

Tagung 10. September 2007

**„Gemeinsam Zukunft gestalten –
Gesundheitsziele konkret!“**

ABSTRACTS

Workshop 1: „Patient(inn)enkompetenz stärken am Beispiel Diabetes“

Referent(inn)en: Günter Hölling (BAGP, PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld), Hella Thomas (DAK), Dr. Peter Schwarz (TU Dresden), Dr. Gabriele Heeß-Erlor (Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt), Dr. Heiner Vogel (Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg),

Moderation: Dr. Peter Schwarz (TU Dresden)

Berichterstattung: Dr. Ingbert Weber (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung)

Workshop 2: „Evaluation am Beispiel Depressive Erkrankungen“

Referent(inn)en: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider (Berlin School of Public Health, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung), Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Freiburg), Prof. Dr. Martin Hautzinger (Universität Tübingen, Kompetenznetz Depression), Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Universitätsklinikum Aachen), Dr. Rüdiger Meierjürgen (BEK)

Moderation: Thomas Brauner (Bundesverband Pharmazeutische Industrie)

Berichterstattung: Dr. Thomas Stracke (BMG)

Workshop 3: „Organisationsstrukturen von Gesundheitszieleprozessen am Beispiel Kindergesundheit“

Referent(inn)en: Dr. Eveline Maslon (BZgA, AG Gesunde Kindergärten und Schulen des DFG), Prof. Wolfgang H. Caselmann (StMUGV, Bayern), Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt (Senatsverwaltung GUV, Berlin), Dr. Carlchristian von Braunmühl (MASGF, Brandenburg), Jürgen Schiffer (MAGS, NRW), Stephan Koesling (LVG Sachsen), Karsten Mankowsky (Rhein-Kreis Neuss)

Moderation: Thomas Altgeld (LVG Niedersachsen)

Berichterstattung: Martina Kolbe (LVG Sachsen-Anhalt)

Günter Hölling

Patient(inn)enkompetenz: Gesundheitsziel und Querschnittsaufgabe

Das Gesundheitsziel heißt „Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität stärken“ und ist eines der exemplarischen Gesundheitsziele, die im Forum *gesundheitsziele.de* entwickelt wurden (hier zusammengefasst im Begriff „Patient(inn)enkompetenz“). Dieses Gesundheitsziel ist als eine Querschnittsaufgabe auch bei den anderen Gesundheitszielen zu beachten, weil die Patient(inn)enperspektive in allen Gesundheitszielen zu berücksichtigen ist.

Dieses speziell auf die Situation von PatientInnen gerichtete Gesundheitsziel differenziert sich in die Bereiche „Transparenz erhöhen“, „Kompetenz entwickeln“, „PatientInnenrechte stärken“ und „Beschwerdemanagement verbessern“. Hierzu wurden jeweils Teilziele formuliert und (Starter-)Maßnahmen für die Umsetzung beschrieben. Als Hilfestellung für die Akteure und als Instrument zur Ergebnissicherung ist ein Evaluationskonzept erstellt worden.

Die Grundannahme bei diesem Gesundheitsziel ist, dass die allgemeine und individuelle Gesundheitsversorgung und -vorsorge besser wird, wenn die PatientInnen mehr Kompetenz in Gesundheitsfragen haben, das Gesundheitssystem durchschauen und ihre Rechte kennen und wahrnehmen können bis hin zu besserer Konfliktbearbeitung. Diese Annahme wird durch vielfache wissenschaftliche Publikationen und praktische Erfahrungen untermauert.

Gesundheitskompetenz und PatientInnensouveränität sind mittlerweile als Anspruch und Aufgabe sowohl in der Gesundheitspolitik wie auch in der Gesundheitsadministration aufgegriffen worden. Die Beteiligung von Patienten(beratungs)organisationen an den Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung oder an Gesundheitskonferenzen und die Bemühungen um mehr Transparenz im Gesundheitssystem belegen diese Entwicklung.

Was aber bringt dies alles den PatientInnen, was ist für die Zukunft vorstellbar? Es zeigen sich durchaus Verbesserungen für die einzelnen PatientInnen durch selbstverständlichere Wahrnehmung der Patientenrechte wie z.B. Einsichtnahme in ihre Unterlagen oder Einholung von Zweitmeinungen oder Widerspruch gegen Versicherungsbescheide. Durch die Mitarbeit z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss können auch die kollektiven Patient(inn)eninteressen bei der Feinsteuerung des Gesundheitssystems besser berücksichtigt werden. All dies braucht aber noch eine Verstetigung und Weiterentwicklung hin zu tatsächlicher Mitentscheidung.

Am Beispiel des Diabetes mellitus sollen hier aber auch einige Aspekte benannt werden, die neben den Chancen der Gesundheitszielentwicklung auch die Probleme und möglichen Stolpersteine aufzeigen. Je konkreter es wird, umso sichtbarer werden auch die Diskrepanzen. So war z.B. die Debatte um die Übernahme der Insulinanaloge in den Krankenkassenkatalog von heftigen Auseinandersetzungen der beteiligten Akteure wie Kassen, Pharmaindustrie und IQWiG gekennzeichnet, aber auch in den Reihen der Patienten(beratungs)organisationen gab es unterschiedliche Auffassungen zu diesem Thema. Ausreichende PatientInnenkompetenz musste hier individuell entwickelt und kollektiv abgestimmt werden – kein leichter, aber ein zunehmend konstruktiver und erfolgreicher Prozess.

