



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Gesundheit und Soziales

Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes



Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt

Fokusbericht
der
Gesundheitsberichterstattung des Landes

Impressum

Titel: Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt
Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes

Herausgeber: Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Telefon: 0391/567-4608
Fax: 0391/567-4622
Email: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de
Internet: www.ms.sachsen-anhalt.de

Redaktion: Dr. Goetz Wahl
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

Dr. Hanna Oppermann
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

Martina Kolbe
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

Autorinnen/Autoren: Dr. Goetz Wahl (1., 4., 5.)
Dr. Hanna Oppermann (2.3.3)
Martina Kolbe (2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 3.)
Dr. Lutz Bengsch (2.3.1)
Susanne Büning (2.3.2)
Helga Meeßen-Hühne (2.3.4)
Dr. Heidrun Petzold (2.3.5)
Gerriet Schröder (2.3.4)
Dr. Ulrich Schwabe (2.3.1)
Franziska Seeboth (4., 5.)
Prof. Dr. Markus Seewald (2.3.2)

Druck: Halberstädter Druckhaus GmbH

Vorwort

Seit 1995 veröffentlicht das Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt regelmäßig Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Der hier vorgelegte Fokusbericht „Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt“ ist Teil der neuen innovativen Gesundheitsberichterstattung unseres Bundeslandes, die auf einem jederzeit im Internet unter www.gbe.sachsen-anhalt.de verfügbaren, dynamischen Tabellenwerk mit Berücksichtigung von Zeitreihen, Benchmarks und verbalen, einem einheitlichen Schema folgenden Kurzbeschreibungen aufbaut. Für die interessierte Allgemeinheit wird mit der Internetpräsentation ebenso wie für die Fachöffentlichkeit eine Benutzeroberfläche angeboten, welche den heutigen modernen Präsentationsformen und zielgruppenspezifischen Informationsbedürfnissen entspricht. Ergänzt wird die Internetdarstellung durch themenspezifische Fokusberichte. Mit dieser Orientierung an der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Informationssystem Gesundheitsberichterstattung, IS-GBE unter www.gbe-bund.de) will Sachsen-Anhalt auch einen Beitrag für mehr bundesweite Transparenz und Kompatibilität leisten.

Ich freue mich, Ihnen zu unserer 4. Landesgesundheitskonferenz am 15. September 2008 neben dem Fokusbericht „Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt“ die Berichterstattung zu unseren Gesundheitszielen vorlegen zu können. Als erstes neues Bundesland verabschiedeten wir 1998 mit unseren Gesundheitszielen einen umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in definierten Bereichen sowie zur Verbesserung von Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Dabei orientierten wir uns an den Daten der Gesundheitsberichterstattung. Die ausgewählten Zielbereiche wiesen besonderen Handlungsbedarf auf und mit den Schwerpunktzielgruppen wurden Prioritäten gesetzt, die die Entwicklung unseres Bundeslandes berücksichtigen. Themenspezifische Arbeitsgruppen begleiten die Gesundheitszielinitiativen bis heute, Modellprojekte zeigen neue Wege auf, belegen Möglichkeiten und Grenzen von Innovationen. Begleitet wird der gesamte Prozess von einer intensiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Dabei arbeiten das Ministerium und die Landesvereinigung für Gesundheit, die das Projektmanagement für den Gesundheitszieleprozess übernommen hat, Hand in Hand. Ein Ergebnis ist die Informationskampagne „Vorsorgen – sorgen Sie vor bevor Sie sich Sorgen machen müssen“, mit der

die Gesundheitsziele auch über die Landesgrenzen hinaus als Marke etabliert wurden. Die Erkenntnisse und Erfahrungen, die im vorliegenden Bericht zusammengefasst sind, spiegeln neben den Ergebnissen auch das Engagement der vielen Akteure und Akteurinnen wider, die sich mit ihren Möglichkeiten in den Gesundheitszieleprozess einbringen. Interdisziplinäres und intersektorales Arbeiten ist dabei mittlerweile ebenso selbstverständlich wie die zunehmende Mitwirkung anderer Politikbereiche.

Wie aktuell unsere Zielstellungen sind, belegt u. a. die Entschließung des Bundesrates zum Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Im Wissen um die große Bedeutung von gesunder Ernährung und angemessener Bewegung für die Lebensqualität der Menschen, ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit hält der Bundesrat zielorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in allen Altersgruppen für dringend geboten. Sowohl die 80. Gesundheitsministerkonferenz (4./5. Juli 2007 in Ulm) als auch die 3. Verbraucherschutzministerkonferenz (VSMK, 13./14. September 2007 in Baden-Baden) begrüßten die Initiative der Bundesregierung für diesen Nationalen Aktionsplan ausdrücklich und unterstützen dessen zentrale Ziele

- das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verbessern,
- die Zunahme von Übergewicht bei Kindern zu stoppen und
- die Verbreitung von Übergewicht generell zu verringern.

Unsere Gesundheitsziele berücksichtigen diese nationale Orientierung bereits und tragen in vielfältiger Weise dazu bei, dass die Menschen in unserem Bundesland gesund aufwachsen und gesund alt werden können. Gesundheitsförderung und Prävention finden dabei ebenso Beachtung wie die Versorgung im Krankheitsfall und die Rehabilitation.

Der hier vorliegende Bericht entspringt der gemeinsamen Überzeugung aller Akteurinnen und Akteure, dass moderne Gesundheitsberichterstattung neben der Aufgabe, die Gesundheits- und Versorgungs-



lage der Bevölkerung anhand von quantifizierbaren Ergebnisindikatoren darzustellen, auch über gesundheitliche Zustände, den Zieleprozess und die Strukturentwicklungen im Land Sachsen-Anhalt informiert. Mit der Definition von konkreten Versorgungszielen wollen wir nun eine neue Etappe in Angriff nehmen und unseren Gesundheitszieleprozess fortschreiben.

An dieser Stelle danke ich allen beteiligten Institutionen und Organisationen, die durch ihre Bereitschaft, Daten zur Verfügung zu stellen und mitzuwirken, wesentlich zum Gelingen dieses Fokusberichtes beigetragen haben. Ich danke den vielen Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitszieleprozess für ihr Engagement im alltäglichen Tun, ohne das nichts zu berichten wäre. Die Entwicklung und Verfolgung von Gesundheitszielen unter Beteiligung der Betroffenen sind heute unverzichtbarer Teil der Gesundheitspolitik unseres Landes. Der vorliegende Bericht belegt dies eindrucksvoll.

Für die Fortsetzung des Gesundheitszieleprozesses und die damit verbundene Bewältigung neuer Aufgaben wünsche ich uns Kraft und Elan.



Dr. Gerlinde Kuppe
Ministerin für Gesundheit und Soziales
Sachsen-Anhalt

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund, Intention und Aufbau des Berichts	7
2. Gesundheitsziele – für eine gesunde Zukunft in Sachsen-Anhalt	9
2.1 Einführung	9
2.2 Zielgruppen	
2.3 Fünf Gesundheitsziele – fünf Arbeitskreise	12
2.3.1 Zielbereich Bewegung	12
2.3.1.1 Einführung	12
2.3.1.2 Zieloptimierung	13
2.3.1.3 Organisationsstruktur	13
2.3.1.4 Umsetzung des Gesundheitszieles	14
2.3.1.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles	15
2.3.1.6 Daten zum Zielbereich Bewegung	16
2.3.1.7 Diskussion und Ausblick	17
2.3.2 Zielbereich Ernährung	18
2.3.2.1 Einführung	18
2.3.2.2 Zieloptimierung	19
2.3.2.3 Organisationsstruktur	19
2.3.2.4 Umsetzung des Gesundheitszieles	19
2.3.2.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles	20
2.3.2.6 Daten zum Zielbereich Ernährung	23
2.3.2.7 Diskussion und Ausblick	25
2.3.3 Zielbereich Impfen	25
2.3.3.1 Einführung	25
2.3.3.2 Zieloptimierung	26
2.3.3.3 Organisationsstruktur	26
2.3.3.4 Umsetzung des Gesundheitszieles	26
2.3.3.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles	28
2.3.3.6 Daten zum Zielbereich Impfen	30
2.3.3.7 Diskussion und Ausblick	32
2.3.4 Zielbereich Legale Suchtmittel	32
2.3.4.1 Einführung	32
2.3.4.2 Zieloptimierung	32
2.3.4.3 Organisationsstruktur	32
2.3.4.4 Umsetzung des Gesundheitszieles	33
2.3.4.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles	33
2.3.4.6 Daten zum Zielbereich Legale Suchtmittel	36
2.3.4.7 Diskussion und Ausblick	38
2.3.5 Zielbereich Zahngesundheit	40
2.3.5.1 Einführung	40
2.3.5.2 Zieloptimierung	40
2.3.5.3 Organisationsstruktur	41
2.3.5.4 Umsetzung des Gesundheitszieles	41
2.3.5.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles	42
2.3.5.6 Daten zum Zielbereich Zahngesundheit	45
2.3.5.7 Diskussion und Ausblick	46

2.4	Modellprojekte	46
2.5	Zusammenfassung und Ausblick.....	47
3.	Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings)	49
3.1	Setting Familie	49
3.1.1	Gesundheit in der Familie – Gesunde Familie	50
3.1.2	Ausgewählte Projekte.....	50
3.2	Setting KiTa	52
3.2.1	Gesundheit in der KiTa – Gesunde KiTa	53
3.2.2	Ausgewählte Projekte.....	54
3.3	Setting Schule	56
3.3.1	Gesundheit in der Schule – Gesunde Schule	56
3.3.2	Ausgewählte Projekte.....	58
3.4	Setting Betrieb.....	61
3.4.1	Gesundheit im Betrieb – Gesunder Betrieb	62
3.4.2	Ausgewählte Projekte.....	63
3.5	Setting Krankenhaus.....	64
3.5.1	Gesundheit im Krankenhaus – Gesundes Krankenhaus	64
3.5.2	Ausgewählte Projekte.....	65
3.6	Setting Sportverein.....	66
3.6.1	Gesundheit im Sportverein – Gesunder Sportverein.....	66
3.6.2	Ausgewählte Projekte.....	67
3.7	Setting Kommune.....	68
3.7.1	Gesundheit in der Kommune – Gesunde Kommune.....	68
3.7.2	Ausgewählte Projekte.....	69
3.8	Setting Region	70
3.8.1	Gesundheit in der Region – Gesunde Region	71
3.8.2	Ausgewählte Projekte.....	71
3.9	Setting Pflegeheim	75
3.9.1	Gesundheit im Pflegeheim – Gesundes Pflegeheim	75
3.9.2	Ausgewählte Projekte.....	75
4.	Erhebung zur Vielfalt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Sachsen-Anhalt	77
4.1	Ziel der Erhebung.....	77
4.2	Methodik der Erhebung	77
4.3	Ergebnisse der Erhebung	82
4.3.1	Gesamtüberblick.....	82
4.3.2	Maßnahmen der Gesundheitsämter.....	85
4.3.3	Maßnahmen der Jugendämter	92
4.3.4	Maßnahmen weiterer Träger.....	94
4.4	Zusammenfassung und Ausblick.....	99
5.	Projektwegweiser: Gesundheitsziele / Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt	101

1. Hintergrund, Intention und Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt ist ein Baustein der Gesundheitsberichterstattung, die seit dem Jahr 2006 in den Aufgabenbereich des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV) fällt. Er ist gemeinsam von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (LVG), dem Landesamt für Verbraucherschutz (Fachbereich Hygiene) und den Leiterinnen und Leitern sowie Moderatorinnen und Moderatoren der fünf Gesundheitsziel-Arbeitskreise in Sachsen-Anhalt (AK) erarbeitet worden. Die Zusammenarbeit zwischen Landesvereinigung, Landesamt und Arbeitskreisen für diesen Bericht entspringt der Überzeugung, dass eine moderne Gesundheitsberichterstattung nicht nur die Aufgabe hat, die Gesundheits- und Versorgungslage der Bevölkerung anhand von quantifizierbaren Ergebnisindikatoren darzustellen (Krankenhaus- und Sterbefälle bezüglich bestimmter Diagnosen; Personal-, Einrichtungs- und Bettenzahlen der stationären Versorgung usw.), sondern dass zur Darstellung gesundheitlicher Zustände und Entwicklungen in einem Land auch über Initiativen und Prozesse der Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele berichtet werden muss.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick über diese Initiativen und Wege der Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren geben. Er soll den Akteurinnen und Akteuren selbst auch als Anregung dienen, um Ideen und Kontakte mit anderen Aktiven der Gesundheitsförderung auszutauschen. Eine Evaluierung der einzelnen Gesundheitsförderungs- und Gesundheitszielmaßnahmen im wissenschaftlichen Sinne – sei es als Prozess- oder als Ergebnisevaluierung – ist ausdrücklich nicht Hauptziel des Berichtes. In einigen wenigen Fällen, wo es die Datenlage und die Wirkungszeiträume erlauben, werden mögliche bisherige Effekte auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung diskutiert.

Eine wirkungsvolle Methode, gesundheitsförderliche Prozesse einzuleiten, zu stärken, zu steuern und/oder zu bündeln, ist die Formulierung von Gesundheitszielen. Diesen Weg hat Sachsen-Anhalt sehr frühzeitig und mit viel Engagement beschritten. Um die aktuelle Weiterentwicklung einordnen zu können, werden deshalb zunächst die historische Entwicklung, der derzeitige Stand und die Zukunftsperspektive des Gesundheitszieleprozesses in Sachsen-Anhalt beschrieben (Kapitel 2). Gesundheitsziele und gesundheitsfördernde Maßnahmen scheinen dann besonders wirksam, wenn sie einen engen Bezug zu den jeweiligen Lebenswelten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Settings) haben. Einige dieser Settings und ihre spezifische Ausprägung in Sachsen-Anhalt beschreibt das Kapitel 3. Im Kapitel 4 werden dann die Ergebnisse einer landesweiten Befragung zu aktuellen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt. Dabei kommen vor allem auch solche Maßnahmen zu Wort, die nicht explizit in den Gesundheitszieleprozess des Landes eingebunden sind.

Alle im Laufe der Berichterstellung erfassten Maßnahmen wurden in einem „Projektwegweiser Gesundheitsziele / Gesundheitsförderung Sachsen-Anhalt“ zusammengestellt, welcher auf der Internetseite der GBE Sachsen-Anhalt einzusehen ist. Der Projektwegweiser soll ein Arbeitsmittel für Interessierte sein, um gezielt nach bestimmten Maßnahmen und/oder Ansprechpartnern zu suchen. Methodisch bedingt bildet er nur einen Teil der tatsächlich in den Jahren 2004-2007 im Lande durchgeführten gesundheitsförderlichen Maßnahmen ab und listet dabei – ohne Gewichtung oder Bewertung – die quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlichen Initiativen nach Themenbereichen und Zielgruppen geordnet auf.

2. Gesundheitsziele – für eine gesunde Zukunft in Sachsen-Anhalt¹

2.1 Einführung

1997 legte Sachsen-Anhalt als erstes neues Bundesland Gesundheitsziele, eingebettet in ein Gesundheitsprogramm, vor und betrat damit Neuland. Neben die bis dahin üblichen Datensammlungen zu Krankheit und ihrer Versorgung wurden Gesundheitsziele gestellt. Auf der Basis der Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach Prioritätensetzung und zielorientiertem Arbeiten im Gesundheitswesen wollte Sachsen-Anhalt mit diesem Gesundheitsprogramm seinen Beitrag zur Zielorientierung in der Gesundheitspolitik leisten. Hierbei fanden internationale und nationale, regionale und kommunale, aber auch institutionelle Zielbildungsprozesse Berücksichtigung.

Die Formulierung und Entwicklung von Gesundheitszielen unter Beteiligung der Betroffenen sind heute unverzichtbarer Teil der Gesundheitspolitik des Landes Sachsen-Anhalt. Mit diesem Bericht, der den Zeitraum von 2004 bis 2007 berücksichtigt, werden die Daten zur Gesundheit weiter qualifiziert.

Zum besseren Verständnis wird der Gesundheitszieleentwicklungsprozess einleitend im Überblick dargestellt. Aussagen zu den Arbeitsstrukturen und zur Ergebnisbewertung ergänzen die Einführung. Anschließend wird auf die Möglichkeiten und Grenzen der Operationalisierung und Evaluierung von Gesundheitsförderung und Gesundheitszielen eingegangen.

Entwicklung der Gesundheitsziele – Landesgesundheitskonferenzen

Vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, die aus der 97er Gesundheitsberichterstattung abgeleitet wurde, waren Versorgungsstrukturen, Wirtschaftlichkeit, rechtliche Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven beleuchtet und in einem Gesundheitsprogramm mit Gesundheitszielen zusammengefasst worden.

Die Gesundheitsziele, die durch eine Expertenrunde für Sachsen-Anhalt entworfen wurden, stellten ein Diskussionsangebot dar. Grundlage der Vorschläge war das Ziel der Gesundheitspolitik des Landes Sachsen-Anhalt, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern mit der Folge, krankheitsbedingte Einschränkungen der Lebensqualität zu

minimieren und den vorzeitigen Tod zu vermeiden. Die Gesundheitsziele sollten darüber hinaus der Optimierung der Ressourcen dienen.²

Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Erkenntnisse zur Situation im Bundesland wurden die Kriterien Morbidität, Mortalität, Lebenserwartung und Patientinnen- und Patientenzufriedenheit zur Formulierung der Gesundheitsziele genutzt. Abweichungen des Gesundheitszustandes der sachsen-anhaltischen Bevölkerung zum Bundesdurchschnitt waren Ansatzpunkte, eine Gewichtung wurde vorgenommen. Beurteilt wurden Schweregrad und Ausmaß des Gesundheitsproblems sowie dessen Vermeidbarkeit. Weitere Auswahlaspekte waren Glaubwürdigkeit, Verständnis in der Öffentlichkeit, Ausgewogenheit, Messbarkeit und Verantwortung. Fünf Zielbereiche wurden aufbereitet nach Problemlage, Ziel, Ursachen und Risiken, Messgrößen, denkbaren Maßnahmen, Beteiligte und wurden dann zur Diskussion gestellt.

Auf der 1. Landesgesundheitskonferenz am 26. März 1998 verständigten sich die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens über die dringlichsten Aufgaben zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und verabschiedeten sechs Gesundheitsziele für Sachsen-Anhalt.³

- Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt
- Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung
- Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt
- Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt
- Senkung des Anteils der Raucher in allen Altersgruppen, Senkung des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen, Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr
- Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Zur Umsetzung der Ziele berief das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit thematische Gesundheitskonferenzen⁴ ein, in deren Folge Arbeitskreise aufgebaut wurden. Zur Zielüberprüfung sollte die Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt genutzt werden.

Die 2. Landesgesundheitskonferenz am 6. März 2002 zog eine erste Zwischenbilanz zur Umsetzung der Gesundheitsziele.⁵ Sie stellte fest, dass ein Ziel – Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt – erreicht wurde, drei Ziele zum Teil

erreicht wurden bzw. eine positive Entwicklung genommen hatten und zwei Ziele – Senkung der Krebssterblichkeit und der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen – in überschaubaren Zeiträumen nicht erreicht werden können. In Folge dieser Bilanz wurden mit den Arbeitskreisakteurinnen und -akteuren eine inhaltliche Modifizierung der Gesundheitsziele diskutiert und eine stärkere Ausrichtung auf vorsorgende, gesundheitsfördernde Aspekte und damit 2003 die Neujustierung der Ziele beschlossen.⁶ Bereits in der Zielformulierung fanden trotz des hohen Abstraktionsgrades quantitative und qualitative Aspekte zur Operationalisierung Berücksichtigung.

- Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung
- Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt
- Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt
- Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung
- Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung

Auf der 3. Landesgesundheitskonferenz am 25. Mai 2005, die sich neben den klassischen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens auch an Vertreter von Lebenswelten (Settings) und anderer fachlicher Ressorts richtete, wurde erneut Zwischenbilanz gezogen.⁷

Mit dem Regierungswechsel 2006 erfuhren die Gesundheitsziele eine weitere Vertiefung. Im Koalitionsvertrag von CDU und SPD wurden die Fortsetzung der Gesundheitsziele und ihre Ergänzung um Versorgungsziele festgeschrieben.

Zielgruppen und Settingbezug

Für das Handeln im Zieleprozess – insbesondere für die Modellprojekte – wurden Schwerpunktzielgruppen definiert, die sich an der Zukunftsfähigkeit des Landes orientieren: Kinder und Jugendliche als künftige Generation, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als Basis der Wirtschaftskraft sowie Seniorinnen und Senioren als die Bevölkerungsgruppe, die laut statistischer Hochrechnung 2020 ca. 27 % der Bevölkerung Sachsen-Anhalts ausmachen wird. Diese Schwerpunktbildung dient lediglich der Priorisierung, sie schließt andere Zielgruppen ein.

Die Gesundheitsziele, die sich im Wesentlichen auf Lebensstilfaktoren, die gesundheitsfördernd, aber auch gesundheitsgefährdend sein können, beziehen,

sollen vorrangig in den Lebenswelten (Settings) umgesetzt werden. Von aufsuchenden Lösungen wird eine höhere Akzeptanz und Erreichbarkeit, insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen, erwartet.

Arbeitsstrukturen im Zieleprozess

Mehr als 500 Institutionen beteiligen sich am Zieleprozess in Sachsen-Anhalt. Neben den Akteurinnen und Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens wirken zunehmend Institutionen wie Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Sport- und andere Vereine aber auch Berufsverbände, Städte, Landkreise und Ministerien mit.

Die fünf landesweiten Arbeitskreise – je Ziel einer – untersetzen „ihr“ Gesundheitsziel mit Teilzielen. Als landesweite Gremien analysieren sie fortlaufend ihren Zielbereich und erörtern Möglichkeiten der Zielerreichung. Auf der Basis selbst entwickelter Konzepte initiieren sie Maßnahmen und engagieren sich für ihr Ziel. Sie unterstützen mit ihren Möglichkeiten Modellprojekte und verstehen sich als „Anwälte“ der Zielstellung. In diesem Sinne bringen sie sich aktiv in den gesundheitspolitischen Dialog ein. Darüber hinaus besteht ihre Aufgabe im Schnittstellenmanagement.

Im Oktober 2004 wurden erstmals Modellprojekte der Gesundheitsziele berufen. Dafür wurden Qualitätskriterien definiert und Rahmenbedingungen festgelegt. Die Modellprojekte arbeiten in Verantwortung ihrer Träger autonom. Sie verfolgen projektspezifische Ziele und binden sich eigenverantwortlich mit ihrer Aktivität als Maßnahme in den Zieleprozess ein.

In den Landkreisen und Kommunen finden die Gesundheitsziele zunehmend Beachtung. Zugeschnitten auf den regionalen Handlungsbedarf werden eigene Zielsetzungen im Rahmen der Landesgesundheitsziele verfolgt. In diesem Kontext entstehen auch regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsnetzwerke, in denen sich Institutionen und interessierte Bürger zum gemeinsamen Gesundheitshandeln zusammenfinden. Ressortübergreifende Arbeitsansätze in Gesundheitsfragen setzen sich zunehmend durch. Hierbei sind die Bereiche Landwirtschaft, Umwelt, Bildung, Tourismus, Städtebau und Sicherheit Vorreiter.

In Abstimmung und Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales und den Arbeitskreisen initiiert die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (LVG), die seit Ende 2003 den Zieleprozess im Auftrag des Ministeriums managet, Aktionen und Veranstaltungen für Endverbraucherinnen und Endverbraucher sowie für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die die Zielerreichung fördern sollen. Sie ergänzen die Basisarbeit der Arbeitskreise und Modellprojekte auf Landesebene.

Information und Kommunikation

Begleitet wird der gesamte Gesundheitszieleprozess von einer intensiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Mit der Informationskampagne „Vorsorgen – sorgen Sie vor bevor sie sich Sorgen machen müssen“ wurden die Gesundheitsziele im Jahr 2000 bekannt gemacht. Zur Bevölkerungsinformation werden seitdem regelmäßig Presseinformationen herausgegeben, zusätzlich informieren die Mitgliedszeitschriften der Kooperationspartner. Ein Newsletter steht Interessierten neben weiteren Fachinformationen im Internet zur Verfügung. Regelmäßige Treffen der Akteurinnen und Akteure dienen dem Erfahrungsaustausch und der internen Kommunikation. Berichte der Arbeitskreise, Dokumentationen und Poster der Modellprojekte vertiefen ebenso wie wissenschaftliche Publikationen den Kommunikationsprozess und informieren Fachwelt und Vertreter der Politik.

Bewertung der Zielerreichung

Zur Bewertung der sachsen-anhaltischen Gesundheitsziele müssen unterschiedliche Aspekte betrachtet werden: die Ergebnisse, also die Zielerreichung, als das „härteste“ Kriterium, die Strukturen, also die Gremien, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsebenen, als Rahmen und Grundlage für den Prozess und der Prozess selbst, also Strategien, Vorgehensweisen und Methoden, als Form der Auseinandersetzung mit den Zielstellungen. Berücksichtigung finden in der Bewertung auch die unterschiedlichen Arbeitsebenen.

Die Dokumentation der Prozessaktivitäten und die konsequente Operationalisierung der Gesundheitsziele und aller Modellprojekte sind also Grundlage einer Evaluation eines Gesundheitszieleprozesses. Im vorliegenden Bericht werden zwar Aspekte solcher Prozess- und Ergebnisevaluation für die fünf Landesgesundheitsziele in den jeweiligen Kapiteln gezeigt, eine umfassende, detaillierte Evaluation des gesamten Gesundheitszieleprozesses in Sachsen-Anhalt ist hier jedoch nicht angestrebt.

Möglichkeiten und Grenzen der Operationalisierung und Evaluierung von Gesundheitszielen und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist eine sehr junge fachliche Disziplin, Gesundheitsziele ein ebenso junges gesundheitspolitisches Instrument, beide verfügen noch nicht über ein ausreichend validiertes Forschungsinstrumentarium. Die Komplexität des Gesundheitsbegriffs, der auf Lebensqualität zielt und nur zum Teil auf Krankheit abstellt, erfordert Messkriterien und Untersuchungsdesigns, die vielfältige Aspekte gesellschaftlicher und individueller Entwick-

lung berücksichtigen müssen. Da diese bis heute nicht vorliegen, wird zur Erfolgsmessung auf die Dimension der Krankheitsvermeidung orientiert. Diese belegt das Ziel Gesundheit, ihre Erhaltung und Förderung, nur bedingt und greift damit als Messgröße zu kurz. Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum und gesundheitspolitische Herausforderungen wie die Sicherung eines gesunden Aufwachsens künftiger Generationen brauchen Bewertungskriterien, die sich weit über Krankheitsversorgung hinausgehend mit Zukunftsfähigkeit und Nachhaltigkeit, also mit gesellschaftlichen und individuellen Entwicklungschancen befassen.

Auch als alleiniger Anhaltspunkt für gesundheitlichen Handlungsbedarf reicht das Krankheitsgeschehen nicht mehr aus. Demografische und Umweltveränderungen müssen bei der Operationalisierung und Evaluation ebenso Berücksichtigung finden, wie der Umgang mit Ressourcen, wie zukünftige Gesellschaftsentwicklungen. Mit der Zusammenführung von Sozial-, Umwelt und Gesundheitsberichterstattung – ergänzt um Bevölkerungsbefragungen – wird diesem Ansatz bereits zum Teil Rechnung getragen. Er ist unter Einbeziehung weiterer Ressorts auszubauen. Morbidität und Mortalität stehen als Messgrößen dann neben Gesundheitszustand und gesunden Lebensjahren sowie Zufriedenheit und Lebensqualität am Ende der Bewertungsskala.

Vor diesem inhaltlichen und methodischen Problem sind Operationalisierung und Evaluierung von Gesundheitsförderung und Gesundheitszielen in Sachsen-Anhalt zu betrachten. Hinzu kommen unzureichende Datenlagen selbst bei den vorhandenen Messgrößen. Mit dem vorliegenden Bericht wird unter Einbeziehung vorhandener Krankheits- und Entwicklungsdaten der Versuch unternommen, den Erreichungsgrad der Gesundheitsziele – also der definierten Sollzustände – zu belegen. Dafür wurden auch Datenquellen anderer Ressorts genutzt. Momentan ist diese umfassende lebensweltorientierte Berichterstattung nur schlaglichtartig möglich, sie weist aber den Weg zu einem Instrument des vorausschauenden, zukunftsgestaltenden Gesundheitshandeln in Politik und Gesellschaft.

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszieleprozess

Das Verhältnis von Gesundheitsberichterstattung (GBE) und Gesundheitszieleprozess ist ein wechselseitiges: einerseits legt die klassische, datenbasierte GBE gesundheitliche oder versorgungsstrukturelle Probleme offen, die zur Formulierung von Gesundheitszielen führen, andererseits bewirkt der Zieleprozess langfristig Veränderungen in der Gesundheits- und Versorgungslage eines Landes, die die GBE dann wieder dokumentiert. Dass die Aufgabe dieser

Dokumentation nicht ausschließlich in einer Ergebnis-evaluation im Sinne numerischer Vorher-Nachher-Vergleiche von Morbiditäts- und Versorgungsindikatoren liegt, sondern auch in der Beschreibung des Prozesses an sich, wurde bereits erläutert.

2.2 Zielgruppen

Im Fokus der Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt steht die Bevölkerung des Bundeslandes. Zum 31.12.2006 lebten 2.441.787 Menschen, davon 1.248.314 Frauen (51,1 %) und 1.193.473 Männer (48,9 %), in Sachsen-Anhalt.⁸ Ihrer Gesundheit soll mit dem Zieleprozess Rechnung getragen werden. Die Bildung von Schwerpunktzielgruppen dient der Priorisierung, die andere gesellschaftliche Gruppen nicht ausschließt, sondern kriteriengeleitet festlegt, wo mit der Arbeit begonnen wird. Leitkriterium für die Auswahl der Schwerpunktzielgruppen war die Zukunftsfähigkeit. Hierbei spielten natürliche Aspekte ebenso eine Rolle, wie wirtschaftliche und demografische.

Kinder und Jugendliche

Künftige Generationen sichern die Existenz der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt, sie sind die Zukunftschance eines jeden Landes. Derzeit leben 324.059 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, davon 48,4 % Mädchen und 51,6 % Jungen in Sachsen-Anhalt, das entspricht ca. 13,3 % der Bevölkerung. Auf 100 Erwerbsfähige (18- bis 64-jährig) kommen in Sachsen-Anhalt 20,7 Kinder und Jugendliche (Jugendquotient).⁹ Ihnen muss ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden.

Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber

Ohne wirtschaftliche Innovation, Unternehmenssiedelung und Schaffung von Arbeitsplätzen ist eine gesunde Entwicklung der Menschen und unseres Bundeslandes nicht denkbar. 1.004.000 Erwerbstätige, davon 906.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und 98.000 Selbstständige einschließlich mithelfender Familienangehöriger sind Träger unseres Gemeinwesens.¹⁰

Seniorinnen und Senioren

550.413 über 65-Jährige (22,5 %) lebten 2006 in Sachsen-Anhalt, davon 60 % Frauen und 40 % Männer. 2025 werden laut Prognose 55,7 Seniorinnen und Senioren (65-jährig und älter) auf 100 erwerbsfähige 18- bis 64-Jährige kommen.¹¹ Damit sind sie perspektivisch die größte Zielgruppe, deren Gesundheitsstatus und deren Bedürfnisse die Entwicklung des Bundeslandes maßgeblich mitbestimmen werden.

Sozial Benachteiligte

Die Gesundheitsziele sollen auch dazu beitragen, mehr gesundheitliche Chancen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu eröffnen und Wege für

Partizipation und Empowerment zu bahnen. In allen drei Zielgruppen werden zunehmend Menschen berücksichtigt, die sozialer Benachteiligung und damit teilweise auch erhöhten gesundheitlichen Risiken unterliegen. Sie verdienen im Gesundheitszieleprozess besondere Beachtung. Sie sind so zu beteiligen, dass sie mehr Gesundheitschancen erfahren und ihre gesundheitlichen Risiken minimieren können. Soziale Ungleichheit ist gebunden an Unterschiede nach Bildung, Berufsstatus, Einkommen und Vermögen (vertikale Ungleichheit) und Unterschiede nach Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc. (horizontale Ungleichheit).¹² Legt man die bundesweite Einkommensverteilung zu Grunde, liegt der Anteil armutsgefährdeter Personen in Sachsen-Anhalt bei 20 %. Alleinerziehende und Familien mit Kindern weisen eine höhere Armutsgefährdungsquote auf, als im Bundesvergleich.¹³ 2.456 Personen außerhalb von Einrichtungen erhielten 2005 Hilfe zum Lebensunterhalt.¹⁴ 30,4 % der sachsen-anhaltischen Kinder erhalten Sozialgeld (Bundesdurchschnitt 16,2 %) (Stand: August 2006).¹⁵ Insgesamt 231.897 Menschen, davon 49,5 % Frauen und 50,5 % Männer waren 2006 ohne Arbeit. Das entsprach 19,9 % der abhängig zivilen Erwerbspersonen, von ihnen waren 5.170 jünger als 19 Jahre, 85.997 langzeitarbeitslos (länger als 1 Jahr) und 6.125 schwerbehindert.¹⁶ Besonders betroffen waren mit jeweils ca. 25 % das Mansfelder Land, Sangerhausen und Aschersleben.¹⁷ Insgesamt sind in Sachsen-Anhalt ca. 261.000 Menschen von Behinderung betroffen.¹⁸

2.3 Fünf Gesundheitsziele – fünf Arbeitskreise

2.3.1 Zielbereich Bewegung

Gesundheitsziel: Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung

2.3.1.1 Einleitung

Der Einfluss von regelmäßiger Bewegung auf Gesundheit ist deutlich determiniert: Körperliche Aktivität führt zu vielfältigen metabolischen, periphermuskulären, pulmonalen und kardiovaskulären Anpassungsmechanismen, zur Senkung des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen, Darmkrebs und Diabetes und zur Verbesserung der Knochendichte, des muskuloskelettalen Systems, der Kompetenz zur Alltagsbewältigung, des Wohlbefindens und der Lebensqualität. Der Rückgang der Alltagsaktivitäten in den letzten 20 Jahren ist verantwortlich für die starke Inzidenz und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Dauerhafte bevölkerungsweite Gewichtsreduktion ist nur über Maßnahmen im Bereich der Alltagsaktivitäten erreichbar.¹⁹

Im internationalen Vergleich regelmäßiger sportlicher Aktivität belegt ganz Deutschland nur einen Mittelplatz. Bei den körperlichen Aktivitäten insgesamt (inklusive körperlicher Arbeiten im Beruf, zu Hause und beim Transport) befindet sich Deutschland mit den Niederlanden und Luxemburg allerdings in der Spitzengruppe.²⁰

Sachsen-Anhalterinnen und Sachsen-Anhalter stehen zwar früher auf, bewegen sich aber scheinbar weniger als die übrigen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger. Dies belegen die Mitgliederzahlen in den Sportvereinen des Landes (auch wenn eine Mitgliedschaft nicht notwendigerweise mit aktivem Sporttreiben gleichzusetzen ist): in Sachsen-Anhalt sind deutlich weniger Menschen (14,9 %) in Sportvereinen organisiert als im bundesweiten Durchschnitt (28,8 %).

Der 5. Gesundheitsbericht (Bevölkerungssurvey) des Landes Sachsen-Anhalt von 2005 kommt zu dem Urteil, dass die Befragten in Sachsen-Anhalt den Lebensbereichen Gesundheit und Wohlbefinden zwar eine hohe Wertigkeit attestieren, dass diese Einstellung sich jedoch eher seltener auf die körperliche Bewegung bezieht. Motorisch am aktivsten seien noch die Landbevölkerung, ältere Menschen sowie Angehörige unterer sozialer Schichten, bei denen Gartenarbeit, Fußwege und Radfahren eine wesentliche Rolle spielten.²¹

Das Bewusstsein der oben geschilderten Probleme trug zur Neujustierung der sachsen-anhaltischen Gesundheitsziele bei und führte zur Definition des Gesundheitsziels „Bewegung“.

2.3.1.2 Zieloptimierung

Nach der Ausgangsanalyse der Bewegungssituation in Sachsen-Anhalt 2006 wurden die Ziele präzisiert, die Zielgruppen bestimmt und Projekte initiiert, begleitet und befördert. Hauptzielstellungen sind:

- Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens,
- Steigerung der Bewegungshäufigkeit und
- Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung.

Im Rahmen der Zieloptimierung formulierte der Arbeitskreis Bewegung folgende Teilzielstellungen für den Arbeitszeitraum 2006-2010:

- mehr Bürgerinnen und Bürger in Bewegung bringen,
- mehr Bewegungsangebote im organisierten und nichtorganisierten Sport schaffen,
- Verbesserung der Inanspruchnahme und Erweiterung bestehender Bewegungsangebote,
- Verbesserung des Wissens zu Bewegung und ihrer positiven Wirkung auf die Gesundheit,

- Verknüpfung von Bewegung und Ernährung,
- Beratung, Begleitung und Umsetzung der Regionalkonzepte Breiten- und Gesundheitssport,
- Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen u. a. in Bezug auf Sportstätten und deren Verfügbarkeit,
- Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung der Übungsleiter und Multiplikatoren zur Qualitätssicherung,
- Verbesserung der Datenlage durch standardisierte und wissenschaftlich abgesicherte Testverfahren.

2.3.1.3 Organisationsstruktur

Von der Neujustierung der Gesundheitsziele und Benennung der Bewegung als Gesundheitsziel gingen neue Impulse aus. Schließlich führte die 3. Gesundheitskonferenz im Jahre 2005 mit der Bilanzierung der Arbeitskreise Zahngesundheit, Impfen und Sucht und der Gründung des Arbeitskreises Ernährung im LandesSportBund (LSB) zu Überlegungen, Initiator und Motor des Arbeitskreises Bewegung zu werden. In der Folge der Strukturentwicklung des LSB bildete sich im Gesundheitszieleprozess aus der Arbeitsgruppe Sport und Gesundheit des Landesausschusses Breitensport der landesweite Arbeitskreis Bewegung. Die Konstituierung fand im Dezember 2005 statt. In der Geschäftsordnung wurden Leitung (LSB), Moderation (LVG), Beratungsturnus (quartalsweise) und Ergebnisprotokollierung (LSB) festgelegt.

Folgende Institutionen wirken im Arbeitskreis mit: AOK Sachsen-Anhalt, Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt e.V., Bitterfelder Schwimmverein 1990 e.V., BKK-Landesverband Ost, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), IKK gesund plus, Knappschaft Bahn-See, Kneipp-Verein Magdeburg e.V., Kreisklinik Aschersleben-Staßfurt gGmbH, Kreissportbund Bitterfeld e.V., Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesschwimmverband Sachsen-Anhalt e.V., LandesSportBund Sachsen-Anhalt e.V., Landesturnverband Sachsen-Anhalt e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, SV Lochau 2000 e.V., TV Askania Bernburg e.V., Verband der Angestelltenkrankenkassen Sachsen-Anhalt e.V. Landesvertretung Sachsen-Anhalt.

Als Orientierungen für die konzeptionelle Ausrichtung des Arbeitskreises Bewegung dienen die Konzeptionen „Sport und Gesundheit in Sachsen-Anhalt“ des LandesSport-Bundes und der Landesvereinigung für Gesundheit 2001, die Breitensportkonzeption des LandesSportBundes 2004 und das Positionspapier des LSB 2006-2010.

2.3.1.4 Umsetzung des Gesundheitszieles

Um die o. g. Ziele zu erreichen, verfolgt der Arbeitskreis folgende Strategien und Aktivitäten:

- Gewinnung von Partnern außerhalb des traditionellen Bewegungsbereiches zur Mitarbeit im Arbeitskreis und Entwicklung von Bewegungsalternativen
- Erfassung und Dokumentation bestehender und geplanter Bewegungsvorhaben in Sachsen-Anhalt (Datenbank)
- Planung und Durchführung von Modellprojekten
- Planung und Durchführung von Workshops, Aktionstagen und Fachtagungen
- Strukturierung des Arbeitskreises in einzelne Subgruppen/Fachgremien bspw. bezüglich der Modellprojekte oder Zielgruppen

Sport und Gesundheit

Im Jahr 2003 gab es in drei Vereinen¹¹ Angebote mit dem Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ (QSPG). Durch eine Ausbildungsoffensive des LSB für „Übungsleiter Prävention“ und durch initiierte Projekte mit zielgerichteter Förderung gelang es, per 31.12.2007 in 132 Vereinen 448 Angebote QSPG flächendeckend in allen KSB/SSB aufzubauen und vorzuhalten. Im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten (Sportstättenbelegung begrenzt) wurden sowohl Dauerangebote im Gesundheitssport für Vereinsmitglieder als auch Präventionskurse für Nichtmitglieder durchgeführt, die von den Krankenkassen auf vertraglicher Grundlage finanziert werden. Legt man für einen Präventionskurs durchschnittlich 15 Teilnehmende zugrunde, werden derzeit im Vergleich zu 2003 durch die Gesundheitssportangebote der Vereine, die quartalsweise durchgeführt werden, ca. 26.880 Bürgerinnen und Bürger unseres Bundeslandes zusätzlich bewegt.

