbildung und Beratung in der Gesundheitsförderung

Bevor ich zu den Zielen und Methoden der Gesundheitsförderung komme, möchte ich einige erläuternde Sätze zum BISO und unseren Erfahrungen mit dem Thema Gesundheitsförderung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst voranstellen.

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung in die kommunale Praxis bedarf praxisorientierter Handlungsstrategien, und diese sind nicht denkbar ohne Fertigkeiten aus den Bereichen Konzeptentwicklung, Kommunikation, Umsetzungsmanagement und Evaluation.

1988 haben wir in Hamburg erstmals Fortbildungen zum Thema Prävention und kommunale Gesundheitsförderung durchgeführt und stehen seitdem in engem Kontakt zu der in Hamburg zuständigen Behörde und den sieben Gesundheits- und Umweltämtern.

Fortbildungen für die AmtsleiterInnen sowie eine begleitende Beratung für MitarbeiterInnen, die Projekte der Gesundheitsförderung aus den Ämtern heraus umsetzen, gehören seitdem zu unseren Aufgaben. Ähnliche Vorhaben sind von uns in Planung und werden bereits durchgeführt in Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Der Aufbau von regionalen und lokalen „Arbeitskreisen Gesundheit“ durch die Gesundheitsämter und / oder freie Träger in 12 Städten und Landkreisen Niedersachsens wurde von uns im Herbst 1991 durch eine Konzept- und Umsetzungsberatung begleitet.

Dies ist nur ein kurzer Ausschnitt unserer Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung, kurz erwähnt werden soll an dieser Stelle nur noch ein stadtteilbezogenes Projekt im Zusammenhang mit dem „Gesunde Städte-Netzwerk“, das wir in dem Hamburger Stadtteil Barmbek mit alten Menschen und professionellen MitarbeiterInnen zum Thema Stadtteilentwicklung aus Sicht älterer BürgerInnen

durchführen (nähere Informationen über das Gesunde Städte-Sekretariat oder über *BISO*). Insgesamt sind im *BISO* in unterschiedlichen Projekten, z.B. auch in einem Schulungszentrum Altenpflege, momentan 19 MitarbeiterInnen beschäftigt.

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der ehemaligen DDR und in der BRD

Wenn wir zurückblicken, hat sich in den letzten zwei Jahren seit der Maueröffnung ein dermaßen schneller Wandlungsprozeß für das gesamte Deutschland vollzogen, daß mir manchmal der Atem stockt. Das Thema dieser Arbeitstagungen ist die kommunale Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsämter und wir sprechen dabei über Ämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die erst vor einem guten Jahr gesetzlich geschaffen wurden und noch vielfach im Aufbau begriffen sind.

Wir befinden uns also in einer Anfangsphase, in einer Phase der Umstellung und wollen gemeinsam die Chancen des Umbaus nutzen. Uns wird die Frage beschäftigen, welche Rolle die Gesundheitsämter in Zukunft in der vielschichtigen Trägerstruktur im Sozial- und Gesundheitsbereich übernehmen werden und welche finanziellen Ressourcen ihnen zukünftig zur Verfü-

2.

gung stehen werden. Der ÖGD muß sich in den neuen Bundesländern profilieren – Koordination und Kooperation werden wichtige Arbeitsformen der Zukunft darstellen.

Wenn ich zurückblicke, so stellt sich mir in vielen Momenten die Frage, wo sind die Anknüpfungspunkte für unsere zukünftigen gemeinsamen Schritte bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens? Und ich beobachte: Diese Anknüpfungspunkte aus der Zeit der ehemaligen DDR drohen uns sehr schnell aus dem Gesichtskreis zu entschwinden.

In der Phase der Vorbereitung dieser Arbeitstagen war es uns deshalb wichtig, von Anfang an die Sichtweise der Profis aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich der ehemaligen DDR, die heute in den Gesundheitsämtern arbeiten, und der ReferentInnen aus den zuständigen Ministerien der neuen Bundesländer in die Überlegungen mit einzubeziehen. Durch die guten Kontakte der BZgA konnten wir in der Vorbereitungszeit im August 1991 sehr schnell eine kleine ExpertInnenrunde zusammenstellen, die sich in Magdeburg traf und mit der wir die grundsätzliche Zielsetzung der Tagungen erörtert haben.

Diese Kontakte haben uns in der Konzeption der Arbeitstagen bestätigt und zeigten, daß es wichtig

für die weitere Diskussion ist, die Ausgangsbedingungen nicht aus den Augen zu verlieren.

Halten wir fest: die ehemalige DDR betreute und versorgte die BürgerInnen durch ein zentral gesteuertes Versorgungssystem in den kommunalen Gliederungen, aber auch in den Betrieben. Die ambulante Versorgung durch Polikliniken, Ambulatorien und staatliche Arztpraxen zeichnete sich dabei durch eine relative Durchlässigkeit zum stationären Sektor aus. Strukturell positive Ansätze wurden aber in ihrer Leistungsfähigkeit durch die ungenügende finanzielle Ausstattung gemindert.

Zukünftig wird nun zu überprüfen sein, ob die Überführung der alten Strukturen aus der Zeit vor der Maueröffnung – in die Form des ÖGD, wie wir ihn in der alten Bundesrepublik vorfinden, also durch einen radikalen Neuanfang und den Abbau der herkömmlichen Versorgungseinrichtungen – uns den Zielen, die wir uns setzen, näher bringen wird.

Prävention und Gesundheitsvorsorge als staatliche Pflichtaufgabe gehörten zu den Prinzipien des DDR-Gesundheitssystems, aber dieser umfassende Auftrag vernachlässigte die Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der BürgerInnen bei der demokratischen Mitgestaltung von Präventions-

und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Aber gerade Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedürfen der Zusammenarbeit mit den BürgerInnen, sie sind häufig genug ihre besten ExpertInnen. Initiativen aus den Stadtteilen, Selbsthilfegruppen, Beratungs- und Versorgungseinrichtungen der Wohlfahrtsverbände, die Krankenkassen sind Akteure auf dem Feld der Gesundheit – und damit Konkurrenten – oder Kooperationspartner in der Kommune für die Aufgabe der Gesundheitsämter.

Hier müssen die Gesundheitsämter und ihre MitarbeiterInnen aus den neuen Bundesländern bei ihren Überlegungen ansetzen und ihre Erfahrungen, die sie vor Ort in langen Jahren der Praxis mit den BürgerInnen gewonnen haben, nutzen, um die Zukunft des ÖGD mitzugestalten.

§ 8 der „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ vom 8. August 1990, auf der der ÖGD in den neuen Ländern bis jetzt beruht, spricht von „Gesundheitlicher Aufklärung und Beratung“ als Aufgabe der Gesundheitsämter und von „der Unterstützung der Gesundheitspflege und Gesundheitsvorsorge“ in den Kommunen durch die Ämter.

Ziele der Gesundheitsförderung

Vorweg zunächst ein wichtiger Leitsatz: *Gesundheitsförderung ist weit mehr als nur Gesundheitserziehung!*

Prävention als Gesamtstrategie kennen wir in den alten wie neuen Bundesländern in der Form der Krankheitsfrüherkennung, der Gesundheitsvorsorge, aber in den letzten Jahren immer stärker auch in der Form der Gesundheitsförderung.

Und die uns bekannte Form der Gesundheitserziehung durch Information und Gesundheitstraining ist dabei nur eine Form der Gesundheitsförderung.

Denn die Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf Verhaltensprävention durch Information, Aufklärung und Vorsorge, sondern auch auf Verhältnisprävention.

Also nicht nur das individuelle Handeln steht im Mittelpunkt, sondern auch die gesamten Lebens- und Umweltbedingungen gilt es, bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Und daß der sorgsame Umgang mit der Umwelt in den neuen Bundesländern häufig genug vernachlässigt wurde, ist uns in der Zeit nach der Vereinigung, glaube ich, überdeutlich geworden. Hier finden wir Verhältnisse, die die Gesundheitsförderung nicht ignorieren kann,

2.

2.

um sich auf NichtraucherInnenkurse und Ernährungsberatung zu beschränken. Gesundheitsförderung bezieht die gesamten Lebensumstände der BürgerInnen und ihrer Umgebung mit ein.

Gesundheitsförderung wird damit zur kommunalen Aufgabe, die über die angestammten Aufgaben der Gesundheitsämter hinausgeht. Das heißt aber auch, daß interdisziplinär gearbeitet werden muß und daß Kooperation entscheidend wird.

Die leitenden MinisterialbeamtenInnen der Länder haben in Ihrem Bericht für die 64. Gesundheitsministerkonferenz folgende Prinzipien zur Gesundheitsförderung festgehalten :

- Gesundheits- statt Krankheitsorientierung (d.h. mehr als nur Vermeidung von Krankheit)
- Lebens- und Umweltbezug, d.h. Berücksichtigung der jeweiligen Lebens-, Arbeits-, Umweltbedingungen insbesondere sozial benachteiligter Menschen
- Gemeinwesenorientierung, d.h. Beschäftigung mit den konkreten gesundheitsbezogenen Problemen einer überschaubaren lokalen Einheit
- Partizipation, d.h. soweit wie möglich werden Maßnahmen mit und durch Betroffene und nicht für sie ergriffen

- Emanzipation, d.h. Einzelne oder Gruppen werden befähigt, selbst mit ihren Problemen umzugehen.

Ein weiterer Leitsatz lautet also:

Es soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung der BürgerInnen in Fragen der Gesundheit erreicht werden.

Für die Akteure im Feld der Gesundheitsförderung bedeutet dies als Zielsetzung, sie sollen mitarbeiten an:

- der Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- der Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen
- der Neuorientierung der Gesundheitsdienste
- der Schaffung gesunder Lebensumwelten
- der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Nun kann man fragen, sind denn die Gesundheitsämter eigentlich dafür geeignet, diese Rolle in der Kommune auszufüllen ?

Es gibt eine Reihe von Indizien, die darauf hinweisen, daß die Ämter zukünftig ein wichtiger Akteur, nämlich der Koordinator und Moderator auf diesem Weg in Richtung auf eine gesunde Lebensumwelt sein können. (Folgende Erfahrungen gelten natürlich in erster Linie für den ÖGD in den alten Ländern.)

1. Zunächst einmal gibt es vielfältige Erfahrungen in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufsicht im ÖGD, auf denen aufgebaut werden kann.
2. Die Ansätze der Gesundheitsberichterstattung ermöglichen das Eingrenzen von Problemlagen.
3. Der Zugang zu anderen Verwaltungsabteilungen und den dortigen Planungen ist möglich.
4. Die finanzielle Unabhängigkeit von begrenzten Projektmitteln sichern dem ÖGD eine Kontinuität der Arbeit.
5. Der multiprofessionelle Ansatz der Arbeit des ÖGD läßt einen prinzipiellen Zugang zum multiprofessionellen Ansatz der Gesundheitsförderung für möglich erscheinen.

Es bietet sich also an, den ÖGD mit der Aufgabe der Gesundheitsförderung zu betrauen, wenn einige weitere Punkte nicht auch Hemmnisse auf diesem Weg wären.

Dazu gehört z.B. die in der Regel zwar kontinuierliche, aber sehr geringe finanzielle Ausstattung der Gesundheitsämter sowie ein Überwiegen der rein medizinischen Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen.

Management- und Kommunikationsstrukturen sind in den Gesundheitsämtern der alten Bundesländern häufig nur sehr gering ausgeprägt, aber gerade diese Kenntnisse werden zukünftig an Bedeutung gewinnen.

Methoden der Gesundheitsförderung

Aufbauend auf dem Verständnis, daß Gesundheitsförderung nicht nur die soziale und medizinische Versorgung meint, sondern alle Politikbereiche miteinbeziehen sollte, ergeben sich folgende Arbeitsansätze der Gesundheitsförderung:

- die anwaltschaftliche Vertretung für Gesundheit für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen durch Entwicklung von geeigneten Handlungsstrategien,
- die Kompetenzvermittlung, das Befähigen und Ermöglichen zur Beeinflussung der Gesundheitsbedingungen und -faktoren,
- der Prozeß des Vermittelns und die Schaffung von Netzwerken zwischen den Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen.

Die praktische Umsetzung vor Ort durch die Gesundheitsämter bedeutet zunächst einmal die Zusammenarbeit im Amt mit allen Disziplinen und im nächsten Schritt die Kooperation mit den an-

2.

deren Trägern der Gesundheitsförderung wie Krankenkassen, Verbänden, Initiativen, Selbsthilfegruppen in der Gemeinde.

Aber neben diesen strukturellen Fragen sind auch die persönlichen Kompetenzen der Akteure für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bedeutung.

Kompetenzen in bezug auf systemisches Denken und Handeln, Moderations- und Kommunikationsfähigkeiten und konzeptionelles Arbeiten müssen vorhanden sein oder durch Fortbildung und Beratung erworben werden.

In unserer Arbeit mit den Gesundheitsämtern in Hamburg haben wir versucht, die methodischen Ansatzpunkte auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsweise in 12 Thesen zusammenzufassen. Ich möchte darauf an dieser Stelle nicht näher eingehen, sie finden diese Thesen auch in der Informationsreihe „Gesunde Städte“, dieses Heft kann beim Gesunde-Städte-Sekretariat in Hamburg bestellt werden.

Wenn in einem Amt über Maßnahmen nachgedacht wird, sollte die Entscheidung über einen prozeßorientierten Ansatz, z.B. mit Hilfe von „Arbeitskreisen Gesundheitsförderung“ vor Ort, - oder über einen problemorientierten Ansatz rechtzeitig gefällt werden.

Ich möchte aber den Prozessen in den Arbeitsgruppen nicht vorgreifen, denn wir werden sehen, wie viele unterschiedliche Faktoren bei der Entscheidung für Maßnahmen und deren Umsetzung eine Rolle spielen.

Gesundheitsförderung mit den BürgerInnen und Professionellen vor Ort und nicht für die BürgerInnen – Gesundheitsförderung also als Herausforderung für die Städte und Gemeinden in unserem Land. Für die Gesundheitsämter selber aber eine Chance, ihren Stellenwert im Versorgungssystem neu zu definieren.

Didaktik

Dr. Silke Rosumek, BISO

3.

Um die Ziele der Veranstaltung, die realisierbare Entwicklung von Perspektiven der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung, durch eine Vertiefung der Idee der Gesundheitsförderung und eine Bestandsaufnahme der Erfahrungen der MitarbeiterInnen aus den Gesundheitsämtern der neuen Bundesländern zu erreichen, waren spezielle Arbeitsformen notwendig.

Positive Beispiele der Gesundheitsförderung aus Ost und West wurden als Motivation für die eigene Arbeit der TeilnehmerInnen im Bereich der Gesundheitsförderung eingesetzt. Am Vormittag des ersten Tages war für die Vorstellung der Modelle eine Vortragslänge von 15 Minuten vorgesehen, in dieser Zeit konnte nur ein allgemeiner Überblick gegeben werden. Im Anschluß an die zwei vorgestellten Modelle kommunaler Gesundheitsförderung bildeten sich zwei Arbeitsgruppen, die eine vertiefende Darstellung des vorgestellten Gesundheitsamtes oder Projektes mit Hilfe von drei Wandzeitungen erarbeiteten. Die Wandzeitungen waren von den VeranstalterInnen nach folgenden Kategorien vorbereitet worden:

- Bestandsaufnahme: Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Kommune
- Ziele und Umsetzung
- Rolle des Gesundheitsamtes / Rolle der GesundheitsförderIn.

Aufgefüllt wurde die Wandzeitung durch Erläuterungen, die die ReferentInnen zu einzelnen Punkten gaben oder die durch Nachfragen der TeilnehmerInnen deutlicher wurden. Diese Informationen wurden als Stichworte auf Karteikarten notiert und an der Wandzeitung befestigt.

Durch diese Visualisierung der einzelnen Aspekte des vorgestellten Projektes konnten die dortigen Bedingungen, Überlegungen und Umsetzungsschritte verdeutlicht werden und lieferten eine Grundlage für eine Diskussion und einen Vergleich mit der Situation der TeilnehmerInnen.

So bot die erste Wandzeitung „Bestandsaufnahme: Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Kommune“ die Möglichkeit, detaillierte Informationen über die örtlichen Voraussetzungen des jeweiligen Amtes bzw. Projektes zu erlangen. Die zweite Wandzeitung „Ziele und Umsetzung“ stellte Fragen nach den Zie-

3.

len, den Umsetzungsschritten, benötigten Ressourcen und nach den gewählten Kooperationspartnern. Die dritte Wandzeitung „Rolle des Gesundheitsamtes / Rolle der GesundheitsförderIn“ war in der Konzeption der Sitzungen nicht, wie die anderen Wandzeitungen, eng auf das vorgestellte Amt oder Projekt bezogen, sondern stellte Fragen an alle TeilnehmerInnen. Hiermit wurde versucht, eine Diskussion über das berufliche und individuelle Profil von GesundheitsförderInnen wie auch über das inhaltliche Selbstverständnis anzuregen (s. Kapitel 5).

Da die Wandzeitungen während der gesamten Arbeitstagung an den Wänden blieben, konnten sich die TeilnehmerInnen über die Ergebnisse der jeweils anderen Arbeitsgruppen informieren und es war möglich, während der Diskussionen im Plenum auf einzelne Aspekte wechselseitig zurückzugreifen.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten der TeilnehmerInnen mit dieser für sie fremden Arbeitsform ergab sich in den für die Arbeitsgruppen zur Verfügung stehenden drei Stunden eine rege Diskussion.

Am zweiten Tagungstag wurde diese Arbeitsform ebenfalls verwandt. Hierbei lieferten die Kategorien:

- Rahmenbedingungen
- Ziele
- Umsetzung
- Begleitung und Auswertung

einen Rahmen für die Ideen, Projektansätze und Umsetzungsschritte der TeilnehmerInnen.

In Gruppen von etwa 4 Personen arbeiteten die TeilnehmerInnen, diesmal ohne Moderation, mit dem Ziel, ein „Projektmodell Gesundheitsförderung“ zu entwickeln. Sie erstellten – orientiert an konkreten Rahmenbedingungen einer ihrer Kommunen – ein fiktives oder auch ein demnächst zu realisierendes Projektmodell. In dieser Gruppenarbeit sollten die theoretischen Begriffe der Gesundheitsförderung mit konkreten Fakten aufgefüllt werden und die Realisierung von der Idee bis zur Auswertung der Umsetzung erprobt werden. Die erstellten Projektmodelle wurden anschließend im Plenum von einer GruppenteilnehmerIn erläutert. Einige Modelle und die dazugehörigen mündlichen Erläuterungen werden in Kapitel 6 vorgestellt.

Für die weitere Arbeit der GesundheitsförderInnen an ihrem Arbeitsplatz wurde das übersichtliche, strukturierte Planungshandeln in visualisierter Form als Hilfsmittel empfohlen.

Erfahrungsberichte aus der Praxis kommunaler Gesundheitsförderung

4.

Barbara Moonen, Kreisgesundheitsamt Mettmann

Kreis Mettmann: Nordrhein-Westfalen, Regierungsbezirk Düsseldorf
Kreis: 500.000 EinwohnerInnen
Stadt: 36.000 EinwohnerInnen
Arbeitslosenquote ca. 5,5 %

Gesundheitsamt: 105 MitarbeiterInnen (Stand November 1991), die meisten in Teilzeit

Für die Gesundheitsförderung: eine Dipl.-Ökotrophologin mit 33,25 Wochenstunden

eine Verwaltungsangestellte mit etwa 40 % der Arbeitszeit (unterstellt dem Sachgebiet Medizinlaufsicht, Apothekenwesen, Gesundheitsfürsorge, -vorsorge und -bildung; beide in der Abteilung Verwaltung des Gesundheitsamtes)

Finanzierung der Maßnahmen durch Kreismittel.

Der Kreis Mettmann

Der Kreis Mettmann ist mit seinen 10 Gemeinden und seinen mehr als einer halben Million EinwohnerInnen einer der einwohnerInnenstärksten, mit seinen 407 Quadratkilometern jedoch einer der flächenmäßig kleinsten Kreise im Bundesgebiet.

Der Kreis Mettmann ist „eingerahmt“ durch die Großstädte Düsseldorf, Köln, Leverkusen, Solingen, Wuppertal, Essen, Mülheim und Duisburg.

Das „Herzstück“ des Kreises Mettmann ist die Kreisstadt Mett-

mann, die mit ihren 36.000 EinwohnerInnen eher zu den kleineren Gemeinden des Kreisgebietes zählt. Hier ist auch die Zentrale des Kreisgesundheitsamtes untergebracht. Der Zentrale des Kreisgesundheitsamtes sind sechs Neben-, neun Untersuchungsstellen, fünf Schulzahnkliniken, eine AIDS-Beratungsstelle, zwei spezialisierte Sozialpsychiatrische Dienste sowie eine gynäkologische Untersuchungs- und Beratungsstelle angeschlossen.

Von der Zentrale des Kreisgesundheitsamtes werden diese Stellen weitestgehend koordiniert und

4.

organisiert. Von hier aus werden außerdem überregional die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollfunktionen wahrgenommen. Auch die gesamte organisatorische Abwicklung aller gesundheitserzieherischen Aktivitäten wird von der Zentrale des Kreisgesundheitsamtes aus begleitet.

Personalausstattung des Gesundheitsamtes

In der Zentrale des Kreisgesundheitsamtes sind zur Zeit beschäftigt:

- Die Amtsärztin,
- der stellvertretende Amtsarzt,
- ein Amtsapotheker und eine pharmazeutisch-technische Assistentin,
- eine Betriebsärztin in Teilzeit,
- eine Sozialpädagogin für die Koordination der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Kreis Mettmann;
- eine Verwaltungsleiterin,
- eine Diplom-Ökotrophologin,
- ein Sachgebietsleiter,
- sieben Verwaltungskräfte, davon drei in Teilzeit, sowie drei Schreibkräfte, davon eine in Teilzeit.

In den Neben- und Untersuchungsstellen arbeiten 12 Ärztinnen, ein Arzt im Praktikum, in den Schulzahnkliniken drei Zahnärztinnen und drei Helferinnen – alle in Teilzeit, in der AIDS-

Beratungsstelle zwei Ärztinnen in Teilzeit, für den Sozialpsychiatrischen Dienst zwei Ärzte, zwei Psychologen in Teilzeit, vier Sozialarbeiterinnen bzw. -pädagoginnen, zwei Krankenschwestern, die gynäkologische Untersuchungs- und Beratungsstelle wird zusätzlich von einer Nebenstellenärztin geführt. Dazu kommen insgesamt sechs Röntgenassistentinnen sowie 42 Verwaltungskräfte, alle weiblich, zum großen Teil in Teilzeit.

Darüber hinaus verfügt das Amt über das Sachgebiet „Zentrale Früherfassung und Förderung von Kindern“, das sich um die Belange der Eltern von Risikokindern und behinderten Kindern kümmert. Hier sind vier Sozialarbeiterinnen bzw. -pädagoginnen und drei Verwaltungs- bzw. Schreibkräfte beschäftigt.

Auf einen Nenner gebracht, bietet das Kreisgesundheitsamt Mettmann insgesamt 105 Personen Arbeit. Auffallend gering ist der Anteil der männlichen Beschäftigten, nämlich acht.

Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Kreis Mettmann

Gesundheitserziehung hat im Kreis Mettmann eine lange Tradition. Es begann bereits im Jahr 1956, als sich das Kreisgesundheitsamt am Modellprojekt des

Landes Nordrhein-Westfalen zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit beteiligte und in zwölf Gemeinden sogenannte Schulungskurse für werdende Mütter in Fragen der Gesundheitspflege einrichtete. Nach Wegfall der Landesförderung im Jahre 1982 mußte die Anzahl der Kursorte zwar auf zehn reduziert werden, aber die Geburtsvorbereitungskurse, so heißen sie heute, erfreuen sich nach wie vor einer zufriedenstellenden TeilnehmerInnenfrequenz.

Im Kreis Mettmann bemühen sich eine Vielzahl von Institutionen, Organisationen und Verbänden um die Belange der Gesundheit der Bevölkerung. Allen voran die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) des Kreises Mettmann, die mit ihren fünf Gesundheitszentren mit zahlreichen Kursen, Gruppen- und Einzelberatungen der Aktivposten im Bereich Gesundheitsförderung im Kreis Mettmann ist. Die „Aktion Gesundheit“ der AOK Kreis Mettmann gilt als beispielhaft und modellhaft für andere Ortskrankenkassen im Bundesgebiet. Aber auch die Volkshochschulen (VHS), Familienbildungsstätten, das Deutsche Rote Kreuz und andere Organisationen, haben sich das Thema „Gesundheitsförderung“ auf die Fahne geschrieben. Für das Gesundheitsamt war es in der Anfangsphase wichtig, die Institutionen mit ihren Angebo-

ten kennenzulernen.

Weitere Ziele lassen sich wie folgt benennen:

1. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Menschen zu bewegen, größeren Einfluß auf die Erhaltung und die Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen
2. Gesundheitsförderung umfaßt die gesamte Bevölkerung
3. Gesundheitsförderung bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Teilnahme der Öffentlichkeit.

Um diese Ziele durchsetzen zu können, war zunächst die Bildung von Arbeitskreisen auf regionaler Ebene erforderlich. Der Kreis Mettmann wurde in fünf Regionen mit jeweils etwa 100.000 EinwohnerInnen aufgeteilt. Es wurden Arbeitskreise in den Städten Langenfeld/Monheim, in Ratingen, in den Regionen Hilden/Haan und Erkrath/ Mettmann/Wülfrath installiert. In den Städten Heiligenhaus und Velbert gibt es leider noch keinen Arbeitskreis.

Arbeitskreis Gesundheit

Wichtig bei der Gründung der Arbeitskreise war die Einbeziehung der jeweiligen Nebenstellenärztin. Diese ist praktisch Kontaktperson, Ansprechpartnerin und Mittelsperson zwischen den Arbeitskreisen und der Zentrale des

4.

4.

Kreisgesundheitsamtes. Die Federführung der Arbeitskreise in den Regionen Langenfeld/Monheim und Erkrath/Mettmann/Wülfrath liegt beim Gesundheitsamt, in den anderen Regionen wechselt sie zwischen den größeren Organisationen ab: Gesundheitsamt, AOK, VHS, Familienbildungsstätten.

Um das Angebotsspektrum der einzelnen Anbieter durchsichtig zu machen, wurde als erste Aktion in allen Arbeitskreisen ein Gesundheitswegweiser herausgegeben. Alle Arbeitskreise – außer Erkrath/Mettmann/Wülfrath – haben mittlerweile Gesundheitstage durchgeführt. Des Weiteren haben sich die Arbeitskreise an Veranstaltungen anderer Institutionen beteiligt, z.B. Jubiläumsfest der Langenfelder Lebenshilfe e. V.

Aus den Arbeitskreisen heraus hat sich eine intensive Zusammenarbeit mit der AOK für den Kreis Mettmann ergeben. So wurden in den Jahren von 1986 bis 1990 Multiplikatorenschulungen für LehrerInnen an Grund- und Sonderschulen im Kreis Mettmann durchgeführt. Hierzu wurde im Vorfeld eine Broschüre mit Basisinformationen zu dem jeweiligen Thema sowie Karteikarten mit Anregungen, Bastel- und Gesprächsanleitungen zur Umsetzung im Unterricht entwickelt.

Ebenfalls in Kooperation mit der AOK Mettmann führt das Kreisgesundheitsamt Aktivitäten zur Kariesprophylaxe durch. Es wurde ein Theaterstück entwickelt, mit Micki, dem Zahnputzkrokodil des Kreisgesundheitsamtes, und Putzi, dem Zahnputzbiber der AOK. Hier sind in den Jahren 1990 und 1991 insgesamt 44 Vorstellungen vor ca. 2.500 Kindergartenkindern gegeben worden.

Außerdem wurden Kindergartengruppen und Schulklassen zu einem „zahngesunden“ Frühstück in die Schulzahnklinik eingeladen.

Jetzt noch eine Auswahl von gesundheitserzieherischen Aktivitäten des Kreisgesundheitsamtes in Stichworten:

- Durchführung von Tagen der Offenen Tür in den Schulzahnkliniken und Nebenstellen,
- Aktion zum Tag der Zahngesundheit
- Themenbezogene Vorträge zu Workshops verschiedener Veranstalter
- Vorträge zum Thema „Gesunde Ernährung“ im Alternierheim des Kreises Mettmann in Hardert/Westerwald,
- Veranstaltungen zum Welt-AIDS-Tag,

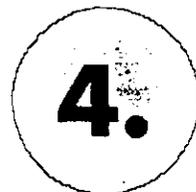
- Bildung einer Arbeitsgruppe innerhalb des Amtes zur Intensivierung der Elternberatung in sozialen Brennpunkten.

Sicherlich wäre eine Dokumentation der Aktivitäten notwendig, konnte aber aufgrund der personellen Engpässe bisher nicht realisiert werden.

Finanzierung von gesundheitserzieherischen Maßnahmen

Die dem Gesundheitsamt für die Durchführung von Aktivitäten zur Verfügung stehenden Mittel betragen jährlich 15.000,- DM. Dies ist zwar nicht viel, aber es reicht aus, um mehrere Veranstaltungen im Jahr durchführen zu können. Die Gelder werden eingesetzt für das Erstellen von Medien, die nicht in der Hausdruckerei gedruckt werden können, z.B. Gesundheitswegweiser und Plakate, Honorare, Miet- und Leihgebühren, Ballongas, kleine Präsente, Luftballons, Demonstrations- und Bastelmateriale, Bewirtungskosten etc.

Als persönliches Fazit kann ich sagen, daß insgesamt betrachtet die Gesundheitserziehung eine sehr aufwendige, viel Geduld und Eigeninitiative erfordernde Arbeit ist, in der es nicht selten vorkommt, daß man noch an Wochenenden und in den Abendstunden eingesetzt wird. Sie bietet allerdings auch die Chance, losgelöst von den sonstigen gesetzlichen Aufgaben und Kontrollfunktionen Ideen zu entwickeln und zu verwirklichen.