Günter Hölling

BAGP / PatientInnenstelle Bielefeld im Gesundheitsladen e.V.
Breitestr. 8
33602 Bielefeld
Tel: 0521/133-562
Fax: 0521/176106

Hella Thomas
Dr. Peter Schwarz

DAK-Pilotprojekt zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2

Ausgangslage:

Der Typ 2 Diabetes ist eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen. Typische Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes sind Übergewicht, Rauchen, bestimmte Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel, Bluthochdruck und hohe Blutfettwerte.

Aufgrund der häufig symptomarmen Krankheitsentwicklung ist von einer hohen Zahl Diabetes-gefährdeter Personen ohne Risikobewusstsein auszugehen. Außerdem besteht Handlungsbedarf aufgrund der enormen Spätschäden, die mit Diabetes verbunden sein können wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Retinopathie, Diabetischer Fuß, Nierenschäden und Neuropathie sowie der Verlust an Lebensqualität, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit bis zu Frühberentung etc..

Für Deutschland prognostizieren konservative Schätzung aufgrund ungünstiger Lebens- und Ernährungsgewohnheiten eine Prävalenz von 10% für das Jahr 2010.

Gleichzeitig liegt hier ein großes Präventionspotential, denn primärpräventive Maßnahmen können bei Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko die Entwicklung eines Diabetes verhindern.

Zielsetzung des Projektes:

Hier setzte das DAK-Pilotprojekt an, eine gemeinsame Initiative von: DAK, Technische Universität Dresden, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*, Diabetes-Akademie Bad Mergentheim und Roche Diagnostics. Ziel war, Personen mit einem erhöhten Diabetes-Risiko zu ermitteln und sie bei der Reduzierung ihrer Risikofaktoren wirksam zu unterstützen.

Durchführung:

In den Modellregionen Leipzig, Dresden und Chemnitz wurde den DAK-Versicherten der „Find-Risk-Fragebogen“ zur Ermittlung des persönlichen Diabetes-Risikos zugeschickt. Bei erhöhtem Risiko war die Teilnahme an einem Präventionskurs (PRAEDIAS, Dauer: 6 Monate) möglich. Im Kurs wurden den Teilnehmer(innen) Kenntnisse über die Wirkung von Ernährung und Bewegung vermittelt und veränderte Lebensgewohnheiten z.B. mit dem Ziel der Gewichtsreduktion eingeübt. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, kam eine über die Laufzeit des Kurses hinausgehende Betreuung per Telefon, Mail oder Post hinzu.

Ergebnisse:

Da die tatsächliche Risikoprävalenz nur geschätzt werden kann, ist die Teilnehmerrate nur begrenzt aussagekräftig. Von den angeschriebenen 18.362 begannen 155 Versicherte im Februar 2006 mit ihrer Teilnahme am Gesundheitstraining.

Diese Gruppe zeichnete sich durch einen überdurchschnittlich hohen Bildungsabschluss und eine hohe Repräsentanz von Frauen aus. Über die Hälfte der Teilnehmenden war weiblich und zwischen 60 und 69 Jahren alt.

Die Teilnehmer(innen) konnten ihre Blutdruckwerte, ihr Bewegungs- und Essverhalten sowie ihr Gewicht im Erprobungszeitraum in einem Diabetes-relevanten Umfang verbessern.

Es scheint sich daher – obwohl die Langzeitevaluation abzuwarten bleibt – um eine erfolg versprechende Strategie zu handeln. Positiv ist außerdem, dass mit relativ niedrigem Kostenaufwand ein hoher Effekt zu erzielen ist.

Das Projekt wird weiterentwickelt werden, um zusätzliche Zielgruppen, insb. sozial Benachteiligte, Versicherte aus niedrigeren Bildungsschichten und Männer zu erreichen.

Hella Thomas
DAK Unternehmen Leben, Zentrale
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg
Tel. 040 / 23 96 26 48
hella.thomas@dak.de

Dr. Peter Schwarz
Technische Universität Dresden
Tetschestr. 74, 01307 Dresden
Tel 0351 / 45 82 715
pschwarz@rcs.arz.tu-dresden.de

Dr. med. Gabriele Heeß-Erler

Qualitätsdimension Patient(inn)enkompetenz im DMP Diabetes mellitus

I. Rahmenbedingungen

1. Makroebene

- 1.1 Sozialgesetzgebung/Gesundheitsgesetze
Gesetzgeber formuliert überwiegend allgemeine Zielsetzungen die
- 1.2 von untergesetzlichen Normgebern, z. B. gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA; Erlassen von Richtlinien) oder durch
- 1.3 Gesetze in einzelnen Bundesländern eine Konkretisierung erfahren.

Gesetze und Normen sind auszuführen und durch die am Gesundheitswesen beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger im Rahmen der Selbstverwaltung umzusetzen.

Patientenbeteiligung: Anhörungsrecht im G-BA.