Von 2005 bis 2007 wurde die Qualifizierung der Landesfachverbände und Kreis- und Stadtsportbünde zur Umsetzung des Gesundheitssports in Sachsen-Anhalt und die Befähigung zum Qualitätsmanagement für Kreis- und Stadtsportbünde zur Begleitung von Vereinsentwicklung durch Gesundheitssport vorangetrieben. Der Kreissportbund Quedlinburg entwickelte und erprobte Instrumente für Qualitätssentwicklung und -sicherung im Gesundheitssport für Kreis- und Stadtsportbünde. Im Dezember 2007 fand in Wernigerode der erste kreisoffene Qualitätszirkel des Kreissportbundes Harz statt.

Sportevents

Das herausragende Schaufenster des Breitensports war das Festival des Sports in Verbindung mit dem 11. Sachsen-Anhalt-Tag vom 01. bis 03.06.2007 an der Landessportschule Osterburg. An den drei Tagen beteiligten sich ca. 10.000 Bürgerinnen und Bürger, insbesondere Kinder und Jugendliche, am abwechslungsreichen Sport- und Bühnenprogramm.

Integration durch Sport

Mit dem Projekt „Integration durch Sport“ wurden insbesondere Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler und Ausländerinnen und Ausländer erreicht. Die Integrationsarbeit gestaltet sich durch Fluktuation und Sprachdefizite der Zuwandererinnen und Zuwanderer zunehmend schwierig. Dennoch gelang es den traditionellen Sportvereinen, sich zu öffnen und ihre Aufnahme- und Integrationsbereitschaft zu verstärken.

Deutsches Sportabzeichen

Seit dem Beginn der Arbeit mit dem Deutschen Sportabzeichen im Jahr 1991 wurden in Sachsen-Anhalt bis zum 31.12.2007 insgesamt 264.898 Sportabzeichen verliehen. Das Sportjahr 2007 verlief in Bezug darauf besonders erfolgreich. Mit 31.645 Sportabzeichenverleihungen erreichte der LSB Sachsen-Anhalt sein bisher bestes Ergebnis seit der Wiedervereinigung. 435 Schulen und 133 Sportvereine trugen zu diesem Resultat bei. Veranstaltungshöhepunkt war der 15. Hallesche Sportabzientag am 08.06.2007 mit 3.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Senioren-sport

Mit dem Programm zur Förderung des Sports für Ältere trägt der LSB den tiefgreifenden Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt Rechnung. Durch regelmäßige Bewegung in und mit Sportvereinen soll die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Selbständigkeit sowie die soziale Integration älterer Menschen erhalten werden. Schwerpunktaufgaben bei der Umsetzung des Programms sind die Qualifizierung der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kreis- und Stadtsportbünden sowie in den Sportverbänden zum Sport für Ältere, die Übungsleiteraus- und -fortbildung und die Vernetzung mit Partnern. Im November 2007 veranstaltete der LSB in der Landessportschule Osterburg die 1. Landessenioren-sportakademie, eine dreitägige Bildungsveranstaltung mit über 70, zumeist weiblichen, Teilnehmenden.

Regionalisierung des Gesundheitszieles Bewegung

2006 wurden vom Kreissportbund Quedlinburg die Gesundheits- und Bewegungssituation, Bewegungsangebote und Bewegungsmöglichkeiten von bzw. für Kinder und Jugendliche des Landeskreises untersucht, um Empfehlungen zur Erhöhung des Anteils sich bewegender und organisiert sporttreibender Kinder und Jugendlicher zu erarbeiten. Dabei wurde offensichtlich, dass die bestehenden Möglichkeiten, die bisher von ca. 25 % der Kinder und Jugendlichen genutzt werden, ausgeschöpft sind. Für eine Steigerung z. B. auf 50 % sich bewegende und sporttreibende Kinder und Jugendliche müssten deutliche Investitionen in personelle und materielle Ressourcen getätigt werden.

Gewinnung von Partnern

Zur Vernetzung von Akteuren, Gewinnung weiterer Mitstreiter und Erschließung neuer Ressourcen führte der Arbeitskreis im Juni 2007 eine Open Space-Veranstaltung mit 37 Institutionen durch.

Erfassungsverfahren zum körperlich-sportlichen Entwicklungsstand

Aktuell arbeiten die AK-Mitglieder an einer Empfehlung für sportmotorische Tests, die die Untersuchungen bei Schulkindern präzisieren und verbessern können. Gemeinsam mit den Universitäten in Magdeburg und Halle wird versucht, ein einfach zu handhabendes Verfahren auszuwählen bzw. zu empfehlen, das hilft, den Entwicklungsstand der Kinder zu bestimmen und gleichzeitig Anregungen zur inhaltlichen Entwicklung von Sportangeboten gibt.

2.3.1.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles

20 Modellprojekte greifen Bewegung als Zielbereich ihrer Vorhaben auf. Sechs wurden bereits 2004, acht 2005 und fünf wurden 2006 berufen. Ausschließlich befassen sich vier Modellprojekte mit einem gesunden Bewegungsverhalten und der Gestaltung entsprechender Rahmenbedingungen. 10 Vorhaben widmen sich Bewegung in Kombination mit Ernährung, in drei Projekten geht es außerdem noch um legale Suchtmittel und drei Initiativen verfolgen alle fünf Gesundheitsziele gleichermaßen. 12 der insgesamt 20 Modellprojekte richten sich an Kinder und Jugendliche, neun an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber, vier an Seniorinnen und Senioren. 22 Zwei Modellprojekte sollen im Folgenden näher vorgestellt werden.

1. Beispiel

Wir bringen uns in Schwung

Projektträger:

Landeshauptstadt Magdeburg, Betriebsärztlicher Dienst, Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Sicherheit

Kooperationspartner:

AOK Sachsen-Anhalt, Fitness-Class GbR Magdeburg, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Kieser Training AG, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Squash- und Fitness Center, Unfallkasse Sachsen-Anhalt

Einleitung und Zielstellung

In der Stadtverwaltung Magdeburg werden überwiegend sitzende Tätigkeiten ausgeführt, der Altersdurchschnitt liegt zwischen 40 und 50 Jahren. Die Mehrzahl der Beschäftigten bewegt sich im Arbeits- und Lebensalltag nicht ausreichend. Dafür

sprechen u. a. die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (ca. 395 Arbeitsunfähigkeitsfälle pro Jahr) und des Bindegewebes. Im Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit wurde festgestellt, dass jeder dritte Mitarbeiter über Beschwerden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates klagt. Über die Hälfte der Beschäftigten leidet an Übergewicht. Dem sollte das Projekt etwas entgegensetzen. Das Vorhaben richtete sich an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Stadtverwaltung Magdeburg. Zentrale Zielstellung war, die Beschäftigten in mehr Bewegung zu bringen, u. a. sollte der Aufbau von Bewegungsangeboten innerhalb bzw. im Anschluss an die Arbeitstätigkeiten gefördert werden. Mit spezifischen Maßnahmen (z. B. indikationsbezogene Präventionskurse) und unspezifischen Maßnahmen (z. B. Gesundheitstage) wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu mehr Bewegung animiert.

Ergebnisse

Im Projektzeitraum fanden zwei Gesundheitstage statt, an denen 150 bzw. 60 Beschäftigte zum Thema „Wir bringen uns in Schwung“ teilnahmen. Das sind 6 % der Belegschaft. Es wurden 43 Bewegungskurse durchgeführt, die von 710 Beschäftigten genutzt wurden, davon 230 im Jahr 2005 und 480 im Jahr 2006. Das Ziel, 1.000 Beschäftigte zur Nutzung regelmäßiger Bewegungsangebote zu animieren, wurde zu 71 % erreicht. Die Angebote wurden zu 95 % von Frauen genutzt.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Von den 10 verschiedenen Bewegungsangeboten haben sich vier Präventionskurse als ständiges Angebot heraus kristallisiert, sie werden in der Stadtverwaltung weiter vorgehalten und von den Beschäftigten wahrgenommen. Außerdem wurde eine Betriebssportgruppe „Pausengymnastik“ gegründet. Für Nachnutzer des Projektes wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2. Beispiel

Fit und Vital – Kinder der Grundschulen in Bewegung

Projektträger:

Landesturnverband Sachsen-Anhalt e.V.

Kooperationspartner:

Drogenberatungsstelle Magdeburg, Krankenkassen, LandesSportBund Sachsen-Anhalt e.V., Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Institut für Sportwissenschaft, 120 Grundschulen, 90 Sportvereine

Einleitung und Zielstellung

Zielstellung des Projektes war die Erfassung und Betreuung übergewichtiger Kinder und Kinder

mit Bewegungsdefiziten aus den Grundschulen, die Vernetzung von Sportunterricht und außerunterrichtlichem Sport sowie die Verknüpfung der sportlichen Bewegung mit einer gezielten Ernährungsberatung unter Einbeziehung der Eltern. In der ersten Projektphase 2005/2006 wurden 20 Workshops mit Grundschulen, Sportvereinen und KSB/SSB durchgeführt und Übungsleiter für die C-Lizenz Kinderturnen gewonnen. Den Fitnessstest absolvierten ca. 6.000 Grundschüler. Im Schuljahr 2006/2007 wurden in 40 Versuchsschulen Präventionsgruppen mit landesweit ca. 800 Kindern gebildet, die motorische Defizite oder Übergewicht hatten. 30 Schulen wurden als Vergleichsschulen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung geführt. Insgesamt konnten 98 Personen erfolgreich die Übungsleiterausbildung abschließen. Bisher wurden 10 Kinderturnclubs für insgesamt 17 Versuchsschulen eingerichtet. In diesen Kinderturnclubs werden ca. 400 Kinder mit motorischen Defiziten oder Übergewicht betreut.

Ergebnisse

Im Hauptergebnis lässt sich festhalten, dass die Kinder der Versuchsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe sowohl in der Geschicklichkeit als auch in der Ausdauerfähigkeit statistisch signifikant bessere Leistungen zeigen. In sechs der erfassten 13 Dimensionen zeigen sich signifikante Effekte, die alle auf einer Verbesserung der an der Intervention beteiligten Kinder im Vergleich zu den Kontrollgruppenkindern basieren. So verbesserten sich die Einstellung zu gesunder Ernährung, das körperliche Wohlbefinden, das psychische Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl, die Stressvulnerabilität sowie die Einstellung zu Familie und Freunden.²³

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Ende 2007 wurde unter Leitung des Kultusministeriums eine Arbeitsgruppe berufen, die sich mit der Programmverbreitung in allen Grund- und Förderschulen – insgesamt 600 Schulen – des Landes Sachsen-Anhalt befasst.

2.3.1.6 Daten zum Zielbereich Bewegung

Von ca. 2,5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern sind in Sachsen-Anhalt 362.881 Menschen in 3.227 Vereinen organisiert. Unter den Regionen sind Altmark West mit 18,8 % Spitzenreiter und Wittenberg mit 12,7 % Schlusslicht organisiert Sporttreibender. Der Mitgliedschwund zum Vorjahr (2006) beläuft sich auf 5.519 Personen. 58 Sportarten werden in insgesamt 7.139 Vereinsabteilungen angeboten. Die größten Mitgliederzuwächse zum Vorjahr (2006) sind in den Altersklassen (AK) 0-6 mit 1.436 Mitgliedern, AK 7-14 mit 2.102 Mitgliedern und AK 60+ mit 508 neuen Mitgliedern zu verzeichnen. Die größten Mitgliederrückgänge gab es in den Altersklassen 15-26 mit 6.062 Mitgliedern und AK 27-40 mit 2.905 Mitgliedern.²⁴

Etwa 20 % aller Vereinsangebote sind Angebote mit explizitem Gesundheitsbezug, das entspricht dem Bundesdurchschnitt. Aber nur 3 % der Vereine Sachsen-Anhalts unterbreiten derartige Angebote. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 10 %. Der Anteil der Angebote mit expliziter Reha-Ausrichtung liegt mit 7 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 4 %.²⁵

Indikatoren zu Bewegung und Ernährung

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

		Quelle
3.80	Krankenhausfälle infolge Diabetes mellitus (E10-E14) nach Alter und Geschlecht, darunter insulinabhängiger Diabetes mellitus (E10)	StaLa
3.81	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus (E10-E14) nach Alter und Geschlecht	StaLa
3.90	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht (Krankenhausfälle, AU, Reha, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Sterblichkeit)	StaLa
3.91	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.92	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, darunter ischäm. Herzkrankheiten (I20-25)	StaLa
3.93	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	DRV
3.94	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischäm. Herzkrankheiten (I20-I25)	DRV
3.95	Gestorbene infolge Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.13	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren		
4.8.01	BMI der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht	NVS
4.9.01	BMI im Rahmen der Schulanfängerstudie	SchASt
3.80.01	Krankenhausfälle inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.81.01	Frührentenzugänge inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.81.02	Leistungen zur med. Rehabilitation inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.91.01	Krankenhausfälle infolge von Hypertonie nach Geschlecht (I10-I15)	StaBa www.gbe-bund.de
3.93.01	Reha-Leistungen inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter u. Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaBa www.gbe-bund.de
3.95.01	Gestorbene infolge von Hypertonie nach Geschlecht (I10-I15)	StaBa www.gbe-bund.de

StaLa = Statistisches Landesamt, StaBa = Statistisches Bundesamt, DRV = Deutsche Rentenversicherung Bund, NVS = Nationale Verzehrsstudie, SchASt = Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt

Abb. 2.1

Weitere Daten im Zusammenhang mit dem Zielbereich Bewegung finden sich in einem Kurzbericht der Landes-GBE: „Daten zu den Gesundheitszielbereichen Bewegung und Ernährung in Sachsen-Anhalt“²⁶. Darin werden vorgenannte Indikatoren besprochen. Der Kurzbericht und die Indikatortabellen sind außerdem auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

2.3.1.7 Diskussion und Ausblick

Die Struktur und die Arbeitsformen des Arbeitskreises Bewegung haben sich bewährt. Regelmäßig finden Treffen mit geplanten Schwerpunktsetzungen statt. Die Phase der Bestandsaufnahme und des Austausches über mögliche Entwicklungsrichtungen ist abgeschlossen. Diese Überlegungen werden gegenwärtig in einer Entwicklungskonzeption bis 2010 festgeschrieben. Für die weitere Arbeit sind Arbeitsgruppen entsprechend den Zielgruppen geplant, um auf die jeweiligen Bereiche besser eingehen zu können. Der Prozess der Gewinnung weiterer Partner, die nicht ausschließlich im Bewegungsbereich tätig sind, wird fortgesetzt. Auch eine engere Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Ernährung wird es geben, für 2008/09 ist eine gemeinsame Open Space-Veranstaltung angedacht.

Aus den Zahlen der LSB-Statistik können über die Entwicklung des organisierten Sports Ergebnisse abgeleitet werden. Zwar sind die Mitgliederzahlen insgesamt rückläufig (s. oben), aber die Entwicklung des Gesundheitssports ist auf einem guten Weg: Mitglieder, Übungsleiterausbildung und qualifizierte Angebote sind deutlich angestiegen. Auch die Mitgliederentwicklung bei Kindern von 60.245 (Stichtag 01.01.2005) auf 65.305 (Stichtag 01.01.2008) und bei über 50-Jährigen von 95.551 (Stichtag 01.01.2005)

auf 99.135 (Stichtag 01.01.2008) ist hervorhebenswert. Für das Modellprojekt „Fit und Vital – Kinder der Grundschulen in Bewegung“ ist für 2009 eine Flächenlösung in Vorbereitung, d. h. Verbreitung an allen Grundschulen in enger Verbindung mit dem organisierten Sport. Verbesserungswürdig sind die Mitgliederentwicklung zwischen 15 und 40 Jahren, der Anteil sporttreibender Mädchen und Frauen und die regionale Entwicklung des organisierten Sportes.

In Sachsen-Anhalt ist eine Zunahme der Bewegungsaktivitäten insbesondere der jüngeren und der älteren Bevölkerung zu beobachten. Dennoch bewegen sich noch zu wenig Bürger. Die bestehenden Bewegungsangebote werden nicht ausreichend genutzt. Gleichzeitig werden die Angebote den veränderten Bewegungsbedürfnissen und Bewegungsinteressen der Bevölkerung nicht immer gerecht. Der erfreulichen Entwicklung im Gesundheitssport (Anstieg der Angebote und Nutzung von Gesundheitskursen im Sportverein) steht die noch nicht ausreichende Überführung in die Dauermitgliedschaft der Kursteilnehmer in die Sportvereine gegenüber. Dafür müssen sich in Sportvereinen Strukturveränderungen im Rahmen einer breiten- und gesundheitssportlichen Vereinsentwicklung vollziehen. Die Nutzung von Sportstätten mit steigenden Betriebskosten führt in den Sportvereinen zu Erhöhungen von Mitgliedsbeiträgen, die vor allem sozial Benachteiligten den Zugang zum regelmäßigen organisierten Sport erschweren. Hier könnten andere Institutionen, Bereiche, Projekte und Initiativen genutzt werden, um neue und einfache Organisationsformen (z. B. Bewegungstreffs) für Bewegungsinteressierte anzubieten.

Die Schaffung und Nutzung alternativer Bewegungsstätten und für Bewegung geeigneter Räume, Plätze und Flächen in Sachsen-Anhalt muss in

den nächsten Jahren vorangetrieben werden. Dazu gehört auch die Gewinnung und Qualifizierung von Übungsleitern. Prognostische Analysen und Betrachtungen in Regionalkonzepten zur Breiten- und Gesundheitssportentwicklung (z. B. in Merseburg und Quedlinburg) offenbarten eine deutliche Diskrepanz zwischen der Steigerung der Anzahl von Sporttreibenden und den bisher zur Verfügung stehenden Sportstätten und Übungsleitern.

Der Arbeitskreis Bewegung sieht für den weiteren Gesundheitszieleprozess folgende Schwerpunkte:

- Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitszieleprozesses,
- Unterstützung des LSB bei der Aufgabe, 17 % der Bevölkerung des Landes für ein regelmäßiges Sporttreiben in Sportvereinen zu gewinnen,
- Förderung neuer alternativer Bewegungsangebote,
- Gestaltung der Verfügbarkeit der Sportstätten nach den Bedürfnissen und Interessen der Bevölkerung,
- Begleitung der Mitglieder des LSB (Sportvereine und Landesfachverbände) bei der notwendigen Öffnung hin zum wettkampfungesunden Breiten- und Gesundheitssport
- Entwicklung neuer Modellprojekte im Bewegungsbereich und Unterstützung bei der Umsetzung,
- bessere Erfassung von körperlichen und sportlichen Aktivitäten des nichtorganisierten Bereiches und
- Mitwirkung an der gesetzlichen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention.

2.3.2 Zielbereich Ernährung

Gesundheitsziel: Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung

2.3.2.1 Einführung

Im Zuge der Neujustierung der Gesundheitsziele Ende 2003 wurde das Ziel „Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung“ beschlossen. Anschließend wurden durch die LVG vorhandene Daten aufgearbeitet und potentielle Modellprojekträger kontaktiert und beraten. Die Initiierung eines Arbeitskreises lag zunächst nicht im Fokus. Initiativen und Gespräche mit Akteurinnen und Akteuren im Ernährungs- und Gesundheitssektor führten dann aber doch am 14. September 2005 zur Gründung des landesweiten Arbeitskreises „Gesunde Ernährung“.

Während Impfen, Sucht und Zahngesundheit Zielstellungen zur Folge haben, die auf einem (möglichen)

Krankheitsgeschehen beruhen, setzt die Zielstellung einer Gesunden Ernährung beim Lebensstil der Menschen an. In seiner positiven Diktion richtet sich das Ziel sowohl an den Einzelnen als auch an Organisationen und Institutionen, die die Lebenswelten der Menschen maßgeblich bestimmen. Daraus folgt ein Arbeitsansatz, der sich nur bedingt auf die Indikatoren eines Krankheitsgeschehens stützen kann. Daten zur Ernährung der Bevölkerung eines Bundeslandes werden bisher nicht regelmäßig und nicht systematisch erhoben, erst recht nicht zur Gesunden Ernährung. Das vorhandene Wissen gründet sich auf eine Vielzahl einzelner, oft aber nicht vergleichbarer Studien. Erst in den letzten Jahren – mit der öffentlichen Wahrnehmung und Debatte von Fehlernährung und ihren Folgen – wurde verstärkt Wert auf die Erhebung von Daten und Fakten (z. B. BMI, Einkaufsverhalten, Regionalabsatz, Bio-Produkte-Konsum) gelegt, die Rückschlüsse auf die Ernährungssituation und das Ernährungsverhalten zulassen. BSE, Gammelfleisch und Nahrungsmittelknappheit sind weitere Aspekte, die unsere Ernährung ins Zentrum der Aufmerksamkeit von Politik und Bevölkerung gerückt haben. Der Verbraucherschutz gewinnt in diesem Zusammenhang eine wachsende Bedeutung.

Entsprechen Menge und/oder Zusammenstellung – z. B. zu süß, zu fett, zu wenig Vitamine – der Nahrungsmittel eines Menschen nicht den Anforderungen des menschlichen Organismus, kommt es zu Fehlernährung. In Deutschland – wie in den meisten Industrieländern – liegen die Ursachen dafür vor allem in einer unausgewogenen Ernährung. Mangelndes Wissen und ungünstige Essgewohnheiten fördern diese. Hinzu kommt ein großes Angebot an hochkalorischer Fertignahrung, auf die immer mehr Menschen zurückgreifen. Gleichzeitig nimmt die körperliche Aktivität ab. Verstärkt wird der Prozess durch die Veränderung bzw. Auflösung familiengebundener Essrituale. Die Folgen von Fehlernährung widerspiegeln sich letztendlich auch im Krankheitsgeschehen z. B. Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes. Die sogenannten Zivilisationskrankheiten werden u. a. der Fehlernährung zugeschrieben. Die Folge davon ist eine unübersehbare Fülle von Theorien und Empfehlungen zur „richtigen“ Ernährung. Da die Ernährung in erster Linie vom Lebensraum und der Kultur eines Menschen abhängt, kann es eine einzige „richtige“ Ernährung nicht geben.

Mit dem Zusammenwachsen der Kulturen und ähnlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nähern sich die Ernährungsweisen der Menschen insbesondere in den Industrieländern an. Die Abnahme körperlicher Bewegung im Lebensalltag und die Zunahme sitzender Tätigkeiten haben einen anderen Nährstoffbedarf zur Folge. Die Veränderung der Lebenswelten – Rolltreppen, Autos, Aufzüge, Computer-Arbeitsplätze, Fast food etc. – verstärken die vorgenannten Aspekte.

Die Aufgabe des Arbeitskreises besteht darin, das weitreichende Bedingungsgefüge einer gesunden Ernährung und die vielfältigen Folgen ungesunder Ernährung im Zusammenhang zu betrachten und zielführend initiativ zu sein.

Die Initiierung eines Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten (NAP Ernährung und Bewegung) im Jahr 2008 durch die Bundesregierung zeigt, dass das Land Sachsen-Anhalt mit der Ausrichtung seines Gesundheitszieleprozesses einen richtigen Weg beschreitet.

2.3.2.2 Zieloptimierung

Die für den Zielbereich Gesunde Ernährung formulierten Ziele: Erhöhung des Wissens über gesunde Ernährung, Entwicklung und Verbesserung eines gesunden Ernährungsverhaltens, Aufbau und Verbesserung gesunder Ernährungsangebote, Verbesserung der Datenlage und Information und Aufklärung der Bevölkerung über gesunde Ernährung wurden mit der Konstituierung des Arbeitskreises überprüft und wo möglich spezifiziert. Die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, insbesondere die Gemeinschaftsverpflegung in KiTas und Schulen, fand dabei besondere Beachtung.

2.3.2.3 Organisationsstruktur

Im Arbeitskreis wirken Vertreter folgender Institutionen mit: Agrarmarketinggesellschaft Sachsen-Anhalt mbH, AOK Sachsen-Anhalt, Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, BioHöfegemeinschaft Sachsen-Anhalt e.V., Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland Landesverband Sachsen-Anhalt e.V., Gemeinnützige Gesellschaft für Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung mbH (AQB), Gesunde Städte-Projekt Magdeburg, Hochschule Anhalt (FH), Initiativkreis Vollwertküche NABU Barleben e.V., Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesanstalt für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Landesbauernverband Sachsen-Anhalt e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt des Landes Sachsen-Anhalt, NABU Barleben e.V., Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. Folgende Institutionen wirkten im Berichtszeitraum punktuell im Arbeitskreis mit: Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH, HDL Catering GmbH, Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“, Landeshauptstadt Magdeburg Umweltamt, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Paracelsus-Harz-Klinik.

Der Arbeitskreis wird von einer Hochschullehrkraft für Ernährungswissenschaften geleitet. Eine fach-

liche Unterstützung insbesondere bei der Öffentlichkeitsarbeit leistet eine Mitarbeiterin der Verbraucherzentrale. Die Moderation und das operative Management des Arbeitskreises liegen bei einer Mitarbeiterin der LVG. Die Arbeitskreistreffen finden zwei- bis dreimal im Jahr statt, sie sind öffentlich und werden thematisch vorbereitet und protokolliert. Zwischen den Treffen findet bei Bedarf ein Austausch via Mail statt.

2.3.2.4 Umsetzung des Gesundheitszieles

Standen zunächst nur die Modellprojekte als Basis des Gesundheitszieles zur Verfügung, änderte sich die Situation Ende 2005. Der Arbeitskreis Ernährung gründete sich nach einer Phase der Orientierung und Interessensbekundungen.

Definition Gesunde Ernährung

Zur Umsetzung des Gesundheitsziels wurde als Arbeitsgrundlage eine gemeinsame Definition zur Gesunden Ernährung auf Grundlage der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelt. Diese Definition wird seitdem vom AK für die Facharbeit sowie für alle Presseinformationen und Außendarstellungen genutzt. Für ein zielorientiertes und transparentes Arbeiten wurde eine Maßnahmeübersicht erstellt, die neben den Modellprojekten alle relevanten Initiativen der Mitgliedsorganisationen zum Thema Ernährung enthält.

Information und Aufklärung

Um für die Öffentlichkeit als Fachgremium sichtbar zu werden, gibt der Arbeitskreis regelmäßig Presseinformationen zu aktuellen Ernährungsthemen heraus. Dazu werden jährlich ca. acht Fachtexte zu relevanten Gesundheitsfragen erarbeitet und den Medien zur Verfügung gestellt. Die AK-Mitglieder nutzen die recherchierten Informationen als Basis für die Mitgliederzeitschriften ihrer Institutionen.

Konzeptentwicklung

Mit Hilfe externer Moderation wurde Anfang 2007 der Prozess und die Zielentwicklung betrachtet und beschlossen, eine Konzeption, die den unterschiedlichen Interessen der Mitglieder Rechnung trägt, zu erarbeiten. Das Arbeitspapier, das laufend weiterentwickelt wird, beinhaltet Schwerpunktthemen wie: Datengewinnung zur Verpflegungssituation an Schulen, Verbesserung des Angebots der Mittagsverpflegung an Schulen und Einführung eines Wahlpflichtfaches Ernährungslehre an Gymnasien. Dazu haben erste Gespräche mit Akteuren und Entscheidungsträgern stattgefunden.

Schulverpflegung

Mit seiner Diskussion zur Schulverpflegung hat der Arbeitskreis einen Prozess im Land angeschoben, der

über Befragungen zur Gründung einer interministeriellen Arbeitsgruppe zu diesem Thema geführt hat. In diesem Fachgremium arbeiten das Kultusministerium, das Ministerium für Gesundheit und Soziales, das Ministerium für Landwirtschaft und Umwelt, das Ministerium des Innern, der Städte- und Gemeindebund, der Landkreistag, der Landesschülerrat, der Landeselternrat und die Verbraucherzentrale gemeinsam an der Lösungsfindung für eine gesunde und bezahlbare Gemeinschaftsverpflegung in der Schule. Eine Befragung aller Schulen des Landes durch die Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt bietet dafür erste Anhaltspunkte.

2.3.2.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles

21 der bisher 38 berufenen Modellprojekte verfolgen eine gesunde Ernährung. Vier Vorhaben befassen sich ausschließlich mit diesem Zielbereich, die anderen 17 Projekte kombinieren die Arbeit mit einem (11), zwei (3) oder vier (3) weiteren Zielstellungen. Von den 21 Modellprojekten richten sich 13 an Kinder und Jugendliche, sechs an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber und vier an Seniorinnen und Senioren.²⁷ Beispielhaft werden im Folgenden drei Modellprojekte vorgestellt, die einen Ausschnitt der Vielfalt an Initiativen in Sachsen-Anhalt darstellen.

1. Beispiel Errichtung eines Trinkbrunnens

Projektträger:
Städtische Werke Magdeburg GmbH

Kooperationspartner:
Elterninitiative Kinder-K-A-STE-N e.V., Firma Schünnemann Heizung-Sanitär GmbH, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Trinkwasserversorgung Magdeburg GmbH, Gesundheitsamt Magdeburg

Einleitung und Zielstellung

Der menschliche Körper besteht zu über 50 % aus Wasser. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. empfiehlt, in Abhängigkeit vom Alter täglich mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit aufzunehmen. Kinder und Jugendliche haben einen deutlich erhöhten Flüssigkeitsbedarf. Flüssigkeitsmangel führt bei dieser Personengruppe sehr schnell zu Konzentrations- und Leistungseinbußen und zu Gesundheitsbeeinträchtigungen. Es wird geschätzt, dass fast ein Drittel aller Schülerinnen und Schüler ohne Frühstück und ohne etwas zu trinken in die Schule gehen. In einer Schülerbefragung wurde festgestellt, dass auch während der Schulzeit gar nichts bzw. unzureichend getrunken wird. Kinder trinken

unter gesundheitlichen Aspekten oft zu wenig und/oder das Falsche. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Trinkwasser aus der Leitung oder Mineralwasser sind kalorien- und zuckerfrei und können ohne Einschränkung empfohlen werden. Sie erhalten die Körperfunktion und die Leistungsfähigkeit und führen nicht, wie kalorienreiche und mit Zusatzstoffen versetzte Getränke, zu Übergewicht und Zahnerkrankungen. Mit dem Projekt Trinkbrunnen²⁸ erprobte die Kindertagesstätte „Kasten“ in Magdeburg (Kapazität: 86 Plätze, Kinder: 89, Erzieherinnen: 12, Erzieher: 1, Träger: Elterninitiative Kinder-K-A-STE-N e. V., Stand 31.12.2007) Grenzen und Möglichkeiten dieser Installation. Ziele des Modellprojektes waren Förderung des Wassertrinkens als Grundbestandteil einer gesunden Ernährung, Nutzung des Angebots durch 80 % der Kinder, Wissenserweiterung bei 60 % der Eltern, bei 90 % der Kinder und bei 100 % der Erzieherinnen. Bei der Umsetzung sollten weiterhin Erkenntnisse über die Akzeptanz und die Schwierigkeiten bei der Errichtung von Trinkbrunnen gewonnen werden, um Handlungsempfehlungen für Interessierte herausgeben zu können.

Ergebnisse

In die Ergebnisbewertung flossen Beobachtungen der Erzieherinnen aus einer Vorher- und einer Nachherbefragung ein. Die Evaluation wurde über

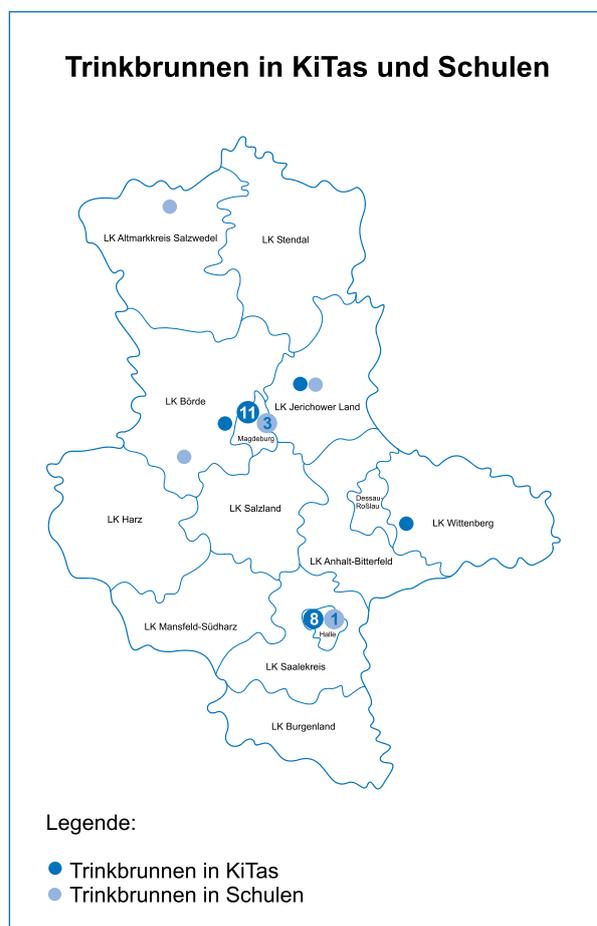


Abb. 2.2

das Gesunde Städte-Projekt Magdeburg realisiert. Beurteilt wurde u. a. das Trinkverhalten der Kinder vor bzw. während der Projektphase. Der Konsum von Trinkwasser als Alternative zu anderen Getränken konnte deutlich gesteigert werden. Über 80 % der Kinder nutzten den Brunnen regelmäßig. Ca. 98 % aller Kinder vertieften ihr Wissen zum gesunden Wassertrinken, 80 % der Eltern nahmen das Informationsangebot ebenfalls an und nutzten die thematischen Elternabende. Eine Wissensvertiefung bei 60 % der Eltern kann als realistisch angenommen werden. Alle Erzieherinnen der Einrichtung setzten sich intensiv mit dem Thema auseinander. Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Akzeptanz des Wassertrinkens bei Kindern, Eltern und Erzieherinnen deutlich erhöht hat. In einigen Elternhäusern wurde das Wassertrinken aufgegriffen und fand so Einzug in den sonstigen Lebensalltag der Familien. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass der Trinkbrunnen als Ort des sozialen Miteinanders von den Kindern angenommen wird, sie beziehen ihn in ihr Spiel ein und helfen einander, insbesondere ältere, größere Kinder den Kleinen bei der Bedienung.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Das Projekt wurde als Handlungsempfehlung von der LVG aufgearbeitet und allen Grundschulen und KiTas in Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellt. Die Stadtwerke Magdeburg GmbH, die das Projekt als Träger begleiteten, stellten anteilige Mittel zur Installation von Trinkbrunnen in bisher 14 KiTas bzw. Grundschulen in und um Magdeburg zur Verfügung, jährlich sollen 10 weitere Einrichtungen unterstützt werden. Zum Jahresende 2007 erklärte die Halleische Wasser und Abwasser GmbH ihre Bereitschaft, zunächst 10 KiTas in ihrem Einzugsgebiet mit der Installation eines Trinkbrunnens zu unterstützen. In Eigeninitiative von KiTas und Schulen bzw. ihrer Träger, aber auch in anderen Institutionen wie Krankenhäusern wurden bzw. werden ebenfalls Trinkbrunnen errichtet.

2. Beispiel Bio-Offensive Sachsen-Anhalt – Gemeinschaftsverpflegung

Projektträger:
Convita GmbH

Kooperationspartner:
BARMER, Bördeküche GmbH, General-Anzeiger, Grünstempel Ökoprüfstelle e.V. EU Kontrollstelle in Sachsen-Anhalt, Heideklause Betriebsgesellschaft mbH, Landesanstalt für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., RiRo Staßfurter Speiseservice GmbH, Volksküche Aschersleben/Staßfurt GmbH, Volksküche GmbH, Wochenspiegel

Einleitung und Zielstellung

Mit der „Bio-Offensive Sachsen-Anhalt“ startete das Unternehmen im Mai 2006 eine Initiative für mehr Bio-Produkte in Großküchen und rief die Caterer des Landes auf, sich an diesem Vorhaben zu beteiligen. Die Großküchen der Convita GmbH belieferten im Jahr 2006 ca. 250-300 Schulen und Kindertagesstätten. Der Aspekt der Gemeinschaftsverpflegung findet in dem Vorhaben besondere Beachtung und zielt auf den offensichtlichen Handlungsbedarf in Ernährungsfragen bei Kindern und Eltern in KiTas und Grundschulen. Grundlegende Intention ist die nachhaltige Einführung von nach Möglichkeit regionalen Bio-Erzeugnissen in die Mittagsversorgung von KiTas und Grundschulen. Angesprochen sind Kinder und Jugendliche, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher. Ernährungsbedingte und -abhängige Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten und einer unkritischen Auswahl von Lebensmitteln. U. a. durch das Heranführen der Zielgruppen an unterschiedliche Lebensmittelgruppen und deren verschiedene Wertigkeit sollen die Akzeptanz und Annahme des BIO-Verpflegungsangebotes und die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen für ein gesund erhaltendes und gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten bei den Kindern gefördert werden. Ein Gesund-

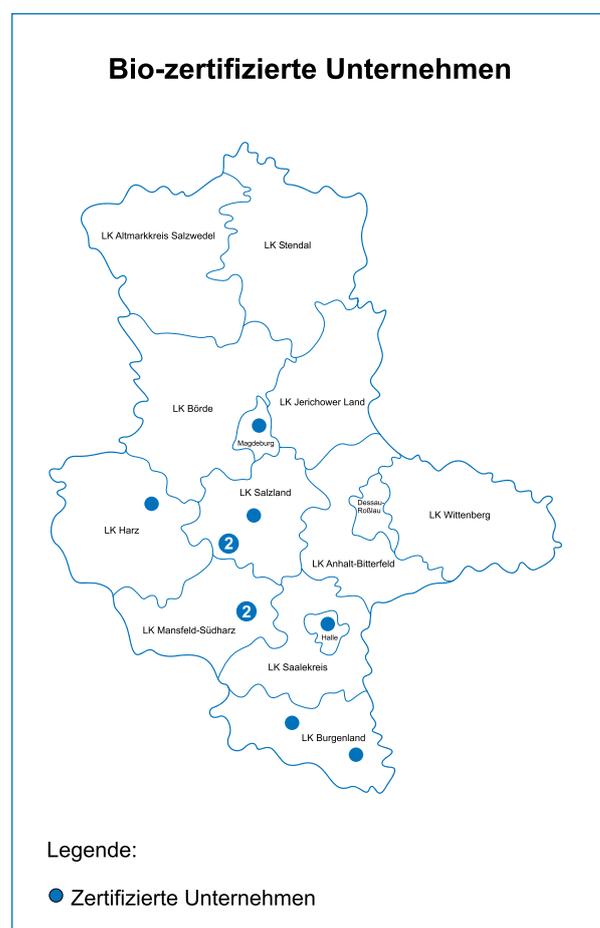


Abb. 2.3

heitsteam aus Pädagogen, Ökotrophologen bzw. Köchen besucht die Bildungseinrichtungen und bietet themenspezifischen Unterricht, Projekttag und Betriebsbesichtigungen rund um das Thema Gesunde Ernährung mit Bio an. Angesprochen sind auch Unternehmen der Gemeinschaftsverpflegung. Sie sollen langfristig Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund (FKE) erwerben. Ziel ist hier die Bio-Zertifizierung bzw. die Einführung von Bio-Komponenten in die Speisepläne. Hierbei sollen Produkte regionaler Erzeuger verstärkt zum Einsatz kommen.