4.

Gesundheitsförderung in Gifhorn **Siegfried Conrad,** **Gesundheitsamt Gifhorn**

Kreis Gifhorn: zwischen Braunschweig, Wolfsburg, Peine

Kreis: 122.000 EinwohnerInnen

Stadt: 40.000 EinwohnerInnen

Gesundheitsamt: 29 feste MitarbeiterInnen

Für die Gesundheitsförderung: 1 Mitarbeiter als Gesundheitspädagoge (direkt der Amtsleitung unterstellt)

Finanzierung durch die Haushaltsmittel

In der Gesundheitsförderung ist es notwendig, die individuelle und die strukturelle Ebene in Verbindung zu bringen. Wie diese beiden Bereiche sich ergänzen bzw. widersprechen, möchte ich anhand der kommunalen Gesundheitsförderung am Gesundheitsamt im Landkreis Gifhorn kurz skizzieren.

Vor nunmehr fast sieben Jahren wurde auf Drängen der Amtsleitung zunächst als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme die Stelle eines Gesundheitspädagogen eingerichtet. Damals war der Begriff „Gesundheitsförderung“ noch keineswegs so in Mode wie heute. Dabei gehört Gesundheitsförderung seit jeher zu den Aufgaben der Gesundheitsämter. Die Rechtsgrundlagen dafür sind hinlänglich bekannt (Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934, Gesundheitsreformgesetz, Landesgesetze, Erlaß

des niedersächsischen Sozialministers vom 18.10.90 etc.). Die Aufgaben der Gesundheitsförderung wurden in der Vergangenheit aber eher „stiefmütterlich“ behandelt. Eine Erklärung hierfür ist, daß den klassischen hoheitlichen Aufgaben im Gesundheitsamt eine Vorrangstellung zukommt. Die Gesundheitsämter haben meist nur sporadisch, zumeist nach Interesse und Qualifikation der einzelnen Abteilungen, bestimmte Themenbereiche besetzt.

Die Besetzung jedes weiteren Themas ist immer gleichbedeutend mit mehr Personal und höheren Kosten, und davor hat wohl jede Kommune Angst. Nur bei ganz akuten und bedrohlichen Problemen (AIDS, ansteigende DrogenkonsumentInnen) ist man bereit, und auch dabei bedarf es oft eines Anschubs von außen, zusätzliche Kosten zu übernehmen.

Mit der Einstellung einer Kraft für die Prävention am Gesundheitsamt sind die Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung jedoch noch keinesfalls gelöst. Gilt es jetzt doch erst, ein Konzept zu entwickeln, nicht nur, um Gesundheitsförderung auf Dauer zu etablieren, sondern auch Vorgesetzte und Geldgeber von der Art des Vorgehens zu überzeugen.

Gesundheitsförderung im Umbruch

Nun ist Gesundheitsförderung seit einigen Jahren im Umbruch begriffen. Man kommt zunehmend weg von der Prävention, die sich im bloßen Verteilen von Broschüren und Prospekten erschöpft.

Woraus besteht Gesundheitsförderung dann?

1. Gesundheitsförderung darf mit Krankheit nichts zu tun haben. An der Stelle, wo wir vom Übel ausgehen, fehlt uns die Möglichkeit, kreativ zu denken. Deshalb sollten wir auch die WHO-Definition von Gesundheit als politische Forderung stehen lassen, aber für die praktische Umsetzung ist die Definition des Arztes Rössler besser geeignet: „Gesundheit ist nicht die

Abwesenheit von Problemen, sondern der Mut, mit ihnen umzugehen“.

2. Gesundheitsförderung darf nicht nach Lösungen rufen. Es handelt sich bei der Gesundheitsförderung bestenfalls um Versuche; um es mit einer bekannten Volksweisheit zu sagen: der Weg ist das Ziel. Das heißt, Gesundheitsförderung darf nicht versuchen, zu konkurrieren mit einer Idealisierung der Welt.



Oftmals wollen die GesundheitsförderInnen Menschen, die ohnedies große Schwierigkeiten haben, die an sie gesetzten Leistungsnormen zu verinnerlichen, auch noch klarmachen, daß sie gesund zu sein haben. Der Mißerfolg, und damit der Frust, ist programmiert. Gesundheit ist nun einmal an grundlegende Bedingungen geknüpft. Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Ver-

4.

wendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

So ist der Wahrnehmung der Aufgabe der Gesundheitsförderung eine Konzeption zugrunde zu legen, die der Bedeutung der Gesundheitsprobleme und dem veränderten Verständnis von Gesundheit entspricht. Wie sind wir nun im Gesundheitsamt Gifhorn an die Arbeit gegangen?

Wie schon oben erwähnt, sind wir auch hier viele Irrwege gegangen, die wir heute sicher anders machen würden.

1. Es ist festzuhalten, daß der öffentliche Gesundheitsdienst nicht alle Aufgaben selbst wahrnehmen kann und darf. Deshalb gilt es, zunächst eine Bestandsaufnahme zu machen, d.h. man muß möglichst alle Personen, Institutionen, die irgendwie für eine mögliche Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung in Frage kommen, aufsuchen und versuchen, mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Das heißt, es gilt erstmal, eine Bestandsaufnahme zu machen und zu ermitteln, wo ist eine Zusammenarbeit möglich, bzw. wo sind Lücken zu schließen.
2. Das Gesundheitsamt und speziell die Gesundheitsförde-

rung sollte eine Anlaufstelle sein, denn häufig wenden sich Personen mit Fragen an ihr Gesundheitsamt. Dieser Anlaufstelle kommt unserer Meinung nach eine besondere Bedeutung zu. Auch hier haben wir von anderen Gesundheitsämtern und aus der Geschichte gelernt. Es hat wenig Sinn, den ganzen Landkreis, d.h. alle Schulen, die danach fragen, mit bestimmten Filmen zu bestimmten Themen zu beglücken. Vielmehr muß ein breitgefächertes Informationsmaterial bereitgehalten werden, das sich Interessierte abrufen können bzw. zu dem sie eine persönliche Information und Auskunft erhalten, denn letztlich sind es die vielen MultiplikatorInnen, z.B. LehrerInnen, Eltern, ErzieherInnen, die die Botschaft an die Menschen bzw. an die Kinder bringen sollen.

3. Eine dritte wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es, bestimmte Projekte zu initiieren. Oftmals ist es in einer Kommune so, und dies war auch im Landkreis Gifhorn so, daß es viele Leute gibt, die an einem Thema arbeiten, aber wegen anderer hauptberuflicher Belastungen nicht dazu kommen, sich diesem Thema mehr zu widmen. Hier könnte

4.

es eine Aufgabe sein, bestimmte Projekte oder Arbeitskreise zu initiieren und sozusagen die Federführung beim Gesundheitsamt zu lassen.

4. Einen vierten wichtigen Punkt könnte man mit den Worten koordinieren, kooperieren, vernetzen überschreiben.

Es gibt oftmals eine Vielzahl von Gesundheitsanbietern und Gesundheitsangeboten. Häufig arbeiten Anbieter gleicher Inhalte nebeneinander ohne voneinander zu wissen oder sich auszutauschen. Für BürgerInnen, aber auch für Entscheidungsträger ist es immer schwieriger, einen Überblick über Anbieter und Angebote zu bekommen. Das Gesundheitsamt kann hier eine zentrale Funktion hinsichtlich der Vernetzung und Koordination einnehmen. So entstanden z.B. unter Initiative des Gesundheitsamtes die Arbeitskreise für Zahngesundheit bzw. der Arbeitskreis zur Suchtprävention. Beide Kreise haben sich gut entwickelt und mittlerweile auch eine Eigendynamik hervorgebracht. Ebenfalls existiert ein Arbeitskreis „AIDS“, der im Gesundheitsamt tagt.

5. Es kann auch notwendig sein, daß zeitweilig bestimmte Beratungsaufgaben allein vom Gesundheitsamt wahrgenommen werden müssen. Sofern die Situationsanalyse oder ein aktuelles Ereignis zu der Feststellung führt, daß zu einem bestimmten Gesundheitsthema kein Anbieter da ist und sich auch in kurzer Zeit nicht finden wird, sollte das Gesundheitsamt diese Aufgabe übernehmen. So war es zum Beispiel im Bereich AIDSprävention und der Anbietung des HIV-Antikörpertests. Parallel zu dieser Selbstwahrnehmung ist nach möglichen Kooperationspartnern Ausschau zu halten.

6. Eventuell können von einem Gesundheitsamt oder von einer Abteilung modellhafte Aufgaben wahrgenommen werden. So haben wir in Gifhorn bestimmte gesundheitspolitische und für die Kommune wichtige Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung modellhaft durchgeführt. Beispielhaft sei hier nur eine Aktion „Schulfrühstück“ sowohl in einer Grundschule als auch in Kindergärten erwähnt. Wünschenswert ist es, daß dieses Modell möglicherweise zu einem Wahrnehmen dieser Aufgaben und Tätig-

4.

keiten in anderen Schulen, aber auch an der Schule führt, in der das Modell durchgeführt worden ist. Schließlich war es ein wichtiges Ziel, unsere Abteilung Gesundheitsförderung, die innovativen Ideen und Gedanken der Gesundheitsförderung, so wie sie heute im Großteil der Literatur verstanden wird und wie ich sie kurz oben skizziert habe, möglichst vielen MultiplikatorInnen, engagierten Leuten und Gruppen nahezubringen, um sie zum Mitmachen zu gewinnen. Dies kann durch Seminare, Vorträge, Schulungen o.ä. erfolgen.

Diese Arbeit, wie ich sie in den letzten Punkten kurz geschildert habe, geschieht weitgehend unspektakulär und im Verborgenen. Deshalb ist es auch notwendig, um die breite Öffentlichkeit, aber auch Geldgeber und Vorgesetzte auf die Aufgaben aufmerksam zu machen, bestimmte Aktionen durchzuführen. Dies können Stände bei Festen, Gesundheitstage oder, wie jetzt erst neulich im Landkreis Gifhorn durchgeführt, eine Suchtwoche sein.

Zusammenfassend lassen sich zwei Thesen (abschließend) festhalten:

1. Was wir in der Gesundheitsförderung brauchen, ist eine Ethik der Eigenart. Das Wort „eigenartig“ ist bei uns ja zum Schimpfwort verkommen und dient dazu, Außenseiter zu statuieren. Den Wert von Eigenart zu erkennen und zu fördern, denn meistens sind Leute, die an einer Schule oder in einer Einrichtung arbeiten und gesundheitsförderliche Ideen haben, Außenseiter und werden oftmals belächelt. Diesen Hilfen anzubieten, ist eine wichtige Aufgabe von Gesundheitsförderung.
2. Wir brauchen Mut, und diesen Mut möchte ich allen MitarbeiterInnen in den Gesundheitsämtern wünschen. Mut zur Eigenart, zur schmerzhaften Klarheit, zum Konflikt und zum Gespräch. Denn das Gespräch ist es, was uns in diesem Geschäft erhalten bleiben muß. Das Wort ist das wahre Geschenk Gottes. Selig sind die, die reden, auch wenn sie zuviel reden, sagt Luciano de Crescenzo.

Die
„Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung im
Landkreis Bischofswerda“
als Projekt kommunaler Gesundheitsförderung
Konstanze Clemens,
Gesundheitsamt Landkreis Bischofswerda / Sachsen

4.

Kreis Bischofswerda: östlich von Dresden

Kreis: 65.000 EinwohnerInnen

Stadt: 13.000 EinwohnerInnen

Arbeitslosigkeit etwa 11 %

Gesundheitsamt: 27 MitarbeiterInnen (Stand Januar 1992)

Für die Gesundheitsförderung: eine Mitarbeiterin
tätig als Referentin für Gesundheitserziehung

Versteht man Gesundheit im Sinne der Definition der WHO als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden, so ergibt sich daraus ein Konzept der Förderung von Gesundheit, das nicht nur auf Krankheitsverhütung und personengebundene Vorbeugung ausgelegt sein kann. Gesundheitsförderung wird unter heutigen Bedingungen nur gelingen und unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Krankheitspanoramas sinnvoll sein, wenn sie vielschichtig angelegt wird und Lebens- und Umweltbedingungen einbezieht. Aus diesem Grund ergriff das Gesundheitsamt Bischofswerda die Initiative zu Gründung einer regionalen Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung. Der Begriff Gesundheitsförderung wurde gewählt, weil

sich die Arbeitsgemeinschaft nicht ausschließlich Verhaltensprävention zum Ziel setzt, sondern weil sie – zumindest ansatzweise – günstige Verhältnisse und Bedingungen für eine gesunde Lebensweise fördern soll.

Die Orientierung an kommunalen Problemlagen ist wesentliche Grundlage der Arbeit unserer Arbeitsgemeinschaft. Um allen Mitgliedern Ziele, Aufgaben und Arbeitsweise deutlich zu machen, unterbreitete das Gesundheitsamt den künftigen Mitgliedern den Vorschlag einer Satzung, der zur Gründungsversammlung am 1. Oktober 1991 lebhaft diskutiert wurde.

Schließlich konnten wir uns auf folgende Ziele und Aufgaben einigen:

4.

(1)

Die Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft (AG) ist auf die Förderung der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens der Menschen gerichtet. Die AG hat insbesondere die Aufgabe:

- die gesundheitsfördernden Bestrebungen zu koordinieren und zu intensivieren,
- bei allen Einrichtungen, Kommunen, Organisationen und Verbänden das Interesse an gesundheitserzieherischer Tätigkeit zu wecken und zu stärken,
- auf allen Gebieten der Kommunalpolitik Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen der Entscheidungen zu entwickeln und die Verantwortlichen zu veranlassen, Rechenschaft über die gesundheitlichen Folgen ihrer Tätigkeit abzulegen,
- Maßnahmen und Aktionen, die das Gesundheitsbewußtsein und die Eigenverantwortung der Bevölkerung für die Gesundheit fördern, durchzuführen.

(2)

Die AG konzentriert ihre Arbeit entsprechend den aktuellen Anforderungen im Landkreis Bischofswerda. Sie versteht Gesundheit als Möglichkeit, am Le-

ben teilhaben zu können, und setzt sich für die Förderung des sozialen Wohlbefindens und die Verbesserung der psychischen und physischen Kondition ein.

Einflußnahme auf die Kommunalpolitik zu nehmen, stellt sich als schwierige Aufgabe dar. Teilweise wird die AG hier erst im Nachhinein (evtl. nicht mehr zu ändernde) Entscheidungen bewerten können, teilweise Richtlinien vorgeben, die Gefahr laufen, von EntscheidungsträgerInnen abgelehnt zu werden. Dabei steht fest, daß es kaum möglich sein wird, zusätzliche Finanzmittel zu erschließen. Es besteht aber die Chance, vorhandene Mittel so auszugeben, daß gesundheitliche Belange dabei Vorrang haben. Trotz dieser Schwierigkeiten wurde diese Aufgabe in die Satzung aufgenommen, denn eine Gesundheitsstrategie, die Verantwortung lediglich den Einzelnen zuschreibt, halten wir für zu kurz-sichtig.

Maßnahmen und Aktionen, die das Gesundheitsbewußtsein und die Eigenverantwortung der Bevölkerung fördern, waren vorerst Aktivitäten der AG. Die möglichst breite Einbeziehung von BürgerInnen in die Vorbereitung ist dabei Voraussetzung für die Annahme der Angebote und trägt letztlich auch zu einer bedürfnisgerechten Aufbereitung der Themen bei.

4.

Gute Partner dabei sind bereits die im Kreis bestehenden Selbsthilfegruppen, die mit ihren Erfahrungen erhebliche Kompetenz einbringen. Über die Arbeitsgemeinschaft hoffen wir, die Mitarbeit von BürgerInnen erheblich zu erweitern. Bei der Organisation von Aktionen geht es darum:

- die inhaltlichen Vorbereitungen zu treffen (ReferentInnen, Vorbereitung von Aktionen, Auswahl der Mittel usw.),
- den Ort der Veranstaltung festzulegen (Erreichbarkeit, Mietkosten, evtl. Hemmschwellen, technische Voraussetzungen),
- die Finanzierung abzusichern (Träger, Spenden, Zuschüsse, Umlage auf TeilnehmerInnen),
- potentielle Zielgruppen zu erreichen (Ist die Einbeziehung in die Vorbereitung/Durchführung der Aktion möglich?),
- Öffentlichkeitsarbeit zu leisten (Plakate, Handzettel, Presse, Rundschreiben, Rundfunk),
- gegebenenfalls die Koordinierung der Aktivitäten zu sichern (der Aufwand erhöht sich mit der Zahl der einbezogenen PartnerInnen) und
- die Ergebnisse der Aktion zu werten und Schlüsse für die

Fortsetzung der Arbeit (evtl. mit bewährten PartnerInnen) zu ziehen.

Dabei unterscheiden sich:

- Aktionen, die im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft geplant werden,
- Aktionen mehrerer Mitglieder, die abgestimmt werden und
- eigene Aktionen der Mitglieder, die über die Arbeitsgemeinschaft publik gemacht bzw. unterstützt werden.

Nun zu einigen praktischen Aspekten:

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind gegenwärtig 30 Einrichtungen bzw. Einzelpersonen. Der geschäftsführende Ausschuss besteht aus sieben Mitgliedern. Zum Vorsitzenden wurde der Amtsarzt gewählt. Der Arbeit der AG liegt eine von den Mitgliedern auf der Gründungsversammlung diskutierte und angenommene Satzung zugrunde. Die AG versteht sich vorläufig als nicht eingetragener Verein. Es werden keine Mitgliedsbeiträge erhoben, sondern jedes Mitglied leistet seinen Beitrag auf freiwilliger Basis und entsprechend seiner Möglichkeiten. Mitgliederversammlungen sollen zweimal jährlich stattfinden. Die laufenden Geschäfte der AG besorgt der geschäftsführende Aus-

4.

schuß, der jährlich 4 bis 6 Beratungen durchführt.

Ein Informationsblatt und die kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt sichern den Kontakt zu den Mitgliedern. Zu verschiedenen Themenbereichen entstehen gegenwärtig konkrete Arbeitsgruppen (Öffentlichkeitsarbeit, Suchtprävention, Ernährung u.a.), die sich den speziellen Themen besonders widmen sollen.

Die Arbeit der Geschäftsstelle übernimmt das Gesundheitsamt. Dafür waren folgende Gründe ausschlaggebend:

- Förderung und Erhaltung der Gesundheit gehören zu den Hauptaufgaben des Gesundheitsamtes,
- das Gesundheitsamt besitzt Verbindungen zu allen gesundheitspolitisch relevanten Einrichtungen und ist gesetzlich zur Zusammenarbeit verpflichtet,
- es hat die personellen und organisatorischen Möglichkeiten, diese Aufgabe zu erfüllen

Maßgeblich für eine kontinuierliche, überschaubare Arbeit wird ein Jahresarbeitsplan der Arbeitsgemeinschaft sein, der sowohl Aktivitäten als auch die vorgesehene Öffentlichkeitsarbeit und gleichzeitig die Vorstellungen der Finanzierung enthalten soll.

Für die BürgerInnen wird dieser Jahresarbeitsplan in Form eines Programmes in ansprechender Form zugänglich gemacht, der neben dem „Präventionsführer“, der von einem Mitglied der AG gestaltet wird, eine Übersicht über Angebote im Territorium bietet.

Erste Erfolge gemeinsamer Arbeit wurden seit der Gründung der AG am 1. Oktober bereits spürbar. So fanden im Rahmen der Europäischen Informationswoche gegen den Krebs ein Gesprächsabend und innerhalb der Herzwoche der Deutschen Herzstiftung eine Vielzahl von Aktionen statt. Zum Thema „Sucht“ wurde ein Workshop für SchülerInnen und Jugendliche durchgeführt, an dessen Vorbereitung immerhin 12 Mitglieder der AG beteiligt waren. Die Koordination lag bei diesen Veranstaltungen beim Gesundheitsamt. Bei den Mitgliedern zeigte sich eine sehr hohe Bereitschaft zur Mitarbeit, so daß allein durch das Amt nicht zu lösende Probleme (Räume, Finanzen, technische Ausrüstung u.a.) keine Schwierigkeiten mehr bereiteten. Die Vorstellung dieser konkreten Vorhaben bereits zur Gründungsveranstaltung trug wesentlich zum Verständnis des Anliegens bei, erforderte aber bereits im Vorfeld einigen Arbeitsaufwand. Für September 1992 sind Gesundheitstage geplant. Mit einem breiten Themenangebot sollen in verschie-

denen Orten des Kreises unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden. Damit wollen wir einen Höhepunkt schaffen, der zur Aktivierung und Profilierung unserer gemeinsamen Arbeit beiträgt.

Nun zu einigen Problemfeldern, die bereits nach kurzer Zusammenarbeit deutlich wurden:

- Die finanzielle Ausstattung der Arbeitsgemeinschaft ist unzureichend. Wünschenswert wäre zumindest eine finanzielle Grundausrüstung,

gliedschaft in der AG kaum entschließen und arbeitet nur sehr zaghaf mit. Zahnärzte signalisieren dagegen stärkere Bereitschaft zur Kooperation.

Eine weitere zu berücksichtigende Rahmenbedingung stellt die gegenwärtige gesellschaftliche Umbruchsituation dar. Dabei rückt gesundheitliche Vorbeugung gegenüber anderen, elementaren Grundbedürfnissen in den Hintergrund.

Gerade auch in dieser Situation bietet die regionale Arbeitsgemein-



die eine effektive Arbeit ermöglicht.

- Die Gesundheitsberichterstattung, die eigentlich Grundlage für Entscheidungen und Effektivitätskontrolle sein müßte, erfolgt gegenwärtig nur unzureichend.
- Die Ärzteschaft kann sich zumindest zu einer festen Mit-

schaft Gesundheitsförderung die Möglichkeit, Gesundheit auf kommunaler Ebene breit angelegt, kooperativ und koordiniert zu fördern. Der Start dafür ist uns gelungen. Über den Erfolg der Arbeit werden aber erst die Kontinuität und letztlich der Gesundheitszustand und das Wohlfühlen der Bevölkerung in unserem Kreis entscheiden.

4.

Konzept und Arbeitsprogramm „Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung im westlichen Ringgebiet“

**Rainer Schubert, Gesundheitsamt Braunschweig,
Norbert Velten, braunschweiger forum e.V.,
Arbeitsgruppe Gesunde Städte**

Stadt Braunschweig: 270.000 EinwohnerInnen (geschätzt)

Arbeitslosigkeit etwa 11,5 % bis 13 %

Gesundheitsamt: knapp 100 MitarbeiterInnen

Für die Gesundheitsförderung: 1 Gesundheitspädagoge mit 40 Std. und 1 Gesundheitspädagogin mit 20 Std., 1 Zahnprophylaxehelferin mit 40 Std., eine Verwaltungskraft zur Betreuung des Medienzentrums mit 20-40 % ihrer Arbeitszeit

Zur Finanzierung stehen pro Jahr ca. 20.000 DM für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung

braunschweiger forum e.V.:

130 Mitglieder, davon ca. 30 aktiv

Gesundheits – Treffpunkt:

1 ABM, 40 Std.

1 „Hilfe zur Arbeit“-Maßnahme, 40 Std. hoher ehrenamtlicher Arbeitsanteil des Vereins

Finanzierung des Treffpunkts über einen Zeitraum von 2 Jahren mit 60.000 DM durch die Stadt Braunschweig und gleichzeitig mit finanziellen Mitteln des Niedersächsischen Sozialministeriums

Hintergrund

Das Projekt „Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung im westlichen Ringgebiet“ ist ein gemeinsames Projekt des Gesundheitsamtes der Stadt Braunschweig und des braunschweiger forums e.V.

Es wird mit städtischen Zuwendungen, Mitteln des Sozialministeriums und der Bundesanstalt für Arbeit finanziell gefördert.

Das Projekt reiht sich ein in eine Initiative des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Förderung der

Gesundheit der BürgerInnen in unseren Städten durch Vorsorgeaktivitäten sowohl des Einzelnen als auch der Gemeinschaft. Es folgt den in der „Ottawa-Charta“ der WHO formulierten Zielen der kommunalen Gesundheitsförderung.

Ziele

Ziel des Projektes ist es, unter Zugrundelegung der Grundsätze und Ziele der europäischen Regionalstrategie „Gesundheit 2000“ für das nahe der Innenstadt gelegene westliche Ringgebiet in Braunschweig

1. die spezifischen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen der BewohnerInnen des Stadtteils und die für die Gesundheit bedeutsamen städtebaulichen und infrastrukturellen Mängel des Quartiers zu ermitteln,
2. die im westlichen Ringgebiet bereits vorhandenen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und -sicherung gemeinsam mit den dort tätigen Einrichtungen, Vereinen, Selbsthilfegruppen und Initiativen weiterzuentwickeln,
3. geeignete Maßnahmen zur Schaffung gesünderer Lebensbedingungen in dem Stadtteil zu initiieren und zu koordinieren (in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen der

Stadtverwaltung, dem Stadtbezirksrat und den betroffenen BewohnerInnen).

Arbeitsstruktur

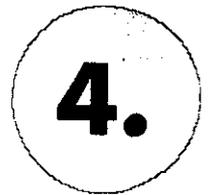
Träger des Projektes ist das braunschweiger forum, Verein zur Förderung bürgernaher Stadtplanung e.V.

Die Entwicklung und Konkretisierung des Konzeptes und der einzelnen Arbeitsschritte erfolgte in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig durch eine sich wöchentlich treffende Projektgruppe (5 Personen).

Die Arbeitsergebnisse dieser Gruppe wurden und werden in einem sich monatlich treffenden Kreis von Fachleuten und MitarbeiterInnen von Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen (AOK, Verbände/Vereine...) und BürgerInnen z.T. aus dem Wohngebiet erläutert und abgestimmt („Gesunde – Städte – Plenum“).

Wichtige Zwischenergebnisse werden den zuständigen Stellen der Stadtverwaltung und den politischen Gremien (Gesundheitsausschuß, Umweltausschuß, Sportausschuß, Bezirksrat 320) in schriftlicher Form mitgeteilt (Protokolle, Sachstandsberichte, Tagungsbände).

Im Sinne einer frühzeitigen Vernetzung sollen auch alle Vereine, Organisationen und Institutionen



4.

informiert und beteiligt werden, die schon jetzt gesundheitsbezogene Arbeit in dem Stadtviertel oder in angrenzenden Gebieten leisten.

Die Beteiligung erfolgt durch

- Einbeziehung interessierter Vereine/Organisationen in den Verteiler für die vorgenannten Zwischenergebnisse
- die Durchführung der Informationsveranstaltung zum Projektstart im November 1990
- die Bildung problemorientierter Projektarbeitsgruppen im Nachgang zu der Informationsveranstaltung, in denen auch andere interessierte Personen aus dem westlichen Ringgebiet mitarbeiten können (ab 1991).

Vorgehensweise bei der Problemanalyse

Im Rahmen der Problemanalyse sollen die subjektiven und strukturellen gesundheitlichen Bedingungen der BewohnerInnen des westlichen Ringgebietes qualifiziert und – soweit dies anhand der verfügbaren Daten möglich ist – quantifiziert werden.

Als einzelne Arbeitsschritte sind zu nennen:

1. Institutionelle Bestandsaufnahme
Durchführung einer institutionellen Bestandsaufnahme im west-

lichen Ringgebiet (Adreßbuch, Begehung); die Adressen der erfaßten Einrichtungen und Institutionen wurden mit Suchwörtern mittels EDV erfaßt und auf einem Stadtplan kartiert.

2. Sekundäranalyse

Durchsicht von Untersuchungen, die sich mit den Gesundheitsbedingungen im westlichen Ringgebiet auseinandersetzen. Einbezogen werden Arbeiten aus dem psycho-sozialen Bereich und solche, die sich mit der Umweltsituation des Stadtteils befassen (u.a. Wohnungs- und Wohnumfeldsituationen, Lärm- und Schadstoffbelastungen). Die Daten werden von den zuständigen Fachämtern der Stadt Braunschweig (Stadtplanungsamt, Umweltamt, Gesundheitsamt, Amt für Stadtentwicklung) zur Verfügung gestellt.

3. Befragung von Schlüsselpersonen

Gespräche mit „Schlüsselpersonen“ aus dem Stadtteil zur Identifizierung von subjektiven Mängeln/Problemen (Gesundheitsbedingungen, Informationsaustausch der im westlichen Ringgebiet tätigen Einrichtungen, Vereine und Personen).

4. Befragung von BewohnerInnen

Repräsentativbefragung zur Ermittlung von subjektiv erlebten Gesundheits- und Umweltpro-

blemen im westlichen Ringgebiet (zusammen mit dem Projekt Gesundheitsförderung im Kneipp-Verein Braunschweig, Frühjahr 1991)

5. Anhörung

Anhörung der im Stadtteil tätigen Vereine, Organisationen und des Stadtbezirksrats 320 zu möglichen Aktivitäten der Gesundheitsförderung im westlichen Ringgebiet, u.a. auch durch die Arbeitsgruppen bei der Informationsveranstaltung.

Im Herbst 1991 wurden die Ergebnisse einer Befragung der BewohnerInnen (1000 Befragte) zur subjektiven Einschätzung der gesundheitlichen Bedingungen im westlichen Ringgebiet veröffentlicht und den zuständigen politischen Gremien sowie den entsprechenden Stellen in der Stadtverwaltung vorgelegt.

Federführend für diese Arbeiten sind das Gesundheitsamt (psychosozialer Bereich), das braunschweiger forum e.V. (städtebaulich – strukturelle Rahmenbedingungen) und das Projekt Gesundheitsförderung im Kneipp-Verein Braunschweig e.V. (BewohnerInnenbefragung).