2. Mesoebene

- 2.1 Einrichtung von einrichtungsübergreifenden Beratungsstellen der Leistungs- und Kostenträger im Bereich der Sozialgesetzgebung
- 2.2 Etablierung von Schlichtungsstellen bei Fragen zu Behandlungsfehlern bei den Ärztekammern
- 2.3 Entwicklung und ständige Anpassung von Leitlinien zur Therapie häufiger Erkrankungen
- 2.4 Implementierung von Ethik-Kommissionen auf den Ebenen, die direkte oder indirekte Auswirkungen auf Patienten entfalten
- 2.5 Entwicklung kassenspezifischer DM-Programme überwiegend auf einzelne Bundesländer begrenzt.
- 2.6 Implementierung von Gesundheitsunterricht an allen Schulen

Patientenbeteiligung: Direkter Zugang der Patienten zu Beratungs- und Schlichtungsstellen. Anhörung von Patientenvertretern in Ethik-Kommissionen (teilweise).

3. Mikroebene

- 3.1 Gesundheitserziehung in Familie (und Schule)
- 3.2 Arzt-Patienten-Verhältnis
- 3.3 Umsetzung der Inhalte von Richtlinien und Leitlinien unter Beachtung der individuellen Gegebenheiten von Patient und Arzt in die Therapieplanung
- 3.4 Selbsthilfegruppen

Patienten-/Betroffenenbeteiligung: Direkter Zugang zu allen „Teil“-Ebenen möglich und notwendig.

II. Situation in Sachsen-Anhalt

- 1.1 Vom Modellprojekt zum DMP
- 1.2 Inhaltliche und formale Änderungen
- 1.3 Auswirkungen auf die Patientenkompetenz

III. Ausblick

Dr. med. Gabriele Heeß-Erler MPH

Fachärztin für Anästhesiologie; Zusatzbezeichnung: Naturheilverfahren, Sozialmedizin

Referentin Fachbereich Medizin der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

Leiterin Geschäftsstelle der Akkreditierungskommission DMP Diabetes mellitus und stellv. Vorsitzende
Magdeburger Straße 23, 06112 Halle/Saale; 0345-2146622; heess-erler@kgsan.de

Heiner Vogel

Bestandsaufnahme und Weiterentwicklungsbedarf von Patient(inn)enschulungsprogrammen

Patient(inn)enschulungen werden überwiegend in der Versorgung von Patient(inn)en mit chronischen Erkrankungen eingesetzt, insbesondere im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Es handelt sich um Gruppenprogramme mit dem Ziel, die Compliance zu verbessern, Selbstmanagement-Fähigkeiten zu stärken sowie informierte Entscheidungen zur individuellen Lebensführung zu ermöglichen (Empowerment). Dabei rücken die Qualität und die Umsetzung evaluierter Schulungskonzepte zunehmend in den Blickpunkt.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Zentrum Patientenschulung“ war neben einer Bestandsaufnahme der Patientenschulung in der Medizinischen Rehabilitation auch auf die Bewertung des Evidenzgrades vorliegender Schulungen und die Erarbeitung von Verbesserungsperspektiven gerichtet.¹

In einem ersten Schritt wurden mit Hilfe von Expertenbefragungen Mindeststandards für qualifizierte Patientenschulungen erarbeitet (z.B. Manualisierung, interaktive Methodik). In einer bundesweiten schriftlichen Befragung bei allen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wurden sodann Patientenschulungskonzepte erhoben und hinsichtlich des Erfüllungsgrades der o.g. Mindestkriterien untersucht. Diese waren in einer zweiten Welle der Erhebung näher erhoben worden. Die verfügbaren Programme werden, ergänzt um die Ergebnisse einer Internet- und Literaturrecherche, in einer eigenen Homepage systematisch zusammengestellt, so dass auf diesem Weg eine bessere Verbreitung qualifizierter Programme unterstützt werden kann (www.zentrum-patientenschulung.de).

In dem Beitrag werden für eine der bearbeiteten Hauptindikationsbereiche (u.a. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Krankheiten des Bewegungsapparates) ausführlicher das Vorgehen und die Ergebnisse dargestellt. Zudem soll exemplarisch der Entwicklungsbedarf der Programme und der Umsetzung von Patientenschulung aufgezeigt werden.

Entwicklungsbedarf wurde anhand der Bewertungskriterien sowie der Erfordernisse der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation abgeleitet. Für alle Indikationsbereiche zeigt sich weiterer Bedarf an Evaluationsstudien. Daneben scheint die Entwicklung und Publikation von Schulungsprogrammen zu einzelnen Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz) angezeigt. Neben der Berücksichtigung von Genderaspekten zeigt sich auch ein Bedarf, Programme auf bestimmte Zielgruppen, wie etwa Migrant(inn)en oder sozial Benachteiligte, auszurichten.

Heiner Vogel

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften

¹ Gefördert im Rahmen des Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften, gemeinsam getragen vom Bundesministerium für Forschung und Technologie und von der Deutschen Rentenversicherung.

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Ruth Zaunbrecher

Integrierte Versorgung Depression Aachen

Die Depression gehört weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2002 war sie die vierthäufigste Ursache für durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre. Wie eine Reihe von Studien zeigen, ist die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung depressiver Patienten in Deutschland optimierbar. Verbesserungspotentiale ergeben sich insbesondere in der Früherkennung und Prävention, in der Lösung der Schnittstellenproblematik sowie in der Nutzung der Therapieleitlinien.