Ergebnisse

Das Projekt trägt dazu bei, dass sich mehr Menschen in Sachsen-Anhalt mit den Themen „Gesunde Ernährung“ und „Herkunft und Erzeugung von Lebensmitteln“ auseinandersetzen. Die Bio-Zertifizierung von Unternehmen der Gemeinschaftsverpflegung wurde erfolgreich umgesetzt. Von der akkreditierten Zertifizierungsstelle Grünstempel®-Ökoprüfstelle e. V. für die Einführung von Bio-Komponenten zertifiziert wurden bisher: die RiRo Staßfurter Speiseservice GmbH (2001), die Volksküche Aschersleben Staßfurt GmbH (Mai 2006), die Heideklause Betriebsgesellschaft mbH in Halle, die Bördeküche GmbH in Magdeburg und die Volksküche Betriebsgesellschaft mbH in Lutherstadt-Eisleben (Juni 2006), die Fruchthof Aschersleben GmbH (September 2006), die Volksküche GmbH in Eisleben (Oktober 2006), die Burgenlandküche GmbH in Zeitz und die Servitus Dienstleistungs-GmbH in Naumburg (November 2006) sowie die St. Salvator Menü GmbH in Halberstadt (März 2007). Bisher haben in Sachsen-Anhalt 18 Unternehmen – davon sechs Restaurants bzw. Cafés – Bio-Komponenten in ihre Speiseplangestaltung aufgenommen und sich zertifizieren lassen.²⁹ Für die Akzeptanz und Annahme des Bio-Verpflegungsangebotes und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Pädagogen wurden seit Juni 2006 in 154 KiTas und Grundschulen Informationsveranstaltungen zur gesunden Ernährung im Auftrag der Convita GmbH durchgeführt. 4.936 Kinder, ca. 700 Pädagogen und ca. 350 Eltern wurden dabei direkt angesprochen.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Das Bio-Angebot der Gemeinschaftsverpfleger kommt nicht nur den Jüngsten in KiTa und Schule zu Gute, auch andere Einrichtungen wie Betriebe und Pflegeheime profitieren von dieser Qualitätsverbesserung. Das zusätzliche – für die Einrichtungen kostenfreie – Bildungsangebot und das gemeinsame Engagement der Caterer zur Einführung von nach Möglichkeit regionalen Bio-Produkten sichert zum einen auch Kindern unterprivilegierter Schichten zu-

nehmende Gesundheitschancen, zum anderen unterstützt es die regionale Kreislaufwirtschaft und trägt dazu bei, Arbeitsplätze in der Region zu erhalten.

3. Beispiel

Analyse der Ernährungssituation älterer Menschen in Pflegeheimen

Projekträger:

Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt e.V.
Landesvereinigung für Gesundheit
Sachsen-Anhalt e.V.

Kooperationspartner:

Pflegeheime des Landes Sachsen-Anhalt

Einleitung und Zielstellung

Eine ausgewogene Ernährung trägt dazu bei, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten und das Risiko für bestimmte Krankheiten zu mindern. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Osteoporose oder Diabetes mellitus treten sehr häufig bei älteren Menschen auf, können aber in ihrem Verlauf durch eine gesunde Ernährung gemildert werden. Ebenso wird das Immunsystem durch eine gesunde Lebensweise gestärkt und damit Anfälligkeiten für Infektionskrankheiten gesenkt. Die Grundregeln einer gesunden Ernährung sind für ältere Menschen zwar die gleichen wie für jüngere, aber der Energiebedarf nimmt mit zunehmendem Alter ab. Dazu kommen altersspezifische Gegebenheiten, die von den Betroffenen oder den sie Pflegenden oft nicht ausreichend berücksichtigt werden, z. B. nachlassendes Durst- und Hungergefühl, verändertes Geschmackempfinden, Kau- und Schluckprobleme, Verdauungsprobleme, eingeschränkte Mobilität und Vereinsamung. Die Aussage, dass etwa 15 % der zu Hause Lebenden und bis zu 65 % der in Alten- und Pflegeheimen lebenden älteren Menschen in Deutschland mangelernährt sind, bestätigt die wachsenden Probleme bei der Ernährungssituation von Senioreninnen und Senioren.³⁰ Es war zu vermuten, dass die Ernährungssituation von Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, nicht optimal ist. Hier setzt das Modellprojekt „Analyse der Ernährungssituation älterer Menschen in Pflegeheimen“ an. Es verfolgt das Ziel, Erkenntnisse über die aktuelle Ernährungssituation der Seniorinnen und Senioren in Alten- und Pflegeheimen Sachsen-Anhalts zu gewinnen, um ggf. Folgemaßnahmen abzuleiten.

Ergebnisse

Im Rahmen des Projektes wurden 716 Fragebögen aus 20 Alten- und Pflegeheimen, die bereits 2002 und 2004 erfasst wurden, ausgewertet. Die Angaben von 495 Frauen und 221 Männern zu Appetit, Mobilität, psychischer Situation, Body Mass Index (BMI), Medikamentenkonsum, Anzahl der Mahlzeiten am

Tag, Einnahme von Milchprodukten, Hülsenfrüchten, Eiern, Geflügel, Obst usw., Trinkmenge, Hilfe bei der Essensaufnahme, Gesundheitszustand lassen Aussagen zum Ernährungszustand der Probanden zu. Für 47,6 % der Beteiligten (212 Frauen und 129 Männer) konnte ein zufriedenstellender Ernährungszustand festgestellt werden. Im Risikobereich für Unterernährung mussten 41,8 % (218 Frauen und 81 Männer) eingeordnet werden. In einem schlechten Ernährungszustand befanden sich 10,6 % der Teilnehmenden (65 Frauen und 11 Männer). Aufgrund dieser Daten wurde eine aktuelle Untersuchung in Einrichtungen des Paritätischen Sozialwerkes Altenhilfe konzipiert. Die Untersuchung wird von Mitarbeiterschulungen, Beratungen, Ernährungsplänen und Trinkprotokollen flankiert, diese sollen dazu dienen, o. g. Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Nach Auswertung der Daten sollen Maßnahmen zur Verbesserung in den beteiligten Einrichtungen entwickelt und umgesetzt werden. Für interessierte Nachnutzer sollen Handlungsempfehlungen gegeben werden. Je nach Notwendigkeit und Bedarf sollen ausgewählte Multiplikatorengruppen z. B. Krankenkassen, Berufsverbände etc. einbezogen werden.

2.3.2.6 Daten zum Zielbereich Ernährung

Im Jahr 2003 waren ca. 54 % der Menschen in Sachsen-Anhalt zu dick (BMI 25 und mehr). Der Bundesdurchschnitt lag bei ca. 48 %.³¹ Fundierte und die Entwicklung beschreibende Aussagen zum BMI können in Sachsen-Anhalt gegenwärtig für einzuschulende Kinder getroffen werden. Entsprechende Daten werden seit 1991 jährlich im Rahmen der Schulanfängerstudie in ausgewählten Gesundheitsämtern erhoben, zusammengeführt und ausgewertet.

Während im Erwachsenenalter feste Grenzwerte zur Definition von Übergewicht und Adipositas von der WHO empfohlen werden, müssen bei Kindern und Jugendlichen alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI berücksichtigt werden. Unter den Kindern des Einschulungsjahrgangs 2003 der Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt waren 14,6 % übergewichtig, 2005 waren es 14,9 %. Insgesamt hat der Anteil übergewichtiger Kinder von 1991 (7,5 % übergewichtige Schulanfänger) bis 2005 nahezu kontinuierlich zugenommen. Die Daten der Kinder der Einschulungsjahrgänge 2006 und 2007 sind mit den Vorjahren nicht direkt vergleichbar, da mit der Vorverlegung der Untersuchung die Kinder nunmehr durchschnittlich 10 Monate jünger sind. Ein hoher Anteil der Kinder mit Übergewicht wurde jedoch auch bei diesen jüngeren Kindern festgestellt (2006: 12,8 %, 2007: 12,7 %). Es wurde ein klarer Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Sozialstatus nachgewiesen. Dabei hatten Kinder aus Fami-

lien mit niedrigem Sozialstatus einen höheren BMI als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.³²

Bis zum Jahr 2003 war eine deutliche Zunahme der Dauer des Vollstillens zu beobachten, danach bleibt diese auf dem annähernd gleichen Niveau von 11 Wochen. Mütter mit höherem Sozialstatus stillten ihre Kinder signifikant häufiger und länger als Mütter mit niedrigem Sozialstatus. Ein höheres Alter der Mutter ist mit einer längeren Stilldauer und höherer Stillhäufigkeit assoziiert. Kinder aus Familien mit ausländischem Hintergrund werden ebenfalls länger und häufiger gestillt.³³

Signifikant negative Einflüsse auf Stilldauer und -häufigkeit hat das Leben in einer Raucherwohnung. Auch das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft hatte einen signifikanten negativen Effekt.³⁴

Bevölkerungsbezogen für Erwachsene stehen wenige sachsen-anhaltische Daten durch die nationale Verzehrstudie zur Verfügung, die 2008 zum 2. Mal veröffentlicht wurde. Normalgewichtige sind in Sachsen-Anhalt nach der zweiten Nationalen Verzehrstudie 35,5 % der Männer und 44,8 % der Frauen. 64,3 % der sachsen-anhaltischen Männer (Bundesdurchschnitt 66 %) und 52,3 % der Frauen (Bundesdurchschnitt 51 %) weisen eine Body-Mass-Index (BMI) von 25 und mehr auf. Adipös sind 18,7 % der Männer und 19,3 % der Frauen. Sie tragen damit ein erhöhtes Risiko für Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Erkrankungen der Verdauungsorgane und Muskel- und Skeletterkrankungen. Mit 2,9 % Untergewicht der Frauen ist Sachsen-Anhalt nach Berlin (4,1 %) Spitzenreiter.³⁵

Neben diesen Daten liefern einzelne statistische Erhebungen – wie die der Magdeburger Tafel – Informationen zur Ernährungssituation in ausgewählten Regionen des Bundeslandes. Im Zusammenhang mit aktuellen Erhebungen zur „Ist“-Situation ergänzen sie das Bild insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Die Zahl der „Tafel-Kinder“ nimmt in Magdeburg, ebenso wie die der Erwachsenen, beständig zu. Waren es 2003 2.309 Portionen/Beutel, die an Kinder ausgegeben wurden, stieg diese Zahl kontinuierlich auf 17.740 Essenportionen 2007 (für Kinder unter 12 Jahren) an. Insgesamt waren es 2007 53.079 Essenportionen, die ausgegeben wurden (2003: 41.354). Kamen 2003 die meisten Menschen zum Frühstück (17.632 Portionen) in die Suppenküche, nutzten 2007 die meisten Menschen das Mittagsangebot (24.347). Die Zahl der ausgegebenen Beutel mit Lebensmitteln stieg von 2.962 (2003) auf 38.403 (2007). Betrachtet man das Lebensmittel-Spendenaufkommen in Kilogramm, zeigt sich, dass die Menge gespendeter Lebensmittel in Magdeburg von 2006 (489.335 kg) zu 2007 (460.548 kg) sank.³⁶

Eine Befragung des Jugendamtes Magdeburg der Leiterinnen von 24 Kindertagesstätten (2.688 Kinder) der insgesamt 87 KiTas (8.019 Kinder) der Stadt ergab, dass 113 Kinder zum Untersuchungszeitpunkt nicht an der Mittagsversorgung teilnahmen und bis zu 135 Kindern eine Essenssperre drohte, weil die Eltern das Essengeld nicht fristgemäß an den Lieferanten zahlten.³⁷ Diese Zahlen belegen, dass schon bei einem Teil der Jüngsten eine gesunde Ernährung, deren Voraussetzung zuallererst überhaupt regelmäßige Mahlzeiten sind, nicht gesichert ist. Das trifft insbesondere auf Kinder unterprivilegierter Schichten zu.

Mit der Verankerung der Schulspeisung im Schulgesetz hat Sachsen-Anhalt grundlegende Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung im Schul-

alltag geschaffen.³⁸ In einer Diplomarbeit an der Hochschule Anhalt wurde die Schulverpflegung in Sachsen-Anhalt untersucht. 75 allgemeinbildende Schulen beteiligten sich an der Befragung. 93 % der Schulen bieten eine warme Mittagsverpflegung an, allerdings nehmen nur 46 % der Schülerinnen und Schüler das Verpflegungsangebot in Anspruch. Dabei beteiligen sich die Grundschüler mit 58 % am häufigsten. Die Sekundar- und Förderschülerinnen und -Schüler nutzen das Angebot mit 12 % bzw. 22 % wesentlich seltener. Ca. 75 % der Schulküchen werden von Fernverpflegungsunternehmen bewirtschaftet. In 68 % der Schulen können die Schüler täglich zwischen zwei oder mehr Essen wählen. Betrachtet man die Speisepläne genauer, so zeigt sich, dass zu häufig Fleisch und zu selten Fisch, vegetarische Gerichte, Gemüse und Obst angeboten werden. Dies

Indikatoren zu Bewegung und Ernährung

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

Quelle

		Quelle
3.80	Krankenhausfälle infolge Diabetes mellitus (E10-E14) nach Alter und Geschlecht, darunter insulinabhängiger Diabetes mellitus (E10)	StaLa
3.81	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus (E10-E14) nach Alter und Geschlecht	StaLa
3.90	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Geschlecht (Krankenhausfälle, AU, Reha, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Sterblichkeit)	StaLa
3.91	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.92	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, darunter ischäm. Herzkrankheiten (I20-25)	StaLa
3.93	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	DRV
3.94	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischäm. Herzkrankheiten (I20-I25)	DRV
3.95	Gestorbene infolge Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.13	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa
3.14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaLa

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren

4.8.01	BMI der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht	NVS
4.9.01	BMI im Rahmen der Schulanfängerstudie	SchASt
3.80.01	Krankenhausfälle inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.81.01	Frührentenzugänge inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.81.02	Leistungen zur med. Rehabilitation inf. Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	StaBa www.gbe-bund.de
3.91.01	Krankenhausfälle infolge von Hypertonie nach Geschlecht (I10-I15)	StaBa www.gbe-bund.de
3.93.01	Reha-Leistungen inf. von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) nach Alter u. Geschlecht, darunter ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	StaBa www.gbe-bund.de
3.95.01	Gestorbene infolge von Hypertonie nach Geschlecht (I10-I15)	StaBa www.gbe-bund.de

StaLa = Statistisches Landesamt, StaBa = Statistisches Bundesamt, DRV = Deutsche Rentenversicherung Bund, NVS = Nationale Verzehrsstudie, SchASt = Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt

Abb. 2.4

ist in den Förderschulen besonders ausgeprägt. Eine Mittagsverpflegung mit Bio-Komponenten bei den Lebensmitteln gibt es bereits in zehn der befragten Grundschulen und in zwei Förderschulen. Die Preise für das Schulmittagessen liegen im Durchschnitt zwischen 1,84 € und 1,90 €. Dabei ist das Essen in den Sekundarschulen mit einem durchschnittlichen Höchstpreis von 2,26 € am teuersten. Die Grund- und Förderschulen weisen die niedrigsten Durchschnittspreise von etwa 1,75 € auf.³⁹

Weitere Daten im Zusammenhang mit dem Zielbereich Ernährung finden sich in einem Kurzbericht der Landes-GBE: „Daten zu den Gesundheitszielbereichen Bewegung und Ernährung in Sachsen-Anhalt“⁴⁰. Darin werden folgende Indikatoren besprochen. Der Kurzbericht und die Indikatortabellen sind auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

2.3.2.7 Diskussion und Ausblick

Gut essen ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Lebensqualität und gehört zu den schönsten Dingen des Lebens. Experten sind sich einig: unter gesunder Ernährung versteht man heute eine abwechslungsreiche, ausgewogene und frische Mischkost, bei der pflanzliche Lebensmittel bevorzugt werden. Viel Flüssigkeit, insbesondere Wasser, Tees und verdünnte Säfte, gehören ebenso zu einem vollwertigen Essen und Trinken. Neben der Aufnahme von Nährstoffen, die ein Organismus zum Aufbau seines Körpers, zur Aufrechterhaltung seiner Lebensfunktionen und zur Hervorbringung von Leistungen benötigt, ist die Ernährung Voraussetzung für die Lebenserhaltung. Der bewusste Umgang mit der Ernährung ist eine wesentliche Dimension der menschlichen Kultur, die ihre Ausprägung u. a. in Kochkunst und Esskultur findet.

Die derzeitige Ernährung vieler Menschen in Deutschland, insbesondere auch vieler Kinder, weicht jedoch in vielfacher Hinsicht von den aktuellen wissenschaftlich begründeten Empfehlungen ab. Der Ernährungszustand von Kindern und Erwachsenen ist zunehmend von Übergewicht und Adipositas auf der einen Seite und Untergewicht auf der anderen Seite geprägt. Diese Entwicklung nimmt pathologische Ausmaße an, der die Gesellschaft und der Einzelne etwas entgegen setzen müssen. Die Kosten für ernährungsbedingte Krankheiten wachsen, das belastet die Sozialsysteme mittlerweile erheblich. Eine ungesunde Ernährung ist zu einem Risikofaktor für vielfältige Krankheitsbilder geworden. Deshalb ist ein Gesundheitsziel, das sich mit dem Lebensstilfaktor „Ernährung“ befasst, sinnvoll und zukunftsweisend.

Neben den individuellen Kompetenzen, die eine gesunde Ernährung von jeder Bürgerin und jedem Bürger erfordert, spielen Rahmenbedingungen wie Lebensmittelkennzeichnung, Einkommen und Ver-

fügbarekeit eine nicht zu unterschätzende Rolle. Hier ist ein politisches Handlungsfeld.

So gewinnt eine Gesunde Ernährung in den Lebenswelten, insbesondere am Arbeitsplatz – dazu zählen auch Kindertagesstätten und Schulen – an wachsender Bedeutung. Geht man von einer 40 Stunden Woche aus, verbringen Erwerbstätige ca. 1.700 Stunden im Jahr und das ca. 40 Jahre lang am Arbeitsplatz. In dieser Zeit muss der Mensch nicht nur arbeiten, sondern auch essen und trinken. Berücksichtigt man, dass durchschnittlich eine Hauptmahlzeit (Mittagessen) und zwei Zwischenmahlzeiten den Arbeitsalltag bestimmen sollten, werden ca. 700 Mahlzeiten im Laufe eines Jahres am Arbeitsplatz eingenommen.⁴¹ Das macht deutlich, dass eine gesunde Gemeinschaftsverpflegung wesentlich zur gesunden Ernährung beitragen kann und muss. Hierfür tragen neben den Beschäftigten und Eltern auch die Unternehmen bzw. Einrichtungsträger Verantwortung.

Im Rahmen des „Nationalen Aktionsplanes zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“⁴² wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) Empfehlungen für die Schulverpflegung⁴³ und die Verpflegung in Betriebskantinen⁴⁴ vorgelegt. Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen werden derzeit erarbeitet und sollen 2008 vorgelegt werden. Diese Empfehlungen sollen als Basis zur Verbesserung der Ernährung in Gemeinschaftseinrichtungen dienen und im Gesundheitszieleprozess in Sachsen-Anhalt genutzt werden. Bei neuen Erhebungen und wissenschaftlichen Untersuchungen sollte darauf geachtet werden, dass vergleichbare Indikatoren genutzt werden.

Ernährungsgewohnheiten und Lebensstile werden zum großen Teil in Kindheit und Jugend geprägt, deshalb muss diese Zielgruppe bei Interventionen besondere Berücksichtigung finden. Der Nationale Aktionsplan stellt ebenso wie die Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt Weichen für das Ernährungsbewusstsein in einer Gesellschaft und gibt damit den Anstoß bzw. Rahmen für Veränderung.

2.3.3 Zielbereich Impfen

Gesundheitsziel: Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung.

2.3.3.1 Einführung

Vom Beginn im Jahr 1998 bis zur Neujustierung der Gesundheitsziele im Jahr 2004 hatte sich die Durchimpfung einzuschulender Kinder deutlich verbessert.

So waren beispielsweise 1999 nur 32 % der Kinder zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft, 2004 waren es 78,4 %; 1999 lag der Anteil der gegen Keuchhusten grundimmunisierten Einschüler bei 86,6 %, im Jahr 2004 bei 95,3 %. 1999 wurde das fachübergreifende Impfen in Sachsen-Anhalt eingeführt. Bis zum Jahr 2004 hatten mehr als 2.000 Ärztinnen und Ärzte das dazu notwendige Zertifikat nach Teilnahme an einem Impfkurs erworben. Fachübergreifend impfen heißt, auch Gynäkologinnen und Gynäkologen, Chirurgeninnen und Chirurgen, HNO-Ärztinnen und -Ärzte und Hautärztinnen und Hautärzte mit Impfzertifikat können alle Regel- und Indikationsimpfungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) abrechnen. Kinderärztinnen und -ärzte können erwachsene Begleitpersonen impfen. Alle von der STIKO empfohlenen Impfungen wurden im Jahr 2004 von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet (Ausnahmen bei einigen Krankenkassen: Polio-Impfung vor Reisen in Endemiegebiete, FSME-Impfung vor Reisen in Risikogebiete in Deutschland). Die Datenlage hatte sich verbessert: nach den einzuschulenden Kindern werden seit dem Schuljahr 2000/2001 auch die Schüler der 3. und 6. Klassen hinsichtlich ihres Impfstatus untersucht.

Es gab aber auch offensichtliche Defizite. So wurden Impfücken insbesondere bei den Auffrischimpfungen älterer Kinder festgestellt. Der Impfstatus von Säuglingen und Kleinkindern, älteren Jugendlichen und Erwachsenen war nach wie vor nicht bekannt. Fortgebildet wurden zwar die Ärztinnen und Ärzte, nicht jedoch weitere wichtige Multiplikatorinnen wie Arzthelferinnen oder Hebammen. An diesen Herausforderungen sollte nach 2004 weitergearbeitet werden, wenn auch angesichts beachtlicher Erfolge, aber auch einiger Niederlagen und zermürbender Prozesse nach mehr als 5 Jahren „Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt“ bei den Arbeitskreismitgliedern der Bedarf eines „Motivationsschubes“ entstanden war.

2.3.3.2 Zieloptimierung

2004 ergab sich mit der Neujustierung des Gesundheitszieleprozesses die Chance, die Kräfte noch einmal zu aktivieren und einen neuen Anlauf zu nehmen. Das Ziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ sollte beibehalten und nicht verändert werden, zumal der „altersgerechte Impfstatus“ sowieso nahezu jährlich an die jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen angepasst werden musste. Mit der Idee der zielgruppenspezifischen Modellprojekte verbanden sich gleich mehrere Vorteile: Klarer Auftrag, sich neben den Kindern auch um die Erwachsenen (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Seniorinnen und Senioren) zu kümmern, die spärliche Datenlage in den

bisher nur unzureichend berücksichtigten Zielgruppen zumindest punktuell zu verbessern, Impfücken projektbezogen gezielt zu schließen und gleichzeitig die Inanspruchnahme von Impfungen zu verbessern. Neben den Modellprojekten sollten die bereits etablierten Aktivitäten nach wie vor gefördert und gewürdigt werden, da sie bereits unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitszieleprozesses geworden waren.

2.3.3.3 Organisationsstruktur

Der Arbeitskreis „Impfen“ setzt sich aus Mitgliedern verschiedener und auf unterschiedlichen Ebenen mit dem Impfen befassten Institutionen, Verbänden usw. zusammen: Ärztekammer Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt, Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, Baxter Deutschland GmbH, Berufsverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst Sachsen-Anhalt e.V., Berufsverband der Allgemeinmediziner und Hausärzte Sachsen-Anhalt e.V., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Sachsen-Anhalt e.V., Betriebsärztlicher Dienst der Landeshauptstadt Magdeburg, GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Kinderärztliche Schwerpunktpraxis Magdeburg, Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Landesverband Sachsen-Anhalt, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Novartis Vaccines and Diagnostics GmbH & Co. KG, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Sanofi Pasteur MSD GmbH, Solvay Arzneimittel (ab 2008), Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V., Wyeth Pharma GmbH.

Zweimal jährlich wird ein Arbeitkreistreffen organisiert, auf dem sich die Mitglieder gegenseitig informieren, abstimmen, Ideen und Vorhaben entwickeln. Da nahezu jedes Mitglied das Impfen aus jeweils seiner Perspektive vertritt (bzw. aus der Perspektive seiner Institution), werden unterschiedliche Sichtweisen in den Prozess eingebracht und jedem Mitglied eine komplexe Sichtweise ermöglicht. Die Treffen werden thematisch vorbereitet, moderiert und protokolliert. Zwischen den Treffen findet bei Bedarf zwischen den Akteuren ein vom Arbeitskreis unabhängiger Austausch statt, der sich inzwischen auch auf Themenfelder außerhalb des Impfens erstreckt.

2.3.3.4 Umsetzung des Gesundheitszieles

Zu Beginn des Jahres 2004 wurden die aus dem Blickwinkel von Gesundheitsförderung und Prävention neu justierten Gesundheitsziele vorgestellt

und die weitere Vorgehensweise – Durchführung von zielgruppenspezifischen Modellprojekten – für alle Arbeitskreismitglieder nachvollziehbar begründet. Zwar änderte sich an der Formulierung des Gesundheitsziels „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ nichts, die Idee der Modellprojekte war jedoch im Arbeitskreis „Impfen“ ausdrücklich willkommen. Zusätzlich wurden im Zusammenhang mit dem Gesundheitszieleprozess nachfolgende ausgewählte Aktivitäten durchgeführt, dokumentiert und, wenn möglich, verstetigt:

Zusammenarbeit mit den Hebammen

Ziele und Möglichkeiten: Zum 12. Treffen des Arbeitskreises am 21.01.2004 wurden im Hebammenverband Sachsen-Anhalt organisierte niedergelassene Hebammen eingeladen. Es wurde festgestellt, dass Hebammen dem Impfen grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Abweichende Meinungen können, ebenso wie in anderen Berufsgruppen, vorkommen. Eine engere Kommunikation zwischen Hebammen und Kinderärzten könnte dazu beitragen, gegenseitige Vorbehalte ab- und Vertrauen aufzubauen. Dazu sollte eine gemeinsame Veranstaltung organisiert werden, die am 16.03.2005 unter dem Thema „Gesund ins Leben“ stattfand. Seit 2006 wird im Rahmen der vom Ministerium für Gesundheit und Soziales initiierten Fortbildungsreihe für Familienhebammen regelmäßig „Rund um das Thema Impfen“ informiert. Bis 2008 absolvierten etwa 30 Hebammen den Kurs.

Befragung „Umsetzung der Impfmeldepflicht“ in den Städten Halle (Saale), Magdeburg und Dessau

In Sachsen-Anhalt sind nach § 4 Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes von 1997 alle öffentlich empfohlenen Impfungen von Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr meldepflichtig. Bei der Umsetzung gab es immer wieder Schwierigkeiten, die mit der Befragung analysiert werden sollten. Überprüft wurden die Bereitschaft der Eltern, ihre Zustimmung zur Impfmeldepflicht zu geben, die Bereitschaft der impfenden Ärztinnen und Ärzte, Impfungen zu melden sowie die betrieblich-organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung der Impfmeldepflicht im Gesundheitsamt. Zu den wichtigsten Ergebnissen des Projektes zählen: 1. Die Eltern sind mit der Impfmeldepflicht grundsätzlich einverstanden, insbesondere dann, wenn auch der behandelnde Arzt dem positiv gegenübersteht. 2. Ärztinnen und Ärzte haben überwiegend rechtliche und Datenschutz-Bedenken. 3. Die Aufzeichnung und Übermittlung der Daten an das Gesundheitsamt ist nicht einheitlich geregelt und die in den Gesundheitsämtern verwendete Software ist nur bedingt für die Führung eines Impfregisters geeignet, eine Schnittstelle zur elektronischen Zusammenführung der Daten auf Landesebene ist nicht vorhanden. Bis zum Jahr 2008 wurde ein Teil dieser Defizite im Rahmen der Vereinheitlichung und Reform der Schulreihenuntersuchungen

durch Überarbeitung der fachlichen Inhalte einer geeigneten Software (update der bisher vorhandenen Software) für die Gesundheitsämter und einer geeigneten Schnittstelle für alle auf Landesebene verfügbar zu haltenden Impfdaten beseitigt.

Fortbildung für Arzthelferinnen

Nach dem Impfbefähigungsfür Ärzte, das bis 2007 mehr als 2.500 Ärztinnen und Ärzte nach entsprechender Fortbildung erteilt wurde, führte die Ärztekammer auch Fortbildungsveranstaltungen für Arzthelferinnen ein. Diese Veranstaltungen stehen unter dem Thema: „Die Mitwirkung beim Impfmanagement in der ärztlichen Praxis“. Von 2005 bis 2007 nahmen an 6 Veranstaltungen 456 Arzthelferinnen teil.

Landesspezifische Meldepflicht für Windpocken (Varizellen)

Im Jahr 2005 trat eine novellierte Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Erkrankungen in Sachsen-Anhalt in Kraft (GVBl. LSA Nr. 21/2005). Danach waren erstmals auch Varizellen meldepflichtig. Diese Meldepflicht erfolgte vor dem Hintergrund der STIKO-Empfehlung von 2004, in der die Varizellenimpfung für alle Kinder im zweiten Lebensjahr neu empfohlen wurde. Die Daten aus der Meldepflicht belegen seitdem einen eindrucksvollen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit von mehr als 130 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner auf 44,4 E/100.000 im Jahr 2007. Dies spricht für eine gute Inanspruchnahme und Wirksamkeit der Varizellenimpfung in Sachsen-Anhalt.

Bereitstellung von Impfdaten durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Seit dem Jahr 2005 stellt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt nach Vereinheitlichung der Abrechnungsziffern zwischen Primär- und Ersatzkassen bei Bedarf Impfdaten zur Verfügung. Diese Daten dienen vorrangig der Evaluierung von Modellprojekten. Eine erste Veröffentlichung zu einer fachgruppenbezogenen Auswertung von Impfungen erschien in der Zeitschrift Pro Nr. 8/2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Jährliche „Vor-Ort-Impfkaktionen“ der Gesundheitsämter, Berichte zur Impfsituation

Im Jahr 2003 wurde vom Deutschen Grünen Kreuz eine deutschlandweite „Nationale Impfwoche“ initiiert. In Sachsen-Anhalt wurde dies zum Anlass genommen, eine gemeinsame Aktion der Gesundheitsämter zum Schließen von Impflücken in Schulen für die Zielgruppe der Schüler der 10. Klassen nach einheitlichem Konzept durchzuführen. Bereitgestellt wurden Impfstoffe (finanziert durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales), Impfposter, Aufklärungsblätter, Muster-Elternbrief, Muster-Entwurf einer Pressemitteilung, ein Vordruck zur Mitteilung verbleibender Impflücken der Schüler an die Eltern sowie ein Evaluationsbogen (siehe

Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 39/2003). Seit 2004 werden in den Gesundheitsämtern jährlich Projekte nach diesem Muster durchgeführt. Die Ergebnisse werden, zusammen mit den von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Einschuluntersuchung und der Schulreihenuntersuchungen erhobenen Impfdaten, in einem vom Ministerium für Gesundheit und Soziales jährlich herausgegebenen Bericht zur „Impfsituation bei Kindern im Vorschul- und Schulalter“ der Öffentlichkeit präsentiert und Handlungsoptionen abgeleitet.

Regelmäßige Information der Bevölkerung

Zur Information und Aufklärung der Bevölkerung werden jährlich ca. 12 Presseinformationen zum Thema Impfen herausgegeben. Interviews, Telefonforen zu spezifischen Fachthemen und Stellungnahmen bei öffentlich interessierenden Impfproblemen ergänzen die Medienarbeit. Das Thema Impfen wurde im Berichtszeitraum in Folge der Pressearbeit durchschnittlich 30-mal pro Jahr von den Medien aufgegriffen.

Festveranstaltung zum Weltgesundheitstag

Der Weltgesundheitstag 2007 stand ganz im Zeichen des Impfens. Multiplikatoren unterschiedlicher Fachdisziplinen waren geladen, um sich gemeinsam einen Überblick zur Gesundheitszielentwicklung, der Impfsituation bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt in Bezug zur Bundesentwicklung und zu neuen Entwicklungen im Impfen zu verschaffen. Ca. 100 Teilnehmende folgten der Einladung ins Ministerium für Gesundheit und Soziales.

Mitteldeutscher Impftag

Im Berichtszeitraum etablierte sich der Mitteldeutsche Impftag in Sachsen-Anhalt als jährliches Angebot insbesondere für Ärztinnen und Ärzte. Als Informations- und Fortbildungsveranstaltung wird er inzwischen maßgeblich von Mitgliedern des Arbeitskreises Impfen mitgestaltet. Er fand bisher zweimal statt und verzeichnete durchschnittlich 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Stellungnahme, fachliche Empfehlung

Der Arbeitskreis erarbeitete eine Stellungnahme zum § 20d „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“ im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – Entwurf der Bundesregierung vom 25.10.2006. Gleichzeitig wurde eine fachliche Empfehlung zum „Angebot von Schutzimpfungen in Kindertageseinrichtungen“ erarbeitet.

2.3.3-5 Modellprojekte des Gesundheitszieles

Von 2004 bis 2008 wurden insgesamt fünf Modellprojekte initiiert und durchgeführt: In drei weiteren Projekten findet das Impfen neben den vier anderen Zielbereichen ebenfalls Beachtung. Vier richten sich an Kinder und Jugendliche, drei an Arbeitnehmer bzw. Arbeitgeber und eines an Seniorinnen und Senioren.

Von den fünf sich ausschließlich mit dem Impfen befassenden Vorhaben:

- Impflückenschließung in Grundschulen Sachsen-Anhalts,
- Impfstatuserhebung und gleichzeitige Impflückenschließung durch Betriebsärzte,
- Gesunde Kinder im Asylbewerberheim,
- Impfindervention in Förderschulen,
- Gut geimpft – auch im Alter wichtig,

werden nachfolgend drei Beispiele vorgestellt:

1. Beispiel Impfindervention in den Förderschulen

Projektträger:

Landkreis Wittenberg, Fachdienst Gesundheit

Kooperationspartner:

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, vier Förderschulen im Landkreis Wittenberg

Einleitung und Zielstellung

Eine Analyse der Impfdaten auf Landkreisebene hatte ergeben, dass beispielsweise die Sechstklässler der Gymnasien zu 67,7 % gegen Hepatitis B grundimmunisiert waren, die Sechstklässler der Förderschulen dagegen nur zu 24,1 %. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde daraus abgeleitet. Der Impfstatus bei Förderschülern der 6. bis 10. Klassen sollte erhoben und Impflücken geschlossen werden. Die Teilnahme sollte mittels Informationsveranstaltung für Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer (Präventionsunterricht) sowie mittels schriftlicher Information der Eltern erreicht werden. Impfausweiskontrolle und Impflückenschließung sollten vor Ort in den Schulen erfolgen.

Ergebnisse

Von 342 eingeladenen Schülerinnen und Schülern nahmen 313 (91,5 %) am Präventionsunterricht teil. 209 Impfausweise konnten kontrolliert werden (61,1 %). 157 Schülerinnen und Schüler hatten zusätzlich zum Impfausweis eine Einverständnis-erklärung der Eltern mit und konnten somit geimpft werden. Insgesamt wurden 142 Impfungen durchgeführt. Das entsprach einer Impflückenschließung von 75,6 %. Der Einsatz eines anonymen und freiwillig auszufüllenden Fragebogens während der Impfkation diente als Instrument der Qualitätssicherung. 237 der 342 Schülerinnen und Schüler füllten den Fragebogen aus (69 %). Nach Fragebogenangabe hatten 83 % der Schülerinnen und Schüler ihre Eltern an die Mitgabe des Impfausweises zum vereinbarten Impftermin erinnert, 91 % fanden den Abstand zwischen Präventionsunterricht und Impfangebot optimal oder ausreichend gewählt, 96,6 % fanden die Informationen im Rahmen des Präventionsunterrichtes gut oder ausreichend verständlich.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Die Ergebnisse dieses Modellprojektes wurden während des 57. Wissenschaftlichen Kongresses des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 26. bis 28. April 2007 in Bad Lausick als Poster präsentiert und bei der Postersession mit dem ersten Preis ausgezeichnet.

2. Beispiel Gut geimpft – auch im Alter wichtig

Projektträger:
Landkreis Bördekreis, Gesundheitsamt

Kooperationspartner:
Alten- und Pflegeheime in verschiedener Trägerschaft, AWO-Kreisverband Börde e.V., Bürgermeister, Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Wanzleben und Oschersleben, Diakonisches Werk, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Kirchen, niedergelassene Ärzte, Sanofi Pasteur MSD GmbH, Vereine und Verbände, Verwaltungsgemeinschaft des Landkreises, Volkssolidarität, Wirtschaftsunternehmen

Einleitung und Zielstellung

Eine Analyse der Impfdaten in 10 Altenpflegeeinrichtungen ergab, dass viele Heimbewohner nicht ausreichend geimpft sind, die Bedeutung von Impfungen im Alter bei den Senioren und beim Heimpersonal oft nicht ausreichend bekannt und die Dokumentation der bereits durchgeführten Impfungen ungenügend waren. Eine Übertragbarkeit

der Situation auf andere Heime sowie selbständige oder im Familienverband lebende Senioren war anzunehmen. Diese Vermutung sollte untersetzt und Ansätze für eine Verbesserung der Situation gefunden werden. Mittels Impfdaten der kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sollte die Wirksamkeit unspezifischer Präventionsmaßnahmen im Landkreis überprüft werden.

Ergebnisse

Im Jahr 2005 führte das Gesundheitsamt mindestens 14 Präventionsveranstaltungen unter Berücksichtigung des Themas Impfen speziell für Senioren durch, darunter 10 in Senioreneinrichtungen und eine als Ärzttestammtisch. Die Daten der KV zur Inanspruchnahme von Impfungen in dieser Zielgruppe in den Jahren 2004, 2005 und 2006 belegen eine um bis zu 20 % bessere Durchimpfung im Jahr 2005 im Vergleich zu 2004, dagegen ein Absinken im Jahr 2006. Dies spricht für eine zeitnahe Wirksamkeit der Maßnahmen. Eine Befragung von 644 Seniorinnen und Senioren zur Impfbereitschaft, Impfwissen sowie zur subjektiven Einschätzung des eigenen Impfstatus ergab, dass sie dem Impfen gegenüber generell positiv eingestellt sind, knapp drei Viertel besitzen einen Impfausweis, bezüglich der für das Alter erforderlichen Impfungen bestehen große Wissenslücken, drei Viertel der Befragten lassen sich zum Thema Impfen ärztlich beraten, häufige Arztbesuche wirken sich förderlich auf die Influenza- und Pneumokokkenimpfung aus, nicht jedoch auf die Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie. Durch regelmäßige Impfstatusprüfungen des Gesundheitsamtes in den 12 beteiligten Alten- und

Impfstand per 30.11.2006 in Alten- und Pflegeheimen des Bördekreises

Einrichtung	Heimbewohner Kapazität	Impfungen/ Impfstand Diphtherie, Tetanus		Impfstand/ Impfungen Pneumokokken		Impfstand/ Impfungen Influenza	
		2002	2006	2002	2006	2002	2006
APH Hadmersleben	94	2 2%	80 85%	13 14%	88 94%	72 77%	90 96%
Altenpflegecenter Oschersleben	10	2 20%	5 50%	0 0%	5 50%	5 50%	9 90%
Altenbetr.-zentrum Wanzleben	44	3 7%	38 86,40%	1 2,50%	40 90%	2 5%	40 91%
Kard.-Jäger-Haus Oschersleben	110	5 5%	34 31%	4 3,60%	13 1,20%	18 1,60%	69 62,70%
DRK-APH Oschersleben	110	6 5,40%	34 31%	4 3,60%	27 25%	25 23%	62 56%
APH Meyendorf/ Seehausen	119	0 0%	87 73%	0 0%	86 72%	100 84%	68 57%
APH Kl. Wanzleben	106	0 0%	103 97,20%	0 0%	5 4,70%	106 100%	106 100%
APH Domersleben	15	13 87%	15 100%	13 87%	15 100%	13 87%	15 100%
APH Osterweddingen	13	0 0%	2 15,40%	0 0%	2 15,40%	0 0%	9 69%
DRK-APH Hornhausen	35	22 63%	32 91,40%	0 0%	0 0%	10 29%	21 60%
Aktueller Impfstand Ingesamt	656	53 8%	430 66%	35 5,30%	281 43%	351 54%	489 75%

Abb. 2.5

Pflegeheimen des Bördekreises konnte die Impfsituation in den Einrichtungen wesentlich verbessert werden.

Für das Modellprojekt wurde von der LVG eine mehrteilige Evaluation entwickelt und begleitet. Teile der Evaluation waren Bestandteil der Diplomarbeit einer Studentin der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) und gleichzeitig Praktikantin der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt zum Thema „Schutzimpfungen als Beitrag zum gesunden Altern – Untersuchung zum Impfstatus der über 60-Jährigen im Landkreis Bördekreis“.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Die Erfahrungen und Erkenntnisse des Gesundheitsamtes bzw. aus der Evaluation sollen im Rahmen von Informationsveranstaltungen an Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst weitergegeben werden. Eine Handlungsanleitung soll den Akteurinnen und Akteuren vor Ort helfen, ähnliche Vorhaben umzusetzen, um die Durchimpfungsrate bei Seniorinnen und Senioren dauerhaft zu erhöhen.