Vorgehensweise bei der Vernetzung

Die Vernetzung der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Einrichtungen, Vereine und Initiativen soll schrittweise erfolgen. Vorhandene „Kommunikationsstränge“ (z.B. regelmäßige Treffen einzelner Personen, Vereinszeitungen u.ä.) sind dabei in sinnvoller Weise einzubeziehen und mit dem Fortgang des „Gesunde-Städte-Projektes“ auch für „Außeninformationen“ zu nutzen.

Im einzelnen erscheinen folgende Stufen für sinnvoll:

1. Bestandsaufnahme

Im Hinblick auf laufende (und geplante) Aktivitäten der Einrichtungen, Vereine und Initiativen in den Jahren 1990 und 1991. Dies erfolgt durch persönliche Gespräche mit den jeweiligen Einrichtungen und im Rahmen der Informationsveranstaltung.

2. Kennenlernen der Akteure untereinander

Im Rahmen der Informationsveranstaltung (Möglichkeit zur Selbstdarstellung am „Schwarzen Brett“ und in den Arbeitsgruppen) und im „Gesunde-Städte-Plenum“. Im Nachgang zu der Informationsveranstal-

4.

4.

tung sollen Projektarbeitsgruppen ein vertieftes Kennenlernen ermöglichen.

3. Gemeinsame Konzipierung und Durchführung einer Stadtteilgesundheitswoche im westlichen Ringgebiet unter Beteiligung möglichst vieler Einrichtungen, Vereine und Initiativen im Spätsommer 1991. Unterstützung der Mitwirkenden durch Beratung, Überlassung von Sachmitteln (Pappen, Druck...) und gemeinsame Werbemittel. Entwicklung eines stadtteilbezogenen Logos (=Symbol für Gesundheitsförderung).
4. Veröffentlichung einer Informationsbroschüre zur Stadtteilgesundheitswoche mit Selbstdarstellung aller Mitwirkenden, dem Veranstaltungsprogramm und weiterführenden Informationen zu geplanten Aktivitäten Herbst 1991.
5. Gemeinsame Konzipierung und Durchführung einer Stadtteilgesundheitswoche im Herbst 1991 zu ausgewählten wichtigen Themen der Gesundheitsförderung im westlichen Ringgebiet (Vorbereitung durch Projektgruppe der teilnehmenden Einrichtungen/Organisationen und Vereine).

Die Aktivitäten werden dokumentiert und gemeinsam mit einer ersten Wertung des erreichten

„Vernetzungsgrades“ zu einem Zwischenbericht zusammengestellt.

In welcher Weise die Vernetzung ab 1992 weiterentwickelt wird (z.B. Herausgabe einer vierteljährlich erscheinenden Stadtteilzeitung mit besonderer Herausarbeitung gesundheitsfördernder Themen) ist nach der Vorlage des Zwischenberichts zu entscheiden.

Der Gesundheits - Treffpunkt:

Ab März 1991 eröffnete der Gesundheitstreffpunkt (Goslarsche Straße Nr. 3, Ecke Madamenweg). Er bietet direkt im Quartier der „Gesunde-Städte-Idee“ eine lokale Präsenz. Er ist gleichzeitig ein Ort der

- Seminar- und Vortragsangebote
- der Vernetzung
- der Beratung
- der Koordination
- der Kommunikation
- der Kooperation

für die allgemeine Öffentlichkeit, für Projekt- und Selbsthilfegruppen und zur Vorbereitung der Stadtteilwoche.

Der Vernetzung dient ferner die Teilnahme an Tagungen des Gesunde-Städte-Netzwerkes (z.B. Symposium 1990 in Nürnberg, 22. bis 24.10.). Die Teilnahme ist auch interessierten Personen aus den im

Quartier tätigen Einrichtungen, Organisationen und Vereinen bei einer angemessenen „finanziellen“ Eigenbeteiligung zu ermöglichen.

Eine kontinuierliche Mitarbeit in dem „Initiativkreis für gesündere Städte und Gemeinden in Niedersachsen“ erfolgt ab Jahresbeginn 1991.

Modellhafte Maßnahmen zur Schaffung gesünderer Lebensbedingungen

Die Maßnahmen zur Schaffung gesünderer Lebensbedingungen im westlichen Ringgebiet müssen sich an den im Rahmen der Problemanalyse festgestellten spezifischen Problemlagen und daran orientieren, daß sie sich mit dem begrenzten finanziellen Budget des Projektes (voraussichtlich 60.000,- DM Fördermittel in zwei Jahren zuzüglich einer ABM-Stelle) und den vorhandenen Organisationsstrukturen bei den mitwirkenden Einrichtungen, Vereinen, etc. auch erfolgreich umsetzen lassen.

Sie sollen für den Stadtteil – und möglichst auch für die Stadt Braunschweig insgesamt – modellhaften Charakter haben.

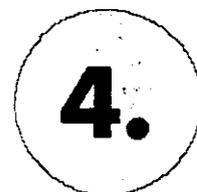
Als modellhaft sollen nicht nur neue Ideen, sondern auch neue Kooperations- und Darbietungsformen gelten (z.B. gemeinsame Aktivitäten von mehreren Einrichtun-

gen/Organisationen) sowie direkte Formen der BürgerInnenbeteiligung bei der Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen.

Um den Bezug der Maßnahmen zum „Gesunde-Städte-Projekt“ zu verdeutlichen, wird ein Logo entwickelt, das auf allen Werbemitteln und im Rahmen der Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit im westlichen Ringgebiet Verwendung findet. Das Logo kann auch von Selbsthilfegruppen, Vereinen und politischen Parteien benutzt werden, um auf ihre „Zugehörigkeit“ zum westlichen Ringgebiet und zum Projekt hinzuweisen.

Die Maßnahmen sollen möglichst viele BewohnerInnen des Modellgebietes erreichen; die Informationen über geplante Veranstaltungen/Aktionen sind daher möglichst breit und unter Nutzung verschiedenster Medien (Plakate, Handzettel, Presseveröffentlichungen, Rundfunk) zu streuen.

Den ausführenden Einrichtungen/Vereinen und Organisationen bleibt jeweils die Ausgestaltung überlassen; die Hilfen des braunschweiger forums und des Gesundheitsamtes werden sich in erster Linie auf kommunikative Vernetzung von Personen und Institutionen, auf fachliche Beratung, organisatorische Unterstützung und Sachmittelzuwendungen im Einzelfall beschränken (Hilfe zur Selbsthilfe).



4.

Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberatung

Hartmut Stulken,
Hauptgesundheitsamt Bremen

Freie Hansestadt Bremen: Stadt: 551.083 EinwohnerInnen
(Stand 1.4.91)

Hauptgesundheitsamt: 250 MitarbeiterInnen (Stand Dezember 1991)

Für die Gesundheitsförderung: 1 Arzt (Internist mit 25 % seiner Arbeitszeit), 1 Dipl. Sozialpädagoge, 1 Ökotrophologe, 1 Verwaltungs-Angestellte, zusätzlich 1 PraktikantIn für Sozialarbeit /Sozialpädagogik.

Finanzierung von Maßnahmen über einen Haushaltstitel „Gesundheitliche Aufklärung“; darüberhinaus durch ergänzende Mittel anderer Stellen; z.B. im Rahmen von Kooperationen oder durch Zuschüsse, z.B. aus Wettmitteleinkünften oder Institutionen wie Sparkasse und Rentenversicherungsträger.

Gesundheitsförderung wird auch in anderen Arbeitsschwerpunkten des Gesundheitsamtes geleistet sowie im Projekt „Gesunde Städte“, das dem HGA angegliedert ist.

Das Hauptgesundheitsamt Bremen (HGA) ist für den Bereich der Stadt Bremen zuständig und verfügt über ca. 250 Bedienstete, incl. ABM-, Projektstellen, PraktikantInnen. Von seiten der neuen Amts- und Abteilungsleitung wurde Gesundheitsförderung zu Beginn der 80er Jahre thematisiert und auf die Tagesordnung gesetzt. Die Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze in Form von konkreten Maßnahmen wurde angeregt

und unterstützt. Den Beteiligten war klar, daß in der Wahrnehmung dieses für den öffentlichen Gesundheitsdienst wichtigen Aufgabenfeldes Defizite bestanden. In diesem Zeitraum fanden auch internationale (WHO) und nationale (BZgA) Ideen und Vorstellungen zu Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verstärkt Eingang in die amtsinternen Diskussionen und Überlegungen. Allen Beteiligten war deutlich, daß insbe-

sondere im Bereich der gesundheitsfördernden Angebote und Maßnahmen durch den ÖGD in Bremen Defizite bestanden.

Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberatung

Dieses führte u.a. mit zur Einrichtung eines Arbeitsschwerpunktes Gesundheitsberatung; zunächst als Arbeitsgruppe, seit 1987 als Sachgebiet im Geschäftsverteilungsplan fest verankert. In diesem Sachgebiet fanden seit Mitte der 80er Jahre verstärkt Diskussionen über die Ziele gesundheitsfördernder Arbeit im Gesundheitsamt wie auch über geeignete Maßnahmen statt. Einige der in der Arbeitsgruppe aktiven MitarbeiterInnen haben später ausschließlich Aufgaben der Gesundheitserziehung / Gesundheitsförderung im Sachgebiet Gesundheitsberatung wahrgenommen. Generelles Ziel wurde, präventive Ansätze im HGA zu stärken und präventive Maßnahmen durch das Gesundheitsamt, auch in Kooperation mit anderen Institutionen der Kommune, zu entwickeln und zu fördern.

Für die daran anfangs beteiligten MitarbeiterInnen war zunächst keinesfalls deutlich, welche Schwerpunkte im Bereich der Aufgaben und Maßnahmen zu setzen waren. In einer ersten Phase der Experimente, auch unter Zuhilfenahme von ABM-Stellen, wurden

neue Aufgaben aufgegriffen und der Versuch einer Umsetzung unternommen. Zunächst wurden Ansätze und mögliche Kooperationspartner in der Kommune kennengelernt, auch um das zukünftige Aufgabenfeld deutlicher bestimmen zu können. In diese Phase fiel auch der Entschluß, durch Bewerbung an dem Projekt „Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst“ der BZgA teilzunehmen, in dem eine Auseinandersetzung mit Ansätzen anderer Gesundheitsämter möglich wurde und Anregungen für die eigene Arbeit aufgenommen werden konnten.

Folgende Schwerpunkte wurden gesetzt, die auch heute noch das Selbstverständnis der Gesundheitsberatung im HGA bestimmen:

- das Aufgreifen gesundheitsfördernder Aufgabenstellungen,
- die Intensivierung von Gesundheitsförderung im HGA; insbesondere in Kooperation mit anderen MitarbeiterInnen des Amtes sowie Koordinierung gemeinsamer Maßnahmen,
- das Aufgreifen von Aufgaben mit Projektcharakter,
- die Kooperation mit anderen Institutionen in der Kommune; incl. Koordination von Maßnahmen nach Bedarf.

4.

Aufgabenfelder

Im folgenden möchte ich die Aufgabenfelder im Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberatung auführen:

Förderung von gesundheitlicher Selbsthilfe (Gruppen)

- Gesundheitsberatung und Vermittlung in Selbsthilfegruppen (SHG),
- Gründungshilfen für SHG,
- Beratung bestehender Gruppen hinsichtlich der Finanzierung von Maßnahmen, ihrer Organisation und Hilfen in technischen und sonstigen Angelegenheiten,
- Stellungnahmen zu Förderanträgen,
- Zusammenarbeit im Verbund BREMER TOPF mit anderen Selbsthilfeunterstützerstellen in Bremen (Verbesserung der Infrastruktur für SHG/Entwicklung und Realisierung gemeinsamer Projekte wie SHG-Tage incl. Ausstellungen und Veranstaltungen/Erarbeitung eines Selbsthilfegruppen-Wegweisers usw.).

Ernährungsberatung

- Beratung von Personen und Institutionen zu Fragen einer gesunden Ernährung,
- Koordinierung des Arbeitskreises Ernährung zur Erhebung von

Fortbildungsbedarf für ErnährungsberaterInnen in Bremer Institutionen sowie Entwicklung geeigneter Fortbildungsmaßnahmen,

- Fachvorträge zum Themenkreis „Gesunde Ernährung“; auch in Zusammenarbeit mit Bremer Weiterbildungsträgern,
- Erarbeitung von Broschüren und anderen Publikationen wie z.B. „Immunsystem und Ernährung“ für Multiplikatorengruppen,
- Fachberatung für MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes in Fragen gesunder Ernährung,
- Erarbeitung von Stellungnahmen zu ärztlichen Begutachtungen.

Förderung des Nichtrauchens

- Beratung von Personen und Institutionen; zunehmend in Fragen einer Regelung des Rauchens am Arbeitsplatz,
- Vermittlung von Entwöhnungsangeboten,
- Kooperation mit andern Institutionen der Kommune zwecks Abstimmung und Veranstaltung von Maßnahmen,
- Durchführung von Veranstaltungen/Projekten und Veröffentlichungen (z.B. Dokumentation Regelung des Rauchens am Arbeitsplatz).

Sonstige Aufgabenfelder

Darüberhinaus wurde die Gesundheitsberatung Initiator einer Intensivierung von Gesundheitsförderung im HGA, z.B. durch Koordination gemeinsamer Veranstaltungen wie Gesundheitstagen, bei

der Entwicklung gesundheitlicher Hilfen für ZuwanderInnen (insbesondere Erstellung einer Broschüre „Gesundheitliche Hilfen in Bremen und Bremerhaven“) und in Form der Planung und Durchführung eines Projektes „Abnehmen mit Vernunft“ für türkische Frauen in Zusammenarbeit mit der BZgA.

4.

Bestandsaufnahme:

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Kommune

<p>fördernde / beeinträchtigende Umstände</p> <p>Dez. 1982. 50. Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (+)</p> <p>Unzufriedenheitspotential in bezug auf Gesundheitsförderung (+)</p> <p>Engagierte KollegInnen (+)</p> <p>Leitungswechsel (+)</p> <p>Erfahrung, daß das nebenbei nicht gehen kann (-)</p> <p>KollegInnen, die dem Amt kritisch gegenüber standen (-)</p> <p>Image des Amtes (-)</p>		<p>bisherige Aktivitäten des Amtes Bereich Gesundheitsförderung</p> <p>Geburtsvorbereitung Information</p> <p>Zahnprophylaxe</p> <p>Sexualberatung</p> <p>Gesundheitstage</p> <p>Unterricht in Säuglingspflege (Grundschule)</p>	
<p>Welche Träger der Gesundheitsförderung gibt es bisher vor Ort ?</p> <p>- Kassen - VHS - Bildungsträger</p> <p>- Wohlfahrtsverbände - Vereine und Initiativen, SHG</p> <p>- Schulen - Behindertenverbände</p> <p>Bremer Institut für Prävention und Sozialforschung</p>		<p>Medien / Öffentlichkeit Haltung der Bevölkerung zu Gesundheitsförderung</p> <p><u>Medien</u> Interesse, da gut verwertbar -> Heute mehr Anbieter, deshalb schwieriger, bei den Medien Interesse zu wecken</p> <p>großes Interesse bei Kursangeboten</p> <p>Angebote im Amt manchmal schlecht besucht - „Amts-Image“ -</p> <p>Großstadt - viel Konkurrenz -</p>	
<p>Politische Unterstützung / Einbindung für gesundheitsfördernde Maßnahmen</p> <p><u>ungünstige Bedingungen:</u> Personalabbau stand im Vordergrund</p> <p>Rückenwind durch Bundespolitik + GMK-Entschließung</p>			

Gesundheitsförderung: Ziele und Umsetzung

Bremen

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter

Welche Ziele sollen verwirklicht werden ?		Umsetzungsschritte und benötigte Ressourcen		Unterstützung Kooperationspartner	
Mit anderen in der Kommune zusammenarbeiten	Angebote im Bereich GF zu entwickeln	Arbeitskreis von interessierten MitarbeiterInnen zur Planung und Umsetzung z.B. durch -> Gesundheitstage	Gesundheits-Fahrradrallye	VHS	Sparkassen
GF-Maßnahmen anschieben	GF in die Köpfe im Amt zu bringen		Vorbereitung: 12-15 Personen	(Kassen)	Landesversicherungsanstalten
Situation der GF klären	in Kooperation tätig zu werden	Veranstaltungen im Bereich Gesundheit mit der VHS abgesprochen	Haushaltstitel "Gesundheitliche Aufklärung"	(BZgA) in der Regel keine regionale Förderung	
	Maßnahmen zu koordinieren	Kontakte -> Gesprächskreise	43.000 - 10.000 Polioschutz Werbung - 8.000 AIDS ca. 25.000		

4.

Hella Mehlhorn, Monika Dittrich, Gesundheitsamt Ilmenau / Thüringen

Kreis Ilmenau: südöstlich von Erfurt

Kreis: 68.000 EinwohnerInnen (Stand 1989)

Stadt: 29.000 EinwohnerInnen

Arbeitslosigkeit etwa 17 %, 1.000 ABM, 2.800 Umschulung (Stand 12/1991)

Gesundheitsamt: 30 MitarbeiterInnen

Für die Gesundheitsförderung: 2 Mitarbeiterinnen tätig als Gesundheitsberaterinnen / -koordinatorinnen in der Gesundheits- und Lebensberatungsstelle des Gesundheitsamtes (unterstellt dem Amtsarzt)

miteingegliedert in den Haushalt des Gesundheitsamtes

Gesundheitserziehung im Wandel

Bis 1990 gab es in der DDR ein zentral gesteuertes gesundheitliches Versorgungssystem. Dazu gehörte auch der Bereich der Gesundheitserziehung, dessen Organisationsformen zumeist in den Kreiskabinetten für Gesundheitserziehung und bezirklich durch die Bezirkskabinette für Gesundheitserziehung realisiert wurden. Die Aufgaben dieser Kabinette bestanden in der Anleitung und Befähigung der Bevölkerung zur gesundheitsfördernden Lebensweise sowie in der Koordinierung gesundheitsfördernder Aktivitäten.

Im Ilmenauer Kreiskabinett unterhielten die Autorinnen über ein Jahrzehnt vielerlei Kooperationsbeziehungen zu Betrieben, Einrich-

tungen und Organisationen und gute Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen aus unterschiedlichen Bereichen. Als ausgebildete Pädagoginnen hatten wir ein postgraduales Studium (aufgabenbezogene Qualifizierung für Gesundheitserziehung beim Deutschen Hygienemuseum) absolviert und waren damit auf die Organisierung, Aktivierung und Koordinierung der Gesundheitserziehung gut vorbereitet. In den Jahren der Praxis erwarben wir zudem durch fortwährendes Selbststudium umfangreiches medizinisches Wissen auf populärwissenschaftlichem Niveau. Wir waren und sind in der Lage, zu jedem Thema über gesundheitsfördernde Lebensweise selbst überzeugend zu referieren und Foren oder Kurse durchzuführen.

Beeinträchtigt für die Wirksamkeit der Gesundheitserziehung war der offiziell bevorzugte frontale Vortragsstil sowie die Tatsache, daß die Veranstaltungen größtenteils für geschlossene Gruppen (Schulklassen, Arbeitskollektive) organisiert wurden.

Mit der Auflösung der DDR-Strukturen durch die Abwicklung von Betrieben und Einrichtungen, durch Auflösung von Organisationen zerfielen die bisherigen Kooperationsbeziehungen. Viele Menschen litten zunehmend unter Orientierungslosigkeit. Für uns selbst entstanden natürlich viele Fragen in bezug auf unser berufliches Umfeld: Welche Strukturen gibt es auf dem Gesundheitssektor in den westlichen Bundesländern? Kann man, wird man diese einfach auf die neu zu bildenden Bundesländer übertragen? Was sind unsere bisherigen Erfahrungen wert? Wo werden wir im neuen Gesundheitssystem stehen? Wir suchten Antworten in zwei Richtungen. In der einen nutzten wir jede Gelegenheit, um mit BerufskollegInnen aus den alten Bundesländern zu sprechen, dort an Tagungen teilzunehmen und bei Beratungsstellen zu hospitieren. In der anderen Richtung bemühten wir uns, Kontakte zu unseren Kollegen in anderen Kreisen neu zu knüpfen und zu beleben. Mit jeweils einer Mitarbeiterin für Gesundheitsförderung

und Gesundheitserziehung aus jedem Gesundheitsamt des entstehenden Landes Thüringen wurde ein Arbeitskreis für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung gegründet und gegenseitige Information, Weiterbildung und Koordinierung von Aufgaben und Projekten der Gesundheitsförderung beschlossen

Gesundheitsförderung - Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes

In beiden Richtungen wurden wir in unserer Grundüberzeugung gestärkt:

Gesundheitsförderung durch gesundheitliche Aufklärung, Information und Gesundheitstraining sowie die Koordinierung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten wird auch im sich neu formierenden Öffentlichen Gesundheitsdienst zu den wichtigen Aufgaben und Pflichten gehören.

Wir versuchten, soviel Weiterbildung wie möglich zu erhalten. Besonderes Interesse hatten wir am Kennenlernen solcher Methoden, die bisher nicht bei uns praktiziert oder gar bewußt ausgegrenzt worden waren, wie z.B. Selbsthilfegruppenarbeit, Selbsterfahrungsseminare, klientenzentrierte Projektgestaltung. Auch hatten wir das Glück, ein berufsbezogenes Studi-

4.

um für Gesundheitsberatung absolvieren zu können, das auf unsere bisherigen Ausbildungen und unseren langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung aufbaute.

Während dieser ganzen Umbruchs- und Aufbauzeit betrieben wir die Neuprofilierung unserer kleinen Zwei-Frauen-Abteilung im Gesundheitsamt, der Gesundheits- und Lebensberatungsstelle (GeLeB) Ilmenau, die eine Abteilung im Gesundheitsamt des Landkreises ist, und die der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung sowie der Koordinierung gesundheitsfördernder Aktivitäten und Maßnahmen dient. Wir stellten uns wiederholt mit Aktionsständen in der Fußgängerzone vor, veröffentlichten in der Presse und brachten unser Leistungs- und Beratungsangebot mit Handzetteln und Plakaten unter die Bevölkerung. Da wir durch unsere bisherige Tätigkeit in Ilmenau einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt hatten, kamen viele BürgerInnen auf uns zu mit Fragen, mit Bitten, mit Vorschlägen.

Wir spürten, daß es in dieser turbulenten Zeit wichtig ist, hilfe- und ratsuchenden BürgerInnen einen gewissen Halt zu geben und das Selbstvertrauen zu bestärken, etwas für sich selbst tun zu können. So waren und sind wir bestrebt, ein möglichst breitgefächertes Bera-

tungsspektrum anzubieten, gleichzeitig aber auch verweisen zu können, wo man noch weitere und andere Hilfe erhalten würde. Bis sich freie Träger spezieller Beratungsaufgaben annehmen werden, wollen wir allen hilfeschendenden BürgerInnen Gesprächspartnerin für alle Themen des Lebens in Gesundheit sein.

Unsere Gesundheits- und Lebensberatungsstelle befindet sich in einem Gebäude, das noch anderen Beratungsstellen und Abteilungen des Gesundheitsamtes Platz bietet. Mit diesen Einrichtungen können wir gut (und natürlich besonders schnell) kooperieren.

Es sind

- der kinder- und jugendärztliche Dienst,
- die psychologische Sprechstunde,
- der schulzahnärztliche Dienst,
- die sozialpsychiatrische Beratungsstelle,
- die Jugendberatungsstelle des Jugendamtes und
- die sonderpädagogische Beratungsstelle für Sprach- und Hörgeschädigte des Schulamtes.

Für ratsuchende KlientInnen ist es günstig, ohne die Schwellenangst vor einem Amt zu uns direkt in die Beratung kommen zu können.

Das Gesundheitsamt und das Sozialamt sind in einem kaum 400 m entfernten Gebäude untergebracht, so daß anstehende Fragen sofort und interdisziplinär im Amt geklärt werden können.

Kooperation als Grundlage der Gesundheitsförderung

Einige andere besonders gut funktionierende Kooperationsbeziehungen seien im folgenden stichpunktartig genannt.

Frauen- und Familienzentrum

- Moderation und Vernetzung
- Unterstützung bei Veranstaltungen
- Aktivierung und Organisation von Selbsthilfegruppenarbeit
- Erstellung eines Sozialatlas'

Gleichstellungsbeauftragte beim Landratsamt

- Kreisfrauenring e.V. (Koordinierungsorgan für Frauenarbeit)
- „Frauen für Frauen“, Planung und Gestaltung eines mobilen kreislichen Beratungsprojektes
- Erstellung eines Sozialatlas'

Schulamt

- MultiplikatorInnenschulungen
- Veranstaltungen in Klassen
- Angebotskatalog mit Themen für LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen

Jugendamt

- Weiterbildungsangebote
- Erziehungsberatung

Das sich neu formierende öffentliche Leben stellte die BürgerInnen vor ein Gewirr von neuen Einrichtungen und Verantwortungsbereichen. Um Orientierungshilfe anbieten zu können, benötigen wir selbst den Überblick über die bestehenden und entstehenden psychosozialen Hilfs- und Beratungsangebote sowie über das gesamte soziale Netz im Kreis Ilmenau. So entstand in Zusammenarbeit mit der Gleichstellungsbeauftragten und des sich im Aufbau befindlichen Frauen- und Familienzentrums eine Arbeitsgruppe „Sozialatlas“. Wir setzten uns das Ziel, einen Wegweiser zusammenzustellen, in dem die in Ilmenau existierenden Beratungsstellen, Ämter mit sozialen und gesundheitsfördernden Hilfsmöglichkeiten, Vereine, Verbände, kirchlichen Kreise, Krankenkassen, Gesundheits-, Bildungs- und Sozialeinrichtungen aufgeführt sind.

Nach der Drucklegung bleiben wir die redaktionellen Koordinatorinnen für Änderungen und Ergänzungen, damit dieser Wegweiser als Hilfe für Bevölkerung und Dienststellen in Abständen aktualisiert werden kann. Die Arbeit am „Sozialatlas“ war und ist gleichzeitig ein wesentlicher Ansatz für unsere neu aufzubauenden Koordinie-

4.



rungsvorhaben. Um die neu entstandenen oder umprofilierten und die hier erstmals etablierten Anlaufstellen für BürgerInnen herauszufinden, sprechen wir die oben genannten Ämter, Vereine und Einrichtungen an. Dabei stellen wir uns gleichzeitig als die Koordinatorinnen für Gesundheitsförderung aus dem Gesundheitsamt vor. Wir

sind bemüht, unsere guten Erfahrungen mit Kooperation einem unangebrachten Konkurrenzdenken entgegenzusetzen und konstruktive Koordinierungsvorschläge einzubringen. So tragen wir dazu bei, die Grundlagen für die Vernetzung von sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung neu zu knüpfen.

Neue Ansätze der kommunalen Gesundheitsförderung unter Mitwirkung der Gesundheitsämter

4.

Frank König, Gesundheitszentrum Göttingen

Stadt Göttingen: Südniedersachsen
Kreis: 130.000 EinwohnerInnen
Stadt: 130.000 EinwohnerInnen
Arbeitslosigkeit ca. 12 %

Gesundheitszentrum: Träger: Gesundheitsselbsthilfe und Gesundheitsförderung e.V.
6 MitarbeiterInnen
Für die Gesundheitsförderung: 2,5 Stellen
1 Umweltberater, 1 Dipl.-Ingenieur Agrar, 1 Sexualpädagogin
Finanzierung aus Mitteln des Landes Niedersachsen, der Stadt Göttingen (Stand 1991) und AB-Mitteln, AOK Göttingen, Vereinsvermögen und Spenden

Geschichte und Entstehung des Projekts Gesundheitsförderung

Die Entstehung des Göttinger Gesundheitszentrums mit dem Projekt Gesundheitsförderung läßt sich in etwa auf das Jahr 1982 datieren. Befördert durch die Gesundheitstage in den 70er Jahren und kritische Diskussionen unter den Göttinger MedizinsoziologInnen über gesundheitliche Rahmenbedingungen bildet sich ein Zusammenschluß interessierter Einzelpersonen aus den Bereichen Arbeitskreis Suchtkrankenhilfe, der Erwachsenenbildung,

der Selbsthilfe und Therapie. Parallel zu der Diskussion in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsteht der Arbeitskreis Prävention mit dem Schwerpunkt gesundheitlicher Vorsorge im Bereich der Lebenswelten der Menschen.

1985/86 findet sich die endgültige Projektgruppe zur Gründung des Gesundheitszentrums zusammen. Mit PolitikerInnen, Verwaltungen, Krankenkassen, Ärztekammer, Interessenverbänden etc. werden Pläne und Vorstellungen zur Gesundheitsförderung in Göttingen

4.

diskutiert, die Idee eines Gesundheitszentrums und eines Gesundheits-Marktes konkretisieren sich in diesen Gesprächen.

1986 verhilft die Unbeherrschbarkeit der Atomkraft am Beispiel Tschernobyls der Stadt Göttingen schneller als geplant zu ihrem ersten Gesundheits-Markt. Eine ungeahnte Solidarisierungswelle innerhalb der Göttinger Gesundheits- und Umweltbewegung läßt innerhalb einer Vorbereitungszeit von nur acht Wochen einen eindrucksvollen Gesundheits-Markt mit über 40 beteiligten Einrichtungen entstehen.

Aufbauend auf diesem Erfolg führen die begonnenen Gespräche und Aktionen zu einer Etablierung des Projektes Gesundheitsförderung als treibender Kraft in der Göttinger Gesundheitsdiskussion. Unterstützt vom damaligen Sozialdezernenten und weiteren VertreterInnen aus Politik und Verwaltung entscheidet der Sozialausschuß der Stadt Göttingen 1987, dem Projekt Gesundheitsförderung – und nicht dem Gesundheitsamt – die Federführung in der kommunalen Gesundheitsförderung zu übertragen.