Im Februar 2006 haben die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen (UKA), niedergelassene Fachärzte, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland-Hamburg und fünf weiteren Krankenkassen das lokale Modellprojekt *Integrierte Versorgung Depression Aachen* ins Leben gerufen. Das Projekt basiert auf den gesetzlichen Vorlagen (§140 SGB V) zur Entwicklung und Implementierung von Netzwerken der Integrierten Versorgung und auf dem Rahmenkonzeption der DGPPN. Somit stellt das IV-Netz Aachen das erste IV-Modellprojekt der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGPPN und der Berufsverbände BVDN und BVDP dar. Wesentliches Ziel des IV-Netzes ist dabei die Verbesserung der Früherkennung, der Behandlungsqualität sowie eine effektive Sekundärprävention durch die Einführung von Qualitätsstandards für Diagnostik und Therapie sowie durch Evidenzbasierung und Fortbildung der beteiligten Hausärzte und Psychiater-Psychotherapeuten. Über standardisierte Dokumentationsprozesse (elektronische Krankenakte für Kliniker und Niedergelassene einsehbar) und Sektoren übergreifende Behandlungspfade werden die häufig bestehenden Lücken an den Schnittstellen zwischen den behandelnden Ärzten, anderen Therapeuten und Kliniken geschlossen. Die Patienten und ihre Angehörigen werden aktiv in die Behandlungsprozesse mit einbezogen und in zusätzlich angebotenen psychoedukativen Gruppen in ihrer Eigeninitiative therapeutisch unterstützt sowie über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Das Projekt erstreckt sich derzeit über Stadt und Kreis Aachen und wurde bereits auf die Kreise Düren und Gangelt ausgeweitet.

Teilnehmer des IV-Netzes Aachen sind neben der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKA, niedergelassene Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Hausärzte. Psychotherapeuten sollen ebenfalls durch Kooperationsvereinbarungen integriert werden. Regelmäßige Schulungen und Qualitätszirkel sind für alle Teilnehmer verpflichtend.

Eine Ausweitung des Modellprojektes IV-Depression Aachen auf weitere psychiatrische Diagnosen (Psychosen, Suchterkrankungen) und andere Regionen Deutschlands wird zur Zeit umgesetzt. Die IV-Depression Aachen wird durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKA und ein von den Krankenkassen beauftragtes unabhängiges Institut wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Univ. Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Tel: 0241 – 80 89 633
E-Mail: psychiatrie@ukaachen.de
www.psychiatrie.ukaachen.de
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Ruth Zaunbrecher
AOK Rheinland-Hamburg
Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf
Tel. 0211 - 87912517

Dr. Rüdiger Meierjürgen

MindMatters – Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig und beeinträchtigen die Entwicklung sowie die Lebensqualität der Betroffenen stark. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigen: Bei ca. 22 % der Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Als spezifische psychische Auffälligkeiten treten Ängste (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %) und Depressionen (5,4%) am häufigsten auf (Ravens-Sieberer u. a., 2007). Zahlreiche psychische Störungen des Erwachsenenalters haben ihren Ursprung in Störungen des Kindes sowie Jugendalters. Der Prävention psychischer Störungen und die Förderung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen kommt daher besondere Bedeutung zu.

MindMatters stellt ein ursprünglich australisches Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit für Schulen der Sekundarstufe 1 (Klasse 5-10). In einer Kooperation (2002-2009) zwischen dem Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Universität Lüneburg (Projektleiter: Prof. P. Paulus) mit der BARMER den Gemeindeunfallversicherungsverbänden Westfalen, Rheinland und Hannover sowie dem Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit ist eine deutschsprachige Adaption des Programms realisiert und im Rahmen eines Modellversuchs an Schulen in Deutschland und der Schweiz erprobt worden. Seit Abschluss der erfolgreichen Modellphase (Ende 2006) wird MindMatters von den Projektträgern an Schulen bundesweit eingeführt.

Im Wesentlichen will MindMatters einen Beitrag zu folgenden Aspekten liefern:

- Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten,
- mehr Respekt und Toleranz im Unterricht,
- Aufbau einer unterstützenden und fürsorglichen Schulkultur,
- Aufbau von Netzwerken und Partnerschaften,
- Verbesserung von Lehren und Lernen sowie
- Steigerung der Bildungsqualität.

Um diese Ziele zu erreichen, werden in einem ganzheitlichen Ansatz drei wesentliche Interventionsebenen von Schule angesprochen: 1. Unterricht/Lehren und Lernen, 2. Schulkultur und -umwelt sowie 3. Partnerschaften und Netzwerke mit dem schulischen Umfeld.

MindMatters stellt den Schulen umfassende Materialien für den Unterricht sowie für den Bereich der Schulentwicklung zur Verfügung.

Die Unterrichtshefte für verschiedene Klassenstufen und Unterrichtsfächer thematisieren folgende Aspekte: Aufbau und Erhalt von Freundschaften, Umgang mit Mobbing/Belästigung, Umgang mit Verlust/Trauer, positiver Umgang mit Stress, Umgang mit psychischen Krankheiten.

Die Schulentwicklungsmaterialien behandeln Themen wie: ganzheitlicher Schulansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit, Krisensituationsmanagement, Suizidprävention, Akzeptanz von Unterschiedlichkeit und Vernetzung mit externen Partnern.