3. Beispiel

Impfstatuserhebung und Impflückenschließung durch Betriebsärzte

Projektträger:

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

Kooperationspartner:

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Stadt Magdeburg, Stadt Halle, Salutas Pharma GmbH, Otto GmbH & Co. KG, Versandzentrum Haldensleben, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Landesverband Sachsen-Anhalt, Verbände der GKV Sachsen-Anhalt

Einleitung und Zielstellung

Daten zur Einschätzung der Impfsituation unter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Sachsen-Anhalt stehen bisher nicht zur Verfügung. Deutschlandweit ist die Datenlage für Erwachsene spärlich, deutet aber darauf hin, dass Auffrischimpfungen unzureichend in Anspruch genommen werden. Eine Erhebung zum Impfschutz von 13.031 Erwachsenen in der Arbeitswelt in Schleswig Holstein aus dem Jahr 2003 ergab, dass nur 57,5 % der untersuchten Personen innerhalb der letzten 10 Jahre eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie erhalten hatten und nur 66,1 % eine Auffrischimpfung gegen Tetanus. Jüngere waren besser gegen Tetanus/Diphtherie (Td) geimpft als Ältere. Es ist zu vermuten, dass auch in Sachsen-Anhalt unter den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Impflücken bestehen, insbesondere bezüglich der alle 10 Jahre empfohlenen Td-Auffri-

schimpfung. Mit dem Projekt sollten Impflücken bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in vier ausgewählten Betrieben in Sachsen-Anhalt festgestellt und durch Betriebsärzte gezielt geschlossen sowie Einflussfaktoren auf den Impfstatus der Beschäftigten ermittelt werden. Ziel war die Erreichung eines altersgerechten Impfstatus (Td) bei über 90 % der Beschäftigten in den beteiligten Betrieben.

Ergebnisse

Die Impfausweise von 884 der insgesamt ca. 12.580 Beschäftigten wurden überprüft und gleichzeitig wurde eine freiwillige und anonyme Fragebogenerhebung zu möglichen Einflussfaktoren auf den Impfstatus durchgeführt. Über eine Auffrischimpfung in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus und Diphtherie verfügten im Mittel 65 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die älteren Altersgruppen verfügten signifikant häufiger über eine Auffrischimpfung als die jüngeren (in Schleswig-Holstein waren die Jüngeren besser geimpft als die Älteren). Positiv beeinflusst wurde der Impfstatus von regelmäßiger hausärztlicher Betreuung, Familienstand „verheiratet“ und im Haushalt lebenden Kindern. Eine gefährdende Tätigkeit im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie in den letzten 10 Jahren, wohl aber auf die Durchimpfung gegen Hepatitis A und B. Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege waren signifikant seltener gegen Influenza geimpft als Beschäftigte außerhalb des Gesundheitsdienstes. Teile dieses Modellprojektes waren Bestandteil der Diplomarbeit einer Studentin der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) und gleichzeitig Praktikantin im Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt zum Thema „Schutzimpfungen als Teil betrieblicher Gesundheitsförderung – Impfstatuserhebung und altersgerechte Impflückenschließung durch Betriebsärztliche Dienste in Sachsen-Anhalt“.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Die Nachnutzung des Projektes im Zusammenhang mit Impfungen außerhalb der Regelungen der Biostoffverordnung ist nur mit Einschränkungen möglich, da strukturelle Gründe dagegen sprechen. Die Kontrolle der Impfausweise hinsichtlich eines altersgerechten Impfschutzes ist dagegen insbesondere aus der Sicht der betrieblichen Gesundheitsförderung sehr zu empfehlen.

2.3.3.6 Daten zum Zielbereich Impfen

Flächendeckende Daten zum Impfstatus werden in Sachsen-Anhalt jährlich bei einzuschulenden Kindern sowie auf freiwilliger Basis bei Schülerinnen und Schülern der 3. und 6. Klassen erhoben. Diese Daten werden nachfolgend zur Ergebnisbewertung herangezogen.⁴⁵ Weiterführende bevölkerungsbe-

Indikatoren zum Impfen

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

Quelle

7.11	Impfquote bzgl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Land, im Zeitvergleich	KJD
7.12	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Land, im Zeitvergleich	KJD
7.13	Impfquote bzgl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b u. Pertussis zum Zeitpkt. der Schuleingangsuntersuchung, Land im Regionalvergleich	KJD
7.14	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Land im Regionalvergleich	KJD

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren

7.11.01	Impfquote bzgl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Kindern der 3. Klasse, Land im Zeitvergleich	KJD
7.11.02	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Kindern der 3. Klasse, Land im Zeitvergleich	KJD
7.12.01	Impfquote bzgl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Kindern der 6. Klasse, Land im Zeitvergleich	KJD
7.12.02	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Kindern der 6. Klasse, Land im Zeitvergleich	KJD

KJD = Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Sachsen-Anhalt

Abb. 2.6

zogene Impfdaten, insbesondere zu Erwachsenen, stehen nicht zur Verfügung. Es wurden folgende Indikatoren zusammengestellt:

Die Daten sind in einem Kurzbericht „Daten zum Gesundheitsziel Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“⁴⁶ besprochen. Kurzbericht und Indikatortabellen sind auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

Einzuschulende Kinder

Von 1999 bis 2007 stieg die Durchimpfung der einzuschulenden Kinder nahezu kontinuierlich an. Im Jahr 2007 war das Gesundheitsziel bezüglich der Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis B, Pertussis und Haemophilus influenzae erreicht, ebenso bei der 1. Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR). Leichte Defizite gibt es bei der Umsetzung der 2. Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, über die Kinder bereits am Ende des zweiten Lebensjahres verfügen sollten. Im Jahr 2007 verfügten 89,8 % der Kinder über eine 2. MMR-Impfung.

Nach § 34 Abs. 11 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Impfdaten einzuschulender Kinder deutschlandweit zu erheben und die Daten über die obersten Landesgesundheitsbehörden an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Ein deutschlandweiter Vergleich ist somit möglich. Aktuell wurden die Impfdaten für das Untersuchungs-/Einschuljahr 2006 veröffentlicht (siehe Epidemiologisches Bulletin des Robert

Koch-Instituts 7/2008). Sachsen-Anhalt liegt danach bei allen Impfungen einzuschulender Kinder über dem Bundesdurchschnitt und auch über dem Durchschnitt der neuen Bundesländer. Allerdings legten nur 92,6 % der in Sachsen-Anhalt im Jahr 2006 insgesamt 17.215 untersuchten Kinder einen Impfausweis vor, im Durchschnitt der neuen Bundesländer waren es 93,5 %.

Schülerinnen und Schüler der 3. Klassen

Aktuelle Impfdaten der Schülerinnen und Schüler der 3. Klassen sind in Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2006 verfügbar. Die Impfausweise wurden von 84,5 % der Schülerinnen und Schüler kontrolliert. Mehr als 90 % dieser Schülerinnen und Schüler sind gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus und Pertussis grundimmunisiert und haben mindestens eine MMR-Impfung. Defizite gab es bei der Hepatitis-B-Grundimmunisierung, über die 87,4 % der Schülerinnen und Schüler verfügten, bei der 1. Auffrischimpfung gegen Diphtherie und Tetanus (82,5 %) sowie bei der 2. MMR-Impfung (89,8 %).

Schülerinnen und Schüler der 6. Klassen

Aktuelle Impfdaten der Schülerinnen und Schüler der 6. Klassen sind in Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2006 verfügbar. Allerdings wurden die Impfausweise nur von 79,9 % der Schülerinnen und Schüler kontrolliert. Mehr als 90 % dieser Schülerinnen und Schüler sind gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus und Pertussis grundimmunisiert und haben mindestens eine MMR-Impfung. Defizite gab es bei

der Hepatitis-B-Grundimmunisierung, über die nur 62,9 % der Schülerinnen und Schüler verfügten, bei der 1. Auffrischimpfung gegen Diphtherie und Tetanus (87,9 %) sowie bei der 2. MMR-Impfung (89,2 %).

Ein Vergleich der Impfdaten der Schülerinnen und Schüler der 3. und 6. Klassen mit dem Bundesdurchschnitt ist nicht möglich, da es keine einheitlichen Regelungen zu Datenerhebungen und Auswertungen gibt. Die Datenerhebungen in den Bundesländern erfolgen jeweils entsprechend dem landesspezifischen ÖGD-Gesetz in unterschiedlichen Altersgruppen und stehen nicht für einen repräsentativen Vergleich zur Verfügung.

2.3.3.7 Diskussion und Ausblick

Seit 2007 gehören Schutzimpfungen nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz deutschlandweit zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Schutzimpfungsrichtlinie. Grundlage für die Entscheidung des G-BA sind die jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen. Damit wurde ein einheitlicher Anspruch der Versicherten auf Impfungen in allen Bundesländern gesetzlich fixiert. Daneben sollen die Krankenkassen Verträge mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abschließen mit dem Ziel, Impflücken zu schließen. Dies lässt es sinnvoll erscheinen, die Krankenkassen noch stärker als bisher in die Aktivitäten des Arbeitskreises „Impfen“ einzubinden. Bis auf die Impfdaten aus der Schuleingangsuntersuchung ist ein Vergleich der Impfsituation zwischen Sachsen-Anhalt und den anderen Bundesländern nach wie vor nur sehr eingeschränkt möglich. Eine Teilnahme an einem bundesweiten Survey (z.B. KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts) mit einer für Sachsen-Anhalt repräsentativen Stichprobe wäre wünschenswert. Der Einfluss des Sozialstatus bzw. der Impfkritiker auf das Impfverhalten und die Impfsituation in ausgewählten Regionen Sachsens-Anhalts sollen Gegenstand weiterer, in Planung befindlicher, Modellprojekte sein.

2.3.4 Zielbereich Legale Suchtmittel

Gesundheitsziel: Senkung des Anteils an Raucherinnen und Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt

2.3.4.1 Einführung

Ein in den ersten Landes-Gesundheitsberichten festgestellter erhöhter Anteil von Raucherinnen und Rauchern, eine erhöhte alkoholbedingte Sterb-

lichkeit und ein erhöhter Anteil alkoholbedingter Straßenverkehrsunfälle führten im Jahr 1998 zur Formulierung eines ersten suchtbetragenen Gesundheitszieles für Sachsen-Anhalt: „Senkung des Anteils der Raucher und des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen, Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr“. Die Erfahrungen der ersten Phase des Gesundheitszieleprozesses und zum Teil neue Daten führten dann im Jahr 2004 zu einer Neujustierung der Gesundheitsziele. Das Gesundheitsziel lautete jetzt: „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“. Damit wurde auch der Arbeitsauftrag des Arbeitskreises Legale Suchtmittel verändert.

2.3.4.2 Zieloptimierung

Die Operationalisierung zum veränderten Arbeitsauftrag wurde unter Einbezug der immer noch aktuellen Untersetzung aus dem ersten Zwischenbericht überarbeitet. Die neuen Teilziele lauteten:

- Erhöhung des Wissens über Sucht und die gesundheitlichen Wirkungen von insbesondere Alkohol und Rauchen bei der Bevölkerung,
- Verringerung des Konsums bzw. Vermeidung des individuellen Suchtverhaltens sowie die Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr,
- Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen für die Prävention substanzbezogener Störungen/Suchtprävention,
- Verbesserung der Datenlage.

Die bewährte Arbeitsform blieb weitgehend erhalten: Auf dem Hintergrund der Problem-sicht in den beteiligten Institutionen und Einrichtungen wurden Maßnahmen und erstmals auch Projekte konzipiert.

2.3.4.3 Organisationsstruktur

Im Arbeitskreis sind Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen aktiv: Ärztekammer Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt, Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, BARMER Ersatzkasse, Berufsverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst e.V. Fachgruppe Sozialpsychiatrische Dienste, Berufsverband der Allgemeinmediziner Sachsen-Anhalt e.V., BKK-Landesverband Ost, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt e.V., Diakonisches Werk e.V. Kirchen in Mitteldeutschland e.V., Fachklinik „Alte Ölmühle“, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), IKK gesund plus, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesbereitschaftspolizei Sachsen-Anhalt, Landeskriminalamt Sachsen-Anhalt, Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt e.V., Fachausschuss der LIGA

der freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt Landesjugendamt, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V., Tagesklinik an der Sternbrücke Dr. Kielstein GmbH, Techniker Krankenkasse.

In drei bis fünf Arbeitssitzungen pro Jahr werden Maßnahmen konkretisiert und die Umsetzung organisiert. Hierfür wurden bisher keine zusätzlichen Mittel eingesetzt, die Umsetzung erfolgte im Rahmen der Jahresplanung der beteiligten Institutionen. Damit verblieb die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen bei der federführenden Institution.

2.3.4.4 Umsetzung des Gesundheitszieles

Im Berichtszeitraum wurden vielfältige Maßnahmen, an denen mehrere Akteure aus dem Arbeitskreis Legale Suchtmittel beteiligt waren, durchgeführt.

Kampagnen und Wettbewerbe

Diese reichten von Kampagnen wie „Sieben Wochen Pause“ über Mitmachveranstaltungen wie der BZgA-Mitmachparcours „KlarSicht“ bis zu Wettbewerben wie die Landeskoordination des bundesweiten Schulwettbewerbs zur Förderung des Nichtrauchens „Be Smart, Don´t Start“ oder die Förderung des Wettbewerbs „Rauchfrei im Mai“ des Deutschen Krebsforschungszentrums.

Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung standen ebenso auf dem Programm. Hierbei ging es u. a. um den „Umgang mit konsumierenden Jugendlichen“ für die Jugendhilfe, um „Sucht“ bei der Fortbildung der Apothekerkammer, um „Tabakentwöhnung – Rauchfrei in 10 Schritten“ oder die Basisqualifikation Suchtmedizin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Weiterhin standen auf dem Arbeitsplan die Weiterbildung zu Suchtfragen für Familienhebammen und die Weiterbildung „Basiswissen Suchtfragen“ für die Arbeitsverwaltung (SGB II).

Fachtagungen

Darüber hinaus wurden Fachtagungen organisiert, die dem Erfahrungsaustausch und der Wissensvermittlung dienen: „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“, „Suchtselbsthilfe – Kooperation macht stark“, „Innovative Behandlungskonzepte bei alkoholbezogenen Störungen – mehr Betroffene früher erreichen“, „Ohne Rauch geht's auch – Nichtraucherschutz in der öffentlichen Verwaltung“, „Frühintervention in der medizinischen Versorgung bei Menschen mit Alkohol bezogenen Problemen“, „Suchtkrank und arbeitslos – Vermittlungshemmnisse überwinden“.

Medien

Ein Info-Folder zur Überprüfung des eigenen Trinkverhaltens „Wie viel ich trinke, ist meine Sache.“ wurde entwickelt und verbreitet. Regelmäßig werden Presseinformationen zum Zielbereich herausgegeben, Anlässe sind Gesundheitstage und Aktivitäten, die für die Bevölkerung interessant sind.

2.3.4.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles

Von 2004 bis 2007 wurden 11 Modellprojekte, die das Gesundheitsziel aufgreifen, initiiert und durchgeführt. Sie richten sich an die Zielgruppen Kinder und Jugendliche (7) und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber (5), eines greift das Thema neben anderen auch bei Seniorinnen und Senioren auf.⁴⁷ Drei Projekte verfolgen alle fünf Gesundheitsziele, drei kombinieren das Ziel im Suchtbereich mit Bewegung und Ernährung. Fünf der insgesamt 11 Vorhaben befassen sich ausschließlich mit dem Zielbereich Legale Suchtmittel:

- Auf dem Weg zur rauchfreien Schule,
- fifty-fifty Taxi,
- Optimierung der betrieblichen Suchtkrankenhilfe bei der Landespolizei Sachsen-Anhalt,
- PEER Projekt an Fahrschulen im Bundesland Sachsen-Anhalt,
- Rauchfrei im PARITÄTISCHEN.

Davon sollen drei beispielhaft dargestellt werden:

1. Beispiel

Auf dem Weg zur rauchfreien Schule

Projektträger:

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt –Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V.

Kooperationspartner:

BKK-Landesverband Ost, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Fachstellen für Suchtprävention des Landes Sachsen-Anhalt, Kommunale Beauftragte für Suchtprävention, Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesinstitut für Lehrerfortbildung, Lehrerweiterbildung und Unterrichtsforschung von Sachsen-Anhalt, Landesverwaltungsamt Bereich Schulamt, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Suchtberatungsstellen

Einleitung und Zielstellung

Trotz der gesetzlichen Grundlage – seit dem 1.9.2007 sind das Tabakabgabeverbot und das Rauchverbot in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre heraufgesetzt worden – sieht man Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit rauchen. Die Studien Moderne

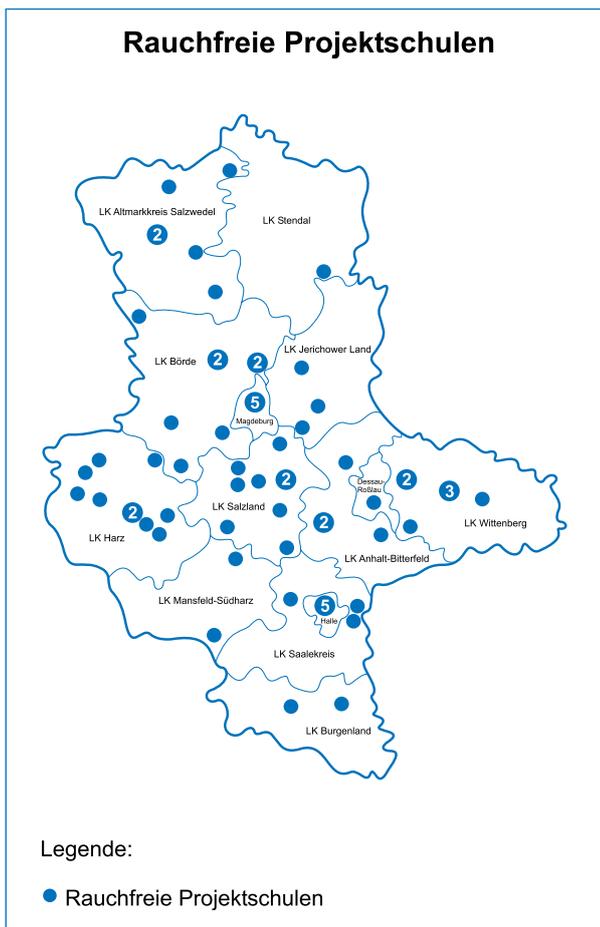


Abb. 2.7

Drogen- und Suchtprävention (MODRUS II und III)⁴⁸ weisen eine Steigerung des Rauchverhaltens der sachsen-anhaltischen Schuljugend sowie die Verringerung des Einstiegsalters nach. Rauchverbote bilden die gesetzliche Grundlage für den Nichtraucherschutz und die Eindämmung des Tabakkonsums. Um Verhaltensweisen aber langfristig zu ändern, sind begleitende Projekte erforderlich. Das Projekt „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ knüpft am Auftrag von Schulen zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention an. Der dazugehörige BZgA-Leitfaden für Schulpädagogen mit Materialien wurde innerhalb des Projektes umgesetzt. Das Projekt wurde schulbezogen dokumentiert und durch die BZgA evaluiert.

Ergebnisse

Fast viermal so viele Schulen – insgesamt 65, davon 43 Sekundarschulen, 8 Förderschulen, 11 Gymnasien und eine Berufsbildende Schule – als angenommen wurden mit dem Projekt erreicht. Inwieweit es gelang, in den teilnehmenden Schulen in Sachsen-Anhalt das Einstiegsalter beim Tabakkonsum zu verzögern und die Anzahl jugendlicher Raucherinnen und Raucher sowie die Konsummenge zu verringern, müsste mit einer separaten Erhebung belegt werden. In denjenigen Projekten in Deutschland, die von

der BZgA evaluiert wurden, wurden Rauchverbote besser befolgt, hatte die Glaubwürdigkeit schulischer Regeln zugenommen und das Rauchen abgenommen. Die Akzeptanz des Rauchverbotes war bei allen Projektschulen gestiegen, und zwar sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei Lehrkräften und sowohl bei Rauchern als auch bei Nichtrauchern. Auch die Einheitlichkeit des Vorgehens gegenüber rauchenden Schülerinnen und Schülern hatte zugenommen. Damit besitzt das Projekt „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ einen bedeutsamen Stellenwert für die Schulentwicklung.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Das Projekt wurde durch die BZgA in Schulen erprobt und in sechs Bundesländern umgesetzt. In Sachsen-Anhalt findet ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch der beteiligten Schulen in jährlichen Netzwerktreffen statt, thematische Schulweiterbildungen werden seit Projektbeginn gut angenommen. Der BZgA-Leitfaden wird weiterhin auch von neu beginnenden Schulen genutzt, in die überarbeitete Neuauflage wurden Erfahrungen aus Sachsen-Anhalt einbezogen.

2. Beispiel

Optimierung der betrieblichen Suchtkrankenhilfe in der Landespolizei Sachsen-Anhalt

Projektträger:

Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt mit der Landesbereitschaftspolizei, Polizeiärztlicher Dienst

Kooperationspartner:

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Diakonisches Werk Evangelische Kirchen in Mitteldeutschland, Klinik Schweriner See, Lüstorf, Rehabilitationsklinik „Alte Ölmühle“ Magdeburg, Tagesklinik an der Sternbrücke Dr. Kielstein GmbH

Einleitung und Zielstellung

Suchtkrankenhilfe in der Polizei wird u. a. notwendig, da alkoholranke, nicht abstinente Beamtinnen und Beamte keine hoheitlichen Aufgaben erfüllen dürfen. Eine Auswertung von ca. 1.000 polizeiärztlichen Gesundheitsakten von 1997 bis 2001 ergab einen Anteil von 2,3 % alkoholabhängigen Vollzugsbeamten. 23 Polizeivollzugsbeamte wurden von 1996 bis 2002 trotz mehrfacher Therapien durch eine Alkoholkrankheit dienstunfähig. Bei insgesamt funktionierender Suchtkrankenhilfe, schneller Kostenzusage für entsprechende Therapien und lückenlosem Übergang zwischen Entgiftung und Entwöhnung sollte vorrangig die Nachsorge nach Langzeitentwöhnung verbessert werden. In der Vergangenheit wurde die Nachsorge teilweise nur unregelmäßig oder gar nicht besucht, was durch die Betroffenen u. a. mit Schwierigkeiten bei der Dienstplanung und teils größeren Entfernungen

zwischen Wohnort und Standort der Nachsorgeeinrichtung begründet wurde. Mit Erlass des MI vom 29.6.2004 wurde die Nachsorge in der Polizei neu geregelt. Das Diakonische Werk der Kirchenprovinz Sachsen stellt per Vertrag in seinen Suchtberatungsstellen ein flächendeckendes Nachsorgeangebot zur Verfügung. Die betroffenen Polizeibeamtinnen und -beamten sind verpflichtet, mindestens ein Jahr lang einmal wöchentlich an einer Gruppensitzung teilzunehmen. Die Dienststelle muss durch entsprechende Dienstplangestaltung die Teilnahme ermöglichen. Mit dem Modell wurde die veränderte Nachsorge über zwei Jahre begleitet und die Auswirkungen dokumentiert und analysiert. Im Projektzeitraum schlossen 40 Polizeivollzugsbeamte (alle männlich, Durchschnittsalter 47 Jahre) eine Entwöhnungsbehandlung (45 % ambulant; 52,5 % stationär) ab und unterzogen sich im Anschluss einer einjährigen Nachsorge. Dabei wurde durch den Polizeiärztlichen Dienst ein lückenloser Übergang von der Therapie in die Nachsorge organisiert und die Teilnahme der Patienten am Nachsorgeprogramm durch eine optimierte Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten gewährleistet. Nach erfolgreichem Abschluss der Therapie erfolgte eine sofortige Vorstellung beim Polizeiarzt, die Verpflichtung der Beamten zur Teilnahme an der Nachsorge und deren Dokumentation anhand eines Nachsorgeheftes. Ein persönlicher Kontakt zwischen Polizeiarzt, den Suchtberatungsstellen und den Dienstvorgesetzten war stets gewährleistet.

Ergebnisse

Die Neuregelung der Nachsorge bei alkoholkranken Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten durch den Erlass des MI vom 29.6.2004 konnte in die Praxis umgesetzt werden und hat sich bewährt. Bei den beteiligten Polizeivollzugsbeamten kam es nachweisbar zu einem Rückgang alkoholbedingter Gesundheitsschäden bei Abstinenz nach Langzeitentwöhnung. Die Kooperation von Dienststelle, polizeiärztlichem Dienst, Therapie- und Nachsorgeeinrichtung verbesserte sich durch die strukturierte Zusammenarbeit. Über eine kontinuierliche Dokumentation der Nachsorge wurde eine lückenlose Information aller Beteiligten erreicht. Damit wurde eine frühzeitige Identifikation der Beamten, die sich der Nachsorge zu entziehen versuchten sowie ein entsprechendes Hinwirken auf deren beamtenrechtliche Mitwirkungspflicht zur Gesunderhaltung erreicht. Nach erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung wurden die Beamten sofort in den Arbeitsprozess reintegriert. Die Abstinenzrate von 60 % blieb während der Projektlaufzeit stabil, was angesichts des Anstiegs an mehrfach therapierten Beamten als Erfolg gewertet wird.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Eine Verringerung des Anteils Alkoholkranker an der Gesamtanzahl der als dienstunfähig Begutachteten ist nicht nachweisbar. Als ursächlich hierfür wird die erst nach frühestens einem Jahr einsetzende Wirkung der Projektmaßnahmen angesehen. Zudem

unterliegt die Anzahl und Dauer der Begutachtungen jährlichen Schwankungen. Die Projektlaufzeit wird insofern als zu kurz bewertet. Nach Abschluss des Projekts wurden der Verlauf und die Ergebnisse der Nachsorge für jeden Beamten durch den zuständigen Arzt in einem Fragebogen erfasst und im Polizeiärztlichen Dienst ausgewertet. Eine Verstetigung der Datenerfassung zu den Ergebnissen der Suchtkrankenhilfe, deren Diskussion mit Vorgesetzten und Personalverantwortlichen sowie eine quartalsweise Auswertung der Nachsorgehefte zur Vermeidung von Informationsverlusten werden angestrebt.

3. Beispiel Aktion „fifty-fifty Taxi“

Projektträger:

AOK Sachsen-Anhalt, Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt

Kooperationspartner:

Deutsche Städte-Medien GmbH, IHK Magdeburg, IHK Halle/Dessau, Mercedes-Benz Niederlassung Sachsen-Anhalt, Ostdeutscher Sparkassen- und Giroverband Sachsen-Anhalt, Radio Brocken, Taxigenossenschaften mit den Taxiunternehmen Magdeburg und Halle, Technisches Polizeiamt Sachsen-Anhalt

Einleitung und Zielstellung

Die Unfallbelastung junger Leute im Alter von 16 bis 26 Jahren ist außerordentlich hoch. In den letzten Jahren mussten viele junge Menschen ihre Teilnahme am Straßenverkehr mit dem Leben bezahlen. In Sachsen-Anhalt ist jeder fünfte tödlich Verunglückte Angehöriger dieser Altersgruppe. Als häufigste Unfallursachen wurden das Fahren unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss sowie das Fahren mit überhöhter Geschwindigkeit – einhergehend mit mangelnder Fahrpraxis – festgestellt. Junge Leute auf dem Weg zur bzw. von der Diskothek sind besonders unfallgefährdet. Im ländlichen Raum des Landes Sachsen-Anhalt kann der öffentliche Personennahverkehr die Mobilitätsbedürfnisse junger Menschen insbesondere an Wochenenden häufig nicht oder nicht kostengünstig abdecken. Aus Mangel an Alternativen sind viele junge Leute auf ihr eigenes Fahrzeug oder Mitfahrgelegenheit angewiesen. Vom Wunsch und Ziel getragen, die Freizeitunfälle im Straßenverkehr von jungen Menschen zwischen 16 und 26 Jahren im Land Sachsen-Anhalt durch ein Angebot zum verbilligten Benutzen von Taxen an Wochenenden und Feiertagen zu reduzieren sowie ihnen einen sicheren Heimweg zu ermöglichen und damit der Gesundheitsprävention dieser Zielgruppe zu dienen, beschlossen die oben genannten Kooperationspartner die Durchführung der Verkehrssicherheitsaktion „fifty-fifty Taxi“, dessen Schirmherr der Minister des Inneren

des Landes Sachsen-Anhalt, Herr Holger Hövelmann, ist. Die Kooperationspartner verpflichten sich, die Aktion zu unterstützen. Die finanziellen Aufwendungen der Vertragsparteien werden jährlich neu vereinbart und bis zum 30.11. eines jeden Jahres für das Folgejahr bestätigt. Die Finanzierung erfolgt durch reines Sponsoring. Die Durchführung des Projektes ist abhängig von den Sponsoreneleistungen. Je mehr Kooperationspartner für das Projekt akquiriert werden können, desto umfassender kann das Projekt ausgeweitet werden. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgt durch das Ministerium des Inneren des Landes Sachsen-Anhalt, die Präventionsarbeit durch die AOK Sachsen-Anhalt und die Medienarbeit durch Radio Brocken.

Ergebnisse

In Sachsen-Anhalt ereigneten sich im Jahr 2007 insgesamt 81.824 Verkehrsunfälle. Das sind 500 Verkehrsunfälle weniger als im Vorjahr, was einem Rückgang um 0,6 % entspricht. Im Vergleich zu 2004 betrug der Rückgang 3,5 %. Bei 10.154 Verkehrsunfällen mit Personenschaden verunglückten 3.279 Fahrer der Altersgruppe 18 – 25 Jahre (32,3 %). Es ist ein Anstieg um 228 Fälle bzw. 7,0 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Bundesweit betrug der Anteil dieser Altersgruppe 33,8 % (2006). Positiv zu bewerten ist die gesunkene Anzahl an Getöteten auf Sachsen-Anhalts Straßen (- 2,7 % zu 2006, -18,4 % zu 2004). Besonders herausragend ist hierbei der Rückgang in der Altersgruppe der 18- bis unter 25-Jährigen. In der Zielgruppe der „Jungen Fahrer und Fahranfänger“ sind 15 Tote (- 25 % zu 2006) weniger zu verzeichnen. Allerdings beträgt insgesamt der Anteil dieser Altersgruppe an den Getöteten immer noch 21%. Hauptunfallursachen bleiben unverändert: Geschwindigkeit, Vorfahrt, Abstand, Alkohol.⁴⁹ Im Aktionszeitraum 2003/04 bis Ende 2007 wurden in Sachsen-Anhalt insgesamt 208.761 Tickets für das fifty-fifty Taxi verkauft. Von 2003/04 bis 2005/06 wuchs das Sponsoring-Budget bis auf 71.100 Tickets jährlich, die rückläufigen Verkaufszahlen danach waren einem geringeren Budget geschuldet. 2008 werden wieder über 60.000 Tickets zur Verfügung stehen.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Das Projekt ist nicht abgeschlossen. Während der Laufzeit des Projektes finden in regelmäßigen Abständen Beratungen bzw. Feedbackrunden mit den beteiligten Kooperationspartnern statt. Optimierungsansätze werden mit allen Beteiligten besprochen und umgesetzt. Aufgrund der starken Nachfrage an Tickets durch die Jugendlichen ist das Projekt durchweg positiv zu bewerten.

2.3.4.6 Daten zum Zielbereich Legale Suchtmittel

Nachfolgende Indikatoren stehen der Landesgesundheitsberichterstattung (Landes-GBE) zum Rau-

chen zur Verfügung.

Diese Indikatoren beziehen sich auf drei Bereiche im Zusammenhang mit dem Rauchen:

- dem Passivrauchen von Einschülern,
- dem Aktivrauchen von Schülerinnen und Schülern an Sekundarschulen und Gymnasien und
- den Krankenhaus-, Rehabilitations-, Frührenten- und Sterbefällen infolge von Lungenkrebs (es besteht eine eindeutige kausale Beziehung zwischen Rauchen und Lungenkrebs: auch wenn diese Krebsart andere Ursachen haben kann, gilt sie als Marker für den Tabakkonsum in einer Gesellschaft).

Alle im Folgenden beschriebenen Daten sind auch in einem Kurzbericht zu Rauchverhalten und tabakbedingten Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt⁵⁰ besprochen. Indikatortabellen und Kurzberichte sind auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

Positive Datentrends/Datenlage beim Legalen Suchtmittel Tabak

Der Anteil von Kindern, der zur Zeit der Einschulungsuntersuchung in einem Raucherhaushalt wohnt, nahm zwischen den Jahren 1992 und 2004 von 45 % auf ca. 25 % ab, im Jahr 2006 lag er sogar nur noch bei 21 %; allerdings waren die untersuchten Kinder im Jahr 2006 etwa 10 Monate jünger als in den vorangegangenen Untersuchungsjahren. In der Untersuchungszeit 1994 bis 2007 ist ein stetiger Rückgang an in der Wohnung rauchenden Müttern und Vätern zu verzeichnen.⁵¹

Der Anteil von im Jahre 2006 bei der Einschulungsuntersuchung ihrer Kinder befragten Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht hatten, war geringer (15 %)⁵² als der in einer neuen Studie für die alten Bundesländer ermittelte Anteil (18 %).⁵³

In Sachsen-Anhalt gingen in den Jahren 2000 – 2006 sowohl die Krankenhausfallquote (von 210 auf 197 Fälle je 100.000 Einwohner) als auch die Sterbeziffer (von 40,0 auf 36,4) in Folge von Lungenkrebs zurück.⁵⁴

Negative Datentrends/Datenlage beim Legalen Suchtmittel Tabak

Der Anteil rauchender Mütter in der Schwangerschaft ist zwar zur Zeit anscheinend noch niedriger als in den alten Bundesländern, er nimmt jedoch in Sachsen-Anhalt zu: hatten im Untersuchungszeitraum 2000-2005 im Mittel nur etwa 13 % der Mütter während der Schwangerschaft (mit dem einzuschulenden Kind) geraucht, waren es im Untersuchungsjahr 2006 etwa 15 %. Trotz stetigem Rückgang des Anteils der in der Wohnung rauchenden Mütter und Väter rauchen Mütter inzwischen häufiger in der Wohnung als Väter.⁵⁵

Indikatoren zum Rauchen

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

		Quelle
3.69	Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, darunter der Lunge (C33-C34)	GKR
3.70	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge nach Alter und Geschlecht (C33-C34)	GKR
3.75	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation infolge von ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, darunter der Lunge (C33-C34)	DRV
3.76	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, darunter der Lunge (C33-C34)	DRV
3.13	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, darunter bösartige Neubildung der Lunge (C33-C34)	StaLa
3.14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert, darunter bösartige Neubildung der Lunge, (C33-C34)	StaLa
3.77	Gestorbene infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, darunter der Lunge (C33-C34)	StaLa

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren

3.73.01	Krankenhausfälle aufgrund von Lungenkrebs (C33-C34), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
3.77.01	Sterbeziffer Lungenkrebs (C33-C34), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
4.1.01	Anteil Kinder in Raucherhaushalten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung	SchAST
4.1.02	Anteil rauchender Eltern von Einschülern	SchAST
4.1.03	Anteil Mütter von Einschülern, die während der Schwangerschaft geraucht haben	SchAST
4.1.04	Rauchverhalten von Schülern an Sekundarschulen und Gymnasien	MODRUS

GKR = Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins, StaLa = Statistisches Landesamt, StaBa = Statistisches Bundesamt, DRV = Deutsche Rentenversicherung Bund, SchAST = Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt, 2006, MODRUS = Moderne Drogen- und Suchtprävention 2003

Abb. 2.8

Der Anteil von Schülerinnen und Schülern an Sekundarschulen und Gymnasien in Sachsen-Anhalt, der angibt, regelmäßig zu rauchen, ist im Zeitraum von 1998 bis 2003 von 20 % auf 37 % gestiegen.⁵⁶

Die Quote der Leistungen zur Rehabilitation aufgrund von Lungenkrebs (28,3 Fälle je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug) war im Jahr 2006 1,6 Mal höher als im Bundesdurchschnitt. Zwar scheinen die Krankenhausfallquote und die Sterbeziffer in den letzten Jahren allmählich zu sinken, sie sind aber mit 197 Krankenhausfällen je 100.000 E. und 36,4 Sterbefällen je 100.000 E. im Jahr 2006 immer noch höher als im Bundesdurchschnitt (167 bzw. 33,6).⁵⁷

Für die Gesundheitsberichterstattung des Landes liegen zur Zeit vorhergenannte Daten zu alkoholbedingten Gesundheitsschäden vor. Diese beziehen sich auf vier Bereiche:

- alkoholbedingte Krankenhausfälle ((psychische und Verhaltensstörungen wegen Alkohol (F10), alkoholische Leberkrankheit (K70)),
- Reha-Leistungen aufgrund von Alkoholsucht (F10),
- Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit („Frührenten“) infolge von Alkoholmissbrauch (F10) und
- Sterblichkeit infolge von alkoholischer Leberkrankheit (K70).

Alle im Folgenden beschriebenen Daten sind genauer in einem Kurzbericht zu alkoholbedingten Gesundheitsschäden in Sachsen-Anhalt⁵⁸ besprochen. Indikatortabellen und Kurzbericht sind auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

Positive Datentrends beim Legalen Suchtmittel Alkohol

Die Sterbeziffer aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70) sinkt in Sachsen-Anhalt sowohl bei Frauen als auch bei Männern kontinuierlich. Starben im Jahr 2000 pro 100.000 Einwohner noch 22,7 Menschen an alkoholischer Leberkrankheit, so lag die Quote im Jahr 2006 nur noch bei 16,4.

Negative Datentrends/Datenlage beim Legalen Suchtmittel Alkohol

Sachsen-Anhalt hatte jedoch – trotz fallender Tendenz – im Jahr 2006 unter allen Bundesländern immer noch die dritthöchste K70-Sterblichkeit (16,4 Sterbefälle je 100.000 Einwohner). Sie war 1,7 Mal höher als im Bundesdurchschnitt.

Indikatoren zu alkoholbedingten Gesundheitschäden

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

		Quelle
3.83	Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, darunter durch Alkohol (F10)	StaLa
3.103	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten der Leber nach Alter und Geschlecht, darunter alkoholische Leberkrankheit (K70)	StaLa
3.85	Leistungen zur med. Rehabilitation infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, darunter durch Alkohol (F10)	DRV
3.86	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, darunter durch Alkohol (F10)	DRV

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren

3.83.01	Krankenhausfälle aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
3.103.01	Krankenhausfälle aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
3.85.01	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zu Teilhabe aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
3.86.01	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10), altersstandardisiert	StaBa www.gbe-bund.de
3.2.01	Sterbeziffer aufgrund von alkoholischer Leberkrankheit (K70)	StaBa www.gbe-bund.de

StaLa = Statistisches Landesamt, StaBa = Statistisches Bundesamt, DRV = Deutsche Rentenversicherung Bund

Abb. 2.9

Bezüglich stationärer alkoholbedingter Aufenthalte im Krankenhaus hatte Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000-2006 im Ländervergleich die zweithöchste Behandlungsquote aufgrund von K70 und die dritthöchste Behandlungsquote aufgrund von F10 (59 bzw. 406 Fälle je 100.000 Einwohner). Diese Quoten waren im Jahr 2006 1,3 Mal (F10) bzw. 1,7 Mal (K70) höher als im Bundesdurchschnitt.

Im Zeitraum 2000-2005 war in Sachsen-Anhalt bei den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern eine 1,7 Mal höhere Frühberentungsquote aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) zu verzeichnen als im Bundesdurchschnitt (23,8 bzw. 14,2 Frühberentungsfälle je 100.000 aktiv Versicherte).

Von 2000 bis 2006 nahm in Sachsen-Anhalt bei Frauen die Krankenhausfallquote aufgrund von Alkoholmissbrauch (F10) deutlich zu (von 129 auf 155 Fälle je 100.000 weibliche Einwohner).