Im August 1987 kann schließlich mit Unterstützung der Stadt, der AOK Göttingen und Spenden von etwa 30 Betrieben das Gesundheitszentrum in der Burgstraße eröffnet werden.

Träger des Gesundheitszentrums ist der Verein Gesundheitsselbsthilfe und Gesundheitsförderung e.V. Göttingen. Die Finanzierung läuft über Eigenmittel, Zuschüsse von Stadt und Land sowie einen Anteil an ABM-Geldern. Das Gesundheitszentrum beschäftigt fünf MitarbeiterInnen, davon 2,5 für den Bereich Gesundheitsförderung, 1,5 für die Selbsthilfe sowie eine Verwaltungskraft. Darüber hinaus ist eine Geschäftsführungskraft auf Honorarbasis tätig. Die drei Säulen, auf denen das Gesundheitszentrum ruht, sind die Gesundheitsförderung (Projekt Gesundheitsförderung), die Selbsthilfeförderung (KIBIS) und die Geschäftsstelle des Initiativkreises für „Gesündere Städte“ und Gemeinden in Niedersachsen, dem Zusammenschluß von BürgerInnen und Fachleuten der Gesundheitsförderung aus Projekten, Initiativen, Verbänden, Krankenkassen, Bildungsträgern und Gesundheitsämtern auf Landesebene.

Inhaltliche Schwerpunkte der Arbeit im Gesundheitszentrum

Auf Grundlage der Ottawa-Charta der WHO von 1986 ist das Projekt Gesundheitsförderung überwiegend als Brückeninstanz in folgenden Bereichen tätig (Beispiele):

- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (Koordination)
 - Göttinger Gesundheits – Markt
 - Interessengemeinschaft Göttinger Bürgerinitiativen
 - Arbeitsgemeinschaft Kommunale Gesundheitsförderung, darin die Fachgruppen Ernährung und Schule, Bewegung und Entspannung, Betriebliche Gesundheitsförderung
 - Selbsthilfe-Forum (durch die KIBIS im Gesundheitszentrum)
 - Initiativkreis für Gesundere Städte und Gemeinden in Niedersachsen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
 - Bildungs-/ Fortbildungsangebote in der Gesundheitsförderung, der Selbsthilfe und zu gesundheitsrelevanten Themen (aktuelles Beispiel: achteilige Vortragsreihe zur ganzheitlichen Allergiebetachtung)
 - Unterstützung anderer Bildungsträger
 - Beratungs- und Informationsangebote zu allen unspezifischen gesundheitsrelevanten Fragen:
 - Chemie im Haushalt
 - Förderung von Bürgerinitiativen
 - Förderung von Selbsthilfegruppen (KIBIS)
 - Etablierung von Gesundheitszentren (überregional)
 - Vermittlung an andere Facheinrichtungen
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
 - Koordinierung des Geismarerer Freitagsmarktes (Etablierung eines Stadtteilmarktes)
 - Interessengemeinschaft Göttinger Bürgerinitiativen (aktuelles Beispiel: flächendeckende Einführung von Tempo 30 - Unterschriftenaktion, politische Initiativen)
- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
 - Initiative zum Beitritt der Stadt Göttingen zum Gesunde – Städte – Netzwerk der Bundesrepublik im Juni 1989
 - aktive Teilhabe an der kommunal- und landespolitischen Gesundheitsdiskussion durch Foren, Plenumsdiskussionen, Workshops, Tagungen etc.

4.

(Beispiele: „Ist Göttingen eine Gesunde Stadt?“, „Zwischen Koalitionsvereinbarung und Gesundheit 2000 in Niedersachsen“)

- aktive Teilhabe an örtlichen Arbeitskreisen (z.B. PSAG, AK Sozialpolitik, Regionaler Arbeitskreis für Arbeitssicherheit, Umweltforum)
- Gesundheitsdienste neu orientieren
 - der stetige Versuch, das Gesundheitsamt in die gesundheitsförderlichen Aktivitäten vor Ort einzubeziehen
 - Abstimmungsgespräche und Erfahrungsaustausch mit Sozialdezernat, Gesundheitsamt, Ärzteschaft, Krankenkassen, Universität usw.

Die Rolle der Arbeitsgemeinschaft kommunale Gesundheitsförderung

Nach vorbereitenden Gesprächen, die über ein halbes Jahr hinweg mit dem Sozialdezernat der AOK, dem Gesundheitsamt, dem Sport- und Bäderamt, der Ärztekammer, dem Kulturdezernat, dem Oberbürgermeister sowie dem Oberstadtdirektor geführt werden, gründet sich am 27.10.1988 auf In-

itiative des Projekts Gesundheitsförderung die Arbeitsgemeinschaft Kommunale Gesundheitsförderung (ArGe). Ihr Ziel ist – in einem breitest möglichen Bündnis der örtlichen Akteure aller die Gesundheit betreffenden Bereiche – die Intensivierung und die Abstimmung von Schwerpunkten und einzelnen Aktivitäten in der kommunalen Gesundheitsförderung zu erreichen.

Auf den zweimal jährlich stattfindenden Sitzungen findet der Austausch über und die Planung von örtlichen und überörtlichen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung statt (z.B. Gesunde Städte-Netzwerk, landespolitische Perspektiven). Als Arbeitsgremien gründet die ArGe zunächst die Fachgruppen „Ernährung“, „Bewegung“ und „Entspannung“, die in etwa sechswöchigem Rhythmus tagen und Aktionen zu den jeweiligen Themen vorbereiten und durchführen. Die Fachgruppe „Ernährung“ z.B. befaßt sich sehr erfolgreich mit der (vollwertigen) SchülerInnenverpflegung (Mensaessen, Schulkiosk). Ebenso wird das Gesundheits-Markt-Plenum als eine Fachgruppe der ArGe angesehen. Jüngste Einrichtung der ArGe ist die Fachgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“.

Von den bei der Gründung 1988 gesetzten Aufgaben und Zielen hat die ArGe bisher eher wenig er-

reicht, da z.B. die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeitet, bislang nicht erfaßt sind (Gesundheitsberichterstattung), aber allein die Tatsache ihrer Existenz schafft Voraussetzungen, die die Umsetzung der Aktionsstrategien der WHO erleichtern.

Fazit und Thesen

Aufgrund der örtlichen aber auch der allgemeinen Erfahrungen ist eine Anbindung der KoordinatorInnenstelle für kommunale Gesundheitsförderung an ein Gesundheitsamt äußerst kritisch zu bewerten. Allein aufgrund der Struktur der Einheitsverwaltung sind die Gesundheitsämter



und damit die KoordinatorInnen an Beschlüsse der Amtsleitungen, der DezernentInnen, der DezernentInnen-Konferenz und der OberstadtdirektorInnen gebunden. Äußerungen und Aktivitäten müssen immer mit diesen Beschlüssen abgestimmt sein. Dies bedeutet eine immense Einschränkung von Spontaneität und flexiblem Agieren und Reagieren. Es birgt auch einen Mangel an Glaubwürdigkeit gegenüber BürgerInnen, Initiativen, Projekten etc. in sich; schließlich ist Verwaltung (shandeln) – und das schließt die Gesundheitsämter ein – ein wesentliches Ziel der Kritik aus der Be-

völkerung. Bestärkt wird diese Erfahrung durch den jüngsten Zwischenbericht der WHO über die Gesunde Städte-Aktivitäten, in dem - zwar sehr verhalten - festgestellt wird, daß überall dort, wo die Koordination an Gesundheitsämter angebunden ist, am wenigsten geschehen ist.

Gesundheitsförderung ist ein politischer Auftrag und bedarf daher

der AkteurInnen und besonders der KoordinatorInnen, deren Aktivitäten und persönliches Engagement nicht von vornherein durch Einheitsstrukturen (wie z.B. in öffentlichen Verwaltungen) und Partikularinteressen von Dezernaten und Ämtern limitiert sind.

Veränderungen durch die Gesundheitsförderung können nur „von unten“ wachsen und nicht „von oben“ verordnet werden. Deshalb ist sie auf die aktive Teilhabe von BürgerInnen angewiesen und auf vielfältige und starke KooperationspartnerInnen, denen gegenü-

4.

ber die KoordinatorInnen sich durch Glaubwürdigkeit, anwaltschaftliches Eintreten für BürgerInneninteressen, Konfliktfähigkeit, hohe Frustrationstoleranz und persönliches Engagement auszeichnen müssen, die keinen „Dienstweg“ einhalten müssen und die unabhängig von Verwaltungsinteressen handeln können und ausschließlich den Zielen der Gesundheitsförderung verpflichtet sind.

Die Göttinger Gesundheitsförderung ist aus eben diesen Gründen seit 1987 auch aus politischen Gremien heraus ganz bewußt bei einem freien Träger angesiedelt. Am roten Faden, der sich seitdem

durch die kommunale Gesundheitsförderung in Göttingen zieht, lassen sich die persönliche Betroffenheit, das Engagement und eine hohe Frustrationstoleranz der AkteurInnen im Gesundheitszentrum aufreihen. Ihre Wurzeln liegen in einer Politisierungsphase, einer Kritikphase, einer Bewußtwerdungsphase und dem Marsch durch die oder eher neben den Institutionen mit dem Ziel, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Interesse der Gesundheit zu verändern und der Gesellschaft ein menschlicheres Antlitz zu geben.

Bestandsaufnahme:

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Kommune

Göttingen

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter

<p>fördernde / beeinträchtigende Umstände</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>aufgeschlossene Dezernentin</u> (+)</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Verkehr</u> (-)</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Naturkostladen</u> (+)</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Angst vor Radioaktivität</u> (-)</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>viele Initiativen in diesem Bereich</u> (+)</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p><u>keine unbelasteten Lebensmittel</u> (-)</p> </div> </div>	<p>bisherige Aktivitäten des Amtes Bereich Gesundheitsförderung</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Leitung des GA: bis 1989 keine Aktivität ab 1989 wenig Kooperation</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>GA: <u>AIDS-Fachkraft sehr kooperativ!</u></p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>GA: <u>Jugendzahnärztlicher Dienst sehr kooperativ!</u></p> </div> </div>
<p>Welche Träger der Gesundheitsförderung gibt es bisher vor Ort?</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Umweltforum</u></p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Interessengemeinschaft der Bürgerinitiativen Verkehr</u></p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p><u>Selbsthilfeforum</u></p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p><u>Gesundheitsmarkt Plenum</u></p> </div> </div>	<p>Medien / Öffentlichkeit Haltung der Bevölkerung zu Gesundheitsförderung</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>bisher <u>zu wenig Öffentlichkeitsarbeit</u></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>Gesundheitsförderung für <u>Presse zu kompliziert</u></p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>-> daher Bevölkerung <u>zu wenig Wissen</u> über Gesundheitsförderung</p> </div> </div>
<p>Politische Unterstützung / Einbindung für gesundheitsfördernde Maßnahmen</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>Parteien und Politikern ist Gesundheitsförderung <u>fremd</u></p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p><u>Sozialdezernentin (+)</u> (s.o.)</p> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p><u>demokratische Willensbildung</u> wichtig</p> </div> </div>	

Gesundheitsförderung: Ziele und Umsetzung

Welche Ziele sollen verwirklicht werden ?	Umsetzungsschritte und benötigte Ressourcen	Unterstützung Kooperationspartner
<p>Beratung zur Selbsthilfe</p> <p>vermitteln vernetzen</p>	<p><u>Öffentlichkeitsarbeit</u></p> <p><u>Ernährungsberatung</u> an Schulen</p>	<p><u>DezernentIn</u></p> <p><u>Fortbildung</u></p>
<p>Gesundheit der BürgerInnen verbessern</p> <p>Ernährung der Kinder verbessern</p>	<p><u>Koordination</u> zwischen Institutionen durch das GA</p> <p><u>Arbeitsgruppen</u> mit Lehrern</p>	<p><u>LandrätIn!</u></p> <p><u>Lieferanten</u> gesunder Nahrungsmittel</p>
<p>ökologischer Gesundheitsschutz</p> <p>Sexualpädagogik Sexualaufklärung</p>	<p><u>Arbeitskreis</u> Gesundheitspädagogik</p> <p><u>geeignete Räume</u> z.B. für Selbsthilfe-Gruppen</p>	<p><u>Arbeitsleitung!</u></p> <p><u>freie Träger</u></p>
	<p><u>Vernetzung</u> mit anderen Akteuren</p> <p>woher kommt das <u>Geld?</u></p>	<p><u>Schulerziehung</u></p>
	<p><u>Aktionswoche</u> Selbsthilfe</p> <p><u>Kenntnisse</u> und <u>Wissen</u></p>	<p><u>Kultusministerium</u></p>
	<p><u>Personal</u></p>	

Projekt „Gesundheitspräventiv-Aktion - Neuruppin lebt gesund“

Christel Witt,

Gesundheitsamt Neuruppin / Brandenburg

- Kreis Neuruppin: nordwestlich von Berlin
Kreis: 64.600 EinwohnerInnen
Stadt: 27.200 EinwohnerInnen
Arbeitslosigkeit: 12,2 %
- Gesundheitsamt: 55 MitarbeiterInnen, davon beschäftigen sich 10 MitarbeiterInnen im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Gesundheitsförderung
- Für die Gesundheitsförderung: 1 MitarbeiterIn ist hauptamtlich als SachbearbeiterIn für Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung eingestellt (unterstellt dem Sachgebietsleiter für Medizinalaufsicht)
- Finanzierung von Maßnahmen aus Mitteln für die Öffentlichkeitsarbeit, über die das Gesundheitsamt verfügt.

Der erste Neuruppiner Gesundheitstag fand am 21. September 1991 von 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr in und um das Gesundheitsamt statt.

Initiator dieser Veranstaltung war ein niedergelassener praktischer Arzt, der diese „Idee“ im Zuge einer engen Kooperation mit Ärzten aus den Altbundesländern, insbesondere aus der Stadt Peine, übernahm.

Daraus entwickelte sich eine Gemeinschaftsaktion zwischen ihm, der Stadtverwaltung (Trägerschaft) und dem Gesundheitsamt.

Zum „Tag der offenen Tür“ präsentierte sich das Gesundheitsamt mit allen Sachgebieten:

- Amtsärztlicher/
Vertrauensärztlicher Dienst
- Jugendärztlicher Dienst (u.a. Psychologische Beratungsstelle)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Zahnärztlicher Dienst
- Beratungsstellen für nachgehende Krankenfürsorge (Onkologie, DiabetikerInnen-/ Ernährungsberatung, Schwangerenberatung, Lungenfürsorge)
- Beratungsstelle für Körperbehinderte

4.

4.

- Beratungsstelle über Geschlechtskrankheiten / AIDS-Beratung
- Sachgebiet Umwelthygiene / Seuchenschutz / Gesundheitsschutz
- Physiotherapie
- Labor
- Verwaltung

Das Leistungsangebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde vorgestellt.

Diese Aktion richtete sich hauptsächlich an die Bevölkerung im Sinne einer fachgerechten Beratung, Aufklärung und Information zu allen Gesundheitsthemen.

Das umfangreiche Netz von Beratungsstellen im Gesundheitsamt war und ist auch weiterhin eine wesentliche Unterstützung für die BürgerInneninformation. Die Räumlichkeiten und Flure wurden so hergerichtet, daß sich jede vor Ort über die Ziele und Möglichkeiten der Betreuung und Beratung informieren konnte. Dazu waren alle MitarbeiterInnen im Hause kompetente GesprächspartnerInnen.

Viele Hinweisschilder in der Stadt und die angekündigten Video-Filmvorführungen waren eine geeignete Methode, um auch die Jugendlichen zu motivieren, das Gesundheitsamt am Tag der offenen Tür kennenzulernen.

Über die Kinderwagenrampe der

ehemaligen Kinderarztpraxis und durch den Lift war auch der Zugang für Behinderte gegeben.

Die Firma Boehringer-Mannheim, Analyt GmbH Wolfen, baute im Haus Reflotron-Geräte zur Bestimmung verschiedener Blutparameter (Blutzucker, Cholesterin, Triglyaride, Harnsäure) auf und führte Blutdruckmessungen durch.

Blutdruckkontrollen waren ohnehin der Mittelpunkt der Vorsorge-Aktion. Besonders häufig wurde dies von den Älteren in Anspruch genommen. So blieben ausführende Beratungen bei Abweichungen vom Normalwert nicht aus. Aber auch die Informationsstände der Krankenkassen boten diese Leistung an. Weitere Anbieter und mögliche Kooperationspartner für die kommunale Gesundheitsförderung präsentierten sich mit ihren Ständen und Aktionen vor dem Gesundheitsamt:

- Krankenkassen, wie AOK, DAK, BARMER, IKK, Kaufm. Krankenkasse
- Rentenvorsorge-Vermittlung (RVV)
- Hilfsorganisationen, wie DRK, ASB, VS, Sozialstation
- Verband der Kriegsopfer und Hinterbliebenen
- Diakonie
- Guttempler-Orden

4.

- Suchtberatungsstelle der Suchtklinik Neuruppin
- Deutsche Herzstiftung
- Deutsche Rheuma-Liga
- Pharma-Industrie:
 - Fa. Schwarz-Pharma
 - Fa. Janssen
 - Fa. Minden
- Blutspendedienst
- 2 Optiker
- Bandagisten

Es wurden den interessierten BürgerInnen kostenlose Leistungen ermöglicht wie z.B.:

- Beratung und Gesundheits-Check-Up
- Seh- und Hörtests
- Blutuntersuchungen
- Lungenfunktionstest
- Grippeimpfung
- Rettungsdienst im Einsatz

Auch das Umfeld des Gesundheitsamtes konnte in die Aktion miteinbezogen werden: Das Gesundheitsamt stellte sich so als Partner der unterschiedlichsten Einrichtungen in der Kommune den BürgerInnen vor.

In einer Kindertagesstätte, die direkt an das Gelände grenzt, wurden die Räume funktionell zu einem Blutspendedienst umgerüstet.

Der Spielplatz der KiTa bot ein buntes Bild des fröhlichen Beisammenseins. Während sich die Mütter und Väter gesundheitlich beraten

ließen, konnten die Kleinen bei Sport und Spiel Preise erhalten.

Aber auch das leibliche Wohl kam nicht zu kurz. Immerhin waren 2 Imbißwagen und ein Fleischer mit Grill vor Ort.

Im Sinne einer gesunden Lebensweise wurden selbstverständlich an diesem Tag kein Alkohol und keine Zigaretten verkauft. Ganz im Gegenteil, ein Beitrag zur vernünftigen Ernährung wurde durch frische Rohkostsalate und gesunde Fleischprodukte (u.a. Putenspieße, Hähnchenkeulen) geleistet. Sogar die DiabetikerInnen kamen auf ihre Kosten.

Die Unterstützung der Verwaltungsspitze und der Ministerien konnte ebenfalls für diese Aktion gewonnen werden. So fand ein weiterer Höhepunkt im Beisein des amtierenden Dezernenten für Gesundheit und Soziales der Kreisverwaltung statt: der Amtsarzt, Dr. Münchow, pflanzte als symbolische Aktion einen Baum, der „Gesundheitslinde“ getauft wurde.

Der Verkehrsminister des Landes Brandenburg, Jochen Wolf, gab in einem Interview Ausführungen zur Verkehrssituation und zum Tourismus in der Stadt und Umgebung.

Begleitende Öffentlichkeitsarbeit wurde dadurch gewährleistet, daß der Landesrundfunksender „Antenne Brandenburg“ und das

4.

Landesfernsehen „Schaufenster Brandenburg“ einen Einblick in das Medienspektakel „Neuruppin lebt gesund“ gaben.

Die Zusammenarbeit mit der märkischen Presse war zwar gegeben, muß in Zukunft jedoch besser werden.

Insgesamt gilt es, allen AnbieterInnen bzw. DarstellerInnen Dank

zu sagen, daß diese Präventiv-Aktion zu einem Erfolg wurde. Das sehr angenehme Spätsommerwetter trug ebenfalls dazu bei.

Alle waren sich einig: So ein bedeutendes Ereignis mit Volksfestcharakter wird sich regelmäßig wiederholen. Und bis zum nächsten Gesundheitstag ist es nicht mehr lang.

Gesundheitsamt Kreisverwaltung Fürstenwalde / Brandenburg

Ilse Gruse

4.

Kreis Fürstenwalde: südöstlich von Berlin
Kreis 101.412 EinwohnerInnen (Stand April 1991)
Stadt 34.323 EinwohnerInnen (Stand April 1991)
Arbeitslosigkeit etwa 17 %

Gesundheitsamt: 43 MitarbeiterInnen (Stand Januar 1992)
Für die Gesundheitsförderung: eine Mitarbeiterin
tätig als Gesundheitspädagogin mit etwa 80 % der
Arbeitszeit (unterstellt dem Sachgebietsleiter für
Gesundheitsfürsorge)
Finanzierung von Maßnahmen für die Gesund-
heitsförderung aus Mitteln für Öffentlichkeitsar-
beit, über die das Gesundheitsamt verfügt.

Bisherige bzw. laufende Projekte des Gesund- heitsamtes

(Reihenfolge bedeutet keine Wer-
tung)

- Suchtprävention in den Schulen
- Sexualaufklärung in den Schulen
- AIDS-Aufklärung Jugendlicher
(auch AsylbewerberInnen)
- Herzwoche 1991
- Beteiligung am Kinderfest der
Behindertenselbsthilfegruppen
im Rahmen des Parkfestes der
Stadt
- Unterstützung der Fürstenwalder
Informations- und Kontaktstelle
für Selbsthilfegruppen, insbe-

sondere der Selbsthilfegruppe
„Leben ohne Sucht“

- Mitarbeit im e.V. „Frauen helfen
Frauen“
- Sorgentelefon „Für jeden, der
nicht weiterweiß“
- Erste-Hilfe-Kurs für Eltern
- Umweltberatung (im Aufbau)
- Mitarbeit im Pneumobil
- Erarbeitung eines Informations-
teils über alle Angebote im Rah-
men der medizinischen und so-
zialen Hilfe im Kreisgebiet für
eine Broschüre, die an alle
Haushalte gehen wird (vom Not-
ruf bis zur Selbsthilfegruppe).

Voraussetzung für diese Projek-
te sind Angebote des Gesundheits-

4.

amtes an Einrichtungen, Gruppen oder Personen, Kooperationen zwischen den Beteiligten und Koordination der Aufgaben. Zum Teil werden Verbindungen unter den Projekten genutzt, um eine höhere Wirksamkeit zu erreichen (z.B. Sexualerziehung - AIDS - Sucht - Sorgentelefon)

Der Umfang der Angebote schließt die alleinige Realisierung durch die dafür eingesetzte Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes aus; es ist eine Teamarbeit notwendig. Das Zusammenarbeiten, Unterstützen (Presse, Druck, Video, Filme, Beschaffung von Informationsmaterial u.a.) und Organisieren ist neben den konkret durchzuführenden Maßnahmen für sie eine Pflichtaufgabe.

Vorstellung des Projektes „Suchtprävention in den Schulen“

Begründung für dieses Projekt

- Suchtproblematik im Bereich Rand-Berlin kann in kürzerer Zeit eine noch größere Aktualität besitzen, Jugendliche sind dann besonders gefährdet
- leichter Zugang zu legalen Drogen
- in bezug auf die Gefährdung durch Drogen und Alkohol steht das Land Brandenburg an zweiter Stelle nach Berlin

Inhaltliche Zielsetzung und Umsetzung

1. Fortbildung der KontaktlehrerInnen

Die Befähigung der KontaktlehrerInnen zur Suchtprävention wird als Schwerpunkt angesehen. Im Schuljahr 1990/91 wurde deshalb mit einer Fortbildung für KontaktlehrerInnen begonnen, die sich mit fachlichen Inhalten der Suchtproblematik befaßte. Dazu wurde vom ehemaligen Fachberater für Biologie in Auswertung einer Fortbildung ein Einführungsvortrag gehalten. Daran schloß sich eine Diskussion der KontaktlehrerInnen mit der anwesenden Ärztin, Psychologin und SozialarbeiterInnen der Suchtberatung aus dem Gesundheitsamt an. Probleme aus den Schulen (anonym) wurden angesprochen. Angebote, bestehend aus Informationsmaterial für die Arbeit in den Schulen von der BZgA, Synanon und dem Weißen Ring ergänzten die Fortbildung.

Aus diesen Veranstaltungen entstand der Wunsch nach Fortbildungen auf psychosozialem Gebiet, die die KontaktlehrerInnen für die Arbeit mit den SchülerInnen im Rahmen der Suchtprävention schulen.

Deshalb wird in diesem Schuljahr die Fortbildung in zwei Gruppen von PsychologInnen und einer Fachärztin für Psychotherapie des Gesundheitsamtes nach dem Lern-

programm von Schwäbisch/Siems, das einen größeren Anteil an Selbsterfahrung einschließt, durchgeführt. Die Fortsetzung der Fortbildung ist im Schuljahr 1992/93 als Balintarbeit geplant.

2. Alle Schulen haben das Angebot erhalten, daß PsychologInnen und SozialarbeiterInnen des Gesundheitsamtes an der Aufklärung der SchülerInnen mitwirken. Dieses Angebot wird genutzt. Der Einsatz von Videos in der Verbindung mit Vortrag und Gespräch hat sich bewährt.

3. An das Gesundheitsamt wurde durch den Grafiker Markus Lau das Projekt „Liebe und Sucht“ herangetragen.

Auf Initiative des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Schul- und Jugendamt wurde am Rüdersdorfer Gymnasium eine Projektwoche durchgeführt und alle Schulen im Ort einbezogen. Von den KontaktlehrerInnen im Kreisgebiet und den SozialarbeiterInnen wurde ein Abend genutzt, um sich mit dem Projekt bekannt zu machen.

Angrenzende Arbeitsgebiete/Projekte, die die „Suchtprävention in den Schulen“ unterstützen

- Alle Betroffenen, Angehörige von Betroffenen, Gefährdete und Gesunde können sich in den Be-

ratungsstellen für Suchtkranke des Gesundheitsamtes beraten lassen.

- Gründung von Selbsthilfegruppen von Betroffenen sowie deren Angehörigen wird angeregt.
- Alle können Mitglied im „Leben ohne Sucht“ e.V. werden.
- Allen steht der „Saftladen“ als Treffpunkt offen.
- Der Arbeitskreis „Sucht“ widmet sich auch den Problemen Jugendlicher.
- Die Presse wird genutzt, um Informationen der Beratungsstellen für Suchtkranke zu vermitteln und zur Suchtproblematik Stellung zu nehmen.
- Das Sorgentelefon „Für jeden, der nicht weiter-weiß“ steht allen BürgerInnen, unabhängig vom Alter, der sozialen Stellung, den Problemen, täglich von 18.00 bis 22.00 Uhr für Anrufe zur Verfügung (anonym). Nach einer Vorbereitungsphase von etwa einem dreiviertel Jahr steht es seit dem 23. September 1991 in der Trägerschaft des Gesundheitsamtes. Zur Vorbereitung gehörte die Einrichtung eines Anschlusses, ein Raum, die personelle Sicherstellung der Dienste, die finanzielle Absicherung durch das Gesundheitsamt, die Erstellung einer ausführlichen Informationsmappe, die Vorbereitung auf die erforderliche Do-

4.

kumentation, die Beschaffung von Haus- und Dienstraumschlüsseln für alle, die Einweisung in den Dienst vor Ort.

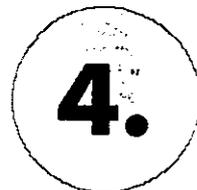
Die Dienste werden von einigen MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes, von PsychologInnen und ÄrztInnen freier Niederlassung sowie ambulanter und stationärer Einrichtungen, PfarrerInnen und DiakonInnen, SozialarbeiterInnen freier Träger durchgeführt. Die tägliche Besetzung der Dienste erfordert von den zuständigen MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes ständige Aufmerksamkeit, da die Kommunikation durch die Streuung der Mitwirkenden auf das gesamte Kreisgebiet stark eingengt ist. Die Information der Bevölkerung über dieses Angebot erfolgte und erfolgt über Artikel in der Presse, die wöchentliche Veröffentlichung der Telefonnummer in der Tageszeitung sowie durch Pla-

kate. Leider sind nicht alle öffentlichen Einrichtungen bereit, diese Plakate auszuhängen. Auch konnte bisher kein positiver Bescheid für die kostenfreie Bekanntgabe der Telefonnummer in den öffentlichen Telefonzellen erreicht werden. Die Bemühungen werden fortgesetzt. Da das „Sorgentelefon“ allen BürgerInnen zur Verfügung steht, können wir erwarten, daß auch Jugendliche mit persönlichen Problemen aus dem Suchtbereich an uns herantreten.

Das Gesundheitsamt Fürstentum Walde nimmt mit den genannten Projekten sowie mit den Arbeitsaufgaben in Beratungsstellen die Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahr und ist bemüht, mit anderen Bereichen auf diesem Gebiet zu kooperieren und die Zusammenarbeit zu fördern.

Vernetzte Gesundheitsförderung in Jena

Marion Schumacher,
Gesundheitsamt Jena Stadt / Thüringen



- Stadt Jena: östlich von Weimar an der A4
Stadt: 108.000 EinwohnerInnen
Arbeitslosigkeit etwa 13 % (Stand Januar 1992)
- Gesundheitsamt: ca. 65 MitarbeiterInnen
Für die Gesundheitsförderung: zwei Mitarbeiterinnen und eine ABM-Kraft (eigener Arbeitsbereich im Gesundheitsamt)
Finanzierung vorrangig aus Mitteln des Gesundheitsamtes und zunehmend mit Fördermitteln des Landes

Anfang 1989 bin ich nach anderweitigen praktischen Berufserfahrungen völlig neu in den Bereich der Gesundheitsförderung eingestiegen und brauchte als ausgebildete Psychologin ca. 6 bis 8 Monate, um die inhaltliche, methodische und praktische Gesamtheit erkennen und annehmen zu können. Dazu gehörte auch, meine eigenen Grenzen festzulegen.