Eine externe Evaluation des Programms (PD Günther Gediga, Universität Osnabrück) ist im Rahmen eines fragebogengestützten Pre-Post-Designs und ergänzender Interviews durchgeführt worden. Insgesamt wurden N= 633 Lehrkräfte und N= 4019 Schüler/innen befragt. Dabei zeigten sich positive Effekte von MindMatters sowohl für Schüler/-innen und Lehrer/-

innen. Die Schüler/innen nehmen ihre Schule in stärkerem Maß als Ort wahr, an dem sie lernen, mit Konflikten umzugehen, der über eindeutige Verhaltensregeln verfügt und der ein hohes Maß an Leistungsorientierung aufweist. Bei Lehrer/innen belegen die Ergebnisse neben einer besseren Einschätzung der Schulqualität, des Verhältnisses zur Schulleitung sowie eine höhere Leistungsfähigkeit. Dabei sind an Schulen, in denen die Lehrkräfte an schulspezifischen MindMatters-Fortbildungen teilgenommen hatten, weitaus deutlichere Effekte zu erkennen.

Mit der Adaption von MindMatters ist es gelungen, ein international hoch bewertetes Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm für Schulen im deutschsprachigen Bereich nutzbar zu machen. Das Projekt unterstreicht die Bemühungen der Projektträger, eine qualifizierte schulische Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik zu etablieren.

Weitere Informationen unter: www.mindmatters-schule.de

BARMER
Dr. Rüdiger Meierjürgen
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal

Tel.: 018500991900
praevention@barmer.de

Prof. Dr. Wolfgang H. Caselmann

Die bayerische Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern.

Auf Beschluss des Ministerrats hat Bayern 2004 eine Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. neu konzipiert. Die vordringlichsten Gesundheitsprobleme wurden durch zwei Expertenforen definiert. Für das erstellte Konzept wurde in einem Forum UGV bei ca. 100 gesellschaftlichen Gruppen mit einer gemeinsamen Erklärung „Wir sind dabei“ um Zustimmung geworben. Die Initiative ist zielgruppenspezifisch, orientiert sich an Lebenswelten und konzentriert sich auf Schwerpunktthemen. Primäre Prävention hat Vorrang, sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Ansätze werden verfolgt. Maßnahmen sollen evidenzbasiert, zumindest wissenschaftlich evaluiert sein. Derzeit werden mehr als 40 Projekte mit eigenen Haushaltsmitteln gefördert.

Schwerpunkte sind:

- Rauchfrei Leben
- Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
- Gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung
- Gesundheit am Arbeitsplatz

Ein Handlungsfeld ist die Prävention Alkohol bedingter Verkehrsunfälle bei Jugendlichen. Dieses Ziel verfolgt die bayernweite Kampagne „Disco-Fieber“, die durch altersgerechte Ansprache einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erreichen will. Dies drückt das Motto „Wir brauchen Dich auch morgen“ aus. Mit dem „Driver's Drink“ in zwei Varianten - „Lady“ und „Gentleman“ - wird das Ziel verfolgt, in möglichst vielen bayerischen Diskotheken einen speziellen Cocktail als attraktive, alkoholfreie Alternative für Autofahrer anzubieten. Für die bayernweite Umsetzung dieser Idee kooperieren die Aktion Disco-Fieber und der Bayerische Hotel- und Gaststättenverband.

Die Kampagne „Keine Kompromille“ setzt auf Punktnüchternheit im Straßenverkehr und appelliert an ein stärkeres Verantwortungsbewusstsein beim Umgang mit Alkohol am Steuer. Der ca. sechsminütige Film „Warum...?“, der realistisch einen alkoholbedingten Verkehrsunfall mit Todesfolge nachstellt, entstand ebenfalls aus dem Aktionskreis Disco-Fieber heraus und wurde mit dem Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis 2006 ausgezeichnet.

Prof. Dr. Wolfgang H. Caselmann

Bayer. Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
81901 München

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt Berlin

Gesundheitsziele für Berlin Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – Vorgehensweise und Erfahrungen

Gesundheitsziele sind ein wichtiges Steuerungsinstrument in komplexen Systemen wie dem Gesundheits- und Sozialwesen. Die Gesundheitspolitik sollte sich nicht nur auf die Kostendämpfung zurückziehen. Vielmehr gilt es, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern. Erst Gesundheitsziele nach Maß und Zeit fordern zur Prioritätensetzung, zu Entscheidungen und zum Handeln auf und nur konkrete Ziele ermöglichen die Evaluation.

Für die Setzung von Prioritäten und das konkrete Handeln unterhält das Land Berlin auf der Landes- und der Bezirksebene entsprechende Gesundheitskonferenzen als besondere Planungsinstrumente, die im Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschrieben sind.

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat ihre Arbeit 2004 aufgenommen und in Arbeitsgruppen, an denen die wichtigsten Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens beteiligt sind die folgenden **strategischen Ziele**:

- Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche (der Altersgruppe 0-6 Jahre unter Berücksichtigung der sozialen Lage und des Migrationshintergrundes) erhöhen – Benachteiligung abbauen.
- In den Handlungsfeldern Motorik, Ernährung und Sprache und den
- Settings Familie, Kindertagesstätten und Stadtteilen

und entsprechenden **globalen Struktur- und Prozesszielen**:

- Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit erhalten, stärken und bedarfsgerecht ausbauen.
- Sozialstrukturatlas fortschreiben und bedarfsgerecht anpassen.
- Gesundheitsförderung im Stetting (Sozialraum) weiter ausbauen bzw. entwickeln
- Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken
- Migrationsspezifische Angebote verbessern und ausbauen
- Projekttransparenz herstellen
- Qualität abbilden.
- Beteiligung ermöglichen
- Evaluation sicherstellen.