2.3.4.7 Diskussion und Ausblick

Die Bedingungsbeziehungen des Konsums der Volksdrogen Alkohol und Nikotin, welche zu erheblichen Gesundheitsschäden in der Bevölkerung führen, sind vielfältig: Einflüsse der näheren sozialen Umwelt, die Konsum- und Werthaltung der Gesellschaft, die Durchsetzung gesellschaftlicher Normen sowie individuelle Faktoren. Aber auch Preisgestaltung, Zugriffsnähe und Werbung haben Einfluss auf die Konsumhaltungen. In Folge des Konsums bzw. Mißbrauchs von Alkohol und Nikotin kann es zu gesundheitlichen Schäden wie

z. B. Krebs- oder Abhängigkeitserkrankungen kommen. Individuelles Leid auch bei Kindern und Partnern und enorme gesellschaftliche Folgekosten sind zu verzeichnen. Die Wirkung der eingeleiteten Maßnahmen lässt sich kaum in direkten Kausallinien messen wie beispielsweise beim Impfen. Mit der erwarteten demografischen Entwicklung der nächsten Jahre rückt das Erreichen des Gesundheitszieles möglicherweise sogar noch weiter in die Zukunft.

Legales Suchtmittel Tabak

In Sachsen-Anhalt fehlen zurzeit aktuelle Daten zum Rauchen: die letzten repräsentativen Zahlen stammen aus der im Jahr 2003 durchgeführten MO-DRUS-Studie III.⁵⁹ Die Ergebnisse von MODRUS IV werden voraussichtlich 2008 vorliegen.

Die Gesamtevaluation des Projektes „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ der BZgA belegt auch in den Schulen Sachsen-Anhalts eine erfolgreiche Umsetzung. In den beteiligten Schulen wurden – über den Präventionsaspekt hinaus – ein Beitrag zur Schulentwicklung geleistet und die Öffnung gegenüber Partnern im Gemeinwesen befördert. Besonders erfreulich ist, dass an nahezu allen beteiligten Schulen die partizipatorische Entscheidung für das Projekt sowie die gemeinsame Erarbeitung von Regeln und Maßnahmen gelang: eine „Übung in Demokratie“. Hier muss weiter gearbeitet werden, um eine demokratische Veränderungskultur im Setting Schule zu implementieren und zu festigen.

Das Nichtraucherschutzgesetz des Landes Sachsen-Anhalt stellt ab 01.01.2008 für die Bevölkerung die gesetzliche Grundlage für einen umfassenden Nichtraucherschutz dar. Zur Förderung des Nichtrauchens sind jedoch begleitende personalkommunikative suchtpreventive Maßnahmen notwendig.

Legales Suchtmittel Alkohol

Junge Menschen sind besonders gefährdet. Die Daten der Krankenhausstatistik weisen darauf hin, dass in Sachsen-Anhalt anscheinend ein besonders früher schädlicher Alkoholgebrauch besteht bzw. sich entwickelt. Die Gründe für diese Entwicklungen sind vielfältig. Der stärker gewordene Druck zur beruflichen Integration mit Einführung des SGB II mag hier zum Beispiel eine Rolle spielen. Die Tatsache, dass in Sachsen-Anhalt in jüngster Vergangenheit immer mehr junge Menschen wegen Alkoholmissbrauch im Krankenhaus behandelt werden müssen, legitimiert spezifische Maßnahmen alkoholbezogener Interventionen während der Krankenhausbehandlung. So könnten viele junge Menschen frühzeitig erreicht werden.

Auch der Anteil von jungen Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ist in Sachsen-Anhalt hoch. Deshalb besteht auch aus der Perspektive der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ein erhebliches Interesse an wirksamen Interventionen zur Reduzierung des Alkoholkonsums bei jungen Menschen. Doch junge Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum werden in Sachsen-Anhalt bislang von der Suchthilfe unzureichend erreicht: Eine Erhebung der Gesellschaft für Standard-Dokumentation und Auswertung GmbH für die Deutsche Suchthilfestatistik im Zeitraum 2003-2006 zeigte für Sachsen-Anhalt zwar einen deutlichen Anstieg der Ratsuchenden in den Altersgruppen 15-19, 20-24 und 25-29 Jahre im Jahr 2006⁶⁰. Stellt man jedoch die Fallzahlen in den Suchtberatungsstellen den alkoholbedingten Krankenhausauffällen in den gleichen Altersgruppen gegenüber, so wird deutlich, dass die weitaus überwiegende Anzahl junger Menschen, die sich „ins Krankenhaus trinken“ von den Suchtberatungsstellen nicht erreicht wird. Dies ist auch nicht verwunderlich: Im Krankenhaus erholen sich die jungen Leute sehr schnell, und dann wird der unangenehme Vorfall rasch vergessen. Die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit von Krankenhausauffällen und der relativen Seltenheit von Fällen in Suchthilfestellen ist bei den 15- bis 19-Jährigen am größten. Die Inanspruchnahme von Suchthilfestellen nimmt ab dem 20. Lebensjahr zu. Dies mag dem Umstand geschuldet sein, dass ab diesem Alter die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eine größere Rolle zu spielen beginnt. Der Rückgang der Fallzahlen im Krankenhaus in dieser Altersgruppe hingegen kann auch mit der größeren „Übung“ im Umgang mit Alkohol in Zusammenhang stehen.

Um früh einem beginnenden schädlichen Alkoholkonsum entgegenwirken zu können, erscheint die Implementierung einer systematischen Kooperation zwischen Suchtberatung und Krankenhaus – zumindest bezogen auf die Altersgruppe der unter 18-Jährigen – generell empfehlenswert. Aus diesem Grunde wurde seit 2003 unter wissenschaftlicher Begleitung das Bundesmodellprojekt „Hart am Limit“ (HaLT) durchgeführt und evaluiert. Das Projekt befindet sich jetzt in der Transferphase und soll nach Möglichkeit in vielen Bundesländern Anwendung finden, so auch in Sachsen-Anhalt. Das Projekt verfolgt eine Strategie, die auf zwei Handlungsbereichen beruht: im reaktiven Baustein steht die frühe Intervention bei Kindern und Jugendlichen, die exzessiv Alkohol konsumieren, im Mittelpunkt. Im proaktiven Baustein steht die Verhältnisprävention in der Kommune im Vordergrund: Steuerungsgruppen organisieren Feste nach Jugendschutzgesichtspunkten, Öffentlichkeitsarbeit und gezielte Weiterbildung nimmt Einfluss auf Abgabeverhalten von Alkoholika in Gaststätten, Tankstellen und anderen Verkaufsstellen. Das Ziel ist die Schaffung von erhöhter Sensibilität beim Thema Alkoholkonsum unter Jugendlichen. Im Zentrum steht der risikoarme Alkoholkonsum. Im Projekt arbeiten Suchtberatungsstellen, kommunale Ämter und stationäre Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung und der Suchthilfe zusammen.

Menschen mit suchtbefundenen Problemen werden spät erreicht. Krankenhaus- und Sterbefälle stellen späte Stadien in einer Trinkerkarriere dar. Beide sind in Sachsen-Anhalt zwar besonders hoch, das späte Erreichen alkoholgeschädigter Menschen ist jedoch ein bundesweites Phänomen: De facto jedes achte Bett im Allgemeinkrankenhaus kann als „Suchtbett“ betrachtet werden und 80 % aller Menschen mit alkoholbezogenen Problemen suchen einmal jährlich den Hausarzt auf.⁶¹ Eine wesentliche Herausforderung für die Suchthilfe – sowohl aus volkswirtschaftlicher als auch aus humanitärer Sicht – besteht darin, Menschen mit alkoholbezogenen Problemen in den Versorgungssystemen zu erkennen und zu erreichen, in denen sie sich wegen potenziell alkoholassoziierten Erkrankungen bereits befinden. Wie dies erfolgen kann und welcher Nutzen damit verbunden ist, wurde wissenschaftlich untersucht und ist in der AWMF-Leitlinie 076/003⁶² ausführlich beschrieben. Es fehlt bislang der Transfer in die Praxis.

Deutschland leistet sich ein breitgefächertes System der Suchtkrankenhilfe, allerdings ist der Wirkungsgrad bezogen auf erreichte Patientinnen und Patienten begrenzt. Wienberg et al. konnten belegen, dass Suchtberatungsstellen und Fachkliniken zusammen max. 10 % der Betroffenen erreichen, die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung max. weitere 10 %. Dies bedeutet: bundesweit bleiben rund 80 % der suchtkranken Menschen ohne fachspezifische Versorgung.⁶³

Eine wesentliche Aufgabe besteht für den Arbeitskreis Legale Suchtmittel also weiterhin darin, gemeinsam mit den strukturverantwortlichen Institutionen geeignete Maßnahmen zu entwickeln und in die Praxis der medizinischen Grundversorgung zu tragen, mit denen vorrangig folgende Ziele verfolgt werden:

- Identifizierung von Patienten mit alkoholbezogenen Problemen in der medizinischen Grundversorgung (Screening),
- Implementierung von minimalen Alkoholinterventionen in die medizinische Grundversorgung („Ärztlicher Ratschlag“ gepaart mit Information über Ansprechpartner),
- Implementierung von Frühinterventionskonzepten in die medizinische Grundversorgung („Motivierende Gesprächsführung“),
- Verstärkte Zuweisung von Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum aus der medizinischen Grundversorgung in die ambulante bzw. stationäre Suchthilfe,
- Gezielte Intervention bei Suchtpatienten mit Mehrfachentzugsbehandlung (Case-management),
- Aufbau von Integrierter Versorgung (Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nach § 140 SGB V),
- Ausbau der Interventionsangebote für Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum („Trinkreduktion“),
- Entwicklung eines Grundcurriculums „Probleme der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen“, welches verpflichtend für alle Medizinstudenten in Sachsen-Anhalt sein sollte.

Auch wenn die aktuelle Datenlage – zumindest beim Alkohol – noch recht alarmierend ist, so zeigt eine Reihe der eingeleiteten suchtbefugten Interventionsmaßnahmen erste Erfolge. Diese Projekte müssen fortgesetzt und auf eine noch breitere Basis gestellt werden, um das Gesundheitsziel zu erreichen. In den Ausbau einiger Hilfesegmente sollte gezielt investiert werden. Suchtberatungsstellen in Freier Trägerschaft leisten Suchtprävention, Frühintervention und Suchtberatung. Sie sind in der Lage, den Suchtkranken und seine Angehörigen im Lebensraum längerfristig zu begleiten und die jeweils passende Hilfe anzubieten bzw. zu vermitteln.

Es ist zu erwarten, dass der Konsum von Nikotin in den nächsten Jahren u. a. wegen der Bundes- bzw. Ländergesetzgebung eingeschränkt wird, trotzdem bedarf es ergänzender personalkommunikativer Unterstützungsstrategien. Vor diesem Hintergrund werden sich die Interventionsschwerpunkte voraussichtlich auf den Alkoholkonsum verlagern.

Obwohl der Arbeitskreis gegenwärtig den Auftrag hat, Maßnahmen zur Senkung der Gesundheitsschäden durch Alkohol und Nikotin zu fördern und zu koordinieren, sehen die Mitglieder des Arbeitskreises darüber hinaus weitere Probleme (Drogen-,

Arzneimittel-, Glücksspielsucht u. ä.). Im Rahmen einer möglichen Überarbeitung des Gesundheitsziels ist zu prüfen, ob weitere Suchtaspekte durch den Arbeitskreis zu bearbeiten sind.

2.3.5 Zielbereich Zahngesundheit

Gesundheitsziel: Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt

2.3.5.1 Einführung

Die Zahn- und Mundgesundheit der Menschen in Sachsen-Anhalt ist nachweislich schlechter als die der Einwohnerinnen und Einwohner in den alten Bundesländern. Das zeigen sowohl die Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III und IV)⁶⁴ des Instituts der Deutschen Zahnärzte (die Daten geben jeweils Auskunft über Gesamtdeutschland sowie über die neuen und die alten Bundesländer) als auch die „Pieperstudie“⁶⁵ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, die Aussagen über die Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in den einzelnen Bundesländern trifft. Als Ursachen werden allgemein neue Essgewohnheiten ab 1990 (zu süß, zu fett, zu weich), der Strukturwandel in der gesundheitlichen Betreuung der Kinder (von der aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung der Belange der Zahngesundheit), das zuvor nicht vorhandene Angebot an Plastiktrinkflaschen für Säuglinge (Nuckelflasche zum Dauergebrauch ruft frühkindliche Karies hervor), aber auch die unausgewogene Sozialstruktur in Sachsen-Anhalt (hoher Grad der Arbeitslosigkeit, Abwanderung qualifizierter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Korrelation von Sozialstatus und ((Zahn-)Gesundheit)) gesehen. Hinzu kommt ein weithin fehlendes Bewusstsein für die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit sowie für die harmonische physische und psychische Entwicklung bzw. für das soziale Leben. Konkreter Anlass für die Aufnahme der Zahngesundheit in den Katalog der Gesundheitsziele waren die schlechteren Werte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, Prävention stärker in das Bewusstsein der Bevölkerung zu tragen.

2.3.5.2 Zieloptimierung

Auf die Zahngesundheit nimmt jeweils die ganze Familie Einfluss: bezüglich der Kinder die Eltern, eventuell Großeltern, mittelbar aber auch alle Verwandten, die Ehepartner gegenseitig usw. Die Zahngesundheit der Kinder kann nur verbessert werden, wenn die Zahngesundheit der Erwachsenen besser wird; umgekehrt kann auch die Fürsorge für die

Zahngesundheit des Kindes das Bewusstsein über die Erfordernisse der eigenen Zahngesundheit schärfen. Der Arbeitskreis entschied folglich, sich allen Altersgruppen zu widmen, da eine selektive Strategie jeweils das Umfeld unberücksichtigt lassen würde. Für konkrete Projekte musste allerdings doch eine Auswahl getroffen werden, so dass folgende Ziele formuliert wurden, die 2003/2004 teilweise bestätigt, teilweise konkretisiert wurden.

Zielgruppe Schwangere: Jede Schwangere soll im vierten und im achten Schwangerschaftsmonat die Zahnärztin/den Zahnarzt aufsuchen, um dort sowohl die Vorsorgeuntersuchung der Mundhöhle durchführen zu lassen als auch eine fundierte Beratung zu „zahngesunden“ Verhaltensweisen während der Schwangerschaft und hinsichtlich des Neugeborenen zu erhalten.

Zielgruppe Kinder bis 12 Jahre: Die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung als wichtige präventive Maßnahme soll allen Kindern zugute kommen; dafür soll ein Zahngesundheitspass nach dem Vorbild anderer Bundesländer eingeführt werden, der die richtige Dosierung der Fluoridgaben sichert. Der Pass soll ausnahmslos allen Eltern übergeben werden (Geburtsklinik!) und ihnen zugleich als Ratgeber in Sachen Zahngesundheit dienen.

Zielgruppe Jugendliche: Es soll erreicht werden, dass Jugendliche kontinuierlich die Zahngesundheitsprävention fortsetzen und nicht zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr durch andere Interessen schwere Einbrüche im Zahnstatus erleiden.

Zielgruppe Seniorinnen und Senioren: Die zahnmedizinische Versorgung in Altenpflegeheimen ist stark verbesserungsbedürftig. Es sollen Möglichkeiten gefunden werden, spürbare Veränderungen zu erreichen.

Als Messgrößen für den Erfolg der Arbeit sollten jeweils der dmf-t-Index⁶⁶ und der DMF-T-Index⁶⁷ sowie der SiC-Wert⁶⁸ dienen.

2.3.5.3 Organisationsstruktur

Dem Arbeitskreis Zahngesundheit gehören 26 Mitglieder an, folgende Institutionen sind vertreten: AOK Sachsen-Anhalt, Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Sachsen-Anhalt e.V., LandesseNIerenvertretung Sachsen-Anhalt, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, niedergelassene Hebamme, niedergelassene Zahnärztinnen und Kieferorthopädin, Praxis für Kinderheilkunde, Salzlandkreis Gesundheits-

amt, Stadt Magdeburg Gesundheitsamt, Techniker Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt. Sie vertreten alle Bereiche, die mit der Zahn- und Mundgesundheit zu tun haben.

Aus dem Arbeitskreis heraus entstanden vier Arbeitsgruppen, die sich den Zielgruppen Schwangere/Kleinstkinder, Kinder, Erwachsene und Seniorinnen und Senioren widmeten. Im Zuge der Arbeit schlossen sich die beiden erstgenannten Gruppen zusammen, da sich viele Fragen und Ansatzpunkte glichen bzw. aufeinander bezogen. Die Arbeitsgruppe Erwachsene blieb in den Ansätzen ihrer Tätigkeit stecken, da sich die Zielgruppe als zu groß, zu heterogen und zu schwer erreichbar erwies; für konkrete Zielstellungen fehlt hier zudem besonders stark eine aussagekräftige Datenbasis. So wurden letztlich zwei Arbeitsgruppen aktiv, die sich eigenverantwortlich und unabhängig um ihre Projekte kümmerten. Das waren vor allem die Erarbeitung und Verbreitung eines Einlegeblattes für den Mutterpass (Zahnkontrolle während der Schwangerschaft) und eines Zahngesundheitspasses für Kinder (Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung; Information über spezifische Erfordernisse der Mundgesundheit in jedem Lebensjahr des Kindes bis 12 Jahre). Die Arbeitsgruppen trafen sich je nach Bedarf, ohne einen festen Rhythmus einzuhalten. Der Arbeitskreis wurde über den Fortgang der Arbeiten informiert und zur Beratung der allgemeinen Fragen des Gesundheitszieles jeweils eingeladen, wenn sich Neues ergeben hatte. Die Leitung des Arbeitskreises und der beiden Arbeitsgruppen erfolgte in Personalunion, was die Koordinierung der Arbeit innerhalb der Arbeitsgruppen erleichterte, aber zugleich eine auf Dauer sehr starke Belastung der Arbeitskreisleiterin bedeutete. Die Konzentration der Arbeit auf zwei Arbeitsgruppen verstärkte sich, seitdem 2003/2004 das Gesundheitsziel neu formuliert (Verbesserung der Zahngesundheit auf Bundesdurchschnitt) und insgesamt drei Modellprojekte ins Leben gerufen wurden. Seit 2006 ist die Arbeit neu strukturiert und auf mehrere Schultern verteilt. Vor allem innerhalb der Arbeitsgruppe Senioren bildete sich noch ein engerer, aus vier teils neu gewonnenen Mitgliedern bestehender „Zirkel“ heraus, der die Maßnahmen unmittelbar plant und durchführt.

2.3.5.4 Umsetzung des Gesundheitszieles

Zur Umsetzung des Gesundheitszieles gibt es eine Reihe von Projekten und Initiativen, die auch eng mit bereits seit längerem bestehenden Aktionen verknüpft sind.

Tag der Zahngesundheit

So folgen immer mehr niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte des Landes dem Aufruf der Zahnärztekammer, den alljährlichen Tag der Zahn-

gesundheit, den die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einem Höhepunkt für Kinder in KiTas und Schulen gestalten, auch in den Praxen für Tage der offenen Tür und für Beratungsangebote für Kindergruppen und Erwachsene zu nutzen.

Zahnpflege-Beratungswoche

Die Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt haben 2005 begonnen, alljährlich im März/April eine Zahnpflege-Beratungswoche durchzuführen, die sich vor allem an Erwachsene wendet, um ihnen die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer effektiven zahnmedizinischen Prophylaxe zu vermitteln. In dieser Woche wird mit Berichten in den Medien, mit Beratungsangeboten in der Zahnärztekammer und in vielen Zahnarztpraxen auf das Thema hingewiesen.

Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalts

Im vorgenannten Zusammenhang wurde 2007 eine „Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalts“ gegründet, in die im ersten Jahr 162 Mitglieder mit komplett naturgesundem Gebiss (bzw. bei den über 60-Jährigen mit überdurchschnittlich vielen naturgesunden Zähnen) aufgenommen werden konnten im Alter zwischen 2 und 79 Jahren! Ein Jahr später, 2008, konnten insgesamt 309 Mitglieder aufgenommen werden. Anliegen der Aktion ist es, in der Öffentlichkeit den Wert gesunder Zähne hervorzuheben und ein Klima der Anerkennung für diejenigen zu schaffen, die ihre Zähne gewissenhaft pflegen.

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe

Ein weiterer wesentlicher Baustein zur Erreichung des Gesundheitszieles sind die Aktivitäten im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Vielfältige Aktionen rund um das Thema Verhütung von Zahnerkrankungen tragen zur Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder bis zu 12 Jahren bei. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko hoch ist, erfolgt eine Ausdehnung der Gruppenprophylaxe auf Jugendliche bis zu 16 Jahren. Landesweit werden die Aktivitäten durch die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege koordiniert.

Medienentwicklung und -angebote

Das Gesunde Städte-Projekt in Magdeburg wird durch die Zahnärztekammer mit einem Vortrags-Angebot für Elternabende (CD) und einem Konzept zur Projekttag-Gestaltung unterstützt. Zur Propagierung von Prophylaxemaßnahmen in KiTas und Schulen ist eine Materialsammlung erarbeitet worden, die auf CD verfügbar ist. Gleichmaßen sind PowerPoint-Präsentationen für Schwangere und Kleinkinder, für Kinder im Vorschulalter sowie für Senioren erstellt worden, die als Grundstock für Vorträge dienen können. Im Zusammenhang mit den einzelnen Vorhaben hat die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt begonnen, eine Serie von Faltblättern

zur Aufklärung und mit Ratschlägen zur Zahn- und Mundgesundheit für Schwangere, Vorschulkinder, Patienten mit Behinderungen und für Bewohner von Altenpflegeheimen herauszugeben, die gezielt an Hebammen, Gynäkologen, in KiTas, Behindertenverbände usw. verteilt werden.

Öffentlichkeitsarbeit

In der Öffentlichkeitsarbeit hat sich eine gute Zusammenarbeit mit der Ratgeber-Redaktion der Volkstimme, der Leser-Redaktion der Mitteldeutschen Zeitung und mit MDR 1 entwickelt; regelmäßig finden dort Telefonforen für die Leser bzw. Hörer zu zahnmedizinischen (Prophylaxe-)Themen statt und Ratgeberbeiträge bzw. Antworten auf spezielle Leserfragen werden veröffentlicht. Außerdem werden regelmäßig Presseinformationen zur Zahngesundheit herausgegeben.

Zwischenbilanz und Neuorientierung

Am 24. Mai 2006 trafen sich die Akteure des Arbeitskreises, um eine Bilanz ihrer Arbeit zu ziehen und über die Neuausrichtung ihrer Vorhaben nach Abschluss der Modellprojekte zu beraten. Sie einigten sich darauf, die Verstetigung des Erreichten in den Mittelpunkt der nächsten Jahre zu stellen. Insbesondere das Modellprojekt „Altern mit Biss“ soll auf möglichst viele Altenpflegeheime des Landes übertragen werden. Die Bemühungen um die Zahngesundheit der Kinder konzentrieren sich auf sozial Benachteiligte und auf den Zusammenhang von Zahngesundheit und Ernährung.

2.3.5.5 Modellprojekte des Gesundheitszieles

Neben drei Modellprojekten, die direkt vom Arbeitskreis bzw. der Zahnärztekammer betreut werden, greifen vier weitere Modellprojekte den Zielbereich auf. In Verbindung mit einer gesunden Ernährung und bzw. oder den vier anderen Zielbereichen richten sich die Projekte überwiegend an Kinder und Jugendliche (3), zwei richten sich an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber, eins an Seniorinnen und Senioren und eins an Schwangere.⁶⁹ Von den Modellprojekten, die sich ausschließlich mit Zahngesundheit befassen, sollen hier beispielhaft zwei vorgestellt werden:

1. Beispiel Zahngesundheit für Mutter und Kind von Anfang an

Projektträger:
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Kooperationspartner:
Berufsverband der Frauenärzte e.V. Landesverband Sachsen-Anhalt, Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V., Kassenzahnärztliche Vereinigung Sach-

sen-Anhalt, Kinderärzte in Magdeburg, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, niedergelassene Zahnärzte

Einleitung und Zielstellung

Das Einlegeblatt für den Mutterpass ergänzt den Pass, der alle notwendigen medizinischen Untersuchungen während der Schwangerschaft auflistet, um die darin fehlenden beiden Kontrolluntersuchungen der Zahn- und Mundgesundheit. Es ist im Herbst 2000 erstmals gedruckt worden und erreicht bereits eine Auflage von 105.000 Stück. Die Wirksamkeit des Einlegeblattes setzt voraus, dass es einerseits in den Frauenarztpraxen dem Mutterpass tatsächlich hinzugefügt wird, dass bestenfalls die Frauenärztin/der Frauenarzt die Schwangere ausdrücklich zum Zahnarztbesuch auffordert und die Eintragungen der Zahnärztin/des Zahnarztes (Stempel und Datum der Kontrolluntersuchung) kontrolliert und dass andererseits die Zahnärztin/der Zahnarzt gegebenenfalls schwangere Patientinnen nach dem Einlegeblatt fragt sowie die Kontrolluntersuchung mit einer Beratung zur Mundgesundheit während der Schwangerschaft und zu deren Erfordernissen beim Säugling verbindet. Der Start des Einlegeblattes wurde mit entsprechenden Briefsendungen an alle Frauenärztinnen und Frauenärzte, mit Kontakten über den gynäkologischen Berufsverband, mit Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt und in den Zahnärztlichen Nachrichten Sachsen-Anhalt verbunden. Das 2004 gestartete Modellprojekt hatte zum Ziel, den Bekanntheitsgrad und die tatsächliche Nutzung des Einlegeblattes zu erkunden und nach Möglichkeiten zu suchen, um Verbesserungen zu erreichen. Außerdem sollten weiterhin Anstrengungen unternommen werden, damit die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen Eingang in den Mutterpass finden, was das Einlegeblatt überflüssig machen würde. Mit Unterstützung von Praktikantinnen der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) wurden innerhalb des Projektes umfangreiche Befragungen von Gynäkologinnen und Gynäkologen, Zahnärztinnen und Zahnärzten und jungen Müttern durchgeführt.

Ergebnisse

Der Bekanntheitsgrad des Einlegeblattes bei den Schwangeren betrug Ende 2004 nur 26 %, in den gynäkologischen Praxen wurde nur wenig damit gearbeitet (nur in 15 % wurde nachgefragt, ob der Termin wahrgenommen worden ist), und in den Zahnarztpraxen wurde sogar nur in 9 % nach dem Einlegeblatt gefragt. Die Bedeutung dieses Blattes jedoch wurde deutlich in der Zahl von 17 % derer, die während der Schwangerschaft den Zahnarzt aufsuchten: Sie folgten ausdrücklich dem damit übermittelten Hinweis. Im Verlaufe des Projektes wurde u. a. ein Informationsblatt für Schwangere erarbeitet, das über die Hebammen, teils auch über die Kinderärztinnen und -ärzte verteilt wird und über die Bedeutung

der Mundgesundheit der Schwangeren und des Säuglings informiert. Es wurden Publikationen zum Inhalt der beiden Kontrolluntersuchungen und Beratungen in der Zahnarztpraxis sowie zur Nutzung des Einlegeblattes erarbeitet, regelmäßige Vorträge im Rahmen der Aufstiegsfortbildung zur zahnmedizinischen Prophylaxe- und zur zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin begonnen, ein Vortrag für die Berufsbildenden Schulen erarbeitet und Informationsblätter mit praktischen Hinweisen für das gynäkologische Praxisteam zur Verfügung gestellt. Eine Evaluation 2006/2007 hat ergeben, dass sich der Bekanntheitsgrad des Einlegeblattes in den Zahnarztpraxen deutlich erhöht hat (53 %) und sich die Arbeit damit verbesserte (33 %).

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Die Idee, Schwangere über die Notwendigkeit der zweimaligen Zahn- und Mundkontrolle aufzuklären und sie zu den entsprechenden Kontrolluntersuchungen aufzufordern, wurde inzwischen auch in anderen Bundesländern aufgegriffen. Mit einer redaktionellen Ergänzung zum Zahnarztbesuch im vierten und im achten Schwangerschaftsmonat im Mutterpass könnten alle Bundesländer an der sachsen-anhaltischen Entwicklung partizipieren. Ein entsprechender Vorschlag wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unterbreitet.

2. Beispiel Altern mit Biss

Projektträger:
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt,
Altenpflegeheim Heideweg Magdeburg

Kooperationspartner:
fit GmbH Magdeburg, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (in der Vorbereitungsphase)

Einleitung und Zielstellung

Die zahnmedizinische Versorgung und die allgemeine Mundhygiene in den Altenpflegeheimen werden in vielen Studien deutschlandweit als sehr mangelhaft beschrieben. Das 2004 begonnene Modellprojekt „Altern mit Biss“ sollte beispielhaft die Wege erkunden und beschreiben, die beschritten werden müssen, um hier entscheidende Verbesserungen zu erreichen. Im Vorfeld des Projektes hatten Umfragen unter ausgewählten Altenpflegeheimen und unter allen Zahnärztinnen und -ärzten des Landes Sachsen-Anhalt ergeben, dass die Bereitschaft auf beiden Seiten vorhanden ist, mehr für die Mundgesundheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner zu tun. Deutlich

war dabei aber auch geworden, dass das Problembewusstsein in den Heimen kaum vorhanden war und der Mundgesundheitsstatus der Bewohnerinnen und Bewohner allgemein als deutlich besser eingeschätzt wurde als er tatsächlich ist. Für das Modellprojekt wurde das kommunale Altenpflegeheim Heideweg in Magdeburg gewonnen. Das Projekt begann und endete jeweils mit zahnmedizinischen Untersuchungen der beteiligten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und mit Befragungen des Heimpersonals, so dass Veränderungen, die im Verlaufe von gut drei Jahren stattfanden, nachprüfbar wurden. Die Strategie der Projektarbeit war, durch bessere Information das Bewusstsein für die weit reichende Bedeutung der Mundgesundheit im Alter zu wecken, durch Ausstattung mit sachgerechten Hilfsmitteln und durch praktische Anleitung die Mundhygiene zu verbessern und durch regelmäßige zahnärztliche Betreuung die notwendigen und möglichen Maßnahmen für die Mundgesundheit zu realisieren. Zielgruppen der Arbeit waren die Heimbewohnerinnen und -bewohner, das Pflegepersonal und die Angehörigen. Da es sich bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern überwiegend um Hochbetagte (Durchschnittsalter der Projektteilnehmenden: 86 Jahre) und Pflegebedürftige (alle Pflegestufen) handelte, traten sie als mögliche Akteurinnen und Akteure einer Veränderung recht bald in den Hintergrund; verfestigte Gewohnheiten, die sich nicht mehr ändern, aber auch fortschreitende Multimorbidität, verbunden mit Einschränkungen der Feinmotorik, der Sehkraft, aber auch der Motivation zur Mundhygiene wurden als Ursachen dafür konstatiert. Folglich traten die Pflegekräfte als diejenigen, die die Mundhygiene unterstützen bzw. durchführen, stärker in den Vordergrund. Hauptmaßnahme war hier ein Schulungsprogramm, an dem alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Heimes teilnahmen. Inhalt war sowohl die Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen über die Zahn- und Mundgesundheit als auch die praktische Unterweisung zur Prothesenpflege und zur Mundhygiene im Kurs und am Arbeitsplatz auf den Stationen. Merkblätter zu einzelnen Fragen der Mundgesundheit, die als Aushang auf den Stationen auch der Information der Angehörigen dienten, vertieften das in den Kursen vermittelte Wissen.

Ergebnisse

Am Ende des Projektes konnten nicht nur alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (100 %) Angaben zur altersgerechten Mund-, Zahn- und Prothesenpflege machen (anfangs 8 %) und die drei wichtigsten Punkte der Mundpflege bei Seniorinnen und Senioren benennen (anfangs 42 %), sondern 73 % gaben an, dass ihnen die Mundpflege bei den Seniorinnen und Senioren nun leichter falle. 82 % zogen auch einen persönlichen Nutzen aus den Schulungen. Erwartungsgemäß verbesserte sich die Mundhygiene gegenüber der Ausgangssituation bei 39 % der beteiligten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und konnte bei weiteren 50 % auf dem Stand der

Ausgangsuntersuchung gehalten werden, was mit fortschreitendem Alter keine Selbstverständlichkeit ist. Um die Angehörigen zu erreichen, die bei der Bereitstellung der benötigten Mundpflegemittel in der Regel eine Schlüsselstellung inne haben und gefragt sind, wenn es um die Zustimmung und manchmal auch (Mit)Finanzierung von Zahnbehandlungen geht, wurden Informationsblätter entwickelt, Merkzettel für den Einkauf der Mundpflegemittel ausgegeben und Vorträge bei Informationsabenden gehalten, die auf positive Resonanz stießen. Vor allem aber konnten zwei Patenschaftszahnärzte gewonnen werden, die regelmäßig ins Haus kommen. Das Heim fand sogar eine Möglichkeit, einen Behandlungsstuhl aufzubauen. Damit und mit einer mobilen Behandlungseinheit der Patenschaftszahnärztin wurden bessere Voraussetzungen für Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen geschaffen.

Nachhaltigkeit und Verstetigung

Parallel zur Arbeit im Altenpflegeheim installierte die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt ein Netz von 39 Seniorenbeauftragten in den Kreisstellen der Zahnärztekammer, die regelmäßig zum Erfahrungsaustausch zusammenkommen, zur Verbreitung der Projektergebnisse beitragen und für die Nachnutzung der Projekterkenntnisse in anderen Altenpflegeheimen sorgen.

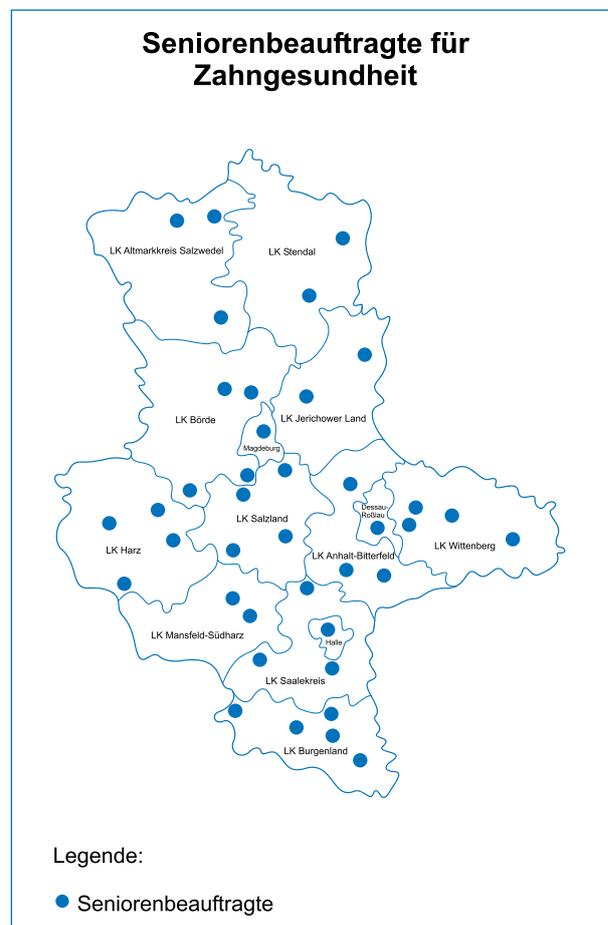


Abb. 2.10

Indikatoren zur Zahngesundheit von Kindern

1. Standardindikatoren des AOLG-Indikatorensetzes¹

		Quelle
3.102	Kariesprävalenz und Kariesrisiko: DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	DAJ
7.7	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Regeleinrichtungen, Land, im Zeitvergleich, Schuljahre	KJZD
7.8	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Regeleinrichtungen, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	KJZD
7.9	Art der Karies-Prophylaxemaßnahmen und Anteil erreichter Kinder nach Einrichtungstyp sowie Anzahl der Informationsveranstaltungen, Land, Schuljahr	DAJ
7.10	Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	LAGJZ

¹ Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, letzte Fassung von 2003

2. Neu definierte Sachsen-Anhalt-spezifische Landesindikatoren

3.102.01	dmf-t/DMF-T-Werte bei Erstuntersuchungen in Regeleinrichtungen (KiTas/Schulen), Land, im Zeitvergleich	KJZD
3.102.02	dmf-t/DMF-T-Werte bei Erstuntersuchungen in Fördereinrichtungen (KiTas/Schulen), Land, im Zeitvergleich	KJZD
3.102.03	dmf-t/DMF-T-Werte bei Erstuntersuchungen in Regeleinrichtungen, Regionalvergleich, Schuljahr	KJZD
3.102.04	dmf-t/DMF-T-Werte bei Erstuntersuchungen in Fördereinrichtungen, Regionalvergleich, Schuljahr	KJZD
7.7.01	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Fördereinrichtungen, Land im Zeitvergleich	KJZD
7.8.01	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Fördereinrichtungen, Land im Regionalvergleich	KJZD

DAJ = Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, LAGJZ = Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, KJZD = Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Sachsen-Anhalt

Abb. 2.11

2.3.5.6 Daten zum Zielbereich Zahngesundheit

Der Landesgesundheitsberichterstattung liegen derzeit nur Daten zur Zahngesundheit und -prophylaxe von Kindern vor. Für den Bericht wurden die folgenden Indikatoren zusammengestellt: Die Indikatoren sind in einem Kurzbericht „Daten zum Landes-Gesundheitsziel Sachsen-Anhalt: Verbesserung der Zahngesundheit auf Bundesdurchschnitt“⁷⁰ ausgewertet; dort ist auch die Methodik der Erhebung und der statistischen Auswertung beschrieben. Indikatortabellen und Kurzbericht sind auf der Internetseite der Landes-GBE veröffentlicht.

Innerhalb der Landesdaten zeigt sich ein positiver Zeittrend in Sachsen-Anhalt. Die Pieperstudie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)⁷¹ zeigt, dass sich in Sachsen-Anhalt in allgemein bildenden Schulen der dmf-t-Wert der 6- bis 7-Jährigen (dmf-t-Wert = Maß für den Kariesbefall von Milchzähnen) und der DMF-T-Wert des Dauergebisses von 12-Jährigen in den Jahren 1995, 1997, 2000 und 2004 kontinuierlich verbessert haben und zwar von 3,82 geschädigten Milchzähnen pro Kind im Jahr 1995 auf 2,91 im Jahr 2004 bzw. von 2,60 auf 1,26 bei Zähnen des Dauergebisses. Auswertungen der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugend-

zahnärztlichen Dienstes Sachsen-Anhalt (KJZD) im Zeitraum 2001/2002 – 2005/2006 bestätigen dieses Ergebnis bezüglich des DMF-T-Wertes für alle Altersstufen und Einrichtungstypen, mit einer besonders deutlichen Verbesserung in den Förderschulen. Hinsichtlich des dmf-t-Wertes bei KiTa-Kindern, 5.-6.-Klässlern weiterführender Schulen und 6- bis 7-Jährigen in Förderschulen wurde jedoch eine Stagnation bzw. sogar eine Verschlechterung festgestellt. Wie beim DMF-T-Wert verbesserte sich auch in allen Altersstufen und Einrichtungstypen kontinuierlich – wenn auch nur geringfügig – der Anteil der Kinder mit einem naturgesunden (völlig kariesfreien) Gebiss.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ergibt sich weiterhin eine **positive Datenlage bezüglich der gruppenprophylaktischen Aktivität in Sachsen-Anhalt.**

Die jüngste Auswertung der DAJ zu den gruppenprophylaktischen Maßnahmen nach § 21 SGB V in den Bundesländern in den Jahren 2004/2005⁷² und 2005/2006⁷³ ergab, dass sowohl der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad als auch der Anteil der jährlich untersuchten Kinder in Sachsen-Anhalt in fast allen Einrichtungstypen deutlich höher ist als im Bundesdurchschnitt.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern und zum Bundesdurchschnitt ergibt sich hingegen eine **negative Datenlage bezüglich Gebiss-/Zahnstatus der Kinder in Sachsen-Anhalt**.

Im letzten Erhebungsjahr der Pieperstudie (2004) waren in Sachsen-Anhalt der dmf-t-Wert von 6- bis 7-Jährigen (2,91) und der DMF-T-Wert von 12-Jährigen (1,26) immer noch deutlich schlechter als im Bundesdurchschnitt (2,16 bzw. 0,98). Dies stellte bezüglich des DMF-T-Wertes im Ländervergleich den zweitschlechtesten Platz dar. Auch der Anteil 6- bis 7-jähriger und 12-jähriger Kinder mit völlig kariesfreiem Gebiss (34,9 % bzw. 53,8 %) war im letzten Erhebungsjahr der Pieperstudie in Sachsen-Anhalt noch geringer als im Bundesdurchschnitt (47,9 % bzw. 59,6 %).