Auf der Grundlage der dialektischen Ausbildung füllte sich mein Arbeitszimmer zusehends mit Arbeitstafeln und Wandzeitungen. Über den Weg der WHO-Definition von Gesundheit, den objektiven und subjektiven Bedingungsfaktoren für Gesundheitserleben habe ich mir systematisch die Aufgaben und Anforderungen an die Gesundheitsförderung erarbei-

tet, bis sie für mich selbst theoretisch verständlich und annehmbar waren.

Erste praktische Erfahrungen

Parallel zu diesem Erkenntnisprozeß sammelte ich meine ersten praktischen Umsetzungserfahrungen, erst noch im politischen System der DDR, dann im Freiraum der Wende.

Einzelaktionen, Veranstaltungen, möglichst politisch motiviert, fanden in der ehemaligen DDR Unterstützung und viele PflichtteilnehmerInnen. Erste Versuche effektiver Veränderungen wurden auf der untersten Leitungsebene gestoppt bzw. so verfälscht, daß mein angestrebtes Ziel nicht mehr erkennbar geschweige denn er-

4.

reichbar war. Das „Kreiskomitee für Gesundheitserziehung“ - eine staatlich verordnete Arbeitsgruppe auf kommunaler Ebene - hatte zwar in seiner Zielsetzung der territorialen Kooperation einen guten Kern, funktionierte jedoch leider nicht so. Die Sitzungen wurden zur Selbstdarstellung dominanter TeilnehmerInnen mißbraucht oder brachten Dialogmöglichkeit zwischen wenigen engagierten PartnerInnen.

Dieses Arbeitsgremium brach in Folge der Wende auseinander, Bereiche und Einrichtungen wurden umstrukturiert, Leute entlassen. Existentielle Aufgaben verdrängten den Gesundheitsgedanken und plötzlich fühlte ich mich völlig allein mit meinem inzwischen verinnerlichten Anliegen der Gesundheitsförderung.

Neuorientierung nach der Wende

Aus den Erkenntnissen und Erfahrungen ergaben sich zu diesem Zeitpunkt folgende Schlußfolgerungen:

1. Das Arbeitsgebiet der Gesundheitsförderung ist wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und es muß mein Ziel als Verantwortliche in der Stadt sein, notwendige Strukturen zu erhalten bzw. aufzubauen.

2. Um den neuen unbekanntenen Anforderungen des absehbaren Beitritts zur BRD gerecht werden zu können, muß ich mir Informationen aus den Altbundesländern besorgen und Kontakte knüpfen.

3. Eine Vernetzung der Gesundheitsförderung sowohl in der Stadt als auch im Rahmen der wiederentstehenden Länderstruktur ist für eine effektive Wirksamkeit unabdingbar.

Die erste Hälfte des Jahres 1990 war dementsprechend gekennzeichnet durch Informationsreisen in die alten Bundesländer.

Parallel dazu entstanden Verbindungen zu den Verantwortlichen für Gesundheitsförderung in anderen Städten und Kreisen Thüringens und des Ministeriums. Hier fand ich Verbündete mit gleichen Erfahrungen, Überlegungen und Zielen, und eine bis heute sehr fruchtbare Zusammenarbeit begann, die uns gemeinsam über viele Probleme und Schwierigkeiten hinweggeholfen hat.

Gesundheitsförderung - Was soll sie? Was kann sie?

Bisher praktizierte Formen der Prävention beschränkten sich weitgehend auf das Durchsetzen vorgegebener Normen zur Verringerung der Erkrankungsrisiken, z.B. Rau-

cherentwöhnung, gesunde Ernährung, Fitneßtraining, Streßbewältigung. Diese Einflußnahme erfolgte ausschließlich über das subjektive Verhalten des Individuums. Oft blieb sie gar bei der reinen Wissensvermittlung stecken und schaffte weder eine verinnerlichte Motivation zur gesundheitsfördernden Lebensweise noch ein Erlernen oder gar Stabilisieren neuen Verhaltens. Hier liegen auch die Ursachen ihres geringen Erfolgs. Zudem wurden die individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Ziele der Betroffenen zu wenig berücksichtigt.

Ein notwendiges biologisch-psychosozial-ökologisches Modell bezieht die aktive Gestaltung der Umweltfaktoren in die präventive Gesundheitsarbeit ein. Hierzu ist die vernetzte Arbeit unterschiedlichster kommunaler Organisationen und Einrichtungen unabdinglich. Neben notwendigen Bedingungsanalysen im Lebensumfeld sind vernetzte Arbeitsgruppen und Projektgruppen mögliche Formen gemeinsamer Verbesserungen. Aber auch die Unterstützung von BürgerInnenbewegungen, die Mitsprache bei Stadt- und Verkehrsplanungsprojekten unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten und die Orientierung aller Kommunalverantwortlichen auf den Aspekt der Gesundheitsförderung sind notwendig. In diesem ganz-

heitlichen Sinne kann präventive Arbeit nicht nur Aufgabe der Gesundheitseinrichtungen sein, sondern nur in einer übergreifenden Zusammenarbeit gestaltet werden. Die hoheitliche Steuerung dieses Prozesses sollte am Gesundheitsamt erfolgen. In diesem Sinne geht die Aufgabe der verantwortlichen GesundheitsberaterInnen weit über die individuelle Betreuung betroffener Einzelpersonen, die Aufklärung einzelner Zielgruppen und die Vermittlung spezifischer Verhaltensweisen hinaus.

Jenaer Arbeitskreis für Gesundheitsförderung

Neben der immer wieder gestellten Forderung nach Vernetzung der Gesundheitsförderung weit über das öffentliche Gesundheitswesen hinaus in alle Lebens- und Politikbereiche bekräftigte mich bei diesem Projekt des Aufbaus eines Jenaer Arbeitskreises für Gesundheitsförderung der Gedanke, daß das inzwischen vielfach erlebte altbundesdeutsche Konkurrenzdenken in den Köpfen der ehemaligen DDR-BürgerInnen zum Glück noch nicht so verfestigt ist und andererseits kooperatives Verhalten in der Vergangenheit durchaus praktiziert wurde. Diesen Vorsprung wollte ich bewußt ausnutzen.

Eine erste Einladungsrunde zur Arbeitsgruppe ging neben der Ver-

4.

öffentlichung in der Presse an über 20 Einrichtungen (Kassen, freie Träger, Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen, Ämter und Amtsbe- reiche).

Zunächst war der Zuspruch nur gering, fünf bis sieben TeilnehmerInnen tauschten Informationen über ihre Einrichtungen und die vorhandenen Hilfsangebote aus.

Bei der dritten Zusammenkunft kam es mit einem TeilnehmerInnenkreis von ca. 20 zu einer von mir bewußt provozierten Diskussion über die Erwartungen und Ziele dieser Arbeitsgruppe. Das hatte auch zur Folge, daß einzelne TeilnehmerInnen diese Ausein- setzung nicht bis zu Ende mit- trugen. Trotzdem konnten am Ende der Sitzung folgende Ziele formu- liert werden:

1. Wir sind ein Gremium zum ständigen gegenseitigen Infor- mationsaustausch über ge- sundheitsfördernde Angebote und Aktionen in unserer Stadt.
2. Bei größeren Projekten wird über die Arbeitsgruppe eine weitreichende Mitarbeit gesi- chert und nach Bedarf koordi- niert.
3. Alle TeilnehmerInnen bringen sich gleichberechtigt und koo- perativ in die Arbeitsgruppe ein.

Schon die nächsten Sitzungen zeigten, daß dieses Konzept tragfä-

hig, wenn auch noch nicht ausge- reift war.

Der TeilnehmerInnenkreis stabi- lisierte sich etwas, offene, themen- gebundene Diskussionen bestimm- ten die Sitzungen.

Dabei war es zunächst mein An- liegen, zuverlässige PartnerInnen zum beispielgebenden Einbringen zu aktivieren. Die Mitarbeiterinnen der Lebensberatungs- und Selbst- hilfegruppenkontaktstelle der Ar- beiterwohlfahrt bereiteten die Her- ausgabe eines Selbsthilfegruppen- und Beratungsstellenkatalogs der Stadt vor. Viele Informationen da- für fanden über den Arbeitskreis ihren Weg. Die Vorbereitung und Auswertung der Ersten Jenaer Selbsthilfetage war Thema in den Sitzungen sowie auch die ausführ- liche Vorstellung der Familien- und Erziehungsberatungsstelle der Stadt.

Das Zusammenfinden von Part- nerInnen für spezielle Kontakte am Rande der Zusammenkünfte ist ständig zu beobachten.

In den Diskussionen wurden in- zwischen derzeitige Schwerpunkt- probleme fixiert und Überlegungen für gemeinsame Angebotsmöglich- keiten ins Auge gefaßt. Des Pro- blems der Vereinsamung der ar- beitslosen VorrüheständlerInnen wollen sich einige Beratungsstellen mit zielgruppengerichteten Ange- boten annehmen. Um für die im

4.

wortlicher für Gesundheitsförderung in den Kreisen und Städten haben sich die fachlichen Arbeitsgruppen als Ansprechpartner für alle Interessierten im Thüringer Raum entwickelt, konnten interne thematische Weiterbildungen organisiert und durchgeführt werden, konnte eine fachliche Anleitung und soziale Integration für viele neu eingesetzte GesundheitsförderInnen angeboten werden und konnte bei den Amtsärzten der Stellenwert der Gesundheitsförderung deutlich gemacht werden.

Momentan ist dieser Arbeitskreis in der Phase der Umprofilierung zur Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, auch um damit juristische Strukturen zu schaffen, die eine breite Öffnung und Vernetzung, eine Arbeit mit Fördermitteln und eine bessere Organisation der Vorstandsarbeit zu lassen.

Für die Arbeit der einzelnen Mitglieder des Arbeitskreises, ihr soziales Wohlbefinden und ihre fachliche Weiterentwicklung ist dieser Arbeitskreis ein nicht zu unterschätzendes Organ.



Bestandsaufnahme: Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Kommune

Jena

fördernde / beeinträchtigende Umstände		bisherige Aktivitäten des Amtes Bereich Gesundheitsförderung	
Keine Erhebung	Luftverschmutzung (-)	vor 1989: Kreiskomitee ->nach 1989: Personen in anderen Organisationen	vor 1989: Thema „Ernährung“
		freiwillige Kooperation nach 1989	jetzt: Thema „Alter“
Welche Träger der Gesundheitsförderung gibt es bisher vor Ort?		Medien / Öffentlichkeit Haltung der Bevölkerung zu Gesundheitsförderung	
Wohlfahrtsverbände	Uni Jena	Erwartungshaltung nach Anleitung	Interesse an alternativen Heilmethoden
Kassen	Selbsthilfegruppen	wöchentlich: Umweltseite in der Tageszeitung	traditionell Interesse trotz Existenzproblemen -> Messungen, Tests
Politische Unterstützung / Einbindung für gesundheitsfördernde Maßnahmen			
Amtsarzt = Sozialdezernent -> großes Interesse	Zusammenarbeit mit Jugendamt + „Neues Forum“	persönliche Kontakte zu anderen Dezernaten	Antrag auf Teilnahme am Gesunde Städte-Netzwerk

Gesundheitsförderung: Ziele und Umsetzung

Jena

Welche Ziele sollen verwirklicht werden ?	Umsetzungsschritte und benötigte Ressourcen	Unterstützung Kooperationspartner
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">MultiplikatorInnen gewinnen</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Selbsthilfegruppen anleiten + sich zurückziehen</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p><u>Arbeitskreis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Darstellung der Angebote - Fortbildung Gesundheitsförderung </div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Ideen anregen Interesse wecken</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Informationen weitergeben</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Öffentlichkeitsarbeit</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>Schwerpunktthema auswählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -> Workshops Jugend Arbeitslosigkeit Frauen </div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">andere Dezernate</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Einzelpersonen</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Kassen</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>Landesvereinigung für Gesundheitsförderung gründen!!</p> </div>

Rolle und Selbstverständnis der GesundheitsförderInnen

Dr. Silke Rosumek, BISO

5.

Wie schon in Kapitel 3 beschrieben, wurde die Wandzeitung „Rolle des Gesundheitsamtes, Rolle der GesundheitsförderIn“ in den Arbeitsgruppen am ersten Tagungstag erstellt. Nachdem die TeilnehmerInnen mit Hilfe der anderen Wandzeitungen intensiv das vorgestellte Amt bzw. Projekt betrachtet hatten und vor allem im Dialog mit der ReferentIn standen, eröffnete die Wandzeitung III regelmäßig eine aktive und intensive Diskussion unter allen TeilnehmerInnen.

Die Fragen dieser dritten Wandzeitung stellen ein Novum in der methodischen Umsetzungsdiskussion der Gesundheitsförderung dar, selten wird sonst die Blickrichtung so intensiv auf die eigenen Kompetenzen und das eigene Selbstverständnis gerichtet. Auf der folgenden Seite sind zur Verdeutlichung auf einer Wandzeitung alle Beiträge zur Standortbestimmung der GesundheitsförderInnen aus den insgesamt zehn Arbeitsgruppen aufgelistet.

Ohne Probleme wurde vor allem die erste Rubrik „Vorerfahrungen, Beruf, persönliche Kompetenzen“

und die dritte Rubrik „Notwendige fachliche Fähigkeiten und Kenntnisse für Gesundheitsförderung“ der Wandzeitung von den TeilnehmerInnen aufgefüllt. Zwischen diesen Rubriken war oft keine klare Unterscheidung möglich. In den meisten Arbeitsgruppen herrschte Einigkeit darüber, daß eine Berufsausbildung oder zumindest Kenntnisse im medizinischen, psychologischen oder pädagogischen Bereich notwendig sind. Zusätzlich seien aber auch Fertigkeiten wie Öffentlichkeitsarbeit, Management- und Marketingfähigkeiten wichtig. Erwähnt wurde in einigen Gruppen, daß politisches Wissen und Kenntnisse der Verwaltungsstrukturen vorhanden sein müßten. Nur in einer Gruppe wurde geäußert, daß eine medizinische, psychologische oder pädagogische Berufsausbildung nicht entscheidend sei, sondern „learning by doing“ eine Möglichkeit der Annäherung an die Gesundheitsförderung wäre.

Neben diesen Grundkenntnissen spielen aber nach Meinung der TeilnehmerInnen vor allem persönliche Kompetenzen eine, wenn nicht sogar die entscheidende Rol-

5.

le: hier wurden vor allem Durchsetzungsvermögen, Selbstbewußtsein, Organisationsfähigkeit, Kreativität, Frustrationstoleranz, Menschenkenntnis, Fähigkeit zum Teamwork u.a. genannt. Bei dieser langen Liste an Fertigkeiten bemerkten einige GruppenteilnehmerInnen, daß hier das Bild eines Übermenschen gezeichnet wird; es wurde festgestellt, daß es wichtig ist, sich nicht selbst zu überfordern und seine eigenen Grenzen zu kennen und zu akzeptieren. Dieser Punkt führte in einigen Gruppen zu Karteikarten wie „keine Omnipotenz“ und „Andere motivieren“, „Andere ermutigen, sich zu wehren“, „richtiges Augenmaß für eigenen Stellenwert“. Dieser wichtige Aspekt der Gesundheitsförderung, andere zu befähigen und Kompetenzen bei anderen zu stärken, wurde nicht in erster Linie mit bedacht, sondern entstand erst als Konsequenz aus dem Eindruck, sich selbst zu überfordern. Gegensätzliche Anschauungen gab es bei dem Aspekt der Selbstbetroffenheit. Hier wurde in einigen Gruppen als „Motor“ für die Arbeit in der Gesundheitsförderung die eigene Betroffenheit gefordert, während hingegen andere TeilnehmerInnen diese ausschließen wollten. Einheitlich wurde in allen Gruppen betont, daß die eigene Glaubwürdigkeit eine unabdingbare Voraussetzung für die Arbeit sei.

Eine rege Diskussion wurde auch bei der zweiten Rubrik der Wandzeitung geführt, in der es um die „Position der GesundheitsförderIn (im Amt)“ ging. Hier gab es zwei verschiedene Modelle, die diskutiert wurden, entweder solle die GesundheitsförderIn direkt der AmtsärztIn oder direkt der DezerentIn unterstellt sein. Mit dem letzteren Modell gibt es noch nicht so viele Erfahrungen; aber generell waren die TeilnehmerInnen der Meinung, daß ein hoher Stellenwert im Amt notwendig sei und ein ressortübergreifendes Handeln vereinfache. Als entscheidend wurde auch genannt, daß es eine personelle und finanzielle Absicherung geben müsse, d.h. eine eigene Grundausstattung und einen eigenen Etat.

Eine Arbeitsgruppe führte unter dieser Wandzeitungsrubrik die unterschiedlichen Benennungen auf, die in Ihrem Amt für die Position der GesundheitsförderIn verwendet wurden. Am sinnvollsten erschien dieser Arbeitsgruppe die Bezeichnung „Koordinierungsbeauftragte für Gesundheitsförderung“, da hier direkt der Begriff der Gesundheitsförderung im Titel verwandt wird und außerdem die koordinierende Funktion hervorgehoben wird.

Schwierigkeiten bereitete allen Gruppen die Diskussion über die vierte Rubrik der Wandzeitung

„Inhaltliches Selbstverständnis der GesundheitsförderIn (im Amt)“. Diese Rubrik blieb in 3 Arbeitsgruppen leer (dies passierte mit anderen Rubriken dieser Wandzeitung nie), in drei Fällen gab es nur eine bzw. 2 Karteikarten, in einer Gruppe 3, in zwei Gruppen 4 und nur in einer Gruppe 7 Karteikarten. Schon daran wird deutlich, daß ein inhaltliches Selbstverständnis von Gesundheitsförderung kaum vorhanden ist oder sich erst langsam entwickelt. Besonders ergiebig war die Diskussion in den zwei Arbeitsgruppen, in denen Referenten aus Projekten (Göttingen, Braunschweig) anwesend waren und die Diskussion mit einem Referenten, in dessen Amt bereits seit langem konzeptionell Gesundheitsförderung, besetzt mit mehreren festen Stellen, angesiedelt ist.

Hier wurde in einigen Gruppen genannt, daß es wichtig sei, „andere zu motivieren“ und deren „Eigenverantwortlichkeit zu stärken“. In einer Gruppe wurde der Gedanke „Netzwerke aufbauen“ und die „Mitarbeit in den Ausschüssen anderer Ämter“ notiert. Betont wurde der Aspekt, „Anwalt für die Gesundheit zu sein“ und „bevölkerungsnah“ zu arbeiten.

Deutlich wurde in dieser Arbeitsgruppe, wie vielseitig die Tätigkeit in der Gesundheitsförderung ist, welche unterschiedlichen Qualitäten sie von den Ausführenden erfordert und daß ein klareres inhaltliches Selbstverständnis sich deutlich auf das Anforderungsprofil der GesundheitsförderInnen und ebenso auf ihre Position im Amt auswirken würde. Gerade in diesem Bereich gilt es, weitere Klärungshilfen für die GesundheitsförderInnen anzubieten.

5.

Rolle des Gesundheitsamtes / Rolle der GesundheitsförderIn

5.

Vorerfahrungen Beruf persönl. Kompetenz	Position der GesundheitsförderIn (im Amt)	notwendige fachliche Fähigkeiten und Kenntnisse für Gesundheits- förderung	inhaltliches Selbst- verständnis der GesundheitsförderIn (im Amt)
medizinisches, pädagogisches und psychologisches Grundwissen	der AmtsärztIn unterstellt (sollte es) -> abhängig von der Rolle der AmtsärztIn	Kenntnisse: - Medizin - Pädagogik - Psychologie - Methodik-Didaktik - Epidemiologie - Recht - Wirtschaft - Journalismus/Graphik - Gesprächsführung - Öffentlichkeitsarbeit	überzeugt sein
Ausbildung im medizin- pädagogischen oder pädagogischen Bereich	AmtsärztIn untersteht dem ju- gendärztlichen Dienst		richtiges Augenmaß für eigenen Stellenwert
keine best. Ausbildung erfor- derlich, wenn Bewußtsein für Gesundheit vorhanden ist „learning by doing“	der DezernentIn unterstellt -> DezernentInnen müssen geeignet sein		bevölkerungsnah
Marketing	der LeiterIn unterstellt	interdisziplinäre Kooperation	soziales Engagement
Management	Organisationseinheit, die konzeptionell arbeitet	Moderationsfähigkeit	Probleme untereinander lösen
Verwaltungskennntnisse	ressortübergreifendes Handeln	Durchblick	Anwalt für die Gesundheit sein
Beharrlichkeit Behauptungswille	Kooperation mit - anderen Abteilungen - anderen Ämtern - anderen Trägern	Kreativität	Netzwerke aufbauen
Interessenlagen einschätzen können	solltenicht zu subordiniert sein	Lernen lernen	Welches sind gesundheits- fördernde Bedingungen ? -> Umwelt -> Wohnen -> Arbeiten -> Familie
Durchsetzungsvermögen	Kommunikation wichtig mit - Amtsleitung - AmtsärztInnen	keine Omnipotenz	Muß Gesundheit teuer sein?
Selbstbewußtsein	eigenes Sachgebiet	Erfahrungsaustausch und Vermittlung organisieren	Eigenverantwortlichkeit stärken
Fähigkeit zum Teamwork	eigene Grundausstattung	Helfen den „Weg zur Gesundheit“ zu finden	Andere ermutigen, sich zu wehren
persönliches Engagement	Zuständigkeit festlegen	GP bei freien Trägern vorstellen	Kritisch-emanzipativen Konsum stärken
Gesprächsführung	hoher Stellenwert im Amt	inhaltliches und eigenes Selbstverständnis stärken	Helpersyndrom überwinden
Diplomatie	wichtig: personelle und finanzielle Absicherung	Sitzungen - vorbereiten - protokollieren - leiten	Mitarbeit in den Ausschüssen anderer Ämter
Organisationsfähigkeit	GF darf nichts kosten	hohe Frustrationstoleranz	andere motivieren !
Glaubwürdigkeit	kein Überblick über vorhan- dene finanzielle Mittel	Konfliktfreude	Kritikfähigkeit
Menschenfreund sein	wenn Koordination, dann Anbindung im Amt günstig; außerhalb des Amtes günstig	vorhandene Strukturen nutzen	Gesellschaftsveränderung (Ottawa-Charta)
Toleranz	Prenzlau Beratungsstelle für gesund- heitsgefährdete BürgerInnen	Bewertung der eigenen Arbeit	Marsch durch die oder neben den Institutionen
Kreativität	Nauen keine Stelle GF, die so heißt	Gründung einer Landesvereinigung - Förderung der Fort- und Weiterbildung - Interessenvertretung - Erfahrungsaustausch - Projektanregungen - Vermittlung neuer Koope- rationsmöglichkeiten	Ziel: menschlichere Gesellschaft
Frustrationstoleranz	Luckenwalde alle Beratungsstellen im Psychosozialen Dienst	hohe Frustrationstoleranz	hängt von Ressourcen ab
Didaktik	Senftenberg Koordinierungsbeauftragte für GF	Konfliktfreude	hängt von eigenen Voraussetzungen ab
persönliche Betroffenheit	Perleberg Beauftragte für Gesundheits- erziehung	vorhandene Strukturen nutzen	
keine Selbstbetroffenheit		Bewertung der eigenen Arbeit	
Mut zum Irrtum		Gründung einer Landesvereinigung	
Einfühlungsvermögen		inhaltliches und eigenes Selbstverständnis stärken	
Optimismus		Sitzungen - vorbereiten - protokollieren - leiten	
politisches Wissen		hohe Frustrationstoleranz	
Menschenkenntnis		Konfliktfreude	
Improvisationstalent		vorhandene Strukturen nutzen	
bekannt sein		Bewertung der eigenen Arbeit	

Zusammenstellung aller TeilnehmerInnenbeiträge

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreiszebene als Aufgabe der Gesundheitsämter

Mündliche Erläuterung der Projektmodelle durch die TeilnehmerInnen

6.

„Alltag und Behinderte“

Frau Zacharias,
Sachbearbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit,
Gesundheitsamt Erfurt/Thüringen

„In unserer Arbeitsgruppe haben wir uns mit einem Projektmodell beschäftigt, das wir in Erfurt in der ersten Dezemberwoche durchführen wollen, das nennt sich „Alltag und Behinderte“.

Es wird im Erfurter Palmenhaus stattfinden, das ist ein sehr schönes Gebäude, das sich direkt im Zentrum Erfurts befindet. Wir sind bei den *Rahmenbedingungen* davon ausgegangen, erstmal eine Ist-Analyse anzufertigen: welche Formen der Behinderung gibt es überhaupt, was ist überhaupt Behinderung, wie ist der soziale Status der Behinderten. Das müßte man wissen, wenn man eine Aktionswoche durchführen möchte. Es ist notwendig, Absprachen mit Abteilungen des Sozialamtes und des Gesundheitsamtes zu treffen, um zu erfahren, welche Selbsthilfegruppen es gibt, welche geschützten Wohnungen es in Erfurt gibt, welche geschützten Werkstätten, welche Rehabilitationsmöglichkeiten, und wie können wir zusammenar-

beiten? *Unterstützungsbedarf* wäre bei der Frage „was gehört zur Behinderung“ nötig, also klassische Expertenauskünfte. Man muß die Gesundheitsberichterstattung hinzuziehen und die Unterstützung von freien Trägern.

Das ganz große *Ziel* ist Kommunikation. Kommunikation kann nur in Gang gesetzt werden, wenn die Bevölkerung sensibilisiert wird, wenn die psychische Bewältigung der Behinderung ein Thema ist. Politiker sollen sensibilisiert werden, damit dann Defizite aufgezeigt werden können, Verkehr etc. Im Vorfeld müßte dann eine Arbeitsgemeinschaft „Aktionswoche“ gegründet werden, wo aus allen drei Bereichen, aus den Ämtern, aus dem klinischen Bereich, aus den Selbsthilfegruppen, Personen drin sind, die das mit vorbereiten. Versicherungsträger müssen angesprochen werden, Sponsorsuche, wer könnte das eine oder andere übernehmen?

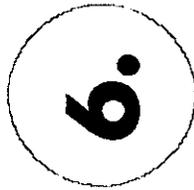
6.

Die *Umsetzung* erfolgt dann in dieser Aktionswoche, in der es Gesprächsrunden, Ausstellungen, Vorträge etc. geben wird. Man sollte einen Kindertag gestalten, an dem behinderte Kinder mit gesunden Kindern zusammenkommen können, z.B. schlug eine Kollegin vor, daß man einem sehenden Kind mal die Augen verbindet, daß ein Gefühl für Nicht-Sehen-Können hautnah hergestellt wird. Dann Behindertensport: man könnte Rahmenveranstaltungen laufen lassen, ein Sportfest, Betätigungsmöglichkeiten für Gesunde und Behinderte. *Unterstützungsbedingungen* dafür wären Presse und Medien, daß vielleicht täglich über die konkreten Veranstaltungen des Tages berichtet wird. Ganz wichtig sind

aber auch Gebäude- und Personenversicherung, dieses Palmenhaus hat sicher eine Gebäudeversicherung, aber wenn dort etwas passiert in diesem Haus, z.B. einem Kind, muß noch eine Personenversicherung da sein – das sind Kleinigkeiten, die ganz wichtig sind. Geld benötigen wir natürlich auch.

Auswertung: man kann z.B. einen Fragebogen oder ein Quiz vorbereiten, ein Besucherbuch kann man auslegen, das anschließend ausgewertet wird. Man könnte diese Fragebogen mit Hilfe von Experten entwickeln.

Aus solch einer Aktionswoche sollte ein Forderungskatalog für die Politiker entstehen, mit dem man seine Forderungen weiterträgt.“



Projektmodell „Gesundheitsförderung“

Behindertenwoche

Planung, Umsetzung				Unterstützungsbedarf		
Phase 1		Rahmenbedingungen				
Selbsthilfegruppen		geschützte Werkstatt		Gesundheitsberichterstattung	Freie Träger	Was gehört zur Behinderung (ExpertenInnenauskunft)?
Ist-Analyse - Formen der Behinderung - Anzahl der Behinderten der Kinder/Jugendlichen der Erwachsenen - sozialer Status		Rehabilitationszentrum				
		geschütztes Wohnen				
Phase 2		Ziele				
Sensibilisierung der Bevölkerung		Aufzeigen von Defiziten		AG „Aktionswoche“	Bereitschaft zur Unterstützung herstellen	
Kommunikation		Sensibilisierung der PolitikerInnen		SponsorInnenensuche	Versicherungsträger	
Phase 3				Ressourcen		
Aufzeigen der Behinderung im Alltag	Darstellung der Selbsthilfegruppen	Aktionswoche		Werbematerialien Infomaterial	Gebäude-, Personenversicherung	Sachmittel Geld I
Ausstellungen	Gesprächsrunden	Behindertensport	Vorträge	Presse / Medien	Technische Hilfen	Personal von ...
Infostände/-material	REHA LIFT	Kindertag				
Phase 4				Auswertung und Unterstützung		
Besucherbuch	Symbolwettbewerb	Fragebogen Quiz	Forderungskatalog	ExpertInnen / Fragebogenerarbeitung	Presse (Wochenendbeilage)	
Pressekonferenz	Verhaltensempfehlungen im Umgang mit Behinderten	Psych. Bewältigung der Behinderung		Auswertung AG „Aktionswoche“	Auswertung in der Landesvereinigung GF	

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter

6.

„Frauen für Frauen“

Frau Dittrich,

Gesundheitsberaterin/-koordinatorin in der Gesundheits- und Lebensberatungsstelle des Gesundheitsamtes Ilmenau/Thüringen

„**Unser** Projektmodell ist auf den ersten Blick nicht auf die Gesundheitsförderung alleine konzentriert, es heißt „Frauen für Frauen“, aber wenn man Gesundheit global versteht als soziales Wohlbefinden, als körperliches und seelisches, dann ist es doch so zu sehen, daß es ein Projekt für die Gesundheitsförderung ist.