Auf der Basis der Berliner Einschulungsuntersuchungen und der obigen globalen Orientierungen wurden die folgenden **Ergebnisziele** in 2007 formuliert und durch die Landesgesundheitskonferenz empfohlen:

1. Zunahme des Anteils normalgewichtiger Kinder von 2005 bis 2011 von 81% auf 83%. Reduzierung des Unterschieds zwischen deutschen und nichtdeutschen Kindern von 6% auf 3%. Reduzierung des Unterschieds in gleicher Größenordnung zwischen der oberen und unteren sozialen Schicht.
2. Zunahme des Anteils von Kindern mit unauffälliger motorischer Entwicklung (Körperkoordination) 2005-2011 von 68% auf 75%. Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft auf die Hälfte (von 4% auf 2%). Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern der unteren und oberen sozialen Schicht auf die Hälfte (von 6% auf 3%).
3. Zunahme des Anteils von Kindern mit unauffälliger sprachlicher Entwicklung 2005-2011 von 71% auf 75% (Kognitive Sprachentwicklung). Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft auf die Hälfte (von 40% auf 20%). Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern der unteren und oberen sozialen Schicht auf die Hälfte (von 28% auf 14%).

Bei der Umsetzung der drei Ergebnisziele ist noch auf weiteren Landesgesundheitskonferenzen zu klären, in welchen Sozialräumen (Räume mit besonderem Entwicklungsbedarf) und weiteren Settings Maßnahmen zu koordinieren bzw. durchzuführen sind, wer von den Akteuren welche Maßnahmen verantwortlich durchführt und welche Koordinationsinstanzen für die Steuerung und Evaluation bereitstehen.

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstr. 106
10969 Ort Berlin
Tel.: 030-9028 2660

Dr. Carlchristian von Braunmühl

Organisationsstrukturen von Gesundheitszieleprozessen in Brandenburg am Beispiel Kindergesundheit

In Brandenburg sind es themenbezogene Bündnisse, die Gesundheitsziele im Rahmen von Zieleprozessen unter Moderation des Gesundheitsministeriums entwickeln.

1) Struktur

Im Rahmen eines Zieleprozesses verständigen sich die Mitglieder eines Bündnisses auf Grundlage der zu Verfügung stehenden Daten über vordringliche Probleme, Lösungsansätze, gemeinsame Ziele und darauf, wie sie diese Ziele erreichen und die Zielerreichung überprüfen wollen. Die Entscheidung über die Beteiligung an der Durchführung einer Maßnahme treffen die Beteiligten nach Maßgabe ihrer Aufgaben und Ressourcen.

Zu einem Bündnis gehören Plenum, Steuerungskreis und Arbeitsgruppen. Das Plenum nimmt Berichte des Steuerungskreises entgegen und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Zieleprozesses. Die Arbeitsgruppen beobachten die gesundheitliche Situation und Versorgung der Zielgruppe (Monitoring), erstellen Übersichten über laufende oder geplante Interventionen sowie über Beispiele guter Praxis und entwickeln gemeinsam mit dem Steuerungskreis Vorschläge für neue Ziele, Maßnahmen und Evaluationskonzepte. Den Vorsitz im Bündnis führt das Gesundheitsministerium.

2) Zielgruppen der Aktivitäten im Handlungsfeld Kindergesundheit

Das Handlungsfeld Kindergesundheit wird seit 2003 vom „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ bearbeitet. Das Bündnis befasst sich mit dem Thema Kindergesundheit in seiner ganzen Breite - von der Primärprävention bis zur pädiatrischen Versorgung. Das letzte Plenum des Bündnisses im November 2006 fasste u.a. Beschlüsse zu folgenden Themen:

1. Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder durch eine landesweite Verbreitung des Elternordners „Gesund Groß Werden“ und der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ der BZgA;
2. Entwicklung eines Pilotprojektes zur Gesundheitsförderung im Setting Kita;
3. Vereinbarung von Gesundheitszielen und Maßnahmen zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen;
4. Entwicklung von Lösungsvorschlägen zur Behebung des absehbaren Mangels an Kinderärzten im Land.

3) Innovationspotenziale dieses Vorgehens

Gesundheitsziele in Brandenburg haben die Kommunikation und Kooperation der relevanten Akteure sowohl im Handlungsfeld Kindergesundheit als auch in den Bereichen Onkologische Versorgung, HIV/Aids und Suchtprävention teilweise erheblich verbessert. Auf diesen Handlungsfeldern ist bei den wesentlich Beteiligten ein gemeinsames datengestütztes Verständnis von relevanten Problemlagen und Lösungsansätzen bzw. Beispielen guter Praxis gewachsen. Dies ermöglicht eine rationale Verständigung auf gemeinsame Ziele sowie die Ausrichtung eigener und gemeinsamer Aktivitäten auf diese Ziele.

Je höher der Stellenwert von Gesundheitszielen in der Landespolitik ist und je deutlicher das Land auch in der öffentlichen Wahrnehmung hinter diesen Zielen steht, desto besser können ihre innovativen Potenziale genutzt werden.

Dr. Carlchristian von Braunmühl

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF)

Jürgen Schiffer

Kindergesundheit in NRW am Beispiel „Gesundheit von Mutter und Kind“

Die Landesinitiative ist Teil der Gesundheitsziele NRW 2005-2010. Sie initiiert Maßnahmen, die insbesondere die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und der Kinder im ersten Lebensjahr fördern. Hierbei sollen sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene Präventionspotenziale weiter ausgebaut werden.