2.3-5-7 Diskussion und Ausblick

Parallel zu der oben gezeigten Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt haben sich auch im Zusammenhang mit den Modellprojekten nachprüfbar Verbesserungen ergeben, die halfen, die Arbeit systematischer zu gestalten und konkreter abzurechnen. Das Ziel, ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit zu schaffen, ist bei den mit den Projekten erreichten Personen verwirklicht worden und zu der auch in Studien nachgewiesenen Verbesserung wichtiger Parameter der Zahngesundheit haben auch die Aktivitäten des Arbeitskreises beigetragen.

Um den Kreis der Erreichten zu vergrößern und um die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu sichern, ist eine kontinuierliche Fortführung des Begonnenen (auch in weiterführenden Projekten) unbedingt erforderlich. Folgende Probleme bzw. nicht verwirklichte Ziele sieht der Arbeitskreis: 1. Die Gruppe der sozial Benachteiligten, die gerade auch in der Zahn- und Mundgesundheit die größten Defizite aufweist, wurde mit den bisherigen Bemühungen nicht gesondert angesprochen. Dass die Erfolge der auf die gesamte Bevölkerung ausgerichteten Prophylaxe-Bemühungen durchaus auch ihren Niederschlag in dieser spezifischen Gruppe finden, wurde in der Pieperstudie 2004 nachgewiesen (SiC-Werte verbesserten sich innerhalb von 10 Jahren bundesweit bei den 12-Jährigen von 4,88 bis 6,41 auf 2,12 bis 3,77, in Sachsen-Anhalt von 5,27 auf 3,4). Darauf aufbauend, will sich der Arbeitskreis in den kommenden Jahren den sozial benachteiligten Kindern in speziellen Projekten widmen. 2. Die gesunde Zahnentwicklung der Kinder ist stark von der Wahrnehmung der elterlichen Verantwortung abhängig; hier gibt es nach wie vor große Defizite. 3. Die Eigenverantwortung der Erwachsenen für ihre Zahn- und Mundgesundheit wird von vielen weiterhin nicht ausreichend wahrgenommen. 4. Bei der Verbesserung der Mund-

gesundheit der Seniorinnen und Senioren ist die Einbeziehung der stationären und ambulanten Pflegepartner unabdingbar. Allerdings darf dabei nicht auf Dauer nur auf persönliches Engagement und „guten Willen“ der Beteiligten gesetzt werden, sondern es müssen als wichtige Voraussetzungen nachhaltiger Verbesserungen ausreichend viele qualifizierte Pflegekräfte vorhanden sein sowie individualisierte Pflegezeiten gewährleistet werden. Die vorgegebenen Minuten reichen nach den Erfahrungen des durchgeführten Projektes nicht aus, um die als notwendig erachteten Pflegemaßnahmen im oralen Bereich durchzuführen. Zugleich müssen auch die Voraussetzungen für die zahnmedizinische Betreuung verbessert werden; dazu gehören u. a. (auch für das Pflegepersonal zeitsparende) Behandlungsmöglichkeiten direkt im Heim.

Nachfolgend sind einige weiterhin aktuelle Aufgaben zur Erreichung des Gesundheitsziels aufgeführt: Die Anwendung des Einlegeblattes muss weiter ausgebaut werden. Dazu gilt es, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Schwangere, Hebammen, aber auch Zahnärztinnen und Zahnärzte noch stärker als bisher zu gewinnen. Das Ziel, die Kontrolluntersuchungen gleich in den Mutterpass aufzunehmen, muss weiter verfolgt werden. Die Anwendung des Zahngesundheitspasses muss weiter ausgebaut werden. Vor allem seine Funktion als Kommunikationsmittel bei der Durchführung der Prophylaxemaßnahmen (z. B. der Dokumentation der Fluoridgaben im Rahmen des Zahnarztbesuches, der zahnärztlichen Reihenuntersuchung oder der Gruppenprophylaxe) sollte helfen, die Nützlichkeit unter Beweis zu stellen. Dazu gilt es, noch stärker Kinderärztinnen und -ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Eltern, Kindertagesstätten und Schulen für eine Mitwirkung zu gewinnen. Das Projekt „Altern mit Biss“, das deutschlandweit auf großes Interesse gestoßen ist, soll in anderen Altenpflegeheimen nachgenutzt werden. Ein nächster Schritt zur weiteren Qualifizierung des Projektansatzes soll die Ausweitung auf den ambulanten Pflegebereich und danach auf die pflegenden Angehörigen sein (letztere sind noch völlig auf sich gestellt und verfügen in der Regel nicht über ausreichendes Wissen zur Mundpflege im Alter und die notwendigen Fertigkeiten zur Prothesenpflege). Die Struktur des Arbeitskreises mit einzelnen, selbständig arbeitenden Arbeitsgruppen hat sich bewährt.

2.4 Modellprojekte

Mit der Neujustierung der Gesundheitsziele im Jahr 2003 wurden erstmals Modellprojekte berufen. Im Berichtszeitraum fanden drei Berufungsveranstaltungen (6.10.2004, 25.5.2005, 6.11.2006) statt, 36 Träger haben sich mit 39 Vorhaben als Modellprojekt beworben, ein Träger zog seine Bewerbung zurück. Von den 38 Initiativen richten sich mit 21 Vorhaben

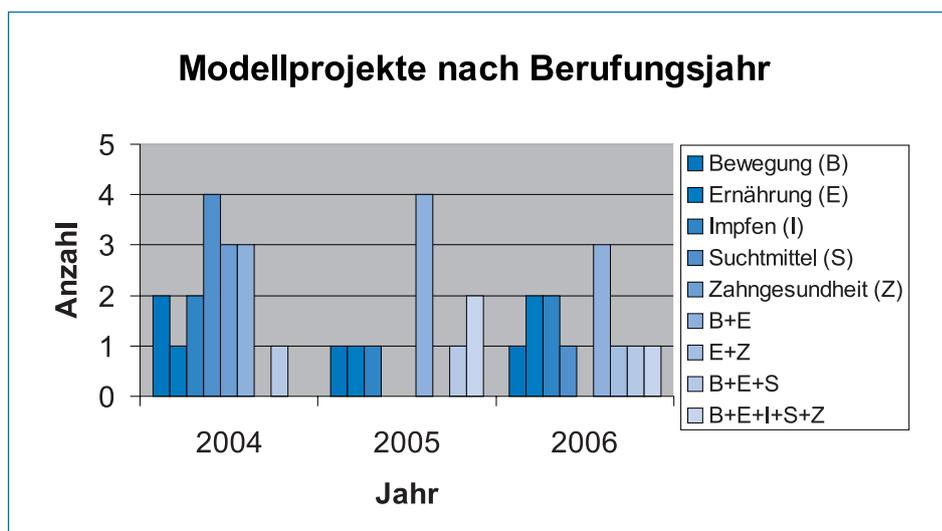


Abb. 2.12

die meisten an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, 11 Projekte wenden sich an Beschäftigte und Arbeitgeber, sechs an Seniorinnen und Senioren. Frauen werden explizit 2-mal als Zielgruppe definiert, ebenso Sozial Benachteiligte.⁷⁴ Die beiden lebensstilbezogenen Zielbereiche Bewegung und Ernährung werden in Kombination in 10 Vorhaben am meisten angesprochen, gefolgt von je fünf Projekten zum Thema Impfen und Legale Suchtmittel.

Mittlerweile sind 16 Modellprojekte abgeschlossen, acht wurden bis 31.12.2007 dokumentiert. Von den abgeschlossenen Projekten werden sieben weiterverfolgt. 12 wurden in den Alltag überführt und werden als „Regelangebot“ durch die Träger unterbreitet. Acht Modellprojekte arbeiten an ihrer Verbreitung bzw. Nachnutzung durch andere Institutionen.⁷⁵ Ein Projekt konnte aus unterschiedlichen Gründen nicht fortgesetzt bzw. überführt werden.

2.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die fünf aktuellen Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt berücksichtigen in besonderer Weise Entwicklungen, die die Gesundheit einer Bevölkerung langfristig prägen: **Bewegung und Ernährung** als Aspekte von Lebensstil und Lebensweise scheinen nur auf den ersten Blick wenig in ein krankheitsgeprägtes Gesundheitswesen zu passen. Als Faktoren, die bei Fehlentwicklung das Krankheitsgeschehen wesentlich mitbestimmen, sind ihre frühzeitige Beachtung und eine angemessene Einflussnahme zukunftsweisend für die Entwicklung der Sozialsysteme und der Gesellschaft. Das gleiche trifft auf die **Zahngesundheit** zu, die in engem Zusammenhang mit der Ernährung ebenso Ausdruck eines gesunden Gemeinwesens ist. **Impfen** als bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahme scheint angesichts wieder ausbrechender, durch Impfen vermeidbarer Infekti-

onskrankheiten, aktueller und notwendiger denn je. **Alkohol und Tabak** – jahrtausendealte Genussmittel – dienen auch der Kompensation von Stress und anderen Belastungen. Sie sind damit ebenfalls Teil von Lebensstil und Lebensweise. Die Verminderung des aktiven und passiven Konsums legaler Suchtmittel und die Verminderung ihrer gesundheitlichen Folgeschäden sowie die Hilfe für Betroffene müssen als sich ergänzende Strategien angewandt werden. Die Erweiterung des Ziel-

reichs legale Suchtmittel um den Aspekt des Medikamentenkonsums scheint sinnvoll.

Die Auswahl der prioritären Zielgruppen des Gesundheitszieleprozesses – Kinder und Jugendliche, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber, Seniorinnen und Senioren – trägt einerseits den demografischen Problemen des Landes, andererseits den Potenzialen für eine gesunde Entwicklung von Sachsen-Anhalt Rechnung. Die besondere Beachtung von Kindern und Jugendlichen spiegelt das Bekenntnis aller relevanten Entscheidungsträger zu einem natürlichen und gesellschaftlichen Auftrag der Fürsorge für die kommenden Generationen wider. Teilzielgruppen sollten perspektivisch ebenso verstärkt Beachtung finden wie Genderspekte und Chancengerechtigkeit.

Die Verfügbarkeit von Daten ist in allen Zielbereichen – insbesondere bei Erwachsenen und bei den Lebensstilfaktoren Bewegung und Ernährung – nicht zufriedenstellend. Hieran muss weiter gearbeitet werden.

Die landesweiten Arbeitskreise verstehen sich zunehmend als „Anwälte“ ihrer Zielstellungen. Sie initiieren nicht nur den Fachaustausch, sie unterstützen mit ihrer Arbeit politische Entscheidungsträger und stellen damit in ihren Zielbereichen Weichen für eine adäquate zeitgemäße Versorgung von der Gesundheitsförderung über die Vorsorge, die Versorgung bis hin zur Nachsorge.

Die Modellprojekte befördern die Erreichung des jeweiligen Gesundheitsziels. Als Modelle haben sie den Anspruch, Wege zu erproben und aufzuzeigen, die andere – Personen und Institutionen – auch beschreiten können. Als wesentliches Element des Gesundheitszieleprozesses zeigen sie das Engagement und die Verantwortung vieler gesellschaftlicher

Kräfte für ein Gesundes Sachsen-Anhalt. Sie belegen auch die Kleinschrittigkeit des Prozesses und relativieren damit überzogene Erwartungshaltungen.

Information und Aufklärung der Bevölkerung – gemessen an der Berichterstattung und der Veranstaltungsvielfalt der Gesundheitsziele – haben eindeutig zugenommen. Die Schwierigkeit, einen gesundheitspolitischen Prozess für den Einzelnen erlebbar zu machen, bleibt bestehen. Die Vermittlung der Gesundheitsziele als individueller Anspruch ist, neben dem Auftrag von Institutionen und Organisationen, täglich neu zu leisten.

Wenn sich in einem oder mehreren der Zielbereiche Fehlentwicklungen einstellen, so belasten diese das Gesundheitswesen aber auch andere Politikbereiche erheblich, z. B. die Wirtschaft, deren Wertschöpfungspotenzial direkt abhängig ist von gesunden und leistungsfähigen Beschäftigten, den Arbeitsmarkt, der zukünftig auch auf gesunde Seniorinnen und Senioren angewiesen sein wird oder die Landwirtschaft, deren regionaler Absatz vom Verhalten der Bevölkerung direkt abhängt. Interdisziplinäres und politikübergreifendes Handeln muss deshalb so früh wie möglich ansetzen und neben der Förderung individueller Kompetenzen die Gestaltung gesunder Lebenswelten zum Ziel haben. Dieses Vorgehen sichert die Erschließung vorhandener Potenziale und Ressourcen, fördert Synergien und wirkt so auf die Gesundheit der Bevölkerung und des Gemeinwesens zurück, z. B. durch die Eröffnung von Bewegungsräumen im Städtebau, durch ein sicheres Alltagsleben ohne Gefährdungen in Folge von Alkohol, durch gesunde und motivierte Schulabgängerinnen und -gänger, die Fuß fassen im persönlichen und gesellschaftlichen Leben.

3. Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settings)

Gesundheit wurde erstmalig 1946 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.⁷⁶ Sie wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.⁷⁷ Deshalb bedarf es einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die die Entwicklung gesunder Lebenswelten intendiert und in diesem Sinne das Gemeinwesen organisiert.

Die Idee des Settingansatzes als Gesundheitsintervention, die sich im Kontext von Organisationsentwicklung auf soziale Systeme und nicht auf Individuen richtet, setzt sich zunehmend durch.⁷⁸ Hierbei geht es nicht um die Reduktion von Risikofaktoren in sozialen Systemen, sondern um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip. Die Lebenswelt als ein System mit definierten Zielgruppen, spezifischen Strukturen, Aufgaben und Zielen, einer eigenen Kultur und Sprache und demzufolge einer internen Organisationslogik – nicht mehr nur der Einzelne – steht im Mittelpunkt von Gesundheitsarbeit. Diese kann gesundheitsbezogen oder aber gesundheitsgeleitet sein. Letztere kann in Form von Gesundheitsförderung im Setting praktiziert werden oder dazu dienen, das Setting gesundheitsfördernd zu gestalten.

Ein gesundheitsförderndes Setting zeichnet sich durch die Beteiligung aller Betroffenen aus. Die Bewertung eines gesundheitsfördernden Settings geht über die traditionelle Evaluation von spezifischen Maßnahmen hinaus, gesundheitsfördernde Lebenswelten haben und entwickeln einen eigenen Qualitätstyp, der einer fortlaufenden Veränderung (Anpassung) und in Folge dessen Bewertung unterliegt.

Gesundheit als Leitprinzip für alle Aktivitäten einer Organisation, Partizipation aller Teile des Settings und die Einbeziehung der Gesundheitsförderung in die Qualitätssicherung und -entwicklung setzen einen Politik- und Strategiewechsel voraus. Nachfolgend soll die

gesundheitsfördernde Entwicklung ausgewählter Settings in Sachsen-Anhalt dargestellt werden.

3.1 Setting Familie

Familie bezeichnet in der Soziologie unterschiedliche Aspekte und Konstellationen einer sozialen Lebensform, die mindestens Kinder und Eltern (bzw. ein Elternteil) umfasst – also auf Verwandtschaft beruht – und einen dauerhaften und im Innern durch Solidarität und persönliche Verbundenheit – nicht durch Vertrag, nicht dominant durch rollenhafte Beziehungen – charakterisierten Zusammenhang aufweist.⁷⁹ Als Familie werden neben verheirateten Partnern mit Kindern auch jene Paare gefasst, die nicht verheiratet sind, aber Kinder haben, also in Lebensgemeinschaft leben, wenn nur ein Elternteil mit einem oder mehreren Kindern zusammenlebt bzw. wenn Stief- oder Pflegekinder im Haushalt leben. Nachfolgend geht es um alle Eltern-Kind-Gemeinschaften (Familien) mit ledigen Kindern unter 18 Jahren.⁸⁰

2006 gab es in Sachsen-Anhalt ca. 375.600 Familien.⁸¹ Das sind gut 95.000 weniger als 1997. 63,2 % (1997 – 72 %) dieser Familien bestanden aus

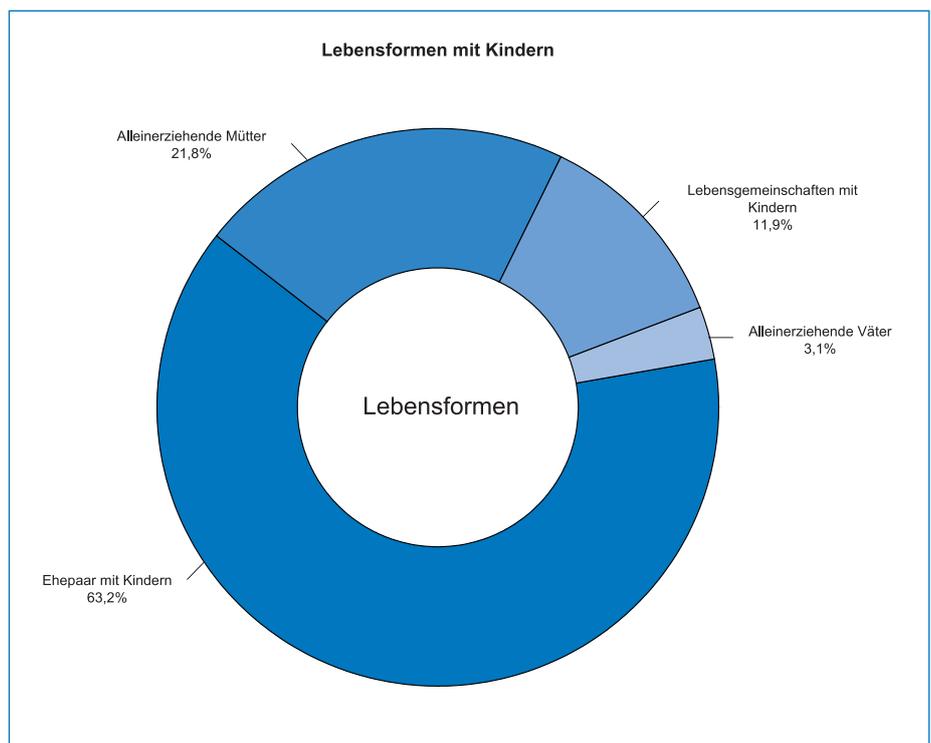


Abb. 3.1

einem Ehepaar mit Kindern, gefolgt von alleinerziehenden Müttern (2006 – 21,8 %; 1997 – 23,6 %), Lebensgemeinschaften mit Kindern (2006 – 11,9 %; 1997 – noch nicht erfasst) und alleinerziehenden Vätern (2006 – 3,1 %; 1997 – 4,0 %). Insgesamt lebten 2006 ca. 22,8 % der 324.059 Kinder unter 18 Jahren mit nur einem Elternteil zusammen (1997: 27,6 % von 470.600 Kindern).⁸² Die traditionelle Familienstruktur hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Der Umbruch von der Groß- zur Kleinfamilie ist vollzogen. Während früher mehrere Generationen unter einem Dach wohnten, reduzierte sich das Zusammenleben zu DDR-Zeiten in der Regel auf Eltern und minderjährige Kinder. Seit 1991 ist die Zahl der Single-Haushalte in Sachsen-Anhalt um 37 % auf 434.500 angewachsen. Das betrifft mehr als jeden dritten Haushalt. Sachsen-Anhalt weist von allen Bundesländern mit 13,5 % den höchsten Bevölkerungsrückgang und deshalb mit 0,5 % den geringsten Zuwachs bei der Haushaltszahl aus.⁸³

3.1.1 Gesundheit in der Familie – Gesunde Familie

Die Familie ist das kleinste Setting, das unter gesundheitsförderlichen Aspekten betrachtet werden kann. Als primäre Sozialisationsinstanz unserer Gesellschaft prägt sie in entscheidendem Maß deren kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Charakter und entwickelt bzw. verändert sich in Abhängigkeit von diesem.

Familien unterscheiden sich nicht nur in ihrer Zusammensetzung, sondern auch in ihren Strukturen. Diese sind vom familiären Zusammenleben (Zeitpunkt der Familiengründung, Dauer institutionalisierter familiärer Beziehungen, Anzahl der Kinder etc.) ebenso geprägt wie von den Lebensverläufen der Familienmitglieder, Formen der Arbeitsteilung innerhalb der Familie und differierenden Leistungen einzelner Familienmitglieder.

Das (Gesundheits-)Verhalten von Familien wird einerseits von diesen innerfamiliären Strukturen (Verhältnissen) bestimmt, andererseits prägt der Gesundheitszustand von Kindern und Eltern die Familiensituation nachhaltig. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, familien- und gesundheitspolitische Bemühungen zu bündeln.

Mit dem Familienbündnis trägt Sachsen-Anhalt diesem Ansatz ebenso Rechnung wie mit den Gesundheitszielen. Auch wenn im Zieleprozess Familien nicht vorrangig als Zielgruppe definiert wurden, erfahren sie in vielen Maßnahmen Beachtung: beispielhaft seien hier das Einlegeblatt für den Zahngesundheitspass, das Mitimpfen der Eltern bei der Kinderärztin/beim Kinderarzt und familienfreundliche Sportangebote genannt, drei Maßnahmen, die im Rahmen der Gesundheitsziele entwickelt und

umgesetzt werden. Im Familienbündnis befasst sich ein Arbeitskreis mit Fragen der Familiengesundheit. Beide Initiativen arbeiten zusammen, verweisen aufeinander und ergänzen sich.

3.1.2 Ausgewählte Projekte

Mit dem Projekt **Familienhebammen**, das 2005 auf Empfehlung des Arbeitskreises Familie und Gesundheit ins Leben gerufen wurde und das vom Hebammenverband Sachsen-Anhalt getragen wird, bietet Sachsen-Anhalt bedürftigen jungen Familien bzw. Müttern und Vätern bei Geburt eines Kindes unterstützende Begleitung. Das Projekt beinhaltet eine modularisierte, praxisreflektierende Weiterbildung von Hebammen, die in einem Präventionsprogramm für Familien mündet. Das Projekt wurde im Zeitraum Mai 2007 bis Oktober 2007 evaluiert. In diesem Zeitraum wurden von 20 Familienhebammen insgesamt 314 Frauen und 2 Männer betreut. Ziel ist es, im Jahr 2008 mindestens zwei Familienhebammen pro Landkreis und kreisfreier Stadt ausgebildet und im Einsatz zu haben. Zielgruppen des Projektes sind zum einen Hebammen, zum anderen werdende Eltern und Eltern mit Kleinstkindern. Im Fokus des Präventionsprogramms stehen Familien, deren Er-

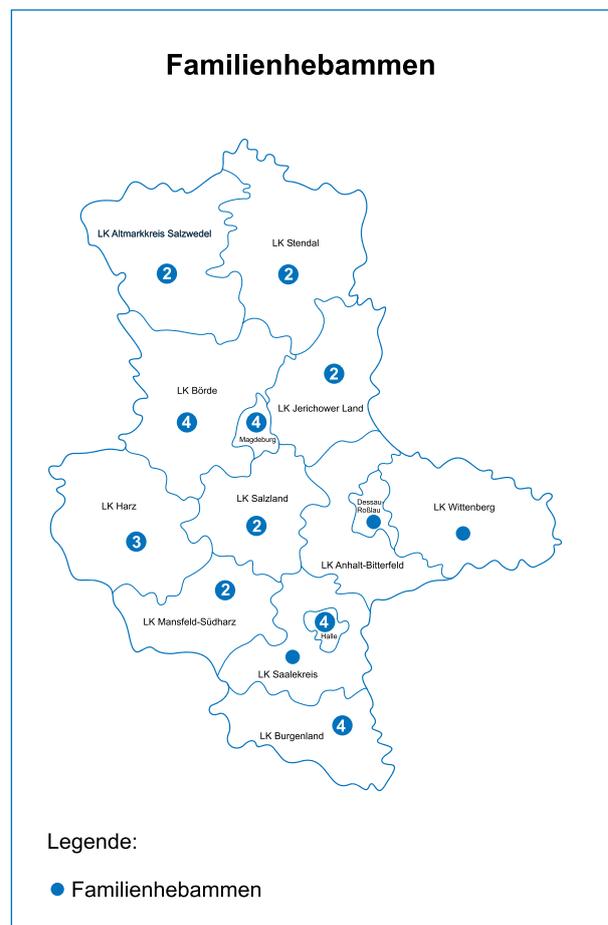


Abb. 3.2

ziehungskompetenzen gestärkt werden sollen. Dies können minderjährige Mütter, Eltern mit Suchtproblemen, Eltern mit psychischen Problemen, Eltern mit Migrationshintergrund, Eltern mit eingeschränkten Fähigkeiten in der Alltagsbewältigung sowie Familien in Armut sein. Der Großteil der betreuten Familien verfügt über einen niedrigen Sozialstatus. So waren 90 % der betreuten Frauen arbeitslos bzw. ohne Erwerbstätigkeit, über ein Drittel der Frauen hatte zum Zeitpunkt der Geburt keinen Schulabschluss, 32 % einen Sonder- bzw. Hauptschulabschluss und 28 % waren alleinerziehend. 30 % der Frauen waren unter 20 Jahre alt. Weitere 37 % lagen im Alter zwischen 20 und 24 Jahren. In zwei Dritteln der Familien bestehen unzureichende Bewältigungssituationen entweder durch Überforderung, Mangel an Wissen oder eine eingeschränkte Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags. Die Betreuung von Familien in Risikokonstellationen erfolgt neben der originären Hebammenarbeit und umfasst bis zu 40 Stunden im Monat. Hierbei bleibt es den Hebammen überlassen, wie sie die Zeit in den jeweils zu betreuenden Familien einteilen. Die Zwischenevaluation⁸⁴, die sich auf den Zeitraum Juni 2006 bis Juli 2007 bezieht innerhalb dessen ca. 150 Familien durch 10 Familienhebammen begleitet wurden, zeigt, dass pro Frau bzw. Familie durchschnittlich 8,3 Leistungen

auf die Schwangerschaftsbegleitung und im ersten Lebensjahr 48,5 Leistungen auf die gesundheitliche Versorgung sowie 21,4 Leistungen auf die psychosoziale-funktionelle Unterstützung entfielen. Derzeit sind in Sachsen-Anhalt 20 Familienhebammen tätig. Diese arbeiten eng mit den Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens (Jugendamt, Gynäkologen, Kinderärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen) zusammen.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist eine wesentliche Komponente einer stabilen Familiengesundheit. Mit dem **Audit Beruf und Familie** rückt der familienfreundliche Betrieb ins Blickfeld von Wirtschafts- und Gesundheitsentwicklung. Diese Initiative wird seit 2003 vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt begleitet und bis 2006 aus Landesmitteln (25 %) und Mitteln des Europäischen Sozialfonds (75 %) anteilig gefördert. 25 Betriebe und Institutionen unterzogen bisher ihre Organisation der familienfreundlichen Prüfung (Stand 26.11.2007), davon neun mit bis zu 100 Beschäftigten, acht mit 101 bis 500 Beschäftigten und acht mit 501 bis 3.000 Beschäftigten. Das Grundzertifikat wurde an 21 der 25 Betriebe vergeben, vier erhielten bereits das Zertifikat audit berufundfamilie®. Neben klassischen Unternehmen entwickeln auch Verbände, Hotels, Hochschulen, Verwaltungen und Kliniken eine familienbewusste Personalpolitik, bei der u. a. die Handlungsfelder Arbeitszeit, Informations- und Kommunikationspolitik und Service für Familien Berücksichtigung finden.

Eine These lautet, dass die Familie für die immer größer werdenden Aufgaben zu klein geworden sei. Mit Rücksichtnahme auf veränderte Familienstrukturen und eine älter werdende Gesellschaft, deren Mitglieder auf einen großen Erfahrungs- und Wissensschatz zurückgreifen können, sind in Deutschland **Mehrgenerationenhäuser** entstanden, die den Zusammenhalt der Generationen fördern. Sie verstehen sich als Drehscheibe für Dienstleistungen, Bildungs-, Begegnungs- und Kulturangebote sowie Kinderbetreuung. Von der Seniorenakademie, dem Kulturcafé bis hin zu Garten- und Haushaltshilfe oder einem „Leih-Oma“-Service bringt das Mehrgenerationenhaus Senioren, Kinder und deren Eltern, aber auch kommunale Institutionen und Betriebe zusammen und fördert Synergien. 2006 startete das Aktionsprogramm, durch welches 500 Mehrgenerationenhäuser bundesweit entstehen sollen; 25 davon in Sachsen-Anhalt haben inzwischen ihre Arbeit aufgenommen. Eines davon, das Familienzentrum in Karsdorf im Burgenlandkreis, wurde als Leuchtturmprojekt ausgewählt. Es zeichnet sich insbesondere durch seine bedarfsgemäßen Angebote aus, die es stets nach den Wünschen der Besucher ausrichtet. So wünschten sich Senioren z. B. einen Computerkurs, bei dem sie Online-Banking und digitale Bildbearbeitung lernen können. Ein besonderer Schwer-

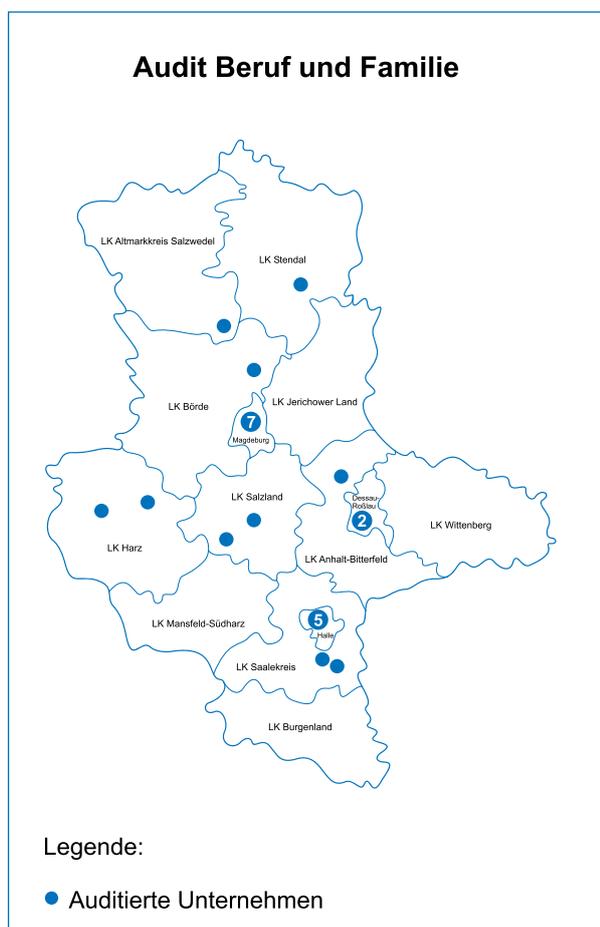


Abb. 3.3

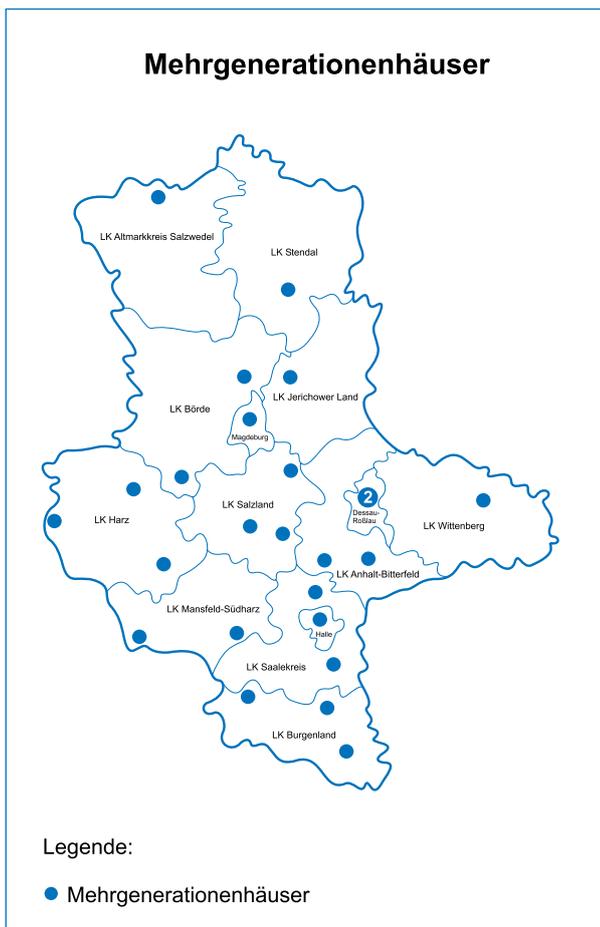


Abb. 3.4

punkt liegt bei den generationsübergreifenden Freizeit- und Sportangeboten des Familienzentrums, bei denen z. B. junge Familien (auch mit 3-jährigen Kindern) und Senioren im Alter von bis zu 70 Jahren gemeinsame Kanutouren unternehmen. Auch die vorbildliche Zusammenarbeit mit anderen lokalen Akteuren brachte dem Familienzentrum Karsdorf diese Auszeichnung ein. Es gehört damit zu den 12 deutschlandweit innovativsten Einrichtungen und gibt seine Erfahrungen an andere Häuser weiter.

3.2 Setting KiTa

Sachsen-Anhalt hat ein bedarfsdeckendes und vielfältiges Kinderbetreuungssystem, das auch im ländlichen Raum wohnortnahe Dienstleistungen für Familien anbietet und eine gleichberechtigte Teilhabe aller Kinder gewährleistet. Es besteht ein Anspruch auf einen Platz in einer Tagesstätte für jedes Kind von der Geburt bis zur Versetzung in den siebenten Schuljahrgang, bei Bedarf und vorhandenen Plätzen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

In den insgesamt 1.696 Kindertageseinrichtungen an 1.921 Standorten werden in Sachsen-Anhalt 26.112 Krippenkinder und 56.225 Kindergartenkinder sowie 36.297 Hortkinder, darunter insgesamt 1.983 Kinder mit Behinderungen, von 10.873 ausgebildeten Fachkräften und 1.683 Leiterinnen sowie 171 Hilfskräften betreut.⁸⁵

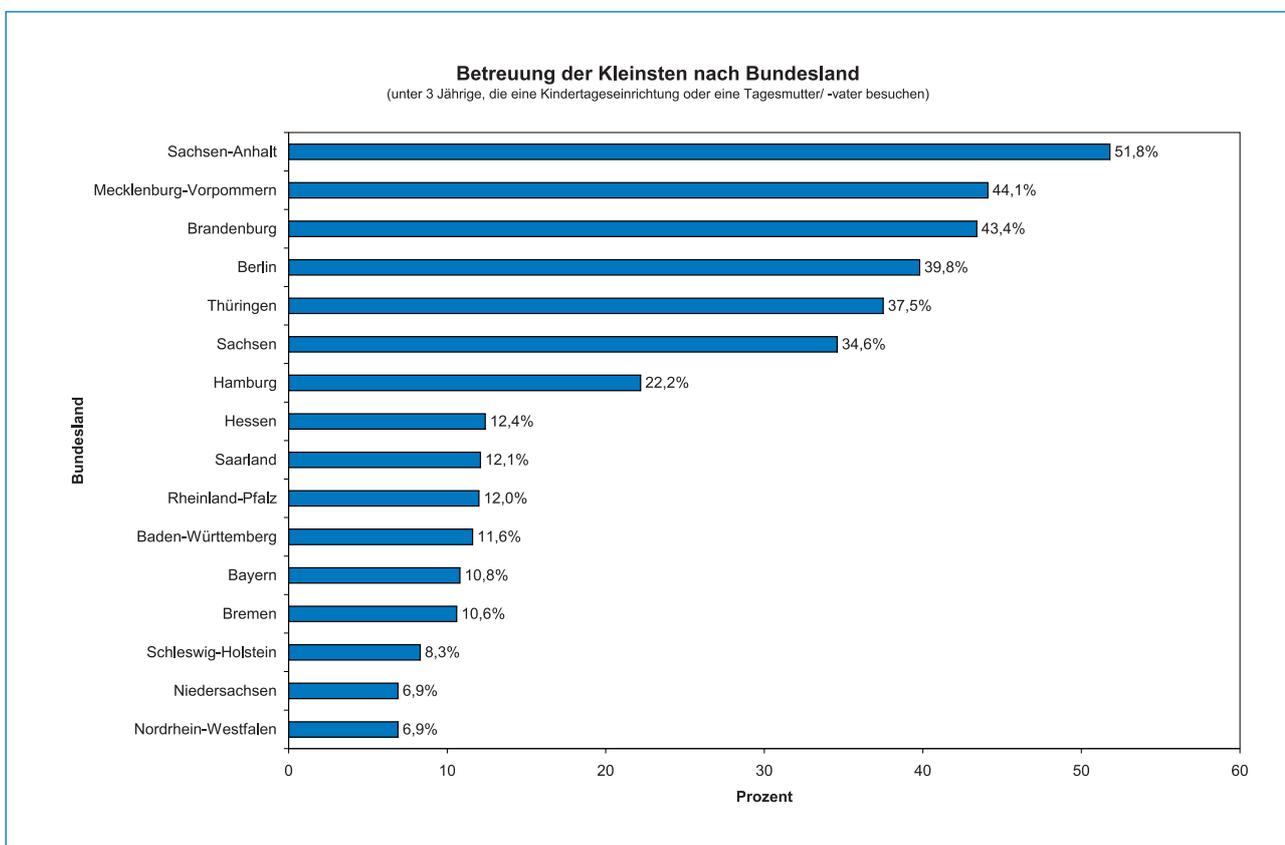


Abb. 3.5

Mit 51,8 % ist Sachsen-Anhalt bei der Betreuung von Kleinkindern unter drei Jahren in Tagesstätten bzw. bei Tagesmüttern Spitze. Der Versorgungsgrad liegt damit weit über dem Standard von 35 %, der in der Bundesrepublik bis 2013 erreicht werden soll. Bei der Betreuung der 3- bis 6-Jährigen in Tagesstätten bzw. durch Tagesmütter erreicht Sachsen-Anhalt einen Versorgungsgrad von 93 %.⁸⁶ Kinder in Tageseinrichtungen werden in Sachsen-Anhalt mit 99,4 % überwiegend von Frauen betreut. Von den 12.556 Fachkräften sind ca. 100 männliche Mitarbeiter. Die Altersgruppe der 41- bis 50-jährigen Fachkräfte ist mit 4.360 Personen am stärksten vertreten, gefolgt von der Altersgruppe der über 31- bis 40-Jährigen mit insgesamt 2.501 Fachkräften.⁸⁷

3.2.1 Gesundheit in der KiTa – Gesunde KiTa

Mit dem Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe⁸⁸, dem Kinderförderungsgesetz⁸⁹ und dem Programm „Bildung: elementar“⁹⁰ sind die wesentlichen Rahmenbedingungen für Kindertagesstätten in Sachsen-Anhalt gesetzt. Laut §§ 22 Abs. 2; 22a SGB VIII besteht die Aufgabe von Tagesstätten darin, die Entwicklung jedes Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu fördern. Dieser Auftrag umfasst die Aspekte der Betreuung, Bildung und Erziehung. Während das KiföG im Wesentlichen den Rahmen der Kinderbetreuung festschreibt, geht es bei „Bildung: elementar“ um die Ausgestaltung des Bildungsauftrags der KiTas. Körper, Bewegung und Gesundheit ist einer der sechs Bildungsbereiche, die das Programm umfasst.

Gesundheitsbildung nach „Bildung: elementar“ durchzieht den gesamten Alltag der Kindertageseinrichtung und geht weit über das Zähneputzen, Händewaschen und den maßvollen Genuss von Süßigkeiten hinaus. Sie unterstützt Kinder, ihre individuellen Bedürfnisse zu spüren, zu erkennen und auszudrücken und setzt darauf, dass letztlich nur die Kinder selbst über ihr Wohlbefinden Auskunft geben können. Die Tagesstätte selbst produziert und beeinträchtigt dabei als Lebenswelt die Gesundheit. Ihre gesundheitsförderliche Gestaltung ist eine Grundvoraussetzung für die gesunde Entwicklung und Gesunderhaltung der in ihr und mit ihr Agierenden. Diese Verantwortung trägt die Kindertagesstätte gemeinsam mit allen anderen verantwortlichen Akteuren, insbesondere den Eltern.

KiTas sind keine medizinischen Versorgungseinrichtungen. Ihr Auftrag richtet sich gemeinsam mit den Eltern auf die Betreuung, Entwicklung zur eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, Erziehung und Bildung der Jüngsten. In diesem Rahmen sind sie mit der Gesundheit schüt-

zenden, fördernden und prophylaktischen Aufgaben betraut. Dazu zählen u. a.:

- Aufnahme mit Arztbescheinigung,
- Untersuchungen des Jugendärztlichen und des Jugendzahnärztlichen Dienstes,
- Gruppenprophylaxe zur Zahngesundheit,
- Akutversorgung im Notfall,
- Hygiene,
- Gesunde Ernährung,
- Ausreichende Bewegung,
- Förderung der fein- und grobmotorischen Fähigkeiten,
- Sprachentwicklung.