Zu den *Rahmenbedingungen* gehört, daß ein mobiles Beratungsprojekt in einem Infomobil durchgeführt werden soll. Wir haben gedacht, in diesem Jahr noch innerhalb von vier Wochen je zwei Tage in je zwei Orte des Kreises zu fahren und dort ein umfassendes Beratungsangebot für Frauen in der gegenwärtig schwierigen Phase der Gesellschaft zu geben – wir sind von dem Politikerinnenzitat ausgegangen „Frauen sind die Verliererinnen der Einheit“ und deshalb haben sie den größten Bedarf an Hilfe, an Unterstützung. Da dieses Projekt auch weitgehend von Frauen realisiert wird, bietet sich dieses Motto an. Wichtig ist, daß es eine Anschubfinanzierung gibt, man muß das nur geschickt ausloten, wo man was bekommen kann,

vielleicht aus dem Topf „Aufschwung Ost“. Günstige Bedingungen sind durch die personellen Voraussetzungen in Ilmenau gegeben, aber auch durch die guten Kooperationsbeziehungen zu möglichen Mitsreitern, weil die Vernetzung bei uns schon recht gut ausgeprägt ist. Hauptträger wird der Kreisfrauenring sein, der sich jetzt gegründet hat und dabei seine Gemeinnützigkeit nachweisen mußte und damit auch Zuwendungsbedarf anmelden kann beim Ministerium - in dem Fall für Frauen. Weitere gute Rahmenbedingungen sind die guten Kontakte zur Presse.

Unterstützungsbedarf gibt es vor allem im Bereich der Sachmittel. Personal brauchen wir, eine Beraterin für Recht, für Sozialfragen – vom Rechtsamt, vom Sozialamt, von der Familien- und Erziehungsberatung, der Jugendberatung, der Arbeitsloseninitiative etc. Man könnte entsprechende Vereine einladen, die dort ihr Angebot mit zeigen. Technische Hilfen, ein Infomobil, das zu mieten wäre, mit dem zweimal im Jahr eine Aktion durchgeführt wird, einmal im

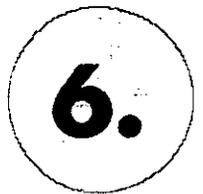
Herbst, einmal im Frühjahr, mit dem Hintergedanken, uns dort darzustellen, und dann das übrige halbe Jahr die Leute, die wir neugierig gemacht haben und deren Bedarf wir erfaßt haben, in unseren Beratungsstellen weiter zu beraten.

Ziel ist es, ein umfassendes Beratungsangebot für Frauen anzubieten, eventuell Selbsthilfe zu organisieren. Die Schwellenangst kann genommen werden, indem man in den Ort das Beratungsmobil stellt. Multiplikationseffekt versprechen wir uns nicht zuletzt dadurch, daß wir uns vorher in den Gemeinden ankündigen und vorher schon feststellen, was wir dann, wenn wir dort am Ort sind, noch an Kooperationsbeziehungen weiter aufbauen können bzw. wie wir uns für weitere Aktionen, z.B. Multiplikatorenschulung, dort anbieten und darstellen können.

Zur *Umsetzung*: es geht um Werbung und Information im Vorfeld. Die Ablaufpläne sind ziemlich kurz zu machen, dann monatlich zu präzisieren.

Wir müssen Sponsoren geschickt einbeziehen, so daß auch deren Interessen in irgendeiner Weise vertreten sind.

Begleitung und Auswertung müssen sehr ausführlich gemacht werden, weil man davon die nächste Aktion ableiten kann. Es muß geprüft werden, ob weitere Beratungen am Ort nötig sind, oder ob man es geschafft hat, daß ein Teil der Bürger bewegt wurde, die ständige Beratung in Ilmenau in den Beratungsstellen anzunehmen. Es müssen die Beratungswünsche erfaßt werden, die man selber nicht lösen kann. Unter externer Beratung verstehen wir, daß während der Durchführung des Projektes die Hauptverantwortlichen und die einzelnen fakultativen Mitstreiter das täglich auswerten - wie ist es gelaufen, was muß das nächste Mal anders gemacht werden - eine Wirkungskontrolle und Prüfung muß ständig gemacht werden“.



„Projektmodell Gesundheitsförderung“

„Frauen für Frauen“ Landkreis Ilmenau
mobiles Beratungsprojekt; 4 Wochen,
je 2 Tage, je 2 Orte

Planung, Umsetzungsschritte					Unterstützungsbedarf	
Phase 1						
Rahmenbedingungen						
- Personelle Voraussetzung - Erfahrungswerte - Bekanntheitsgrad - gute Kooperation mit anderen MitstreiterInnen - Gleichstellungsbeauftragte, KFR, Ämter des LRA(+)			günstige Anschubfinanzierung durch "Aufschwung Ost., von verschiedenen Ministerien (+)		Sachmittel Informations- und Aufklärungsmaterial (BZgA, Krankenkassen u.a.)	Technische Hilfen Videoanlage, Tonträgeranlage, div. Projektoren; Infomobil mieten
			PolitikerInnenzitat "Frauen sind die Verlierer der Einheit" (-)		Personal von anderen Ämtern bzw. Beratungsstellen	Statistische Daten der Kommune über: Arbeitslosigkeit, Kinderunterbringung, gesundheitliche Betreuung in den Gemeinden
Hauptträger Kreisfrauenring(+)			gute Kontakte zur örtlichen Presse(+)			
Phase 2						
Ziele						
Beratungsangebote/ Behandlungsmöglichkeiten kennenlernen/ für sich annehmen	Neugierde wecken/ Mut machen Schwellenangst nehmen	Multiplikationseffekt	umfassendes Beratungsangebot für Frauen in der gegenwärtig schwierigen Phase der Gesellschaft	Selbsthilfe im engen Wohnumfeld organisieren	Erfahrungsaustausch mit anderen GesundheitsförderInnen	Handlungsbedarf SHG
Phase 3						
Umsetzung						
Koordinationsgruppe mit 3-5 Hauptverantwortlichen und fakultativen MitstreiterInnen (Fachbereiche)		BeraterInnen für Recht, Sozialfragen, Gesundheits- und Lebensberatung, Familien- und Erziehungsberatung, Jugendberatung, Arbeitsloseninitiative		Ablaufpläne - grob - monatlich - für einzelne Fahrten	SponsorInnen finden (Klinken putzen); geschickt einbeziehen; Kassen und Firmen	Informationsmaterial
					Material anfordern, sortieren, zusammenstellen, präsentieren, drucken - unterschiedliche Finanzierung	-Gesundheitsamt - Sozialamt
Phase 4						
Begleitung und Auswertung						
Wirkungskontrolle (Resonanz der Bevölkerung)->weiterer Handlungsbedarf Prüfung, ob weitere Beratungen am Ort nötig sind	Werbung (begleitend) Erfassen von Beratungswünschen	Werbung und Informationen im Vorfeld, an allen Orten, begleitend, ständig, aktuelle Presseberichte			Externe Beratung während der Durchführung des Projekts	

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter



„Bildung einer regionalen Arbeitsgemeinschaft für den Aufbau einer Selbsthilfe-Kontaktstelle“

Frau Salzmann,
Ärztin im ÖGD,

Gesundheitsamt Calau/Brandenburg

„Wir sind von dem Denkan-satz „Bildung einer Selbsthilfe-gruppe“ ausgegangen und stellten fest, daß wir keine Selbsthilfegrup-pe bilden können. Wir können Kontaktstellen bilden, Anlaufpunk-te, Hilfspunkte für Betroffene.

Wir sind von den *Rahmenbedin-gungen* des Kreises Calau im frü-heren Bezirk Cottbus ausgegangen, das ist ein kleiner Kreis von inzwi-schen nur noch 56.000 Einwoh-neren, betroffen von der Arbeitslo-sigkeit durch sterbende Kohle- und Energiebetriebe, Landwirtschaft – den Rest nimmt der Spreewald ein. All dies bringt Probleme, Arbeits-lo-sigkeit, Alkoholprobleme, sicher-lich auch irgendetwas die Drogen-sucht. Wir halten es für wichtig, daß man bei einem Projekt auch die regionalen Bedingungen mit beachtet. Um hier etwas zu errei-chen, müssen viele Partner gefun-den werden, das sind unserer Mei-nung nach die Zielgruppen und alle anderen Betroffenen. Wir brauchen dazu Unterstützung vor allem durch Öffentlichkeitsarbeit.

Ziel ist, über die Kontaktstelle die Betroffenen selbst zu erreichen, die wir als Macher ansehen, nicht als passive, sondern als aktive, die selbst etwas machen, die in uns

dann die Ansprechpartner für ihre weitere Arbeit finden – das wäre mehr eine Koordinierungsaufgabe. Diese Aufgabe setzt Eigenständig-keit im Handeln und gute räumli-che Bedingungen voraus.

Bei der *Umsetzung*, aber auch schon bei den Rahmenbedingun-gen oder bei der Zielfindung sollte man sich die Mithilfe z.B. des So-zialamtes nicht verbauen, man braucht viele Kooperationspartner – hier ist das nur angedacht, es ist noch nicht vollständig.

Bei der *Auswertung* oder bei der *Begleitung* ist der Erfahrungsaus-tausch immer wichtig als die „billigste Qualifizierung“, denn aus dem Vergleich von Erfahrun-gen und des Erreichten können die eigenen Ziele überprüft werden.

Wir halten eins für ganz wichtig – und das ist unser Resümee jetzt nach dieser knappen Zeit und der Vielfalt der Argumente und Pro-bleme, die auftauchen, daß in die Gesundheitsämter oder die Refera-te ein Psychologe hinein muß. Denn wir gehen mit Menschen um, die ihre psychologischen Probleme haben, die wir als Ärzte oder als Sozialarbeiter oder als Verwal-tungsangestellte nicht bewältigen können“.

6.

„Projektmodell Gesundheitsförderung“

Bildung einer regionalen Arbeitsgruppe "Selbsthilfe - Kontaktstelle"

Planung, Umsetzungsschritte			Unterstützungsbedarf		
Phase 1 Rahmenbedingungen					
56.000 EinwohnerInnen	<u>räumliche Bedingungen</u> Arbeitsraum Telefon	Eigenständigkeit im Handeln durch Amtsleiter zugewilligt	Unterstützung zur Bildung einer DiabetikerInnen-selbsthilfegruppe	Krankenkassen und Pharmaindustrie	Technische Hilfen: Fahrzeug (PKW)
sterbende Kohlebetriebe Spreewaldkreis	<u>soziale Bedingungen</u> Arbeitslosigkeit Alkoholprobleme	Kreisstadt Calau, -Lübbenau, -Vetschau ->Kraftwerke	Unterstützung durch Presse und Öffentlichkeitsarbeit	Sachmittel Informationsmaterial	Statistische Daten der Kommune
Phase 2 Ziele					
Umfeld und Familie muß erreicht werden	Kontaktstelle/Selbsthilfegruppe erreichen	Freie Träger Wohlfahrtsverbände gewinnen	Erfahrungsaustausch mit anderen GesundheitsförderInnen Externe Beratung		
Betroffene als Macher gewinnen (z.B. DiabetikerInnen)	AmtsärztInnen, Kommunale PolitikerInnen gewinnen				
Phase 3 Umsetzung					
Stehvermögen Problembewußtheit	Flexibilität	Fähigkeit zur Gesprächsführung	Erfahrungsaustausch mit anderen GesundheitsförderInnen und Selbsthilfegruppen	Externe Beratung	Koordination mit freien Trägern der Kommune
			Mithilfe vom Sozialamt (finanziell)	Informationsmaterial	Fortbildung überregional
Phase 4 Begleitung und Auswertung					
Erfahrungsgewinn für die Übertragung auf andere MitsreiterInnen	Ableitung neuer Ziele (z.B. Selbsthilfetag)		Fachtagung Gesundheitsförderung	Welche Anforderungen benötigt die "SelbsthilfekontaktstellenleiterIn" ?	
Angebotskatalog Selbsthilfegruppen (Gesundheitsförderung)	Supervision		Supervision	Begründung für die Planstelle einer PsychologIn	

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreiszebene als Aufgabe der Gesundheitsämter



„Schulfrühstück“

**Frau Zuner, Gesundheitserzieherin,
Gesundheitsamt Dessau/Sachsen-Anhalt**

„Zu den *Rahmenbedingungen*: Entsprechend der Statistik des Jugendamtes sind 80 % der Kinder im Kreis adipös. Aufgrund dieser Bedingungen wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die das Projekt Schulfrühstück betreut. Die finanzielle und materielle Sicherstellung des Projekts wurde durch die Bereitstellung von 20.000 DM durch die AOK gewährleistet und durch die Milchverarbeitende Industrie, die anbot, für die Schule eine Verkostung von Milchprodukten kostenlos durchzuführen.

Ziel ist eine Verhaltensänderung der Kinder, gleichzeitig soll eine Beeinflussung der Elternhäuser erreicht werden; ein gemeinsames Schulfrühstück wird angestrebt: ständig, gemeinsam mit den Lehrern die Frühstücksangebote kritisch zu überprüfen einschließlich der Pausenversorgung in der Schule, daß nicht nur süße Sachen und Cola verkauft werden, sondern auch ernährungswertvolle Lebensmittel.

Für die *Umsetzung* stellen wir uns z.B. die Rezeptvermittlung unter Einbeziehung der Kunsterzieher

vor, z.B. die künstlerische Ausgestaltung von Rezepten durch die Schüler. Es sollen Informationsveranstaltungen durchgeführt werden, Gesprächsrunden mit Ausstellungen und Materialvergabe in den Elternversammlungen etc.

Es wird weiterhin davon Gebrauch gemacht, daß der Jugendarzt sich über die Presse an bestimmte Altersgruppen wenden kann.

Begleitung und Auswertung: Das Projekt soll ein Jahr betreut werden, bei regelmäßigen Treffen soll die Festlegung von Schwerpunkten erfolgen. Genutzt wird die Bereitstellung der Materialien durch die BZgA. Es ist notwendig, die technischen Möglichkeiten zu organisieren, sowohl Videotechnik, Polylux-Bildwerfer usw. müssen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Für die Arbeitsgruppe wäre ein Expertenvortrag sinnvoll, z.B. von Frau Dr. Petersen vom Gesundheits- und Umweltamt Hamburg-Bergedorf, die sich intensiv mit den Fragen „Schulfrühstück“ und „übergewichtige Kinder in der Unterstufe“

6.

beschäftigt hat. Wir haben das in der Arbeitsgruppe für wichtig erachtet, daß Verbindungen über die Abteilung Kultur zu einer Laienspielgruppe aufgenommen werden, um hier mit den Kindern im Rahmen von Sketchen, Laien- oder auch Rollenspielen die Problematik

„Schulfrühstück“ aufzugreifen. Es ist eine exakte Dokumentation erforderlich, mit der man arbeiten kann. Wir halten es auch für wichtig, eine Information ans Ministerium zur Verallgemeinerung zu verfassen und uns um überkreislichen Erfahrungsaustausch zu bemühen“.



„Projektmodell Gesundheitsförderung“

Schulfrühstück

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisbene als Aufgabe der Gesundheitsämter

Planung, Umsetzungsschritte			Unterstützungsbedarf		
Phase 1			Rahmenbedingungen		
80 % adipöse Kinder (Karies)	Arbeitsgruppe Projekt "Schulfrühstück"	milchverarbeitende Industrie SchülerInnenrat/Elternrat BeratungslehrerInnen	Statistische Daten der Kommune über...	Koordinierung: Kultusministerium Sozialministerium	
Jugendamt/ Schulaufsichtsam/ JugendärztInnen JugendzahnärztInnen/ GesundheitsförderIn	DiätassistentIn BetreuerIn von GA Lebensmittelhygiene AOK/ Presse	finanzielle und materielle Sicherstellung Verkostung von Milchprodukten	Unterstützung der Kommune		
Phase 2			Ziele		
Kritische Prüfung der Frühstücksangebote		Verhaltensänderung bei den Kindern und Eltern	Sachmittel		
gemeinsames Schulfrühstück mit LehrerInnen		Gewichtskontrolle (Broca-Index)			
Phase 3			Umsetzung		
gemeinsame Probiertage mit milchverarbeitender Industrie; Demonstration und Verkostung		Presseartikel mit statistischen Daten Eigenkontrolle Materialvergabe	Technische Hilfen	Informationsmaterial	
Rezeptvermittlung (Merkblätter) Info.-Veranstaltung Gesprächsrunden Ausstellungen		-> Elternversammlungen LehrerInnenberatungen Schulhorte	Personal von..	ElternvertreterInnen BeratungslehrerInnen SchülerInnen oberer Klassen, Schulküchen?	
Phase 4			Begleitung und Auswertung		
Dauer: 1 Jahr - 1/4-jährliche Besprechung und Festlegung von Schwerpunkten	- Best. Materialien BZgA/ -Rollen-spiel	- Kreismalwettbewerb - Preis der GesundheitsdezernentIn/ - Ausstellung im Museum	Institut/ Ernährung	Supervision	Schulkonferenz Presse SchülerInnenzeitung/ Funk Radio "Sachsen Anhalt,,"
-Beeinflussung Schulsituation/-Dokumentation/ -Info -> Ministerium		Schulkonferenz/ Dez.-Dienstbesprechung/ Presseartikel/ LehrerInnen-dienstberatung/ Elternversammlung/ Klassenauswertung	Dezernat Kultur	Gesundheitsberichterstattung	

6.

„Zahngesundheit Perleberg“ Frau Schiwon, Beauftragte für Gesundheits-erziehung, Gesundheitsamt Perleberg/Brandenburg

„Ich möchte hier mit dem Ziel anfangen, weil es uns darum geht, eine Verbesserung der Zahngesundheit zu erreichen, d.h. vor allem für die Behandlung vor Ort für die fahrbare Zahnstation zu kämpfen.“

Es sind gute Rahmenbedingungen vorhanden, um deren Erhalt es sich zu kämpfen lohnt: eine ABM-Kraft, die Zahn- und Mundpflege

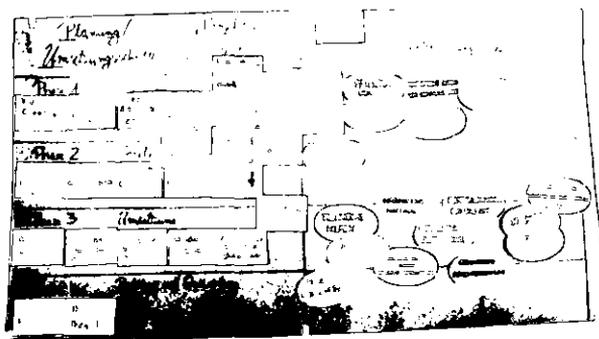
zung von einigen Abteilungen im Gesundheitsamt.

Ganz wichtig erscheint es uns, nicht nur einen Projekttag zu haben, sondern Zahngesundheit für das ganze Leben zu erreichen. Hierbei ist die Motivation entscheidend, wie gelingt es uns, die Eltern zu motivieren. Ganz wichtig ist es, Kinder zu begeistern und hierzu gibt es ja die unterschiedlichsten Möglichkeiten.

Für die Umsetzung ist unser Gedanke, daß die Kinderzahnärzte weiter unsere Kinder behandeln sollten, weil wir darin wirklich eine sehr gute Sache aus der ehemaligen DDR sehen.

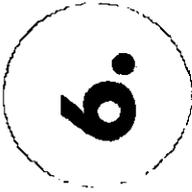
Ob uns das hiermit gelingt, mit diesem Projekt, das wissen wir noch nicht.

Günstig ist es für die Begleitung sicherlich auch, Verbindung aufzunehmen zur BZgA und zum BISO, um mit Unterstützung diese früher vorhandenen Zahnputzaktionen in Einrichtungen beizubehalten bzw. wieder einzuführen“.



direkt begleitend in den Kindereinrichtungen und Schulen realisieren kann.

Unterstützung bräuchten wir in Form von Personal, besonders von den Bildungseinrichtungen, weil wir Veranstaltungen in Kindereinrichtungen, in Schulen durchführen wollen. Natürlich brauchen wir auch die Unterstüt-



„Projektmodell Gesundheitsförderung“

Zahngesundheit
Perleberg

Planung, Umsetzungsschritte				Unterstützungsbedarf		
Phase 1				Rahmenbedingungen		
74.000 Einwohner	(-) keine KinderZA keine Behandlungsmöglichkeit vor Ort	(+) engagierte AmtskollegInnen (ArztärztInnen Ki-ZA)	(+) Ernährungsberaterin ABM: Zahn- und Mundpflege	finanzielle Mittel	Personal von... Bildung GA	Statistische Daten der Kommune über... Kinderbetreuende Einrichtungen
(-) hohe Arbeitslosigkeit	(-) AIDS-Angst -> Putzaktionen in Kiga	(+) Verantwortliche für Gesundheitserziehung	(+) Produktkennzeichnung (zahnfreundlich) Alternativ-Produkte			
(-) vormals anderer Bezirk -> andere Strukturen	(-) keine Fluoridierung mehr in Krippe + Kiga	(-) keine fahrbare Zahnstation (ländl. Kreis)	(+) Förderung durch Kassen; Informationsmaterial			
Phase 2				Ziele		
Motivation - Eltern - Kinder - ErzieherInnen Vorbildwirkung		Verbesserung der Zahngesundheit Angst abbauen		Behandlungsermächtigung KZV, Kassen		
Möglichkeit der Behandlung freistellen		KZV -> Behandlungsermächtigung Kassen -> Kosten				
Phase 3				Umsetzung		
Zahnputzaktionen in Einrichtungen beibehalten bzw. wiedereinführen	Elternabende Presse Plakate	Fluoridierung		Erfahrungsaustausch mit anderen GesundheitsförderInnen	Fortbildung überregional Fortbildungen für das Amt	Sachmittel... Modelle Zahnbürsten usw.
- JugendZA - ErnährungsberaterIn - Zahn+Mund-Pflegekraft	Gesundheitstage Projekttag (Schulen)	Motivation der ZahnärztInnen für Öffentlichkeitsarbeit		Externe Beratung während der Durchführung des Projekts	Gesundheitsberichterstattung Informationsmaterial	Technische Hilfen - Video-Rec. - Ausstell.-Material - Fahrzeuge - Kopierer
Phase 4				Begleitung und Auswertung		
Presse		BISO		Begleitforschung		
Kassen		BZgA				

Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisbene als Aufgabe der Gesundheitsämter

7.

Unterstützungsmöglichkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Manfred Lehmann / BZgA

1. Ziel und Aufgabenstellung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMG. Sie hat ihren Sitz ausschließlich in Köln (keine weiteren Geschäftstellen). Sie wurde 1969 mit dem Ziel gegründet, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu fördern. Folgende Aufgaben wurden ihr gemäß dieser Zielsetzung übertragen:

- die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalt und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung,
- die Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen,
- die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet,
- die Zusammenarbeit mit dem Ausland.

2. Organisationsstruktur

Die Bundeszentrale gliedert sich zur Zeit in eine Verwaltungs- und drei Fachabteilungen, letztere sind themenspezifisch, medienbe-

zogen und nach Querschnittsfunktionen gegliedert (Schaubild 1). Zur Zeit zählt die BZgA rund 100 MitarbeiterInnen.

Das Organisationsschema kann als Orientierungshilfe bei Anfragen herangezogen werden. Es gibt Auskunft über kontinuierlich bearbeitete Themen- und Aufgabenfelder. Die meisten Referate verfügen über zusammenfassende Beschreibungen ihrer Angebote. Interessierte MitarbeiterInnen können sich mit den Referaten in Verbindung setzen, sich in den Verteiler für neu erscheinende Medien aufnehmen lassen und den Info-dienst beziehen.

3. Leitlinien

Die Angebote der BZgA sollen den BürgerInnen helfen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer nächsten Umgebung zu übernehmen und das Gesundheitssystem sachgerecht zu nutzen. Übergeordnetes Prinzip aller gesundheitserzieherischen Aktivitäten ist es, den BürgerInnen Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten.

Um diese Befähigung der BürgerInnen zu selbstverantwortlichem Gesundheitsverhalten zu erreichen, sind eine sachgerechte In-

formation über gesundheitliche Gefährdung und Beeinträchtigungen, die Offenlegung von Ursachen und Motiven für gesundheitsriskantes Verhalten, die Vermittlung der Wirkung von belastenden und unterstützenden Faktoren in verschiedenen Lebensbereichen sowie das Training von spezifischen Verhaltensweisen/Bewältigungsstrategien wichtig.

Da die Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen auch ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten haben, versucht die BZgA einen spezifischen Zugang zu den jeweiligen Zielgruppen zu erarbeiten und die Instanzen im sozialen Nahraum der Familie, wie Arbeitsstätte, Schule, Gemeinde etc., mit einzubeziehen.

4. Methoden

Methodisch lassen sich die Vermittlungsstrategien der BZgA grob einteilen in massenmediale und personalkommunikative Maßnahmen, die durch breite MultiplikatorInnenarbeit gestützt werden.

Die BZgA ist ein bundesweit tätiger Anbieter. Neben massenmedialen Angeboten (z.B. Anzeigen, Plakaten, Broschüren, TV-, Kino- und Rundfunkspots, Filmen, Videos) entwickelt sie auch Fortbildungs- und Kursangebote, Unterrichtseinheiten und Medienpakete für MultiplikatorInnen. Auch Einzelaktionen auf örtlicher Ebene

werden bundesweit angeboten und durchgeführt. Eine Unterstützung örtlicher Projekt- und Arbeitsgruppen (in Form von Beratung, Finanzierung örtlicher Aktivitäten, etc.) ist ihr als Bundesinstitution allerdings nicht möglich.

5. Aktuelle Schwerpunkte und Arbeitsfelder

Schwerpunktkampagnen

AIDS-Aufklärung steht seit 1986 im Mittelpunkt der BZgA-Präventionsarbeit. Die bundesweit angelegte Kampagne kombiniert massenmediale und personalkommunikative Elemente. Die mit hoher Impulsdichte durchgeführten massenmedialen Aktivitäten – insbesondere TV-Spots, Anzeigen, Kino-Spots, Plakate und Broschüren – schaffen ein positives Klima für die Aufklärung und bringen die Basisinformationen an die jeweiligen Zielgruppen. Eine vertiefende Auseinandersetzung wird über die „Gesprächsinitiative AIDS“ – die personalkommunikativen Aktivitäten – erzielt. AIDS-Aufklärungstage in verschiedenen Umfeldern werden mit lokalen Kooperationspartnern als Aktions- und Diskussionsveranstaltungen – seit 1990 auch in den neuen Bundesländern – durchgeführt. Die Maßnahmen richten sich an die Allgemeinbevölkerung sowie an spezifische Gruppen mit dem Ziel, selbstverantwortlich und hysteriefrei mit

7.

dem Thema AIDS in seinen vielfältigen Aspekten umzugehen. Daß dieses Ziel mit einer derartig konzipierten Aufklärung erreicht werden kann, das bestätigen die vielfältigen wissenschaftlichen Begleituntersuchungen zu diesen Aktionen.

Die Förderung des Nichtrauchens ist ein weiterer Schwerpunkt der BZgA-Präventionsarbeit. Die Zielgruppe der Jugendlichen steht im Mittelpunkt dieser ebenfalls multimedial angelegten Kampagne. Durch eine erlebnisorientierte statt einer belehrenden Strategie soll der Einstieg ins Rauchen bei Jugendlichen verhindert werden. Die durchgeführten Evaluationen zeigen, daß dies in der Altersgruppe der 14 – 17-jährigen mit Erfolg erreicht werden kann. Die Förderung entwöhnungswilliger RaucherInnen und die Werbung für den NichtraucherInnenschutz sind weitere Themen dieser Kampagne.

Die Kampagne zur Sucht- und Drogenprävention bildet einen neuen und für die Zukunft prioritären Schwerpunkt der BZgA-Arbeit. Mit einer umfassenden – die Suchtproblematik in ihren Alltagszusammenhängen betonenden – und multimedial angelegten Kampagne wird dieser Präventionsbereich verstärkt angegangen. Die Hauptzielgruppen sind die Jugendlichen, aber auch Eltern und ErzieherIn-

nen. Diese bundesweit angelegte Aktion wird – wie die AIDS-Aufklärung – als kooperative Maßnahme vieler Partner in Verbänden, Institutionen und Initiativen auf Landes- und Gemeindeebene durchgeführt werden.

Gesundheitsförderung

Die Angebote zur Gesundheitsförderung sind lebensbegleitend. Sie umfassen neben der Familienplanung, der Gesundheitserziehung in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Kleinkindalter auch die Gesundheitserziehung im Vorschul-, im Schul- und im Jugendalter. Hauptzielgruppe ist die Familie und ihr unmittelbares soziales Umfeld.

Hilfen beim Abbau von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen

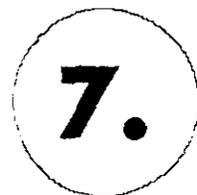
In diesem Arbeitsfeld geht die BZgA von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen aus, die mitursächlich für die wichtigsten Zivilisationskrankheiten sind. Hier sollten den BürgerInnen Hilfen gegeben werden bei der Entwicklung alternativer Verhaltensmuster. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Verhaltenstherapie und Lerntheorie hat die BZgA ein RaucherInnenentwöhnungsprogramm: „Nichtraucher in 10 Wochen“ und ein Programm zur Übergewichtsbekämpfung: „Abnehmen – aber

mit Vernunft“ entwickelt, das über Gesundheitsämter, Verbände, Krankenkassen und Institutionen der Erwachsenenbildung angeboten wird.