1) Struktur

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat Ende 2005 das „Präventionskonzept NRW – eine Investition in Lebensqualität“ verabschiedet. Die LGK berät wichtige gesundheitspolitische Themen und verabschiedet Entschlüsse, in denen sich die Beteiligten zu einer entsprechenden Umsetzung verpflichten. In der LGK sind alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens in NRW vertreten.

Das Themenfeld „Gesundheit von Mutter und Kind“ ist eine von vier Landesinitiativen, die unter Federführung des MAGS mit den Verantwortlichen in der LGK umgesetzt wird.

Jede Landesinitiative hat eine Lenkungsgruppe, die sich aus Mitgliedern der LGK sowie weiterer fachlich relevanter Institutionen zusammensetzt. Die operativen Aufgaben übernehmen jeweils Institutionen, die Erfahrungen mit der Durchführung von Präventionsprojekten haben. Die konkreten Schwerpunkte und die in den einzelnen Initiativen festzulegenden Präventionsziele werden im Konsens in der Lenkungsgruppe erarbeitet und dann dem Vorbereitenden Ausschuss der LGK (VA) zur Verabschiedung vorgelegt.

Den kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen kommen in diesem System wichtige Steuerungsaufgaben zu.

2) Zielgruppen der Aktivitäten im Handlungsfeld Kindergesundheit

Ziele der Landesinitiative sind, Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft und im frühen Kindesalter zu verbessern. Bis zum Jahr 2010 sollen weit über 90% der erwachsenen Bevölkerung wissen, dass eine Frau während der Schwangerschaft nicht rauchen und keinen Alkohol trinken darf. Erklärtes Ziel ist außerdem, die Säuglingssterblichkeit in NRW von fünf Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen in NRW bis 2010 auf kleiner als vier Todesfälle pro 1.000 zu senken. Auch für spätere Lebensphasen setzt sich die Landesinitiative Ziele. So sollen die Teilnahmequoten an den Untersuchungen U8/U9 ausgehend von den jeweiligen kommunalen Daten bis 2010 um fünf Prozent verbessert werden.

Zielgruppen der Landesinitiative sind Schwangere, Eltern von Säuglingen und weitere Bezugspersonen. Bei allen Zielgruppen werden Migranten und sozial Benachteiligte wie auch geschlechtsspezifische Besonderheiten besonders berücksichtigt. Um Projektinhalte und Maßnahmen zu transportieren und in kommunale Lebenswelten und Ansprachesituationen zu übertragen, werden Multiplikatoren und einschlägige Berufsgruppen angesprochen.

Exemplarische Aktivitäten:

- Broschüre „Sicherer Schlaf für mein Baby“ in mehreren Sprachen zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstods
- Babyschlafsackkampagne in Krankenhäusern
- Faltblätter und Poster zum Thema Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft sowie eine Multiplikatorenbroschüre zu den bisherigen Themen der Landesinitiative
- Fachtagung „Gesundheit von Mutter und Kind“ und regionale Veranstaltungen in Kreisen und kreisfreien Städten mit besonders hoher Säuglingssterblichkeit (Ansprache von Multiplikatoren, Vereinbarung von Kooperationen und Initiierung von Maßnahmen)
- Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ (www.gewalt-gegen-kinder.de).

In Planung sind Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U8/U9, insbesondere aus sozial schwachen Elternhäusern, sowie weitere Maßnahmen gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern.

3) Innovationspotenzial dieses Vorgehens

Im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenalter und späterem Säuglingsalter sind die Gesundheit von Mutter und Kind eng miteinander verknüpft. Aufeinander abgestimmte gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sind in all diesen Abschnitten von besonderer Bedeutung. Eine integrierte medizinische Versorgung in den Übergangsbereichen der Versorgungsstrukturen und die Anbindung an soziale Versorgungssysteme sind gerade in Problemlagen notwendig.

Eine Verzahnung der Landesinitiative für die Gesundheit von Mutter und Kind mit anderen Landesinitiativen, wie „Leben ohne Qualm“ oder „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ wird deshalb Bestandteil der geplanten Maßnahmen sein.

Begleitet wird die Landesinitiative durch den Wettbewerb „Gesundes Land NRW“, das jährlich innovative Projekte aus dem Gesundheitswesen auszeichnet.

Jürgen Schiffer

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
www.mags.nrw.de

Stephan Koesling
Dr. Reinhild Benterbusch

Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ in Sachsen



Beim sächsischen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ engagieren sich seit 2006 57 Institutionen in acht Handlungsfeldern, das durch zwei Koordinatoren begleitet wird. Zusätzlich erfolgt eine Unterstützung durch eine vom Sächsischen Sozialministerium geförderte Koordinierungsstelle an der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG). Ausgerichtet ist das Gesundheitsziel auf das Setting Kindertageseinrichtungen (Kita), durch das 3- bis 6- jährige Kinder zu über 95% in Sachsen erreicht werden. Dem Setting-Ansatz folgend, sind neben den Kindern, die Eltern, die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtungen sowie die Fachberatungen der Träger eingebunden. Die enge inhaltliche und personelle Verknüpfung von Bildung und Gesundheit bei der Umsetzung des Bildungsplanes einerseits sowie des Gesundheitszieles andererseits bildet die Schnittstelle für notwendige Innovationsprozesse.