Integrative Tagesstätten bzw. Einrichtungen mit besonderem gesundheitsbezogenen Profil – z. B. für geistig Behinderte – haben einen erweiterten Gesundheitsauftrag. In Sachsen-Anhalt gibt es 140 solcher Tagesstätten (Stand: 1.1.2007).

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie⁹¹ wurde die Gesundheitssituation von 310 Erzieherinnen in Kindertagesstätten Sachsen-Anhalts, überwiegend in kommunaler Trägerschaft, empirisch untersucht. Dabei wurde die überdurchschnittlich hohe psychische Belastung dieser Berufsgruppe deutlich:

- Belastungen durch die Kindergruppe selbst,
- Belastungen durch Träger,
- Arbeitsaufgaben und -organisation,
- Arbeitsumwelt,
- Materiell-technische Ausstattung und Spielmaterial,
- Burnout,
- Körperliche Belastung,
- Psychosomatische Beschwerden.

Erzieherinnen belasten insbesondere folgende Aspekte: zu viele Arbeitsaufgaben (80 %), zu große Gruppengrößen (76,1 %), ungünstige Körperhaltung beim Spielen und Basteln (74,2 %), fehlende Zeit für Vor- und Nachbereitung (72,9 %), stimmliche Belastung (70 %), fehlende Erholung im Laufe des Arbeitstages (66,8 %), kein ergonomiegerechtes Mobiliar (61,6 %), Zeitdruck (60,3 %) und Lärmpegel (50 %).

Ausgebrannt, emotional erschöpft fühlen sich 6 bis 7 %, im Vergleich zu anderen Untersuchungen bei Erzieherinnen zeigte sich eine geringere Tendenz zum Burnout. Psychosomatische Beschwerden bei dieser Berufsgruppe stellten sich wie folgt dar: Rückenschmerzen (55,5 %), Kopfschmerzen (42,9 %), Nackenschmerzen (42,6 %), Kreuzschmerzen (35,2 %) und Schlafstörungen (29,7 %).

Kindertageseinrichtungen haben den Auftrag, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen (§ 1, Abs. 3 SGB VIII). Die Teilhabe an Bildungsprozessen zu ermöglichen ist deshalb heute eine ihrer vordringlichsten Aufgaben. Beteiligung zu ermöglichen ist aber auch im ureigensten Interesse der demokratischen Gesellschaft insgesamt. Nur wer beteiligt ist, übernimmt auch Ver-

antwortung. Über die KiTa werden Kinder und ihre Eltern, unabhängig von ihrer Nationalität oder ihrem sozialen Status, erreicht. Damit bietet die KiTa vielfältige Ansätze, Gesundheitschancen für alle Kinder zu eröffnen und insbesondere bildungsfernen Schichten Teilhabe zu sichern. Die hohe Kontaktfrequenz von Erzieher/innen, Kindern und Eltern ermöglicht ggf. notwendige frühe Hilfen und gesundheitliche Interventionen.

Gesundheitsfördernde KiTas sind Kindertagesstätten, die Gesundheit zum Leitgedanken ihrer Einrichtung machen. Sie haben einen Entwicklungsprozess eingeleitet, der den Spiel-, Lern-, Arbeits- und Lebensort KiTa als gesunden Lebensraum gestaltet und dabei die Gesundheit aller Beteiligten ermöglicht und fördert. Kinder- und Erzieher- bzw. Erzieherinnengesundheit finden dabei ebenso Beachtung wie die Einbeziehung der Eltern und regionaler Partner. Potenzialen wie Kreativität, Elternbeteiligung, überschaubare Kommunikationsstrukturen, Einbindung in ein regionales Gemeinwesen und Freude an der Arbeit mit Kindern stehen in Kindertagesstätten vielfältigen Beeinträchtigungen gegenüber. KiTas nutzen unterschiedliche Wege, um ihre Ressourcen besser zu nutzen, Entwicklungspotenziale zu erkennen, Gesundheitsgefährdungen und -belastungen zu begegnen und sich langfristig gesundheitsfördernd zu entwickeln.

3.2.2 Ausgewählte Projekte

Was hält, was macht mich gesund? heißt es in den vier, bald 13 **Kneipp KiTas** in Sachsen-Anhalt. Sie wählten sich die fünf Elemente der Kneipp'schen Lehre als Basis ihrer Gesundheitsentwicklung. Dabei lernen und üben die Kinder spielerisch die Grundlagen zur gesunden naturgemäßen Lebensweise. Dem Bewegungsdrang wird ebenso wie der gesunden Ernährung viel Raum gegeben im KiTa-Alltag. Ein Kräutergarten gehört zum Standard eines Kneipp-Kindergartens. Das Zertifikat „Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Kindertageseinrichtung“ wird nur an Einrichtungen verliehen, die mindestens 18 Monate Erfahrungen mit der Methode nach Sebastian Kneipp haben und wird alle vier Jahre überprüft.

Mit der Entwicklung von Tagesstätten zu **Kinder-Eltern-Zentren**⁹² wird u. a. der Notwendigkeit, Jugend- und Familienhilfe und Bildung enger zu verknüpfen, Rechnung getragen. Als Dienstleistungszentren für die ganze Familie erweitern die Einrichtungen ihr Angebotspektrum für das Kind um Angebote für Eltern, ältere Geschwister, Großeltern und teilweise auch für Fachkräfte. Gesundheit findet bei dieser Entwicklung neben dem Integrationsgedanken und vor dem Hintergrund, dass Kinder heute in vielfältiger



Abb. 3.6

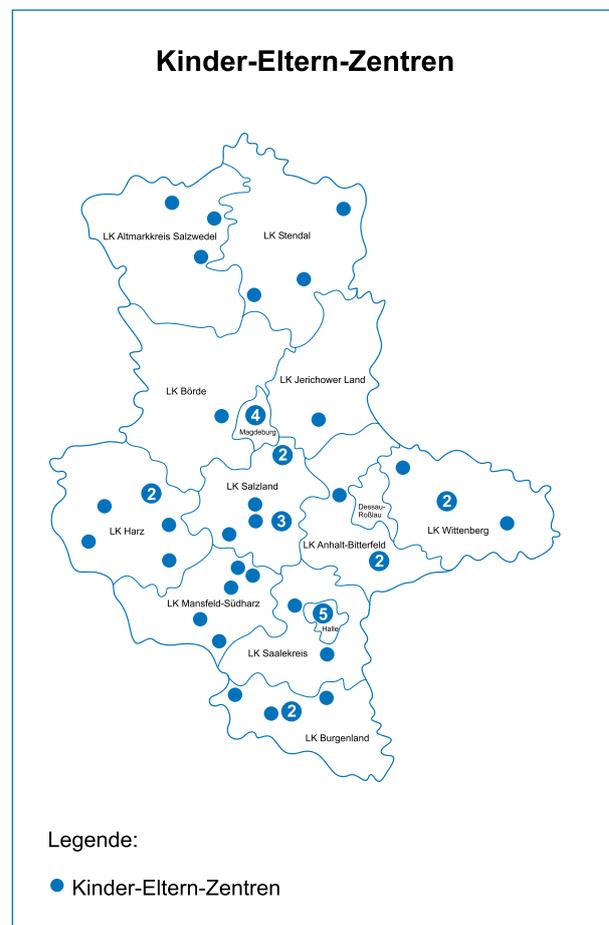


Abb. 3.7

Weise schon belastet und in ihren Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigt sind, wenn sie zur Schule kommen, besondere Beachtung. Frühe Hilfe – wo gewünscht oder offenkundig nötig – ist ein Aspekt, den diese Initiative verfolgt. Inzwischen bieten 50 Zentren, in fast jedem Landkreis bzw. kreisfreier Kommune mindestens eins, ihre Leistungen für Kinder und Eltern an.

Das **Audit Gesunde KiTa** wurde 2005 von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. gemeinsam mit neun Leiterinnen und Erzieherinnen aus KiTas in Sachsen-Anhalt entwickelt und erprobt. Mit Hilfe von acht Qualitätsfeldern und 82 Kriterien wird die Gesundheitsförderungsqualität von Kindertagesstätten auf den Prüfstand gestellt. Betrachtet werden u. a. Gesundheitsverhältnisse, der Kindergesundheitsstatus, die KiTa-Kultur und die Partnerschaften für Gesundheit. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KiTas werden zu Qualitätsbeauftragten (26 per 31.12.2007) ausgebildet, organisieren die Selbstbewertung der Einrichtung und reichen sie gemeinsam mit einem Qualitätsbericht bei der Zertifizierungsstelle ein. Ausgebildete Auditoren (34 per 31.12.2007) begutachten die KiTa-Entwicklung an Hand der Unterlagen und bei einer Fremdbewertung. In einem kollegialen Dialog werden Stärken, Schwächen und Potenziale für die Weiterentwicklung erörtert. Das Zertifikat „Gesunde KiTa“ bestätigt die gesundheitsfördernde Qualität der Einrichtung. Bis Ende 2007 waren 10 KiTas in Sachsen-Anhalt zertifiziert, im Verfahren befanden sich sechs KiTas. Das Audit wurde bisher von drei weiteren Bundesländern übernommen.

Das Projekt **Kita-Frühling** befasst sich mit der Bildungs- und Betreuungsqualität in den 45 Kindertagesstätten der Stadt Halle. Mit Unterstützung der Unternehmensberatung McKinsey & Company werden Konzepte und Erfahrungen zur Qualitätssicherung aus der Wirtschaft gemeinsam mit Erzieherinnen und Erziehern des städtischen Eigenbetriebes für die KiTa aufbereitet. Hierbei geht es u. a. darum, ca. 4.700 Kindern unabhängig von ihrer Herkunft und ihren sozialen Bedingungen gute Startchancen zu ermöglichen. Als offenes Projekt kooperiert der KiTa-Frühling auch mit der Plattform Ernährung und Bewegung (peb) und verleiht so der qualitätsgesicherten Prävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Schwerpunkt.

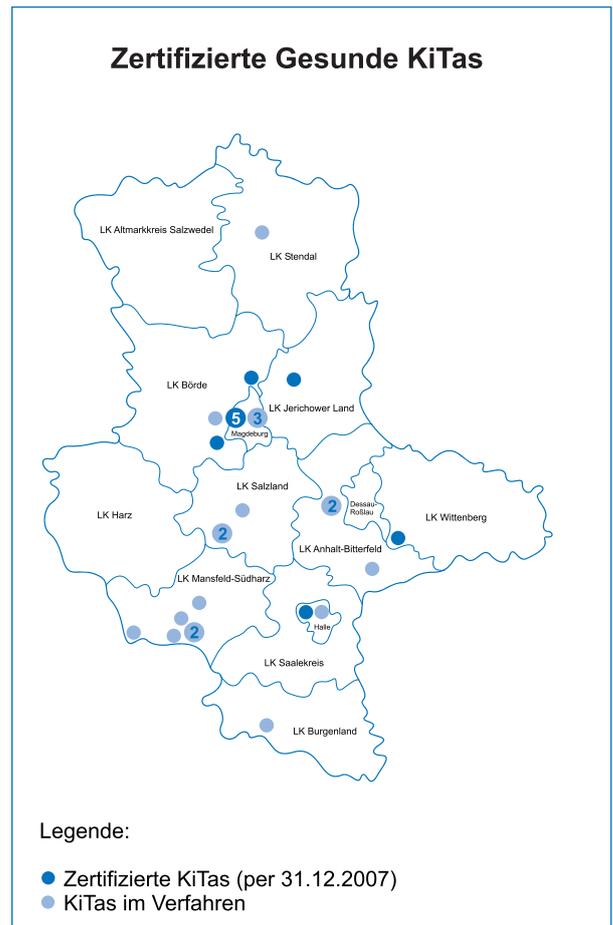


Abb. 3.9

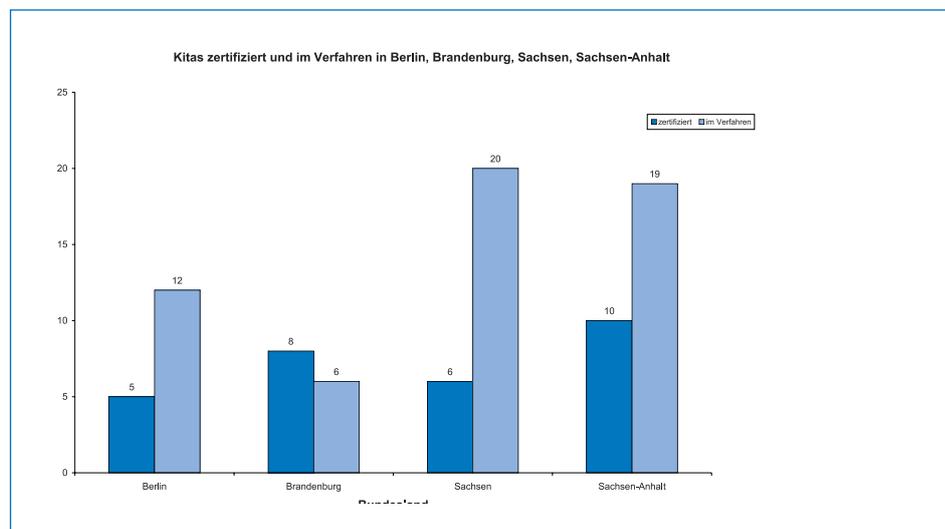


Abb. 3.8

Die Beteiligung von Kindern in Tageseinrichtungen stand im Focus des 1. landesweiten Wettbewerbes „KiTa Vital“. Die Auswertung der Daten des Kinder- und Gesundheitssurveys (KiGGS) hat gezeigt, dass die gesundheitliche Entwicklung von Kindern bereits im frühen Kindesalter durch falsche Ernährung und Bewegungsmangel zunehmend gefährdet ist. Das Ministerium für Gesundheit und Soziales und der Kinderbeauftragte haben mit dem Wettbewerb

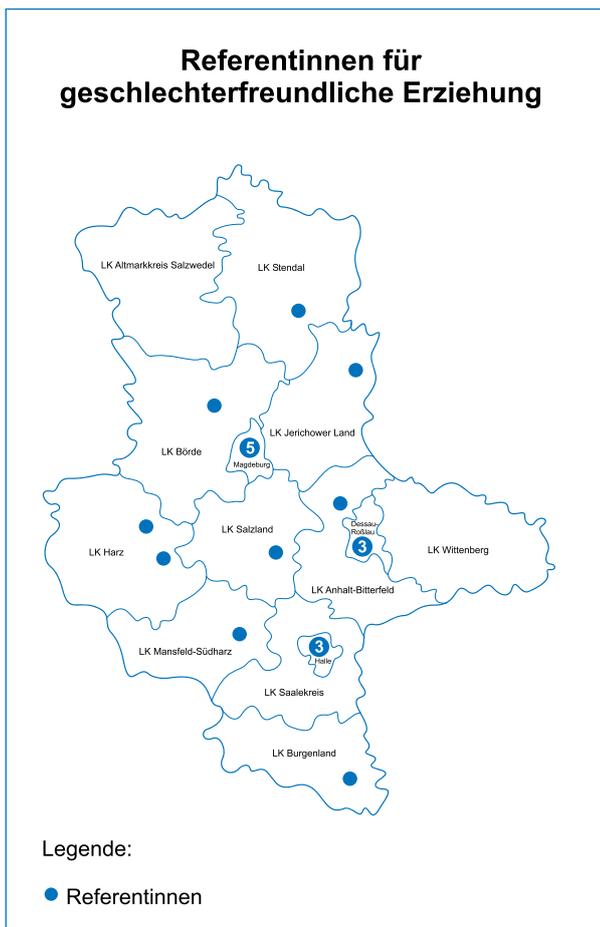


Abb. 3.10

„KiTa Vital“ die Initiative ergriffen, um die Öffentlichkeit und insbesondere die Fachkräfte und Träger der Kinderbetreuung für das Thema „Kindergesundheit“ stärker zu sensibilisieren und gute Praxisbeispiele für alle nutzbar zu machen. Handlungsleitend war dabei der Grundsatz, die Kinder in hohem Maße und altersgerecht zu beteiligen und damit die gesundheitliche Förderung zu ihrer eigenen Sache zu machen. Wettbewerbsaufgabe war, fantasievolle Rezepte zu kreieren, die sich so in keinem Kochrezeptebuch befinden. Gefragt waren auch Fotos oder Bilder zur Entstehung der Speisen und zur Präsentation in der Gruppe. An dem Wettbewerb haben sich 2007 über 600 Kinder aus KiTas im Alter von drei bis sechs Jahren sowie 110 Schulkinder in Horten und 95 Projektleiterinnen und Projektleiter beteiligt. Aus den Landkreisen Salzlandkreis, Mansfeld-Südharz, Burgenlandkreis und Harz traten die meisten KiTas zum Wettbewerb an. Die 12 besten Rezepte und Projekte wurden in einem Jahreskalender dargestellt und landesweit bekannt gemacht. 2008 wird der Wettbewerb mit dem Thema Bewegungsförderung fortgesetzt.

Erzieherinnen, Erzieher und Eltern im Umgang mit kindlicher Körperwahrnehmung und Körperneugier zu unterstützen, ist Ziel der von der Kinder-

beauftragten Sachsen-Anhalts 2006 ins Leben gerufenen **Landesinitiative zur Förderung der Körperwahrnehmung und des Körperwissens im Kindesalter**. Kernelement der Initiative ist ein Referentenpool, bestehend aus 20, über das ganze Land verteilten und speziell geschulten Multiplikatorinnen, die in Kindertagesstätten praxisnahe Workshops rund um das Thema geschlechterfreundliche Erziehung anbieten. Bislang wurden 50 Workshops durchgeführt, mit denen ca. 600 Erzieherinnen und Erzieher erreicht wurden. Die Initiative wird zum Dezember 2008 abgeschlossen, der Referentenpool steht jedoch weiter zur Verfügung. Perspektivisch soll eine KiTa zum Kompetenzzentrum für Körperwissen und Körperwahrnehmung entwickelt werden.

3.3 Setting Schule

In Sachsen-Anhalt gibt es derzeit 978 Allgemeinbildende Schulen, davon 559 Grundschulen, 188 Sekundarschulen, 91 Gymnasien, 128 Förderschulen, 7 Gesamtschulen, 3 Freie Waldorfschulen und 2 Schulen des zweiten Bildungsweges. Sie werden von 99.420 Schülerinnen und 102.170 Schülern, insgesamt 201.590 Kindern und Jugendlichen besucht. 80 der 978 Allgemeinbildenden Schulen sind Ganztagschulen.

Die Schülerinnen und Schüler an den Allgemeinbildenden Schulen werden von 20.763 Lehrerinnen (16.860) und Lehrern (3.903) betreut. 44,25 % der Lehrerinnen und Lehrer sind älter als 50 Jahre, 83,56 % sind älter als 40 Jahre.⁹³ In 320 Berufsbildenden Schulen lernen 82.575 Schülerinnen und Schüler.⁹⁴

Insgesamt 284.165 Kinder und Jugendliche erleben das Setting Schule mit seinen gesundheitsfördernden und gesundheitsbeeinträchtigenden Rahmenbedingungen wochentäglich.

Außerdem sind sieben Hochschulen und zwei Universitäten in Sachsen-Anhalt ansässig, deren 51.446 Studentinnen und Studenten von 16.419 Lehrkräften betreut werden. 4.549 Studentinnen und Studenten kommen aus dem Ausland.⁹⁵

3.3.1 Gesundheit in der Schule – Gesunde Schule

Das Setting Schule fand bundesweit in der Gesundheitsförderung nach Ottawa neben Städten, Betrieben und Krankenhäusern zunächst die stärkste Beachtung. Gesundheitsaufklärung und die emotionalen Ansätze der Angsterzeugung und Abschreckung trugen nicht die erwarteten Früchte.⁹⁶ Bis heute bestehen vielfältige schulische Entwicklungspotenziale und Gesundheitsprobleme, wenn sie sich im Laufe der Jahre auch in ihrer Qualität verändert haben.

Lehrkräfte sind gemessen an den Erkrankungsraten eine stark belastete Zielgruppe. Nur wenige erreichen das Rentenalter von 65 Jahren, sie scheiden oftmals früher – das Durchschnittsalter der Frühpensionierung liegt bei 53 Jahren – auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus dem Schuldienst aus.⁹⁷ Die Ursachen hierfür sind vielfältig, u. a. gesellschaftliche Wandlungsprozesse verursachen Sinnkrise und ökonomische Krise der Schule, die auf den Gesundheitszustand von Schülerinnen und Schülern und auf die Lehrerschaft zurückwirken.

Nach dem PISA-Ländervergleich 2002, bei dem Sachsen-Anhalt den drittletzten Platz belegte, wurde 2002/2003 die Grundschule mit verlässlichen Öffnungszeiten eingeführt. Das Schuljahr 2003/2004 brachte vielfältige Veränderungen: die verbindliche Förderstufe (Klasse 5 und 6) wird abgeschafft, das Gymnasium beginnt wieder mit Klasse 5, die gymnasiale Schulzeit wird wieder auf 12 Jahre verkürzt, der Hauptschulabschluss wird wieder eingeführt, es gibt mehr Unterrichtsstunden in Deutsch und Mathematik, Grundschüler erhalten Kopfnoten für Lern- und Sozialverhalten und landesweite Vergleichsarbeiten in Deutsch, Mathematik und den Naturwissenschaften werden eingeführt. Zum Schuljahr 2004/2005 werden die Einzugsbezirke für Grund- und Sekundarschulen aufgehoben, Grundschülerinnen und -schüler, die ohne Empfehlung aufs Gymnasium wollen, müssen sich einer Eignungsfeststellung unterziehen, Sonderschulen werden in Förderschulen umbenannt und zur Versetzung muss eine 5 in Deutsch oder Mathematik durch andere, bessere Noten ausgeglichen werden. Im PISA-Ländervergleich 2005 belegte Sachsen-Anhalt dann den 5. Platz.⁹⁸ Die Schulreform(en) in Sachsen-Anhalt gehen weiter. Hinzu kommen Schulzusammenlegungen und Schulschließungen in Folge der schwindenden Bevölkerung, Kreis- und Gebietsreformen und sinkender Geburtenzahlen. Diese Entwicklungen wirken sich auch auf die Gesundheit von Schülern und Lehrern aus.

Gesundheitsförderung bietet Schulen, insbesondere in Phasen der Neuorientierung, durch ihren organisationsentwickelnden Ansatz eine identitätsstiftende Perspektive und ermöglicht so, mit den neuartigen Potenzialen und Belastungen besser umzugehen.

Der Auftrag von Schulen ist vielfältig, er besteht u. a. darin, die Schülerinnen und Schüler zu verantwortlichem

Handeln in einer von zunehmender gegenseitiger Abhängigkeit und globalen Problemen geprägten Welt für die Bewahrung von Natur, Leben und Gesundheit zu befähigen. Gesundheitsbildung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Darüber hinaus sind Schulen auch mit der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler schützenden, fördernden und prophylaktischen Aufgaben betraut. Dazu zählen u. a.:

- Schuleingangsuntersuchung,
- Untersuchungen des Jugendärztlichen und des Jugendzahnärztlichen Dienstes,
- Impfstatuskontrolle 3. und 6. Klasse,
- Gruppenprophylaxe zur Zahngesundheit,
- Akutversorgung im Notfall,
- Mittagsversorgung,
- Ausreichende Bewegung.

Eine aktuelle Datenerhebung zu Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Auszubildenden zeigte alarmierende Ergebnisse. Die freiwilligen Tests (BMI, Fettgehalt, Kohlenmonoxidgehalt in der Ausatemluft und Angaben zur sportlichen Betätigung) wurden bis 31.12.2007 25 Berufsbildenden Schulen im Rahmen von Aktionstagen angeboten. Bis 30.09.2007 beteiligten sich über 1.000 Schülerinnen und Schüler und nutzten das Angebot. 19 % der 726 Mädchen und Jungen, die ihren BMI bestimmen ließen, waren übergewichtig, 5,4 % davon adipös. Der Körperfettanteil, der Herz-Kreislauferkrankungen begünstigt, war bei 54,5 % der Schülerinnen und Schüler zu hoch. 50,8 % der Jugendlichen treiben kaum oder gar keinen Sport und 59,2 % rauchen. Ca. 35,7 % belasten ihr Herz mit zwei der drei Risikofaktoren. 6,47 % zeigen in allen drei Bereichen riskantes Verhalten. Insbesondere letztere sind mit ca. 18 Jahren schon prädestiniert für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Auffällig ist, dass riskantes Gesundheitsverhalten und der Bildungsgrad in einem deutlichen Zusammenhang stehen.⁹⁹

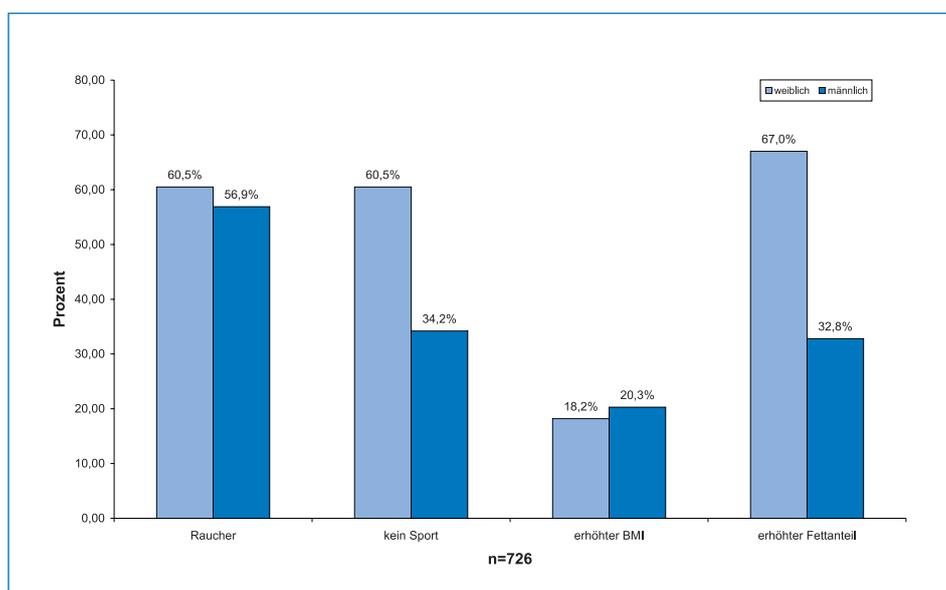


Abb. 3.11

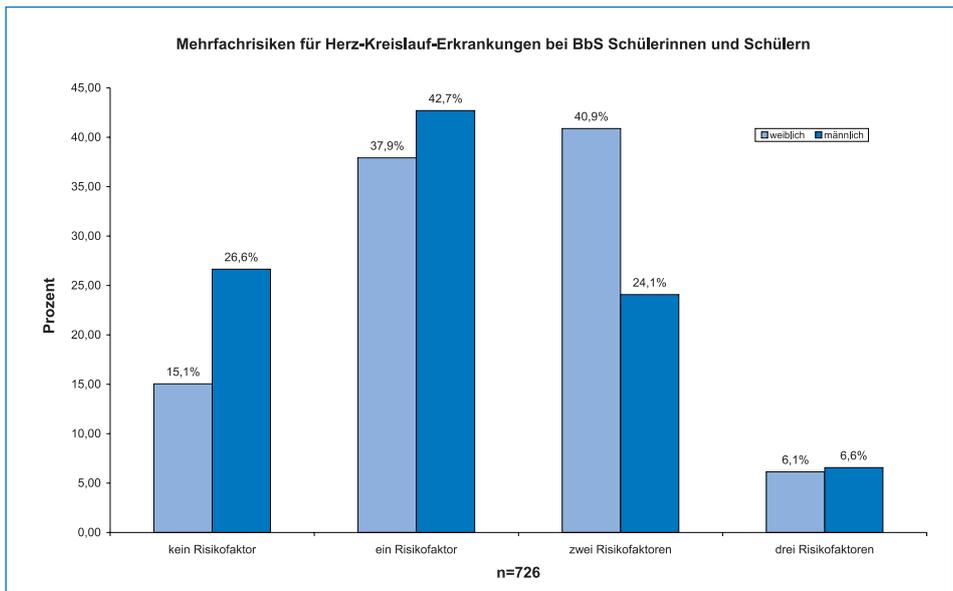


Abb. 3.12

lichen Schwerpunkt) für die Gesundheit in ihrem Setting. Ca. 500 Schulen halten Netzwerkkontakt und nutzen die Angebote des Regionalen Unterstützungszentrums für Gesundheitsförderung in der Schule, das in Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium, dem Gesundheitsministerium, der Unfallkasse und der AOK bei der LVG aufgebaut wurde und mit vielfältigen Dienstleistungen die Idee der Gesundheitsförderung im Setting Schule trägt und verbreitet.

Im Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen, das seit 1995 in Sachsen-Anhalt arbeitet, engagieren sich acht Knotenpunktschulen (Regionalzentren für schulische Gesundheitsförderung) und sieben fachliche Kompetenzzentren (Schulen mit einem inhalt-

3.3.2 Ausgewählte Projekte

Seit 1991 gibt es in Kooperation des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, des Kultusministeriums und des LandesSportBundes (LSB) das Projekt **Sport in Schule und Verein**, mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche zur Bewegung zu animieren und bei ihnen langfristig im Rahmen einer Vereinsmitgliedschaft ein gesundes Bewegungsverhalten zu entwickeln. Dazu werden Schulsportgemeinschaften (Sport-AGs) und Sportprojekte für Schülerinnen und Schüler bei Vereinen, die von Lehrern, Eltern und Übungsleitern betreut werden, in Kooperation mit Sportvereinen aufgebaut. Das kostenfreie Angebot wird von den Kindern und Jugendlichen – insbesondere auch unterer sozialer Schichten – gern genutzt. Durchschnittlich jede sachsen-anhaltische Schule verfügt inzwischen über mindestens eine Schulsportgemeinschaft, die im Rahmen des Projektes gefördert wird. Der betreuende Ausschuss stabilisierte und modifizierte im Berichtszeitraum das Projekt für Sachsen-Anhalt auf der Basis des „Kinder- und Jugendsportberichts“¹⁰⁰, der „SPRINT-Studie“¹⁰¹ der Bundesrepublik Deutschland und weiterer landesspezifischer Analysen. Im Ergebnis wurden die Förderrichtlinie „Schul- und Vereinssport“¹⁰² zum April 2007 fort- und der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen von Schule und Verein festgeschrieben. Trotz des Rückgangs der Schülerzahlen wurden mehr Schülerinnen und Schüler im außerunterrichtlichen Sport im Rahmen des Projektes erfasst. 52 % der AGs werden in Sachsen-Anhalt von Sportpädagogen betreut (Bundesdurchschnitt 26 %).¹⁰³ Geht man davon aus, dass durchschnittlich 20 Kinder in diesen AGs in Bewegung kommen, wurden 37.300 Kinder im Jahr 2007 erreicht.

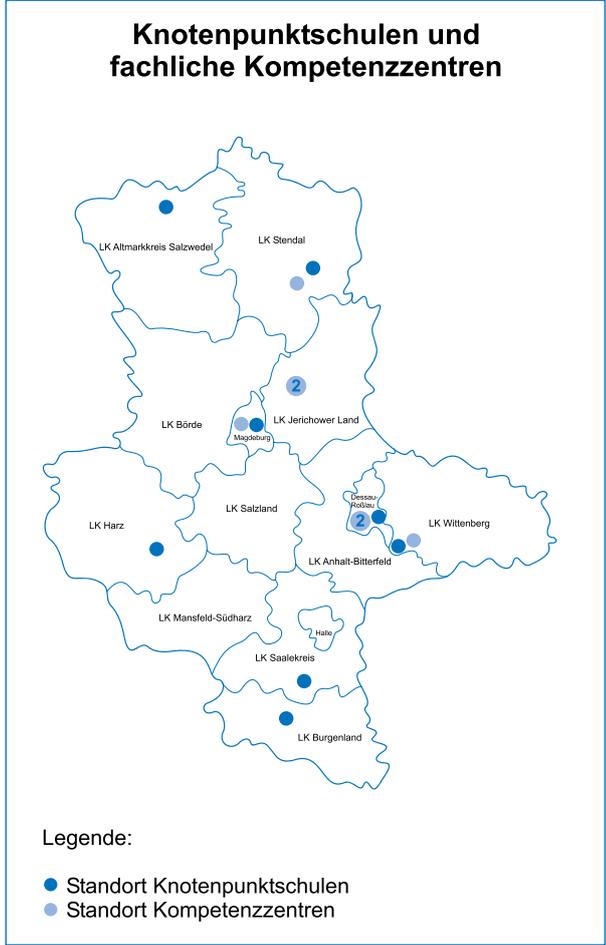


Abb. 3.13

In einem Kooperationsprojekt der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und

Sport in Schule und Verein – 2002/03 und 2005/06

Jahr	Anzahl der AGs	davon an Grundschulen	Anzahl Projekte	Beteiligte Schüler in % (7-17jährige)	Gewonnene Vereinsmitglieder
2002/03	1.783	640	106	11,12	998
2005/06	1.865	877	174	13,06	1.412

Abb. 3.14

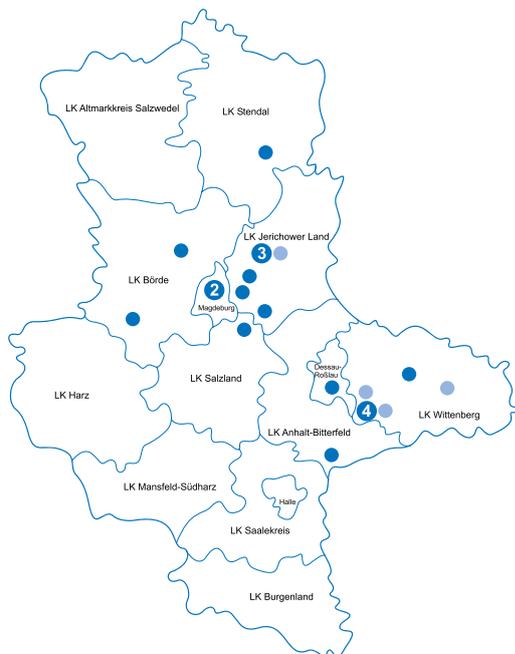
der Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland Pfalz und Sachsen-Anhalt wurde das Projekt **gesund leben lernen** umgesetzt. In Bildungsstaffeln an 4 KiTas und 19 Schulen (von der Grundschule bis zur Berufsbildenden Schule) wurde in Sachsen-Anhalt betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule umgesetzt. Die Adaption von Instrumenten aus dem Setting Betrieb auf die Lebenswelt Schule gelang und liefert einen Ansatz zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung, den alle Bildungsstätten in Sachsen-Anhalt, die das möchten, nutzen können. Um Interessenten beratend zur Seite zu stehen, qualifizieren sich vier Schulen (eine Grundschule, eine Sekundarschule, eine Förderschule und eine BbS) zu Kompetenzzentren für Betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer jeweiligen Schulform. Ergebnisse der ersten Projektphase

belegen die Nachhaltigkeit des Projektes:¹⁰⁴ von 15 arbeits- und gesundheitschutzrelevanten Mängeln wurden acht sofort behoben, 18 weitere bauliche Maßnahmen – darunter die Einrichtung eines grünen Klassenzimmers – wurden im Projekt realisiert, 32 ar-

beitsorganisatorische Veränderungen wurden vorgenommen, aggressives Verhalten nahm ab und die Kommunikation in den Einrichtungen verbesserte sich. Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen konnte insbesondere durch Partizipation abgebaut werden.¹⁰⁵

Mit dem **aid-Ernährungsführerschein** erwerben Kinder die Lizenz zum „Selber kochen“. Das bundesweite Projekt wird in Sachsen-Anhalt vom Landfrauenverband unterstützt und richtet sich an Schülerinnen und Schüler der 3. Klassen an den 559 Grundschulen und 128 Förderschulen des Bundeslandes. 20 Frauen haben sich als sogenannte Kinderbotschafterinnen für Gesunde Ernährung qualifiziert und neben hauswirtschaftlichen und pädagogischen Grundkenntnissen auch umfangreiche praktische Erfahrungen

Projekt-KiTas und Schulen „gesund leben lernen“

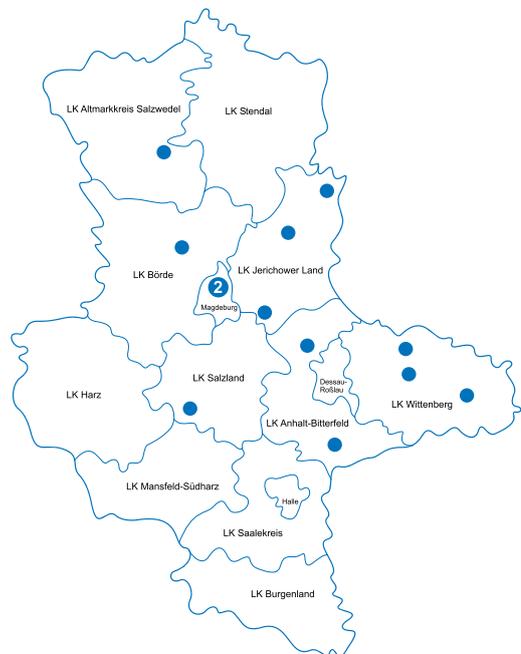


Legende:

- Projekt-Schulen
- Projekt-KiTas

Abb. 3.15

Kinderbotschafterinnen für Gesunde Ernährung



Legende:

- Kinderbotschafterinnen

Abb. 3.16

Grundschulen mit aid-Führerschein

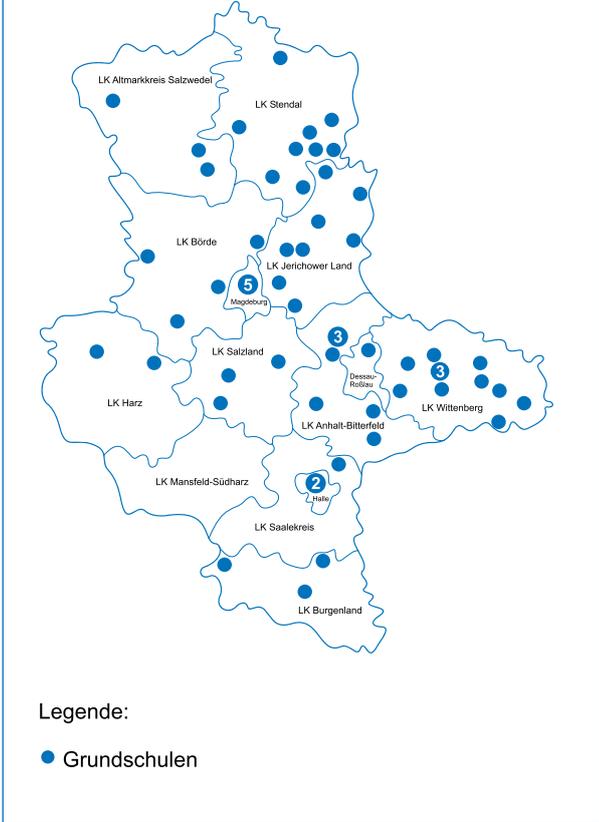


Abb. 3.17

in der Arbeit mit Kindern gesammelt. Der Ernährungsführerschein vermittelt Kindern Wissen und Kompetenzen für die Auswahl und Zubereitung von Lebensmitteln. Schülerinnen und Schüler, die den Führerschein erwerben, kennen u. a. die wichtigsten Lebensmittelgruppen und wissen, wie eine gesunde Mahlzeit aussieht und wie man sich bei Tisch benimmt. Sie können Lebensmittel verarbeiten und kleine Mahlzeiten zubereiten und den Tisch decken. Derzeit sind 13 der 20 Kinderbotschafterinnen in 11 Schulen aktiv. 19 Schulen haben ihren Ernährungsführerschein bereits abgelegt. Für das Schulhalbjahr 2008/2009 haben 105 Grundschulen Interesse angemeldet, so dass im Jahr 2008 voraussichtlich ca. 5.000 Schüler in Sachsen-Anhalt den Ernährungsführerschein ablegen werden.¹⁰⁶

Mit dem **Audit Gesunde Schule**¹⁰⁷, das von 1999 bis 2003 mit Schulpraktikerinnen und Schulpraktikern in Sachsen-Anhalt entwickelt wurde, steht die kontinuierliche Entwicklung der Gesundheitsförderungsqualität von Schulen im Zentrum aller Aktivitäten. Das Zertifizierungsverfahren dient zum einen der Standortbestimmung und zum anderen der Potenzialsichtung. Es gibt darüber hinaus Anregungen zur individuellen gesundheitsfördernden Weiterentwicklung der jeweiligen Bildungsstätte. Als Analyse- und Entwicklungsinstrument bewährt sich das Audit Gesunde Schule in der Praxis. 85 Qualitätsbeauftragte (Stand 31.12.2007) und 76 Auditorinnen und Auditoren (Stand 31.12.2007), Lehrerinnen und

Zertifizierte Gesunde Schulen der Bundesländer nach Schulformen

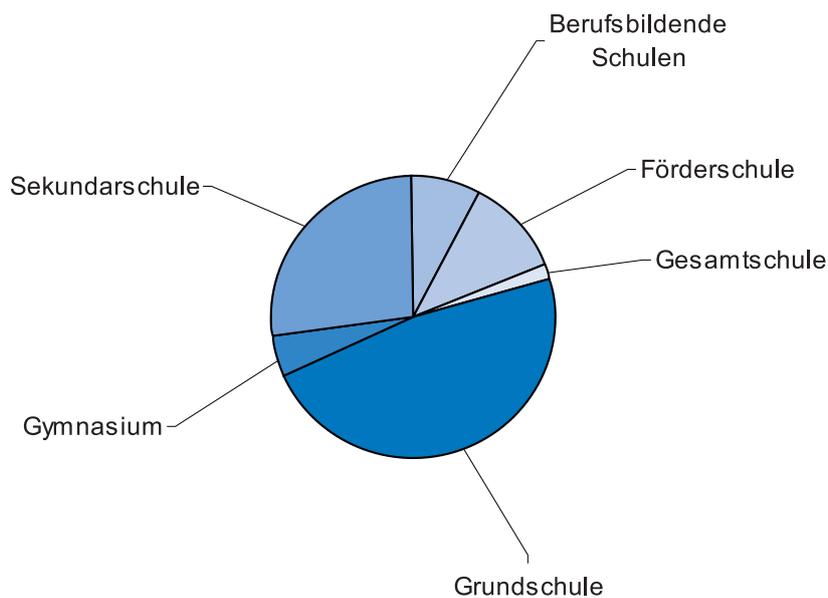


Abb. 3.18

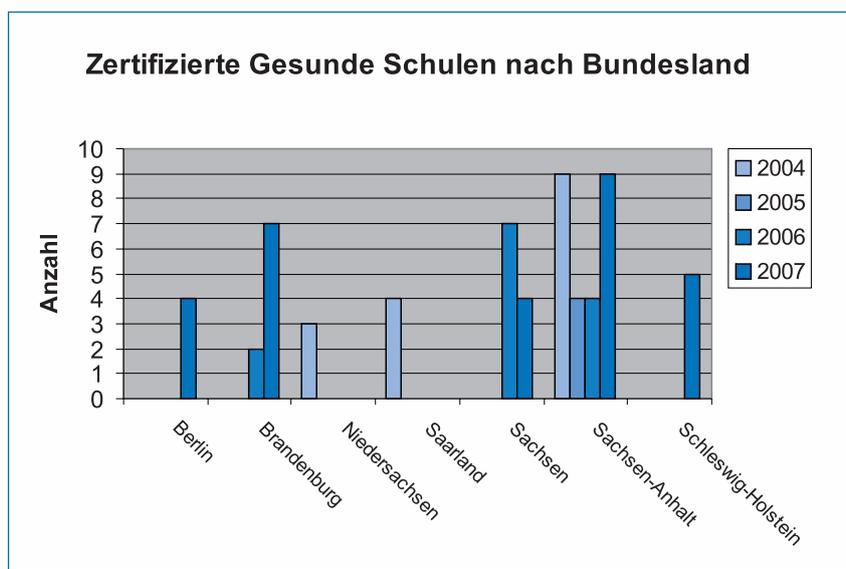


Abb. 3.19

Lehrer, Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Eltern, tragen dem Gütegedanken in ihren Einrichtungen mit der Auditierung in besonderer Weise Rechnung. 26 Schulen wurden als Gesunde Schulen bis zum 31.12.2007 in Sachsen-Anhalt zertifiziert, neun befinden sich zum Jahresende 2007 im Zertifizierungsverfahren. Unter dem speziellen Blickwinkel „Gesundheit“ ergänzt das Audit kompatibel die vielfältigen Qualitätsbemühungen der Schulen und ihrer Träger. Diese sachsen-anhaltische Entwicklung wurde bisher von sieben Bundesländern – Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein – übernommen, sechs davon praktizieren das Audit derzeit aktiv.