Krankheitsbezogene Maßnahmen

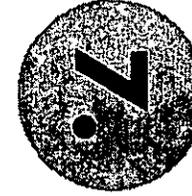
Mit den krankheitsbezogenen Maßnahmen sollen Hilfen zur Verhütung spezieller Krankheiten bzw. Krankheitsformen gegeben werden. Dabei orientiert sich die BZgA an den häufigsten und wichtigsten Krankheiten. Dementsprechend werden vorrangig die Themen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bearbeitet.

Hilfen bei der Krankheitsbewältigung



Maßnahmen in diesem Bereich zielen darauf ab, die Lebensqualität chronisch Kranker und Behinderter zu sichern. Neben der Aufgabe, vorhandene Hilfen bekannt zu machen und Zugangsbarrieren zu überwinden, ist der Schwerpunkt der Maßnahmen, die Betroffenen in der Entwicklung eines Selbstbewußtseins zu unterstützen, das ihnen hilft, ein sozial integriertes Leben zu führen. Dazu gehören auch Maßnahmen, die Verständnis für die Betroffenen wecken und die die Selbst- und Nächstenhilfe fördern.

Direktorin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

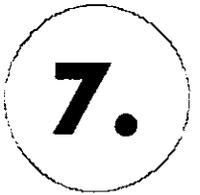


Ständiger Vertreter

Verwaltung	Abteilung 1 Prävention von Volkskrankheiten	Abteilung 2 Grundlagen und Koordination	Abteilung 3 Methoden, Strategien und Zielgruppen
01 Personal, Organisation, Innerer Dienst, Beschaffung, Bücherei	11 Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sonstigen Volkskrankheiten	21 Aufgabenplanung und -koordination, Projektablaufplanung	31 Gesundheitserziehung durch die Familie, Gesundheit des Kindes
02 Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen	12 Bekämpfung von Krebserkrankungen, Rheuma, Verhütung von Infektionskrankheiten (ausgenommen AIDS)	22 Zusammenarbeit mit Ländern und Verbänden	32 Gesundheitserziehung in Schulen
03 Abwicklung von Finanzierungsvorhaben	13 Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung, Sexualerziehung, Familienplanung	23 Auslandsbeziehungen	33 Selbsthilfe, Laienhilfe, Schwerpunktprogramme, Social marketing
04 Streuung von Aufklärungsmaterialien, Massenkommunikation, Sonderveröffentlichungen	14 Mißbrauchsverhalten (Drogen, Sucht)	24 Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitserziehung, Erwachsenenbildung, Interventionsprogramme	34 Behinderte und psychisch Kranke
	15 Verhütung ernährungsbedingter Erkrankungen, Ernährungsaufklärung und Verbraucherschutz	25 Wiss. Untersuchungen, Erfolgskontrolle, Dokumentation	35 Audiovisuelle Medien
		Sekretariat des Beirates der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)	36 Ausstellungen, Werkstatt

Fortbildung und Projektberatung Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Joachim F.W. Müller / BISO



Projektberatung Gesundheitsförderung in Hamburg

Gesundheitsförderung stellt eine Rahmenorientierung für zukünftige Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes dar, wobei Koordinations- und Initiierungsfunktionen vorrangige Aufgaben sein werden.

Fortbildung und Projektberatungen können entscheidende Strategien sein, um die zukünftigen Aufgaben in der Gesundheitsförderung optimal erfüllen zu können.

Das BISO (Bildungsinstitut Sozialwissenschaften & Gesundheit) hat für die Leiterinnen und Leiter der Hamburger Gesundheits- und Umweltämter Fortbildungen durchgeführt. In zwei Kolloquien 1988 und 1989 wurden u.a. Themen behandelt wie „Umsetzungsmöglichkeiten neuerer Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung im ÖGD“, „Präsentation und Öffentlichkeitsarbeit“ und „Weiterentwicklung der personellen und sachlichen Ressourcen innerhalb eines Amtes“. Das 1. Kolloquium hat BISO im Auftrag der Hamburger Be-

hörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) ausführlich dokumentiert.

An die beiden Fortbildungen knüpfte 1991 die vom BISO durchgeführte Projektberatung für MitarbeiterInnen an Hamburger Gesundheits- und Umweltämtern an, die an Projekten der Gesundheitsförderung arbeiten. Hierbei wird die Umsetzung gesundheitsförderlicher Aufgaben unmittelbar und problembezogen begleitet, und es werden konzeptionelle und organisatorische Umsetzungshilfen gegeben. Auftraggeber ist die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Aufgaben bietet das BISO die nachfolgenden Leistungen an, die kurzfristig von den Gesundheits- und Umweltämtern abgefordert werden können:

1. Ideengewinnung

Sichtung, Auswertung und Präsentation nationaler bzw. internationaler Projekte kommunaler Gesundheitsförderung sowie Verfahren zur Gewinnung von Ideen.

7.

- Präsentation erfolgreicher Praxisbeispiele

Die Präsentation erfolgreicher Praxisbeispiele ist eine bewährte methodische Verfahrensweise, um die Ideengewinnung zu forcieren und gleichzeitig für die Durchführung von Praxisprojekten zu motivieren.

- Planspiele

Zur Ideengewinnung können aber auch Planspiele eingesetzt werden, die die Bereitschaft unterstützen, neue Überlegungen anzustellen und neue Wege zu gehen.

Dabei werden die oftmals schon bestehenden personellen, infrastrukturellen und finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten und ihre Nutzbarmachung für potentielle Handlungspraxen verdeutlicht.

2. Projektplanung

Anschubhilfen bei der Umsetzung von Ideen

- Konzeptionelle Hilfen

Liegen noch keine Konzepte zur Umsetzung bestehender Ideen vor, bietet das *BISO* Unterstützung bei der Erstellung des Zielkatalogs oder des Arbeitsprogramms.

- Motivationshilfen und Szenarien durchspielen

Wie in der Projektberatung kommen „Motivationshilfen durch Einzel- und Gruppengespräche“ und Szenarien durchspielen zur Anwendung, um Ideen auf den Weg zu bringen.

3. Projektberatung

Arbeits- und Lernhilfen für laufende gesundheitsfördernde Projekte und Aktivitäten

- Evaluation: Bewertung laufender Projekte

Eine Evaluation trägt dazu bei, Projekte hinsichtlich ihrer Effizienz und Effektivität zu optimieren. Vorliegende Erfahrungen können systematisch bewertet werden. Die Ergebnisse der Evaluation können für Folgeprojekte und für die Fortsetzung der gesundheitsfördernden Aktivitäten genutzt werden, um z.B. Verfahrensweisen zu verbessern. Auch Teilbereiche eines Projektes lassen sich evaluieren, um Korrekturen vornehmen zu können.

Wird eine Intervention während des Projektes gewünscht, wird der Zeitraum zwischen Evaluation – basierend auf Methoden wie teilnehmende Beobachtung, Dokumentenanalyse oder Interviews mit Projektbeteiligten – und Intervention möglichst kurz gehalten. Die Ergebnispräsentation

7.

tion soll einfach und anschaulich sein, u.a. durch Verwendung didaktisch-technischer Hilfsmittel wie Metaplantchnik und Overheadprojektor.

- Gruppendiskussion: Reflektieren aktueller Arbeitsergebnisse

Die Methode der Gruppendiskussion hat den Zweck, erreichte Arbeitsergebnisse, bestehende Schwierigkeiten und weiteres Vorgehen außerhalb der üblichen Arbeitssituation zu reflektieren. Die Gruppendiskussion kann als Klärungshilfe vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn die Zusammenarbeit der Beteiligten zu scheitern droht.

Das *BISO* moderiert die Gruppendiskussion und präsentiert der Gruppe die Arbeitsergebnisse für eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit.

- Szenarien durchspielen: Zukünftige Probleme und Chancen frühzeitig erkennen

Die Methode der „Szenarien durchspielen“ kann gut dafür genutzt werden, auf mögliche Probleme und Veränderungsnotwendigkeiten aufmerksam zu machen. Dadurch kann die Professionalität für mittel- und langfristige Planungen ebenso erhöht werden wie die gedanklich-planende Vorwegnahme von Hindernissen und Möglichkeiten für ein Projekt.

- Kommunikations-, Moderations- und Gruppenprozeßberatung:

Initiierungs- und Koordinationsfunktionen optimieren

Diese drei Handlungsfelder gehören zu den wichtigsten Pfeilern einer kommunalen Gesundheitsförderung und Netzwerkarbeit.

Im Vordergrund werden situationsbezogene Interventionen seitens des *BISO* stehen. Dabei werden Einzel-, Zweier- und Gruppengespräche zur Anwendung kommen, in denen das *BISO* u.a. Vorschläge macht, wie effektiver gearbeitet werden kann.

- Motivationshilfen durch Einzel- und Gruppengespräche

Motivationshilfen werden angeboten, um durch unterstützende Gesprächsinterventionen dazu beizutragen, besser aus Krisensituationen herauszufinden.

Hier kommen ebenfalls Einzel-, Zweier- und Gruppengespräche zur Anwendung, die Supervisionscharakter haben können.

- Vermittlung technisch - methodischer Fertigkeiten

Unterschiedliche Formen technisch-methodischer Fertigkeiten, z.B. die Präsentation von Konzepten in Arbeitsgruppen, auf Veranstaltungen und für eigene Bewertungen, sind ein wichtiger Handwerkszeug, um die gesetz-

7.

ten Ziele effizienter und effektiver erreichen zu können.

Das *BISO* vermittelt bei Bedarf – vor allem auch im Zusammenhang mit einer Evaluation – technisch-methodische Fertigkeiten.

4. Übergreifende Angebote des *BISO*

a. Seminare und Serviceleistungen

- Einführungsseminar: Kommunale Gesundheitsförderung und Präsentation des Beratungsprojekts.
- Seminar für Schlüsselpersonen zur Gesundheitsförderung aus den Ämtern.
- Erstellung eines Faltblattes zur Information der MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Umweltämter über das Beratungsprojekt.
- Abstimmungen, Planungen und Zwischenberichte mit den Ämtern bzw. für die Gesundheits- und Umweltämter.

b. Weitere Seminare und Serviceleistungen

- Seminare zur Vertiefung spezifischer Themen und Probleme

Seminare zur Vertiefung spezifischer Themen und Probleme und/oder zur Aneignung von Fertigkeiten und Kompetenzen, z.B. zur Moderation oder Prozeßplanung, werden als Umsetzungshilfen für Neuorientierung

gen hin zur Gesundheitsförderung angeboten.

Die Umsetzung von Konzepten in der Gesundheitsförderung und kontinuierliche Kooperationsformen, z.B. mit Selbsthilfegruppen, verlangen spezielles Hintergrundwissen. Deshalb sollte über die Sichtweisen verschiedener Akteure Klarheit bestehen. Zudem sollten angemessene Fertigkeiten vorhanden sein, um die Unterstützung gesundheitsfördernder Sozialnetze bewerkstelligen zu können. Das *BISO* wird bei Bedarf Seminare anbieten, die sich auf spezielles Hintergrundwissen beziehen.

- Neuorientierung des Umgangsstils

Zu einer neuen Kommunikationskultur gehört auch ein veränderter Umgangstil in der Zusammenarbeit, der um eine verhandlungsfähige Interessentransparenz bemüht und offen für neue Lösungswege ist.

Dazu bietet das *BISO* ebenfalls Fortbildungen an, wenn die Beteiligten dies wünschen.

Beratung für den Aufbau der „Arbeitskreise Gesundheit“ in Niedersachsen

Die Verstärkung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung auf lokaler und regionaler Ebene durch Arbeitsgemeinschaften wurde in Niedersachsen seit 1990 durch den Landesverein für Gesundheitspflege gefördert. Im 2. Halbjahr 1991 konnten die „Arbeitskreise Gesundheit“ und die zuständigen Gesundheitsämter oder freien Träger ein Angebot zur Beratung und Organisationssupervision nutzen, das vom *BISO* in Kooperation mit dem Landesverein durchgeführt wurde.

In der Regel wurde eine zweitägige Beratung durchgeführt, die mit Einzelpersonen oder in Gruppen mit bis zu 10 TeilnehmerInnen stattfand. Hauptgegenstand der Beratung war die Weiterentwicklung der örtlichen Strategie zur Gesundheitsförderung und die konzeptionelle und umsetzungsrelevante Hilfestellung im Gruppenprozess. Zur Vorbereitung der Beratung wurde vom *BISO* ein Fragebogen erarbeitet und an die Ämter verschickt, um einen aktuellen Einblick in den Entwicklungsstand der Arbeit vor Ort und der jeweiligen Problemlage zu erhalten.

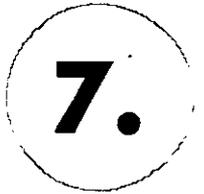
Darauf aufbauend konnte in der Beratungssituation gezielt auf die

Bedürfnisse der Akteure eingegangen werden und eine Schwerpunktsetzung vereinbart werden. Am Ende der Beratung stand die Formulierung der weiteren Ziele der Arbeit und der Umsetzungsschritte für die Realisierung der Vorhaben.

Dieser Beratungsprozeß in 12 Städten und Landkreisen Niedersachsens wurde für den Landesverein für Gesundheitspflege und das niedersächsische Sozialministerium dokumentiert.

Unterstützung organisieren

Diese dargestellten Praxisberatungen des *BISO* sind auch in anderen Bundesländern durchführbar und stellen ein nicht unwesentliches Instrument zur Unterstützung der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung dar. Berücksichtigt wird hierbei insbesondere, daß die zuständigen MitarbeiterInnen in den Ämtern oder bei freien Trägern in der Regel EinzelkämpferInnen sind, die einer Möglichkeit des Austausches und der Rückkoppelung ihrer Aktivitäten bedürfen. Gerade wer die Leitlinien der Gesundheitsförderung ernst nimmt und sich kooperatives, vernetztes Arbeiten zum Ziel gesetzt hat, stößt häufig an die Grenzen der eigenen Kompetenz und der Kompetenz der Kooperationspartner oder ist in schwer durchschaubare Gruppenprozesse einge-



7.

bunden, in denen widerstrebende Einzelinteressen die Arbeit erschweren.

Begleitende Reflexion, kontinuierliche Organisationssupervision, Abgabe der ModeratorInnenrolle in Gruppen an Externe und gezielte Fortbildung sind unabdingbar, will man erfolgreich Gesundheitsförderung multiprofessionell und multi-sektoral betreiben. Das *BISO* hat mit diesen Angeboten seit 1988 Erfahrungen gesammelt, und es läßt sich festhalten, daß neben der Schaffung der politischen und administrativen Rahmenbedingungen auch das Fortbildungs- und Beratungsangebot eine wesentliche Komponente zur Motivation von MitarbeiterInnen im Feld der Gesundheitsförderung darstellt – und ohne Motivation sind in diesem Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens noch weniger Erfolge zu erzielen als in anderen Bereichen.

Neben der Projektberatung und der Fortbildung von MitarbeiterInnen hat das *BISO* in der Vergangenheit auch die Organisation von Tagungen durchgeführt, Tagungsdokumentationen erstellt und die Begleitforschung von Maßnahmen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens ermöglicht.

Gesundheitsförderung als langfristiges Handlungskonzept bedarf der Sichtbarmachung und Publizie-

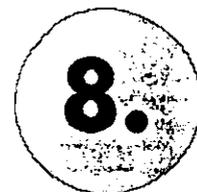
rung der Ideen, Strategien und Erfolge, um sich der politischen Unterstützung aller Ebenen und der Akzeptanz der BürgerInnen und ihrer Mitwirkung zu versichern.

Das *BISO* als gemeinnütziger Träger von Beratung und Fortbildung kann seinen Anteil daran leisten, wenn die AuftraggeberInnen eine Finanzierung sicherstellen. Nach fachlichem Bedarf, nach dem benötigten Aufwand und nach den zur Verfügung stehenden Etats richtet sich das *BISO* - Angebot, wobei zu berücksichtigen ist, daß das *BISO* aus keinen Bundes- oder Ländermitteln eine institutionelle Förderung erfährt und sich somit aus den jeweiligen Aufträgen finanzieren muß.

Das bedeutet in der Regel, daß übergeordnete Einrichtungen wie z.B. Ministerien, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Landesverbände und Dachorganisationen der Krankenkassen oder der Wohlfahrtsverbände zu den Auftragsgebern des *BISO* zählen.

Die Zentrale des *BISO* ist in Hamburg angesiedelt und in Dortmund gibt es seit Herbst 1991 ebenfalls ein Büro. Im Frühjahr 1992 wird ein weiteres Büro des *BISO* in der Nähe von Stuttgart eingerichtet werden. Somit ist gewährleistet, daß das Projektmanagement je nach Region vor Ort angesiedelt ist.

Nachwort



Im Verlauf der Tagungsreihe wurde erneut deutlich, daß die Umsetzung der WHO-Zielsetzungen auf kommunaler Ebene in der Bundesrepublik Deutschland – Ost und West – für die Zukunft noch intensive und kontinuierliche Arbeit bedeuten wird. Die Dialogbereitschaft aller Beteiligten über Prioritäten, gemeinsame Ziele und die alltägliche Realisierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung wird auch zukünftig über Chancen und Grenzen der Gesundheitsförderung entscheiden.

Da in dem Zeitraum, in dem die Arbeitstagungen durchgeführt wurden, auch die GMK-Entschießung (siehe Anhang) verabschiedet wurde, konnte auf die darin formulierte

Rolle des ÖGD aktuell eingegangen werden. Die Koordinierung und Steuerung von gemeindenahen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung als Aufgabe des ÖGD wird in der Entschießung unterstrichen, sowie die BürgerInnennähe und die Multi-professionalität betont.

In den neuen Bundesländern werden sich die MitarbeiterInnen des ÖGD auf diese Aufgaben neu einstellen müssen. Neue Versorgungs- und Betreuungsangebote

freier Träger in den neuen Ländern schaffen eine Vielzahl von möglichen Kooperationspartnern für die Gesundheitsämter, aber damit entsteht gleichzeitig das Problem der Bewertung und Einordnung dieser Angebote im Hinblick auf die Zielsetzungen der Gesundheitsförderung.

Die Tagungsreihe stellte den Versuch dar, zunächst einmal den Dialog zwischen den Akteuren der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung aus alten und neuen Bundesländern zu eröffnen, die gegenseitigen Erfahrungen und Perspektiven kennenzulernen und zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD auszutauschen. Dieser Versuch fand in einer Zeit der Umstrukturierung der gesamten Lebensverhältnisse in den neuen Bundesländern statt und konnte vor dem Hintergrund der wachsenden sozialen Probleme, z.B. durch die steigende Arbeitslosigkeit und durch die gesellschaftliche Entwurzelung der Individuen, nicht für sich in Anspruch nehmen, daß er Antworten auf die alltäglichen Probleme der TeilnehmerInnen geben konnte.

Ziele und Strategien der Gesundheitsförderung als Thema für die politischen und administrativen

8.

Ebenen und FunktionsträgerInnen, wie z.B. SozialdezernentInnen und GesundheitsamtsleiterInnen, stehen, übrigens ähnlich wie in den alten Ländern, momentan auf der Prioritätenliste der zu bewältigenden Probleme nicht an erster Stelle. So war es für die VeranstalterInnen auch nicht überraschend, daß fast ausschließlich die direkt mit dem Thema Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung befaßten MitarbeiterInnen der Einladung zu den Arbeitstagen gefolgt sind, obwohl alle Ebenen des ÖGD angesprochen waren.

Damit wurde deutlich, daß auf der Ebene der EntscheidungsträgerInnen in Politik und Verwaltung die kommunale Gesundheitsförderung in ihrer strategischen Bedeutung noch nicht erfaßt wurde und zukünftig gerade auf dieser Ebene Vermittlungsarbeit geleistet werden muß.

Die Botschaft der Gesundheitsförderung richtet sich zum einen an die BürgerInnen und möchte ihnen Motivation vermitteln, um ihre Einstellungen zur eigenen Gesundheit zu verändern; aber zum anderen auch an die Politik, die Verwaltung und die Verbände mit dem Appell zum Zusammenwirken bei der Weiterentwicklung der örtlichen Lebensverhältnisse in Richtung auf eine gesunde Zukunft für alle.

Der Dialog der Verantwortlichen auf allen Ebenen des kommunalen Lebens über die in der Gesundheitsförderung angeschnittenen Fragen, unter Beteiligung der unmittelbar betroffenen BürgerInnen, muß auch in den neuen Bundesländern begonnen werden.

Die Arbeitstagen lieferten hierzu praktische Anregungen von ReferentInnen aus Ost und West für Möglichkeiten der kommunalen Gesundheitsförderung und versuchten Perspektiven aufzuzeigen. Es wurde im jedem Bundesland für die VeranstalterInnen deutlich, wie die Akzeptanz der vorgestellten Konzepte und Umsetzungsbeispiele ausgeprägt ist und welche Voraussetzungen für ihre Umsetzung notwendig sind bzw. ob die Gesundheitsämter in den Bundesländern an einer Umsetzung von Konzepten mit inhaltlicher WHO-Orientierung interessiert sind.

Die Tagungsreihe ergab durch eine Bestandsaufnahme erste Hinweise auf förderliche und hemmende Faktoren für die Umsetzung von Gesundheitsförderung durch die Gesundheitsämter in den Kommunen. Sie verdeutlichte Unterstützungs- und Fortbildungsbedarfe der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern und gab Hinweise für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Gemeinden.

Behindernd für eine Weiterentwicklung von neuen Arbeitsfeldern innerhalb des ÖGD ist die starke Orientierung der Gesundheitsämter in den neuen Ländern an ihren Partner-Ämtern im Westen. Die Übernahme von teilweise identischen Schwerpunktsetzungen, auch wenn andere Gestaltungsmöglichkeiten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben möglich wären, führt dazu, daß auch die fachlichen Probleme der alten Länder in der Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung sich in den neuen Ämtern wiederfinden.

Für die TeilnehmerInnen führten die Tagungen mit Sicherheit zu einer Stärkung des Bewußtseins der Wichtigkeit ihrer Tätigkeit in der Gesundheitsförderung. An fast allen Gesundheitsämtern sind die Stellen für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung gekürzt worden, zum Teil sind die MitarbeiterInnen jetzt bei freien Trägern beschäftigt oder, wenn sie noch am Amt beschäftigt sind, steht ihnen nur ein Teil ihrer Zeit für die neuen Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Neben diesen zum Teil ungewissen Zukunftsaussichten entstehen zusätzliche Schwierigkeiten durch die ehemals vorhandenen, durch den Umbruch aber aufgelösten Kooperationsbeziehungen zu anderen

Anbietern im Sozial- und Gesundheitswesen in der ehemaligen DDR und durch den sprunghaften Anstieg freier Träger in den letzten zwei Jahren. Alle TeilnehmerInnen betonten, daß es vor der Wende kontinuierliche Kooperationsbeziehungen gegeben hätte. Diese wären in Form der Kreiskomitees zwar von oben verordnet gewesen, hätten aber immerhin eine formale Zusammenarbeit sichergestellt. Jetzt müssen diese alten Arbeitskontakte wiederhergestellt werden und neu daran ist, daß man nun auf die Freiwilligkeit der Beteiligten und ihre unterschiedlichen Sichtweisen mehr Rücksicht nehmen müsse.

Gerade in diesem Bereich boten die Tagungen Raum für eine Bearbeitung der aktuellen, oft unbefriedigenden Situation mit ihren Schwierigkeiten, zeigten aber durch die sorgfältig ausgewählten Referate auch neue Möglichkeiten und Chancen für die TeilnehmerInnen aus den Gesundheitsämtern auf.

So wurde in allen Feed-back Runden betont, daß die Tagungen und die Arbeitsform in Gruppen zur Klärung und Stabilisierung beigetragen haben, so sagten z.B. einige TeilnehmerInnen aus Thüringen: „Ich traue mich jetzt, Gesundheitsförderung ernst zu nehmen“; „Das, was ich wußte, ist wieder

8.

sehr in den Vordergrund getreten, das kann man schlecht nebenbei machen“; „Die Wandzeitungen haben viel geholfen – Kooperation wurde plastisch durch die Gruppenarbeit“.

Neben diesen Entwicklungsanstößen auf der persönlichen Ebene, die auf keinen Fall unterschätzt werden sollten, führten die Tagungen zu Anregungen auf der administrativen Ebene: in Thüringen wurde am letzten Tag der Arbeitstagung ein Empfehlungsschreiben an die zuständigen LandrätInnen der Städte und Gemeinden verfaßt, in welchem die TeilnehmerInnen gemeinsam ihre Forderungen zum Stellenwert der Gesundheitsförderung innerhalb des ÖGD formulierten. Diese Empfehlung wurde anschließend gemeinsam mit der GMK-Entscheidung an die Kreise und Städte versandt.

Die Tagung in Sachsen-Anhalt vertiefte die durch die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung bereits geschaffenen Kontakte unter den GesundheitsförderInnen.

In Brandenburg verstärkten beide Tagungen die Absicht zur Gründung einer Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, die dort noch nicht existiert. Gemeinsam mit dem anwesenden Vertreter des brandenburgischen Ministeriums wurden Gespräche geführt, erste Zuständigkeiten geklärt und An-

sprechpersonen aus den Gesundheitsämtern benannt.

In Sachsen konnte die dortige Landesvereinigung für Gesundheitsförderung sich und ihre Arbeit bei allen TeilnehmerInnen vorstellen, wobei in Zukunft auch die weiter von Dresden entfernten Kreise in die Aktivitäten der Landesvereinigung einbezogen werden.

Neben diesen persönlichen und regionalen Entwicklungen, die durch die Tagungsreihe eingeleitet wurden, zeichneten sich Unterstützungsbedarfe für die Zukunft ab, die sich, und auch dies wurde immer wieder von den TeilnehmerInnen betont, auf mehrere Ebenen beziehen müssen. Schon auf den Tagungen wurden die drei wichtigen Ebenen erwähnt, die angesprochen werden sollten, wenn es um Fragen der Gesundheitsförderung geht:

SozialdezernentInnen und andere EntscheidungsträgerInnen in der Kommune

Amtsleitungen (und LeiterInnen anderer freier sozialer Einrichtungen)

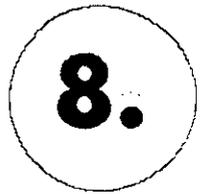
MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter (und andere Akteure der Gesundheitsförderung aus Verbänden und Institutionen).

Bei den MitarbeiterInnen zeichnete sich vor allem ein Interesse an der Festsetzung des Erfahrungsaustausches – vor allem auf Landesebene – ab. Außerdem wurde der Bedarf an der Vermittlung konkreter Fertigkeiten, die zur Umsetzung von Gesundheitsförderung notwendig sind, deutlich. Gewünscht wurden Fortbildungen vor allem zu den Themen Kommunikation und Moderation, Rhetorik, Methoden der Konzeptentwicklung, Methoden der Teamarbeit, Kenntnisse in Öffentlichkeitsarbeit, Marketing und Sponsoring im sozialen Bereich. (siehe dazu auch Kapitel 5).

Kontinuierliche Unterstützung in Form von Beratung und Fortbildung wird notwendig sein, um sowohl den MitarbeiterInnen von Ämtern und bei freien Trägern Inhalte und Methoden zur Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung zu vermitteln, als auch den

Verantwortlichen in Verwaltung und Politik, Chancen und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zur Lösung kommunaler Probleme nahezubringen.

Darüberhinaus werden zukünftige Unterstützungsangebote in den neuen wie in den alten Ländern ihre Aufgabe darin zu sehen haben, die Definition der Gesundheitsförderung umsetzungsgerecht zu verdeutlichen und eine klare Abgrenzung zu Methoden der Gesundheitserziehung, der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung vorzunehmen (vergl. dazu GMK-EntschlieÙung ab S. 114). Diese Eindeutigkeit ist besonders notwendig, um den zuständigen Stellen den fachübergreifenden Ansatz der Gesundheitsförderung zu verdeutlichen und eindeutige Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen geben zu können.



Anhang

64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder (GMK)

EntschlieÙung

Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland

1. Die GMK nimmt den Bericht der Arbeitsgemeinschaft der leitenden MedizinalbeamtInnen der Länder (AGLMB) über Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland zur Kenntnis.
2. Die GMK ist sich einig, daß präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, daß die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden.
3. Die GMK begrüßt, daß im vergangenen Jahrzehnt viele nationale und internationale Programme zur Gesundheitsförderung begonnen wurden. Sie bezieht sich dabei z.B. auf die Regionalstrategie des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation, auf deren auch in der Bundesrepublik Deutschland anlaufendes „Gesunde-Städte-Projekt“ und auf das Aktionsprogramm „Europa gegen den Krebs“ der Europäischen Gemeinschaft.
4. Die GMK hält es für unverzichtbar, daß gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen „Gesundheit“ ressortübergreifend - also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen - angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden. Als Beispiele seien hier Stadtplanung und Verkehrspolitik genannt.
5. Die GMK begrüßt, daß Gesundheitsförderung auch im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) als gesetzliche Aufgabe fest verankert ist. In der Praxis sind die damit gegebenen

Möglichkeiten jedoch bei allen Beteiligten noch lange nicht ausgeschöpft. Die GMK dringt daher insbesondere darauf, daß die geforderte Zusammenarbeit aller Träger im Rahmen von § 20 SGB V ausgebaut wird und auch die Krankenkassen für Gemeinschaftsaktionen entsprechende Mittel baldmöglichst bereitstellen.

6. Die Schaffung einer gesunden Umwelt und die Verringerung umweltschädlicher Noxen sind Ziele von hoher Priorität. Gesundheits- und Umweltpolitik sind derzeit überwiegend reaktiv und kurativ ausgerichtet. Sie suchen und definieren Handlungsbedarf erst dort, wo Umwelt- und Gesundheitsgefährdungen bereits erkennbar sind. Daher ist der umfassende Ausbau des gesundheitlichen Umweltschutzes im Sinne der Gesundheitsvorsorge dringend geboten.
7. Die GMK unterstreicht, daß dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt. Diese kann jedoch nicht kostenneutral sichergestellt werden. Die GMK empfiehlt, die Priorität der Gesundheitsförderung für

die präventive Gesundheitspolitik in der Aufgabenverteilung und Stellenbesetzung im ÖGD stärker zu berücksichtigen.