Zentrale Aufgaben aus Sicht der Koordination sind der Transfer des Anliegens von „Gesund aufwachsen“ und die Motivation der Träger und Einrichtungen zur Mitwirkung. Dazu werden verschiedene Kooperationsebenen und methodische Zugänge genutzt. Eine Möglichkeit hierfür ist die Zusammenarbeit mit Trägern von Kindertageseinrichtungen, um interne Potenziale und Synergien zu nutzen. Beispielhaft sei hier die Rahmenvereinbarung zwischen dem sächsischen AWO Landesverband, der AOK Sachsen und der SLfG zur Umsetzung der AWO Gesundheitsinitiative zu nennen.

Ein gemeinsames Ergebnis der Handlungsfeld-Arbeitsgruppen ist das von den Krankenkassen unterstützte Handbuch „Gesund aufwachsen in Sachsen“, das für die pädagogischen Fachkräfte eine wichtige praktische Ergänzung bei der Umsetzung des sächsischen Bildungsplanes darstellt. Darüber hinaus gelingt ein Praxistransfer in Kitas z.B. über die Vermittlung konkreter Programme wie „Freunde“ (Stiftung Freunde), „Tiger Kids“ (AOK Sachsen) sowie dem Audit „Gesunde Kita“ (BKK-Landesverband Ost, LVG Sachsen-Anhalt). Die in Sachsen vorhandenen Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung stellen eine weitere wichtige Ressource für die regionale Umsetzung und die Verzahnung von Bildung und Gesundheit dar. In einem geplanten Fachtag am 09.11.2007 stellen die Arbeitsgruppen der Handlungsfelder „Gesund aufwachsen“ ihre bisherigen Arbeitsergebnisse zur Diskussion, Nutzung und weiteren Entwicklung vor.

Stephan Koesling

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG)
Helgolandstr. 19
01097 Dresden
Tel. 0351 – 563 55 23
www.slfg.de
E-Mail: post@slfg.de

Dr. Reinhild Benterbusch

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Albertstr. 10
01097 Dresden

Karsten Mankowsky

Projekt gewichtig!

Ausgehend von den Schulneulingsdaten des Rhein-Kreis Neuss ist ein hoher Prozentsatz an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern festzustellen (2001 bis 2005: 12,3 bis 15,3 Prozent der Schulneulinge). Die Problematik verstärkt sich in bestimmten Stadtlagen (Stadtteil A 31,3 Prozent vs. Stadtteil Z 5,5 Prozent) und stellt sich je nach der Nationalität des Kindes unterschiedlich dar (nicht-deutsch 22 Prozent, deutsch 8,4 Prozent).

Aufgrund der Daten im Bereich Übergewicht bzw. Adipositas der Schulneulingsuntersuchung, die über dem Bundesdurchschnitt liegen, wurde auf Basis bestehender Erfahrungen im Kreis mit den Projekten „Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung“, prokita sowie dem „Netzwerk Gesunde Kindergärten und Schulen“ das Projekt gewichtig! konzipiert mit dem zentralen Ziel, die Übergewichts- bzw. Adipositasrate in den beteiligten Kindertagesstätten und Schulen um 20% zu senken. Weitere definierte Unterziele richten das Augenmerk u.a. auf eine Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in den Familien, eine Verbesserung des Ernährungswissen sowie eine gesunde Ganztagsverpflegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Zentrale Strategien im Projekt sind u. a. der Setting-Ansatz, durch den Strukturen in Kindertagesstätten und Schulen nachhaltig verändert werden sollten, der intensive Einbezug der Eltern sowie der Multiplikatorenansatz, durch den Inhalte des Projektes auch nach Projektende weitergeführt werden sollen.

Im Projekt werden unterschiedliche Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit angeboten: Im Bereich der Bewegung werden u.a. motorische Tests, Bewegungskurse für Eltern sowie Fortbildungen für Erzieherinnen (Projekt Hüpfdötchen), im Bereich Ernährung neben Fortbildungsveranstaltungen für Erzieherinnen und Pädagogen, Koch- und Ernährungskurse für Eltern sowie Gespräche mit Caterern zu einer Optimierung des Mittagessens durchgeführt. Im Bereich der seelischen Gesundheit werden Elterntrainings („Leichter fühlen“, Triple-P) sowie schulärztliche Gesundheitsstunden angeboten. Die Maßnahmen werden in Kooperation mit dem esg - Institut für Ernährung aus Essen (Bereich Ernährung), der medicoreha Neuss (Bereich Bewegung), der Deutschen Sporthochschule Köln (Bereiche Bewegung und Ernährung) und der Universität Düsseldorf (Bereich seelische Gesundheit) durchgeführt.

Das Projekt gewichtig! wurde im Rahmen des bundesweiten Wettbewerbs „Besser essen – mehr bewegen“ neben 23 weiteren Projekten ausgewählt und wird durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz für die Projektlaufzeit von August 2006 bis Oktober 2009 unterstützt. Weiterhin beteiligen sich neben einem Eigenmittelanteil der BKK-Landesverband NRW, Janssen-Cilag GmbH, die BARMER, die IKK-Nordrhein und der Lions Club Neuss an der Finanzierung des Projektes.

Die Evaluation erfolgt im Rahmen von Baseline-Erhebungen in alle 24 Bundesprojekte durch die Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel in Karlsruhe.

Karsten Mankowsky
Gesundheitsdezernent
Rhein-Kreis-Neuss