Bericht der AGLMB

Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen hat auf ihrer 61. Sitzung am 28./29. September 1989 die AGLMB beauftragt, sich mit den Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung zu befassen und darüber in der 62. GMK zu berichten.

Der hiermit vorgelegte Bericht ist zugleich der Versuch einer Standortbestimmung der heute praktizierten Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland, aus der sich eine Reihe von Folgerungen für die zukünftige Entwicklung ergeben. Sie sind in der Form einer EntschlieÙung zusammengefaÙt worden.

Präventive Gesundheitspolitik in den Ländern besteht aus Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung und der

9.

Gesundheitsförderung. Dabei sind Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung als primär krankheitsorientierte Instrumente und Gesundheitsförderung als gesundheitsorientierter Ansatz dieser Politik zu verstehen.

Gesundheitsvorsorge im Sinne von Primärprävention verfolgt das Ziel, gesundheitliche Belastungen und Schädigungen bereits vor ihrer Entstehung zu verhindern. Sie gilt der gesamten Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von Risikofaktoren und benachteiligten Gruppen.

Krankheitsfrüherkennung im Sinne von Sekundärprävention dient dem möglichst frühzeitigen Erkennen von Gesundheitsschäden mit dem Ziel, Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen zu optimieren, die Lebensqualität zu verbessern und Behinderungen zu begrenzen.

Gesundheitsförderung ist dem Ziel verpflichtet, ein Mehr an Gesundheit nicht nur durch die Vermeidung und Begrenzung von Krankheit zu erreichen. Sie richtet sich daher sowohl an Gesunde, als auch an Kranke oder unter besonderen Risiken Lebende und bezieht deren Lebensverhältnisse mit ein.

1. Gesundheitsförderung

1.1 Zielsetzung

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, ein Mehr an Gesundheit zu erreichen. Dabei verfolgt Gesundheitsförderung in der verbreiteten Form der Gesundheitserziehung den Ansatz, mit Hilfe von Informationsvermittlung (als gesundheitliche Aufklärung) und durch Angebote zur Verhaltensänderung (als Gesundheitstraining) die Adressaten zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil zu bewegen. Gesundheitsförderung zielt darüber hinaus aber auf eine Gestaltung der stofflichen und sozialen Lebensbedingungen dahingehend ab, daß eine gesundheitsdienliche Lebensweise nicht nur ermöglicht, sondern auch zur leichten gemacht wird („make the healthier choice the easier choice“).

Grundlage für diese Zielsetzung der Gesundheitsförderung ist ein Begriff von Gesundheit, der diese weder allein normativ bestimmt, noch ausschließlich statistisch als Durchschnittsgröße definiert, sondern sie - wie es die Weltgesundheitsorganisation tut - als individuell erlebtes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umschreibt und zugleich die gesellschaftlichen und Umweltbedingungen dieses Befindens einschließt. Gesundheitsförderung hat deshalb sowohl eine Beeinflussung

individuellen Handelns (als Verhaltensprävention) als auch der Lebens- und Umweltbedingungen (als Verhältnisprävention) im Blick.

Diese Ziele bemüht sich die Gesundheitsförderung unter Beachtung der folgenden Prinzipien zu erreichen:

- Gesundheits- statt Krankheitsorientierung, d.h. Angelpunkt der Überlegungen ist eine positive Entfaltung von Gesundheit und nicht allein die Vermeidung von Krankheit,
- Lebens- und Umweltbezug, d.h. Berücksichtigung der jeweiligen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen insbesondere sozial benachteiligter Menschen,
- Gemeinwesenorientierung, d.h. Beschäftigung mit den konkreten gesundheitsbezogenen Problemlagen im Rahmen einer überschaubaren lokalen Einheit,
- Partizipation, d.h. soweit wie möglich werden Maßnahmen mit und durch Betroffene und nicht nur für sie ergriffen. Das schließt Ermunterung zur Aktivität dort ein, wo die Bürgerinnen und Bürger ihre Probleme nicht selber ansprechen,
- Emanzipation, d.h. einzelne oder Gruppen werden befähigt, selbst mit ihren Problemen umzugehen. Hierzu sind gezielte Angebote zur Kompetenzerweiterung sinnvoll.

- Prozeß- statt Ergebnisorientierung, d.h. schon die Art der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen stellt ein Wert dar. Zugleich gibt es für jede Situation und Ausgangslage die Möglichkeit einer weiteren Förderung. Gesundheit ist niemals „erreicht“.

1.2 Grundsätze

Um Gesundheitsförderung praktisch umsetzen zu können, ist es erforderlich, hierfür geeignete politische und strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, zu erhalten und fortzuentwickeln. Für staatliches Handeln bedeutet dies:

- Gesundheitliche Belange müssen bei allen Planungen und Entscheidungen weit über die Definition von Krankheit hinaus im Sinne der Erhaltung und Schaffung von Gesundheit berücksichtigt werden. Dabei sollte das Anliegen „Gesundheit“ ressortübergreifend – also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen – angesprochen und in Entscheidungen einbezogen werden. Als Beispiele seien hier Stadtplanung und Verkehrspolitik genannt. Die Durchsetzung gesundheitlicher Belange hat ggf. auch gegen andere, z.B. wirtschaftliche Sachzwänge und Interessen zu erfolgen.
- Die Schaffung einer gesunden Umwelt und die Verringerung

9.

umweltschädlicher Noxen sind Ziele von hoher Priorität. Gesundheits- und Umweltpolitik sind derzeit überwiegend reaktiv und kurativ ausgerichtet. Sie suchen und definieren Handlungsbedarf erst dort, wo Umwelt- und Gesundheitsgefährdungen bereits erkennbar sind.

- Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit sind unabdingbare Voraussetzungen für eine effektive Gesundheitsförderung. Gesundheit darf nicht das Gut vor allem bevorzugter sozialer Gruppen sein. Sozialpolitik, Ausländerpolitik und Politik für alte Menschen sind ausdrücklich gefordert.
 - Eine umfassende, verständliche und zugängliche Gesundheitsberichterstattung, die mehr ist als eine modernisierte Medizinalstatistik, ist als Grundlage für Planung und als Instrument der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen unverzichtbar.
 - Damit präventive Gesundheitspolitik vergleichbare Erfolge wie die kurative Medizin erringen kann, müssen ihr zukünftig überdurchschnittliche personelle, institutionelle und finanzielle Ressourcen zuwachsen. Gesundheitsförderung ist nicht kostenneutral zu erreichen. Die effektive Weiterentwicklung auf diesem Gebiet setzt insofern eine überdurchschnittliche politische Aufmerksamkeit voraus.
- Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe, die vor allem regional und „vor Ort“ umgesetzt werden muß, auch wenn die geeigneten politischen und finanziellen Voraussetzungen wesentlich auf der überregionalen Ebene geschaffen werden und gemeinsamer Anstrengungen auf Landes-, Bundes- und internationaler Ebene bedürfen.
- Auf regionaler und lokaler Ebene müssen ergänzende politische und finanzielle Voraussetzungen für eine wirksame Gesundheitsförderung geschaffen und erhalten werden. Auch vor Ort kann und sollte eine ressortübergreifende Zusammenführung gesundheitlich bedeutsamer Gesichtspunkte erfolgen, etwa durch vermehrte Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch an gesundheitsunspezifischen Entscheidungen.
 - Bei der praktischen Umsetzung der Gesundheitsförderung vor Ort kommt es entscheidend auf die Zusammenarbeit aller Beteiligten und auf die Einbeziehung der Bürger selbst an. Sie kann nur wirksame Ergebnisse haben, wenn sie bürgerorientiert und – in bezug auf die hinzugezogenen Fachleute – multidisziplinär und institutionsübergreifend ist.

- Akteure der Gesundheitsförderung sind neben lokalen und regionalen Verantwortungsträgern auch die Bürger selbst. Die Rolle von Experten sollte sich auf eine anregende, begleitende, informierende und helfende Funktion beschränken. Allen professionellen Beteiligten kommt vor allem eine Multiplikatoren Aufgabe zu, die u.a. gewährleisten soll, daß beständige Angebote statt gelegentlicher spektakulärer Einzelveranstaltungen durchgeführt werden. Partnerschaftliche Zusammenarbeit ist insbesondere im Hinblick auf die Gewinnung der Bürger unverzichtbar.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten durch Einbezug von Gesundheitsförderungsgesichtspunkten in die Curricula derjenigen Berufsgruppen unterstützt werden, die sich im weitesten Sinne mit Gesundheit befassen. Vermittlung von Fachwissen aus dem medizinischen, pädagogischen und kommunikativen Bereich könnte auch diejenigen einbeziehen, die sich auf dem Feld der Gesundheitsförderung engagieren, insbesondere lokale und regionale Träger gesundheitsrelevanter Entscheidungen.
- Um die Bürger zu aktivieren und unterstützen zu können, sind zielgruppenspezifische Ansätze auf verschiedenen Ebenen tauglich. Mit einem lebensphasenbezogenen Vorgehen werden gesundheitsfördernde Konzepte sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das mittlere und höhere Lebensalter verfolgt. Hier gibt es bereits umfangreiche Erfahrungen z.B. mit der Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule zu Themen wie Zahngesundheit, Sexualität und Suchtverhalten, mit der Gesundheitsbildung im Erwachsenenalter zu unterschiedlichen verhaltens- und verhältnispräventiven Themen sowie mit den Angeboten für alte Menschen.
- Ebenso sinnvoll und ergänzend notwendig sind solche Ansätze, die sich auf einzelne Lebensbereiche wie z.B. Familie, Arbeitswelt und Freizeit beziehen oder auf besondere soziale Gruppen wie Alleinerziehende, alte und alleinstehende Menschen, Randgruppen usw.

1.3 Organisation

Mit den Aufgaben der Gesundheitsförderung ist derzeit eine Reihe von Organisationen und Institutionen befaßt, vor allem Gesundheitsämter, Krankenkassen, kirchliche und caritative Vereinigungen, Initiativen verschiedener Herkunft und Selbsthilfegruppen. Das SGB V hat in § 20 die Krankenkassen beauftragt, im Bereich der

9.

Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) tätig zu werden.

Für die Gesundheitsförderung ist ein möglichst breiter Ansatz und eine Vielzahl von Trägern sinnvoll. Bereits bestehende und zum Teil gut ausgebaute, effizient arbeitende Strukturen sind zu erhalten. Aber auch in Ergänzung zu ihnen sind überall dort neue Einrichtungen zu schaffen, wo die bisherigen nicht ausreichen oder fehlen. Angesichts der Vielfalt an Akteuren der Gesundheitsförderung ist eine Koordination notwendig, um die Übersicht zu bewahren, Doppelarbeit und die dafür anfallenden Kosten zu vermeiden, aber auch um Defizite zu erkennen und auszufüllen. Als Träger für solche Koordinationsaufgaben bieten sich an:

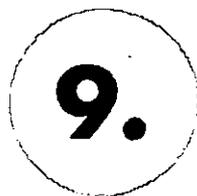
- der Öffentliche Gesundheitsdienst
- ein Gremium, in dem neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst alle Selbstverwaltungskörperschaften, Initiativen und Verbände als Mitglieder vertreten sind, die im Bereich der Gesundheitsförderung engagiert sind.

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sprechen dabei:

- seine Tradition in der Verhaltensprävention (Gesundheitserziehung) und der Verhältnisprävention (Gesundheitsaufsicht),
- seine behördliche Einbettung, die den Zugang zu allen gesundheitsbezogenen Planungen von Ämtern auch außerhalb der Gesundheitsfachverwaltung ermöglicht,
- seine finanzielle Unabhängigkeit, die bei der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ein Zurücktreten des ÖGD gegenüber Dritten im Sinne des Subsidiaritätsprinzips erlaubt,
- das Fehlen vordringlicher Partikularinteressen, wodurch er am ehesten von anderen Trägern akzeptiert wird, sowie
- seine im Grundsatz multidisziplinäre Arbeitsstruktur, die jedoch noch teilweise von medizinischen und krankheitsbezogenen Ungleichgewichten bestimmt ist.

Hinzu kommt, daß in einigen der inzwischen verabschiedeten ÖGD-Gesetze Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung als Aufgaben ausdrücklich festgeschrieben worden sind.

Die Koordinierung gesundheitsfördernder Maßnahmen, wie sie bspw. im Programm der BZgA zur



Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst geschehen ist, könnte z.B. durch Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung/ Gesundheitserziehung auf lokaler Ebene geleistet werden. Aufgabe derartiger Arbeitsgemeinschaften ist in erster Linie die gegenseitige Information, die Bestandsaufnahme bereits vorhandener Aktivitäten, die Abstimmung von konkreten Projekten, die Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen, die Anregung neuer Maßnahmen und die Öffentlichkeitsarbeit. Die Arbeitsgemeinschaften sollten aber auch sicherstellen, daß vielfältige Präventionsmaßnahmen stärker in öffentlichen Entscheidungsprozessen berücksichtigt und besser abgestimmt werden.

Zur Erhöhung der Effektivität und um eine flächendeckende Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung landesweit zu erreichen, ist die Einrichtung eines Gremiums von Organisationen und Einrichtungen sinnvoll, die auf Landesebene an der Gesundheitsförderung beteiligt sind. Zu den Aufgaben dieses Gremiums gehört es insbesondere auch, die Abstimmung und Zusammenarbeit der überörtlichen Träger zu fördern und Empfehlungen für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu geben.

Soll Gesundheitsförderung in nennenswertem Umfang intensiviert werden, dies haben die Erfahrungen des ÖGD-Programms gezeigt, so wird dies kostenneutral nicht möglich sein. Gesundheitsförderung wird bislang unzureichend finanziell unterstützt, obgleich sie auch eine Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge bzw. Angelegenheit der Länder und des Bundes ist. In diesem Zusammenhang ist auch die gesetzliche Krankenversicherung gemäß §§ 20, 21 und 67 SGB V gefordert.

Die Gesundheitsförderung ist bisher unzureichend in medizinische Forschungs- und Modellprogramme eingebunden. Zudem erfolgt die für die Gesundheitsförderung belangvolle Forschung in der Regel ohne ausdrücklichen Bezug auf dieses Gebiet. Ihre Ergebnisse finden in der praktischen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen kaum Anwendung. Eine verstärkte Verständigung und Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis ist daher eine der wichtigsten Voraussetzungen, um Forschungsergebnisse erfolgreich und zeitgerecht zu nutzen.

Die Länder aber auch der Bund sind aufgefordert, Gesundheitsförderung in laufenden und zukünftigen Forschungs- und Modellprogrammen verstärkt zu berücksichtigen.

9.

gen. Der Gesundheitsförderung muß hierbei ein vergleichbarer Stellenwert zuerkannt werden wie der kurativen Medizin. Zu denken ist hierbei an:

- Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Einzelzielsetzungen.
- Bündelung und Aufbereitung der bisher aus verschiedenen Vorhaben gewonnenen Erkenntnisse (auch im Sinne einer Sekundäranalyse),
- Aufbau von Studiengängen zu „public health“.

Wünschenswert wäre zudem die Schaffung eines Förderungsschwerpunktes Gesundheitsförderung im Rahmen des Forschungsprogramms der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“.

2. Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung

2.1 Zielsetzung

Krankheitsfrüherkennung in Form von screenings ist immer da zweckmäßig, wo die Früherkennung zur Therapie führt oder nach medizinischem Wissensstand zumindest dazu führen kann. Früherkennung ohne therapeutische Mög-

lichkeiten ist zumindest problematisch, wenn die Lebenszeit nicht verlängert oder die Lebensqualität nicht verbessert wird, aber die Belastung durch einen Positivbefund ohne mögliche Gegenmaßnahmen ausgehalten werden muß.

Ziel von Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung ist es, Ursachen von Belastungen und Erkrankungen so frühzeitig wie möglich zu erkennen, um auf deren Entwicklung und Verlauf wirksam Einfluß zu nehmen. Dabei kann der jeweilige Einzelfall nicht ausschließlich als solcher, sondern er muß auch im Zusammenhang möglicher Bedienungsfelder gesehen werden. Unerlässlich für die Erreichung dieses Ziels ist die Orientierung an:

- Problemstellung
- Lebensaltersstufen
- Lebensumständen

unter Anwendung von Erkenntnissen des gesundheitlichen Umweltschutzes und der Arbeitsmedizin, der Psychologie und der Sozialwissenschaften.

Bei der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsfrüherkennung wird durch Informationsvermittlung, Beratung und Motivation sowie durch Auswahl geeigneter Techniken und Angebote Einfluß genommen.

2.2 Angebote zur Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung

Der Gesetzgeber hat in der Novellierung des SGB V die Rahmenbedingungen für Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung neu definiert und folgende Maßnahmen und Angebote geschaffen:

- Schwangeren – Vorsorgeuntersuchungen
- Neun Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (U1 bis U9), die die Frühförderung zur Vermeidung kindlicher Entwicklungsstörungen einschließen
- Die Verhütung von Zahnerkrankungen in Form von Gruppenprophylaxe bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und der Individualprophylaxe zwischen dem 12. und dem 20. Lebensjahr
- Jährliche Früherkennungsuntersuchung von Krebserkrankungen für Frauen frühestens vom Beginn des 20. Lebensjahres und für Männer frühestens vom Beginn des 45. Lebensjahres an
- Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus vom Beginn des 35. Lebensjahres an mit zweijährlicher Wie-

derholung. Hierbei wird in starkem Maße auf das Vorhandensein der Risikofaktoren für die genannten Krankheiten hin untersucht.

Daneben sieht das Gesetz im Bereich der Gesundheitsvorsorge folgende Maßnahmen vor:

- Medizinische Vorsorgeleistungen, um eine Schwächung der Gesundheit zu vermeiden, die in absehbarer Zeit zu Krankheit oder Pflegebedürftigkeit führen würde. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die gefährdete gesundheitliche Entwicklung der Kinder gelenkt (§§ 23 und 26 SGB V). Der Gesetzgeber appelliert an Krankenkassen und Kassenärzte, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um bei den Versicherten einer Schwächung der Gesundheit entgegenzuwirken und die Verhütung von Krankheiten sicherzustellen (§ 20 SGB V). Dazu gehört auch, den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und -schäden nachzugehen und rasche Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis.

Darüber hinaus werden folgende Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsvorsorge durchgeführt:

- Humangenetische Beratung
- Neugeborenencreening
- Regeluntersuchungen des ju-

9.

gendärztlichen Dienstes im ÖGD

- Schutzimpfungen
- Karies- und Rachitisprophylaxe
- Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz
- Musterungsuntersuchungen
- Betriebsärztliche Untersuchungen
- Untersuchungen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz.

2.3 Grundsätze

Eine wichtige Grundlage von Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung ist die Gesundheitsberichterstattung, die, wenn sie wirksame Präventionsmaßnahmen vorbereiten soll, sozialepidemiologisch orientiert sein und ökologische Gesichtspunkte berücksichtigen muß. Nur dann kann sie reale krankheitsverursachende Strukturen ausfindig machen. Dies geschieht durch eine regionalisierte, berufsspezifische, schichtspezifische, geschlechtsspezifische und altersspezifische Betrachtung sowie durch eine geeignete Verknüpfung dieser Aspekte.

Notwendig ist die Evaluation mit regelmäßigen Wirksamkeitsanalysen der eingesetzten Mittel und Methoden, etwa durch eine Verbesserung der Dokumentation, und des erreichten Effekts sowie eine angemessene Qualitätssicherung.

Multiprofessionelles und integratives Handeln der beteiligten

Berufsgruppen ist erforderlich. Zur Qualitätssicherung gehört aber auch die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsvorsorge beteiligten Träger und Institutionen.

Für die sachgerechte Erfüllung des präventiven Auftrags sind bei Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung bevölkerungs- und realitätsnahe, zielgruppenorientierte Strategien anzuwenden, die das Prinzip der Freiwilligkeit und der Eigenverantwortung ebenso berücksichtigen wie die Erfordernisse des Datenschutzes. Dazu gehört die schrittweise Integration von Früherkennungsprogrammen in den Alltag der Menschen, z.B. am Arbeitsplatz, und die aufsuchende Betreuung.

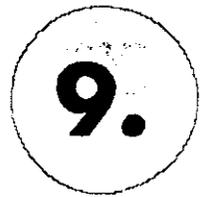
2.4 Organisation

Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung werden mit weitgehendem Erfolg von niedergelassener Ärzteschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sichergestellt. In zunehmendem Maße engagieren sich hier auch andere Träger wie z.B. Kassen und Betriebe.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst war in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel unterworfen. Da inzwischen die Zahl der niedergelassenen Ärzte stark

zugenommen hat, wurden viele Aufgaben aus dem Vorsorge- und Krankheitsfrüherkennungsbereich auf sie verlagert. Darüber hinaus ist in der Bevölkerung das Bewußtsein für ökologische Fragen, gesundheitlichen Umweltschutz usw. gewachsen. Die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von öffentlichen Reihenuntersuchungen wird vermehrt gefordert. Die Sensibilität der Bürger für den Schutz personenbezogener Daten sollte als eine positive Herausforderung für den ÖGD verstanden werden, der er sich durchaus stellen kann: Durch angemessene Regelungen (Anonymität der Beratungen) konnte bei der HIV-Prävention und AIDS-Beratung durch die Gesundheitsämter eine hohe Akzeptanz erreicht werden.

Bisherige Datensammlungen und Medizinalstatistiken konnten wegen ungenügender Auswertbarkeit häufig nicht zu gesundheitspolitischen Interventionen und Planungen herangezogen werden. Zukünftig wird jede Datensammlung schon im Ansatz auf Sinnhaftigkeit, Aussagekraft und Datenschutzverträglichkeit zu überprüfen sein. Gute Ergebnisse lassen sich bei vielen Fragestellungen auch mit Stichprobenerhebungen erzielen, so daß auf Totalerfassungen in vielen Bereichen verzichtet werden kann.



Exemplarisches Tagungsprogramm

9.

Donnerstag, 28. November 1991

- 9.00 Uhr Transfersitzung: Skizzieren von Projektmodellen für eine kommunale Gesundheitsförderung
- 10.00 Uhr Kaffeepause
- 10.15 Uhr Fortsetzung der Arbeitsgruppen
- 11.00 Uhr Präsentation der Modelle durch die TeilnehmerInnen
- 11.30 Uhr Diskussion der Modelle und Darstellung von Erfahrungen mit Unterstützungs- und Beratungsangeboten für den ÖGD durch BZgA und BISO
Referenten: Manfred Lehmann / BZgA und Joachim F. W. Müller / BISO
- 12.30 Uhr Abschlussdiskussion
- 13.30 Uhr Ende der Arbeitstagung

Anmeldung bis zum: 20. November 1991
an: Herrn Dr. Przybicki
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit & Frauen des Landes Brandenburg
Berliner Straße 90
1560 Potsdam
Tel. 4786

Da der TeilnehmerInnenkreis begrenzt ist, behalten sich die Veranstalter die Einladung ausdrücklich vor. Eine Teilnahme ohne vorherige schriftliche Einladung ist nicht möglich.

Die Teilnahme ist kostenlos. Fahrtkosten können nicht erstattet werden.



Grindelallee 43
2000 Hamburg 13
040 - 41 84 55

Arbeitstagung "Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. Kreisebene als Aufgabe der Gesundheitsämter"

Brandenburg / Alt-Ruppin, 27./28. November 1991

Veranstalter: Bildungsinstitut Sozialwissenschaften und Gesundheit,
Hamburg (BISO)
im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (BZgA)
gefördert vom
Bundesminister für Gesundheit, Bonn

Postfach 91 01 52
Oatmerheimer Str. 200
W 5000 Köln 91

Tel. 0221/ 89 92 1
Fax: 0221/ 89 03 46 0

Ziel der Tagung

Die Veranstaltung ist Teil einer Reihe von fünf Tagungen, die im Herbst 1991 in den neuen Bundesländern durchgeführt werden. Mit der Tagungsreihe wird das Ziel verfolgt, realisierbare Perspektiven für die gemeindeorientierte Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsämter in den neuen (und den alten) Bundesländern zu entwickeln. Die Ergebnisse der Tagungsreihe werden dokumentiert und veröffentlicht.

In jeder Arbeitstagung stehen zwei besondere Projekte im Mittelpunkt. Sie sind Anlaß zur Diskussion und zur Klärung der Voraussetzungen für die Umsetzung von Ideen und Konzepten der Gesundheitsförderung.

TeilnehmerInnenkreis

Die TeilnehmerInnenzahl ist pro Tagung auf 20 Personen begrenzt. Angesprochen sind die für die Gesundheitsförderung zuständigen MitarbeiterInnen auf allen Ebenen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (MitarbeiterInnen aus Gesundheitsämtern, Gesundheitsamtsleitungen, Landeszentralen, Ministerien und DezernentInnen).

Mittwoch, 27. November 1991

10.00 Uhr	Eröffnung der Tagung Frau Dr. Steppuhn, Leiterin der Abteilung für Gesundheit im Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales & Frauen des Landes Brandenburg
10.15 Uhr	Begrüßung durch die BZgA Dr. Elisabeth Pott, Direktorin
10.30 Uhr	Überblick über den Ablauf Joachim F. W. Müller, Silke Rosumek / BISO
10.40 Uhr	Eingangsreferat: Ziele und Methoden kommunaler Gesundheitsförderung Referent: Joachim F. W. Müller / BISO
10.55 Uhr	Nachfragen / Diskussion

11.15 Uhr	2. Referat: Zwei Beispiele für neue Ansätze der kommunalen Gesundheitsförderung in den alten und neuen Bundesländern unter Mitwirkung der Gesundheitsämter ReferentInnen: GA Mettmann, Frau Moonen GA Jena, Frau Schumacher
11.45 Uhr	Nachfragen / Diskussion
12.15 Uhr	Mittagspause
13.15 Uhr	Zusammenfassung des Vormittags / Überblick für den Nachmittag Joachim F. W. Müller / BISO
13.30 Uhr	AG 1: Diskussion über Beispiel 1 vom Vormittag Umsetzbarkeit des Projektes in der eigenen Kommune Leitung: ReferentIn des Vormittags Berichterstattung: 1 TeilnehmerIn AG 2: Diskussion über Beispiel 2 vom Vormittag Umsetzbarkeit des Projektes in der eigenen Kommune Leitung: ReferentIn des Vormittags Berichterstattung: 1 TeilnehmerIn
15.00 Uhr	Kaffeepause
15.30 Uhr	Fortsetzung der Arbeitsgruppen 1 und 2
18.00 Uhr	Abendessen
19.00 Uhr	Abendzitzung: Moderierte Gruppendiskussion: Bericht aus den Arbeitsgruppen/Übertragbarkeit der Beispiele in die neuen Bundesländer - sind dies denkbare und realisierbare Perspektiven? Welche Unterstützungs- und Fortbildungsbedarfe entstehen daraus?
21.00 Uhr	Ende des ersten Tages

9.

ReferentInnen

Dr.phil.Konstanze Clemens

Soziologin, Referentin für Gesundheitserziehung, Stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung im Landkreis Bischofswerda
Landratsamt Bischofswerda
- Gesundheitsamt -
Am Lutherpark 7
O - 8500 Bischofswerda
Tel.: 3548

Marion Schumacher

Psychologin, Leiterin der Abteilung Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Jena, Vorstandsmitglied im Arbeitskreis Gesundheitsförderung Thüringen
Stadt Jena
- Gesundheitsamt -
Löbdergraben 14a
O - 6900 Jena
Tel.: 57 31 29

Hella Mehlhorn

Dipl. Lehrerin, Gesundheitsberaterin/-koordinatorin in der Gesundheits- und Lebensberatungsstelle des Gesundheitsamtes Ilmenau

Monika Dittrich

Ökonompädagogin, Gesundheitsberaterin/-koordinatorin in der Gesundheits- und Lebensberatungsstelle des Gesundheitsamtes Ilmenau

Gesundheits- und Lebensberatungsstelle des Gesundheitsamtes Ilmenau
An der Schloßmauer 6
O - 6300 Ilmenau
Tel.: 2547

Ilse Gruse

Diplommedizinpädagogin, Gesundheitspädagogin im Gesundheitsamt Fürstenwalde

Gesundheitsamt
Kreisverwaltung
Trebuser Straße 47
O - 1240 Fürstenwalde
Tel.: 64 4 19

Christel Witt

Medizinpädagogin, Sachbearbeiterin für Gesundheitsförderung / Gesundheits-erziehung im Gesundheitsamt Neuruppin
Gesundheitsamt Neuruppin
Neustädter Straße 44
O - 1950 Neuruppin
Tel.: 6001

Barbara Moonen

Verwaltungsangestellte, Sachbearbeiterin u.a. für Organisation und Koordination der Gesundheitsförderung, Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitsamt Mettmann
Kreis Mettmann
Der Oberkreisdirektor
Gesundheitsamt
Düsseldorfer Str. 26
4020 Mettmann
Tel.: 02104/79 04 23

Rainer Schubert

Gesundheitspädagoge im Gesundheitsamt Braunschweig
Gesundheitsamt Braunschweig
Hamburger Str. 226
3300 Braunschweig
Tel.: 0531/470 72 72

Norbert Velten

Dipl. Biologe im braunschweiger Forum braunschweiger Forum e.V.
Hamburger Str. 273 b
3300 Braunschweig
Tel.: 0531/33 51 71

Hartmut Stulken

Diplomsozialpädagoge, Sachgebietsleiter Gesundheitsberatung im Hauptgesundheitsamt Bremen
Hauptgesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
2800 Bremen 1
Tel.: 0421/497 51 63

Siegfried Conrad

Gesundheitspädagoge im Gesundheitsamt Landkreis Gifhorn
Gesundheitsamt LK Gifhorn
Allerstraße 21
3170 Gifhorn
Tel.: 05371/82 7 11