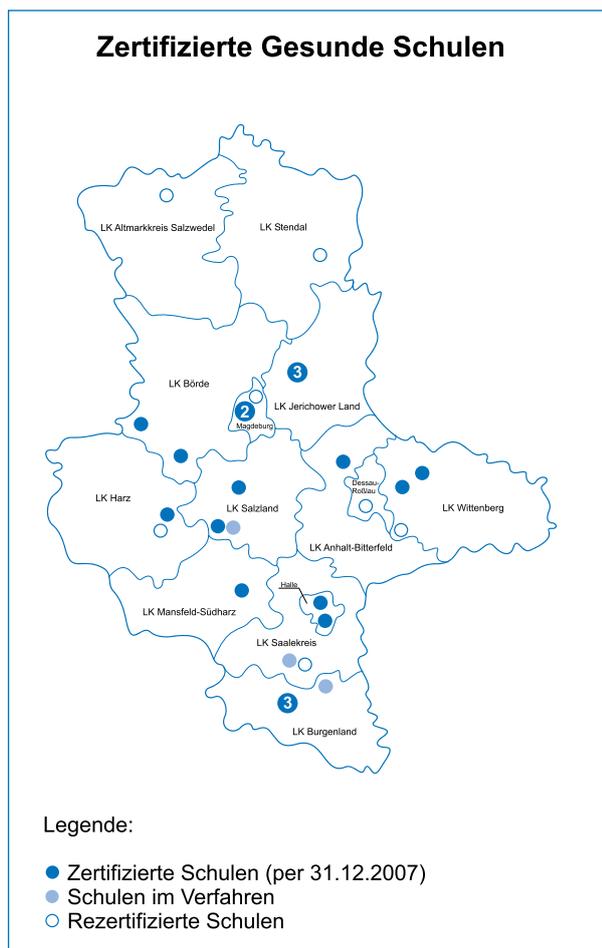


Abb. 3.20

3.4 Setting Betrieb

Mit 64,5 % (ca. 1 Mio.) verbringt der größte Teil der erwerbsfähigen Bevölkerung (ca. 1,56 Mio.)¹⁰⁸ nach wie vor eine nicht unbeträchtliche Lebenszeit am Arbeitsplatz in einem Betrieb, einer Verwaltung, einer Behörde u. ä. In Sachsen-Anhalt gehen die Bürgerinnen und Bürger in 81.860 Unternehmen – davon 225 Großbetriebe und 81.632 Klein- und Mittelunternehmen (KMU)¹⁰⁹ mit 1.540 mittleren Unternehmen, 6.658 kleinen Unternehmen und 73.434 Kleinunternehmen – ihrer Arbeitstätigkeit nach.¹¹⁰

Betriebsgrößenklassen nach Anzahl der Beschäftigten

Betriebsgrößenklasse	Anzahl der Beschäftigten
Großbetriebe	> 250
KMU	< 250
• Mittelunternehmen	50-250
• Kleinunternehmen	10-50
• Mikro(Kleinst-)unternehmen	< 10

Abb. 3.21

3.4.1 Gesundheit im Betrieb – Gesunder Betrieb

Die Aufgabe von Unternehmen ist die Produktion von am Markt verkäuflichen Gütern und Dienstleistungen, nicht von Gesundheit. Daraus resultiert ihre Prioritätensetzung.¹¹¹ Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann langfristig zwar Leistungspotenziale, die die originären Aufgaben von Unternehmen fördern, erschließen, kurzfristig führt sie aber eine neue, ungewohnte und ungeübte Struktur in die bestehende ein und sorgt damit (im mindesten) für Unruhe.

Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit sind jedoch grundlegende Voraussetzungen für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Unternehmen. Gesunde Arbeitsbedingungen beeinflussen daher die ökonomische und soziale Entwicklung des Bundeslandes. Aber immer noch überwiegen betriebswirtschaftliche Kriterien bei den Unternehmenszielen. Dies gilt besonders für die Klein- und Mittelunternehmen (KMU) und betrifft dadurch den größten Teil der Beschäftigten in Sachsen-Anhalt.

Fragen der Sicherheit, des Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung wird nach wie vor zu wenig Beachtung geschenkt. Dabei gibt es genügend Hinweise, dass Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung die Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen nachhaltig verbessern können. Ausführliche Informationen zu Fragen des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz in Sachsen-Anhalt können dem Jahresbericht der Arbeitsschutzverwaltung¹¹² entnommen werden. KMU benötigen hierfür allerdings eine modifizierte Strategie, da sich ihre Arbeits- und Produktionsbedingungen in vielfacher Hinsicht von denen größerer Unternehmen unterscheiden.

Im Jahr 2006 hatte Sachsen-Anhalt 2.316.425 Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen, die sich auf 191.793 Arbeitsunfähigkeitsfälle verteilten. Daraus ergibt sich eine Anzahl von 12,08 Ausfalltagen je Krankheitsfall. Die häufigste Ursache für einen krankheitsbedingten Arbeitsausfall – mit weitem Abstand zu nachfolgenden Erkrankungsbildern – ist dabei die Diagnose Rückenschmerzen.¹¹³

Ein modernes auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtetes betriebliches Gesundheitsmanagement ist Voraussetzung für den Erhalt und die Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität der Beschäftigungsfähigkeit insbesondere auch älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Entlastung der Sozialsysteme. Gesundheits- und seit neuestem auch Arbeitsschutzziele¹¹⁴ flankieren diesen Prozess. Im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie sollen z. B. Häufigkeit und Schwere der Arbeitsunfälle, Muskel- und Skeletterkrankungen, Hauterkrankungen und psychische Belastungen reduziert werden. Der Landesarbeitskreis für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Sachsen-Anhalt begleitet die Arbeitsschutzziele in Sachsen-Anhalt.

Etliche Unternehmen befassen sich in Sachsen-Anhalt bereits mit Betrieblicher Gesundheitsförderung. Insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung und die Berufsgenossenschaften unterstützen und

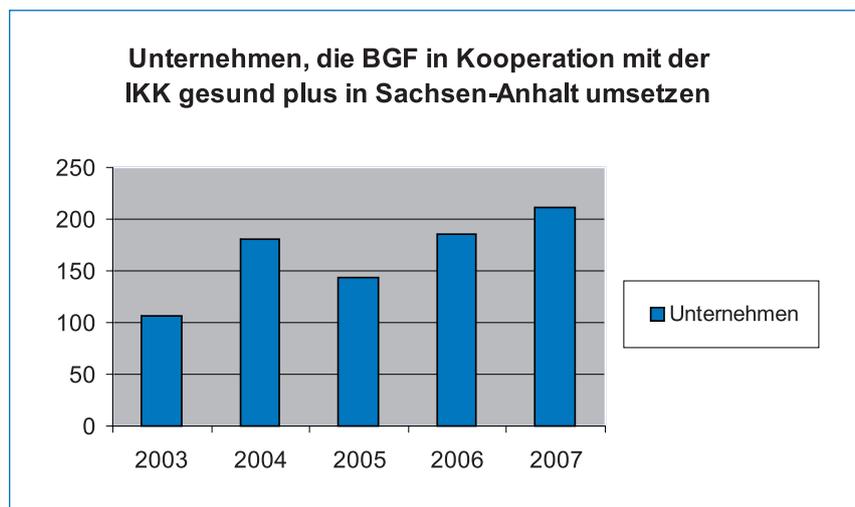


Abb. 3.22

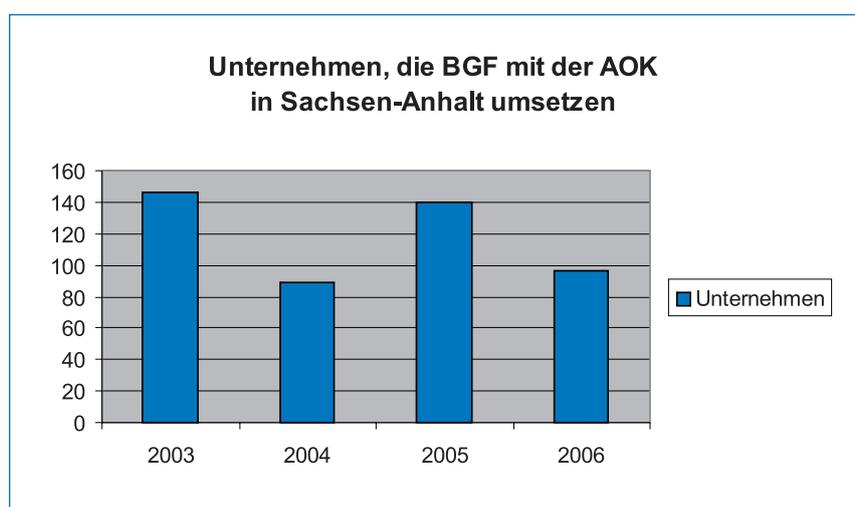


Abb. 3.23

fördern diese Entwicklung. So bietet z.B. die IKK gesund plus ein maßgeschneidertes Projekt zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die IKKimpuls-Werkstatt. Vier Elemente (Analyse, Zirkel, Training und Report) können entsprechend dem Bedarf individuell genutzt und kombiniert werden. Bundesweit beteiligten sich bereits über 1.000 Unternehmen an diesem Angebot. Auch in Sachsen-Anhalt nutzen Firmen diese Möglichkeit für mehr Gesundheit im Betrieb.

Die AOK Sachsen-Anhalt bietet interessierten Unternehmen Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen des Arbeitgeberservice Gesunde Unternehmen (ASGU) an, viele Firmen engagieren sich gemeinsam mit der Krankenkasse für die Gesundheit ihrer Beschäftigten.

Gesundheitsfördernde Betriebe bauen auf einem erweiterten Arbeitsschutzverständnis auf mit dem Ziel, eine gesundheitsfördernde Unternehmenspolitik zu schaffen. Dabei geht es neben der Verhütung von Krankheiten und Unfällen vor allem um die Nutzung individueller und organisationsbezogener Ressourcen und um den Aufbau entsprechender Handlungskompetenzen. Verhaltens- und Verhältnisprävention ergänzen einander und gelingen bei einem kooperativen Vorgehen, das die Beteiligung der Betroffenen sichert. Kontinuität und Transparenz sind ebenfalls wichtige Merkmale erfolgreicher Betrieblicher Gesundheitsförderung.

3.4.2 Ausgewählte Projekte

Jährlich findet der Arbeitsschutztag Sachsen-Anhalt in gemeinsamer Verantwortung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales und des Landesarbeitskreises für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz statt. In diesem Forum treffen sich Arbeits- und Gesundheitsschutzinteressierte, um gemeinsam fachspezifische Fragen zu diskutieren und sich auszutauschen. Der 9. Arbeitsschutztag am 10. Oktober 2007 in Halle (Saale) bilanzierte erstmals mehr als 50 % Praktikerinnen und Praktiker aus dem betrieblichen Arbeitsschutz von den insgesamt 234 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. 54 Teilnehmende kamen aus 12 anderen Bundesländern. 24 Firmen bzw. Einrichtungen beteiligten sich an der begleitenden Ausstellung.

Die Aktion **Mit dem Rad zur Arbeit** ist eine bundesweite Gemeinschaftsaktion der AOK und des Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Clubs (ADFC), unterstützt von unterschiedlichen Partnern auf Bundes- und Landesebene. Die AOK Sachsen-Anhalt testete die Aktion 2005. Aufgrund positiver Resonanz erfolgt seit 2006 die landesweite Umsetzung. Ziel der Aktion ist es, Arbeitgeber und Arbeitnehmer (inkl. Aus-

zubildende) zu motivieren, in Teams oder als Einzelne, innerhalb eines festgelegten Aktionszeitraumes an mindestens 20 Arbeitstagen den Weg zur Arbeit mit dem Fahrrad zurückzulegen. Die Zielerreichung wird tatkräftig unterstützt durch zahlreiche Mitwirkende in den Firmen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich bereit erklären, die Koordination in der Firma zu übernehmen und während der Aktionszeit als Ansprechpartner für die teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung zu stehen. Der Aktionszeitraum ist bundesweit einheitlich vom 01.06.-31.08. des Jahres. Besondere Berücksichtigung finden „Pendler“, da Fahrten bis zur nächsten Haltestelle von Bus und Bahn ebenfalls zählen. Unter allen erfolgreichen Teilnehmern werden gesponserte Preise verlost. 2006 nahmen 169 Firmen mit 1.540 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern teil¹¹⁵, 2007 waren es 1.455 Beschäftigte aus 238 Unternehmen. 2007 wurde zusätzlich der „fahrradaktivste Betrieb der Region“ ermittelt.¹¹⁶

Ein besonderes Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung, das dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dient, ist der **Unternehmenscheck für KMU**. Er wurde in Sachsen-Anhalt speziell für Klein- und Mittelständische Unternehmen, die in der Regel über geringe zeitliche Ressourcen und wenig Perso-

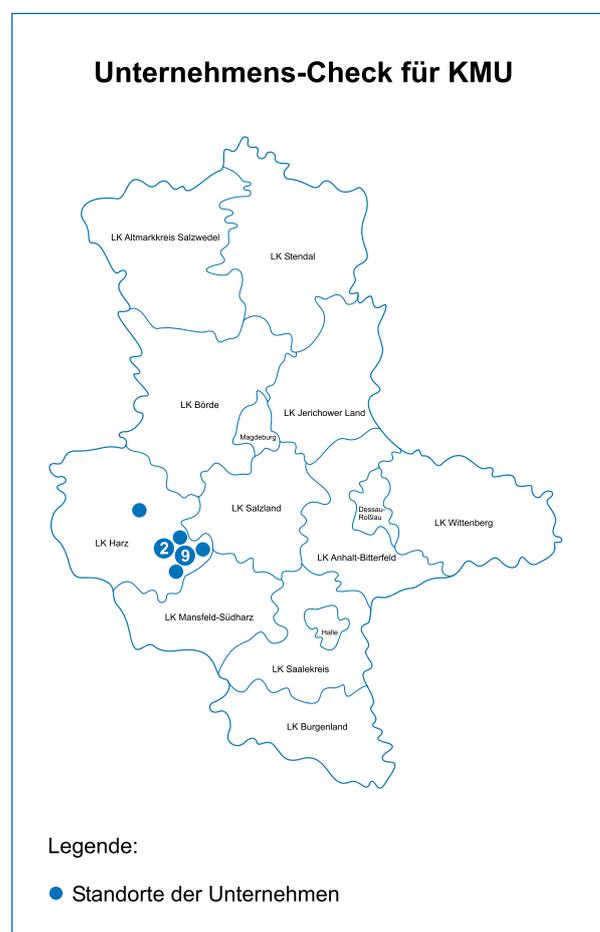


Abb. 3.24

nal verfügen, von der LVG entwickelt. Zielgruppen sind sowohl der Unternehmer mit seiner Verantwortung für Beschäftigte und Betriebserfolg, als auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in ihrer Eigenschaft als Leistungsträger und „Humankapital“. Auf der Checkliste der prüfenden Experten stehen Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und gesundheitsgerechtes Verhalten am Arbeitsplatz. Während die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter direkt im Arbeitsprozess beraten werden, erhält die Unternehmerin bzw. der Unternehmer eine kurze Ergebnisdokumentation, die die wesentlichen Prüfergebnisse zusammenfasst und Veränderungspotenzial in den Dimensionen kurz-, mittel- und langfristig aufzeigt. Bisher nutzten 15 KMU das Angebot. Sie setzten insgesamt 96 Vorschläge – ca. 21 % davon verhaltens- und 79 % verhältnispräventiver Art – zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb um.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist auch für Musiker ein Angebot, die eigene Gesundheit zu stärken. Mit dem Projekt **Musikermedizin – Präventionsprogramm für Orchestermusiker** nahm die Unfallkasse Sachsen-Anhalt eine besondere Berufsgruppe ins „Gesundheitsvisier“. Musiker des Opernhauses Magdeburg wurden befähigt, unter fachärztlicher Anleitung und Betreuung ein ausgeprägtes Körpergefühl zu entwickeln, um auf Belastungen rechtzeitig zu reagieren. Orthopädische Erkrankungen der oberen Extremitäten sind bei dieser Berufsgruppe keine Seltenheit und führen manchmal sogar zur Aufgabe der Tätigkeit. Zwei Drittel aller Berufsmusikerinnen und -musiker leiden an Erkrankungen der Wirbelsäule, belegt eine Studie des orthopädischen Forschungsinstituts Münster. Mit einer musikspezifischen Trainingstherapie – entwickelt vom Sport- und Rehazentrum Magdeburg – soll instrumentenspezifischen Belastungen vorgebeugt werden.¹¹⁷

3.5 Setting Krankenhaus

Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten erkannt, geheilt, ihre Verschlimmerung verhütet, Beschwerden gelindert oder Geburtshilfe geleistet wird.¹¹⁸ Als Unternehmen der besonderen Art und oftmals größte Arbeitgeber in ihrer Region leisten sie nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung, sondern auch des (Wirtschafts-)Standortes. Zwischen 1991 und 2006 haben Bund, Land und Krankenkassen 3,2 Milliarden Euro für den Neubau und die Sanierung von Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt ausgegeben. Damit wurde eine moderne und leistungsfähige Infrastruktur der stationären medizinischen Versorgung geschaffen.

Die 50 Krankenhäuser Sachsen-Anhalts befinden sich in öffentlicher (22), freigemeinnütziger (15) und privater (13) Trägerschaft.¹¹⁹ 2006 wurden von 31.113 Beschäftigten (ärztliches und nichtärztliches Personal) 563.289 Patientinnen und Patienten stationär behandelt, 3,1 % mehr als im Vorjahr. Dabei sank die durchschnittliche Verweildauer der Patienten von 8,7 (2005) auf 8,5 Tage (2006). Je 100.000 Einwohner weist Sachsen-Anhalt 22.937 Krankenhausbehandlungen auf, und belegt damit deutschlandweit nach Bremen und Saarland Platz drei. Die Bettenauslastung lag 2006 bei 77,5 %, das waren 1,2 % mehr als im Vorjahr.¹²⁰

Trotz des erwarteten Bevölkerungsrückganges muss davon ausgegangen werden, dass u. a. auf Grund der Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen und einer verbesserten Diagnostik der Anteil der Bevölkerung, der Dienstleistungen von Krankenhäusern in Anspruch nimmt bzw. nehmen muss, steigt bzw. auf gleich hohem Niveau bleibt.

3.5.1 Gesundheit im Krankenhaus – Gesundes Krankenhaus

Krankenhäuser haben einen klaren Versorgungsauftrag, um erkrankten Menschen eine optimale Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu ermöglichen. Dabei steht der Behandlungs- und Heilungsprozess von Patientinnen und Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen im Mittelpunkt. Die Gesundheitsförderung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie der Beschäftigten wird dem oft untergeordnet.

Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende organisatorische Identität, baut eine gesundheitsfördernde Organisationsstruktur und -kultur auf (wozu auch die aktive, partizipatorische Rolle von Patientinnen und Patienten und Beschäftigten gehört), entwickelt sich zu einem gesundheitsfördernden natürlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung seines Einzugsgebietes zusammen.¹²¹

Dies stellt für Krankenhäuser eine besondere Herausforderung dar. Die Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen in verschiedenen Dienstarten ist mit extrem unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert. Organisatorische, soziale und psycho-soziale Faktoren haben im Krankenhausbetrieb eine große Bedeutung. Das erklärt sich vor allem aus dem personenbezogenen Charakter der im Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen. Qualität ist hier in hohem Maße vom Zusammenspiel unterschiedlicher

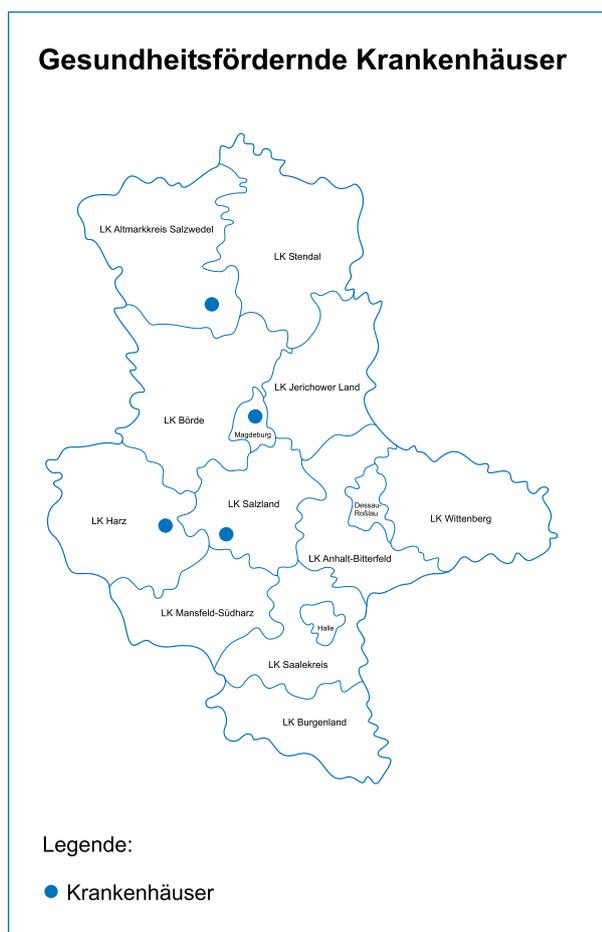


Abb. 3.25

Professionen abhängig. Gesundheitsförderung ist ein praktikabler und lohnenswerter Ansatz zur Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Die Optimierung der Organisationsqualität bringt häufig auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientenorientierung, ganz zu schweigen von der Verbesserung der Mitarbeitergesundheit.¹²²

Mitarbeiterbefragungen an drei sachsen-anhaltischen Krankenhäusern ergaben, dass Zeitdruck (von 42,3 % bis 96,6 %) und psychische Beanspruchungen (von 43,6 % bis 54,8 %) für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine besondere Belastung im Arbeitsprozess darstellen. In einem Haus konnte durch gezielte Interventionen der Zeitdruck beim Arbeiten gemindert werden. (56,8 % im Jahr 2005, 42,3 % im Jahr 2008). Durchschnittlich 80 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit ihrer Arbeit zufrieden und empfinden sie als abwechslungsreich. Sie schätzen die großen Entscheidungsspielräume in ihren Arbeitsfeldern. Zwischen 10 % und 26,5 % der Befragten gaben an, dass ihre Arbeit durch unklare Zuständigkeiten bzw. fehlende Informationen erschwert wird. Ca. 19 % gaben an, dass die Zeit für Patientinnen und Patienten und Angehörigengespräche fehlt.¹²³

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) wurde 1995 gegründet und ist ein Zusammenschluss von 70 Krankenhäusern in ganz Deutschland. In Sachsen-Anhalt haben sich bis zum 31.12.2007 fünf Krankenhäuser der Bewertung durch das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser gestellt. 1997, 1999, 2003 und 2007 wurden insgesamt vier Kliniken als Gesundheitsförderndes Krankenhaus zertifiziert, ein Krankenhaus wechselte kurz vor der Zertifizierung den Betreiber und setzte den Zertifizierungsprozess aus. In vielen anderen Krankenhäusern haben sich einzelne gesundheitsfördernde Profilierungen etabliert. Das DNGfK hat sich zur Aufgabe gestellt, Gesundheitsförderung nach WHO-Standards im Krankenhaus einzuführen und damit über die rein kurativen Aufgaben hinauszugehen. Das Deutsche Netz gehört zum Internationalen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Health Promoting Hospitals and Health Services, HPH), das 33 nationale Netzwerke mit 647 Krankenhäusern vereint.¹²⁴

3.5.2 Ausgewählte Projekte

Das Modellprojekt **Netzwerk Rauchfreie Krankenhäuser** – seit 1. Juli 2005 mit einer Laufzeit von drei Jahren vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert – soll Krankenhäusern eine organisatorische und fachliche Unterstützung geben, selbst aktiv ‚rauchfrei‘ zu werden. Denn das Rauchproblem vieler Menschen und Institutionen ist trotz Nichtraucherschutzgesetzgebung nicht gelöst. Während eines Krankenhausaufenthaltes rauchen nach Umfragen derzeit ca. 26 % der Patienten. Dagegen möchten 60 % der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus eine Beratung über die Risiken des Tabakkonsums in Anspruch nehmen und den Aufenthalt in einer Klinik nutzen, um mit dem Rauchen aufzuhören. Auch 40 % des Pflegepersonals und 20 % der Ärztinnen und Ärzte geben an zu rauchen.¹²⁵ Seit Gründung des Netzwerkes sind deutschlandweit 149 Kliniken beigetreten, aus Sachsen-Anhalt engagierten sich zum 31.12.2007 sechs Krankenhäuser und sechs Reha-Einrichtungen und Heime im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser.¹²⁶

Stillfreundliche Krankenhäuser fördern das Stillen und verfügen über einheitliche Still-Richtlinien, nach denen Hebammen, Schwestern und Ärzte Mütter beraten. Schon während der Schwangerschaft werden die Frauen über das Stillen und seine Vorteile informiert. Die Verleihung der **Auszeichnung Stillfreundliches Krankenhaus** erfolgt aufgrund der Umsetzung der WHO/UNICEF Richtlinien „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“. Die Weltgesundheitsorganisation und UNICEF starteten 1991 das internationale Programm „Babyfriendly Hospital Initiative“, um durch verbesserte Rahmenbedingungen in Geburtskliniken das Stillen zu fördern. Aus der Zielsetzung der

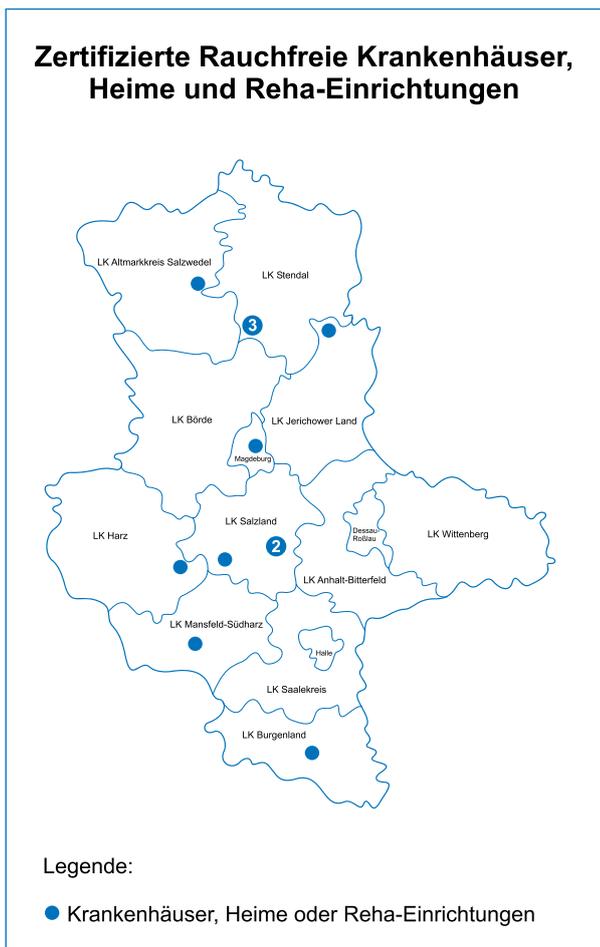


Abb. 3.26

Initiative ergibt sich eine enge Verzahnung mit den Zielen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Weltweit gibt es in 150 Ländern rund 20.000 anerkannte Stillfreundliche Krankenhäuser. In vielen Industrieländern ist das Interesse an der Umsetzung bislang eher zurückhaltend: nur etwa 500 Stillfreundliche Krankenhäuser befinden sich in Industriestaaten. In Deutschland haben seit Programmausrufung 25 Kliniken die Anerkennung erhalten, darunter das Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal gGmbH in Sachsen-Anhalt. Auch ohne diesen Titel zeichnen sich Sachsen-Anhalts 28 Krankenhäuser mit Geburtskliniken¹²⁷ durch baby- und stillfreundliches Engagement aus. Gemütlich eingerichtete Stillzimmer und Gespräche mit Stillberaterinnen werden von den Müttern gern in Anspruch genommen. Darüber hinaus laden einige Krankenhäuser angehende Eltern und Geschwisterkinder zu Informationsveranstaltungen ein und bieten Geburtsvorbereitungskurse direkt in ihrer Einrichtung an.

Unter dem Motto **Fit bleiben während der Arbeit** starteten die Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt 2005 ein Projekt, das die Gesundheit der knapp 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Mittelpunkt stellt. Um den hohen Anforderungen im

Beruf auf Dauer gewachsen zu sein, ist Betriebs-sport zur Verbesserung der Fitness und zur Stressbewältigung eine naheliegende Lösung. Nach einem Eingangs-Check-up erhält jeder Teilnehmer sein individuelles Trainingsprogramm. Eine Ernährungsberatung sorgt dafür, dass das Fitnessstraining nicht durch falsches Essen konterkariert wird. In 12 (2006) bzw. 14 (2007) Kursen nutzten bisher 74 Beschäftigte die Möglichkeit des betriebsnahen Angebots. Die Ernährungsberatung wurde von 22 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Anspruch genommen.

3.6 Setting Sportverein

Sportvereine sind soziale Organisationen, die für viele Menschen einen wichtigen Bezugspunkt und zuweilen sogar den Lebensmittelpunkt außerhalb des Erwerbslebens darstellen. In Sportvereinen finden wesentliche Werte und Normen ihren Ausdruck, Gemeinschaft und soziale Unterstützung prägen dieses Setting.¹²⁸

In Sachsen-Anhalt leben ca. 2,47 Mio. Menschen, 368.400 davon sind 2007 Mitglieder in einem der 3.228 Sportvereine des Landes, d.h. 14,5 % der Gesamtbevölkerung in Sachsen-Anhalt sind in Sportvereinen organisiert. Die Gesamtmitgliederzahl ist 2007 im Vergleich zu 2006 weiter gesunken, sie verringerte sich um 3.839 Mitglieder, die Anzahl der Sportvereine stieg jedoch zum Vorjahr um 25. Die höchste prozentuale Steigerung der Mitgliederzahl wurde 2007 im Saalkreis mit 2,9 % erreicht. Besonders in den Altersgruppen von 0 bis 6 Jahren (+ 1.276), von 7 bis 14 Jahren (+ 2.081), von 19 bis 26 Jahre (+ 211) und von 51 bis 60 Jahren (+ 1.373) ist ein Mitgliederzuchs zu verzeichnen.

58 verschiedene Sportarten werden den Vereinsmitgliedern in Sachsen-Anhalts Sportvereinen angeboten. 12.004 Mitglieder nehmen Behinderten- und Rehasportangebote wahr.¹²⁹

3.6.1 Gesundheit im Sportverein – Gesunder Sportverein

Auch wenn Sporttreiben der Gesundheit dient und viele Mitglieder in Sachsen-Anhalt Breiten- und Gesundheitssport treiben, haben Gesundheitsförderung und Prävention traditionell im Sportsystem nur eine nachrangige Bedeutung. Wettkampf- und Leistungssport sind das originäre Ziel des organisierten Sports und stehen nach wie vor im Mittelpunkt des Vereinsgeschehens.¹³⁰ Eine Ausnahme bildet der Behinderten- und Rehasport, er richtet sich an eine klar umrissene Zielgruppe und umfasst dabei alle möglichen traditionellen Sportarten. Insbesondere der Rehasport zielt auf die Nachsorge bestimmter Erkrankungen.

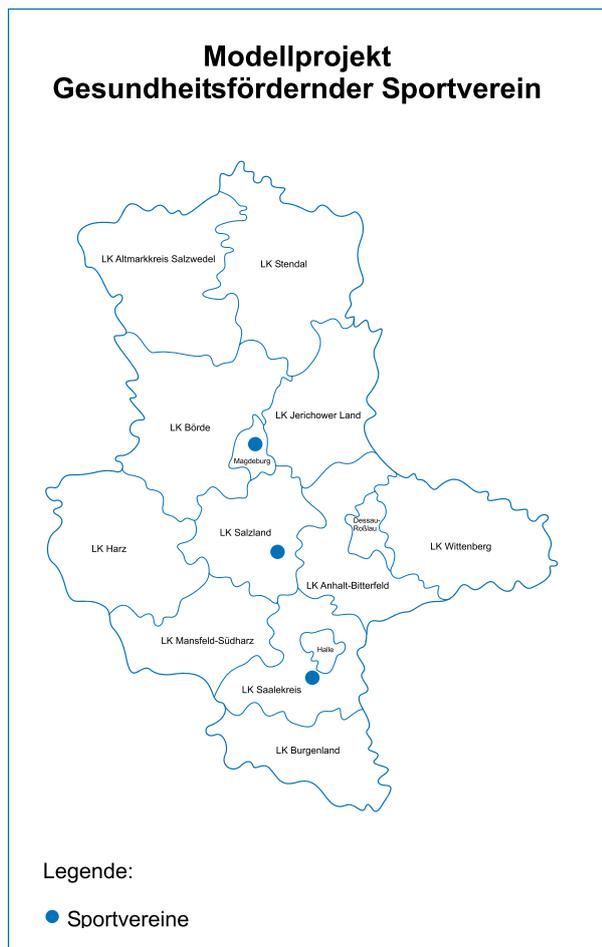


Abb. 3.27

Die Nachfrage und die Bedeutung von Gesundheitssportangeboten wächst. Ein Grund dafür ist die demografische Entwicklung im Land. Vielfältige privatrechtliche Initiativen – vom Fitnessstudio über Wellnessoasen bis hin zum Personal-Trainer – haben schnell auf diesen Trend reagiert. Der organisierte Sport zieht langsam nach. Breitensport – ergänzt um Gesundheitssport – entwickeln sich neben Wettkampf- und Leistungssport zu eigenständigen Bereichen im organisierten Sportsystem.¹³¹ Das wird nur gelingen, wenn vorhandene Strukturen dementsprechend überdacht und angepasst werden.¹³² Der Bedarf an Fachkräften, die Gesundheitssportangebote unterbreiten können, muss dabei ebenso Berücksichtigung finden wie angemessene Sportstätten. Im besten Fall wird Gesundheitsförderung zum Thema der Vereinsentwicklung, d. h. neben der Einführung von Gesundheitssportangeboten wird Gesundheit im Verein thematisiert mit dem Ziel, diesen in all seinen Facetten gesundheitsgerecht zu gestalten. Gesundheitssport ist ein Angebot, das zweckbestimmte bewegungs- und sportspezifische Maßnahmen im Sinne regelmäßiger Übungsprogramme zur Förderung der Gesundheit in allen Aspekten umfasst.¹³³ Drei Modellvereine haben als erste in Sachsen-Anhalt diesen Weg beschritten und sich zu Gesundheitsfördernden Sportvereinen qualifiziert.

Sportvereine bieten mit ihrem Bedingungsgefüge vielfältige Möglichkeiten, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Sie sind gut erreichbar, weil sie wohnortnah und fast flächendeckend vorhanden sind. Sie ermöglichen Teilhabe vieler Bevölkerungsschichten, weil sie preisgünstig sind. Sie bieten soziale Unterstützung insbesondere für gesundheitlich gefährdete Menschen, weil sie ein Ort der Gemeinschaft sind. Sie ermöglichen Integration, weil Sporttreiben verbindet und sie motivieren zum selbst bestimmten Gesundheitshandeln, weil sie freiwillig in Anspruch genommen werden.

3.6.2 Ausgewählte Projekte

1993 gründete sich der **Kneipp-Verein Magdeburg** als gemeinnütziger Verein, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung auf Grundlage der Gesundheitslehre nach Kneipp umsetzt (Bewegung, Ernährung, Lebensordnung, Wasseranwendung, Kräuter). Seit seiner Gründung hat sich der Verein stetig entwickelt. So verfügt er mittlerweile über mehr als 2.100 Mitglieder, die jede Woche in mehr als 134 Übungsgruppen Gesundheits- und Rehabilitationssport betreiben. Die familiäre Ausrichtung des Vereins schließt Freizeitangebote bis hin zur Rei-

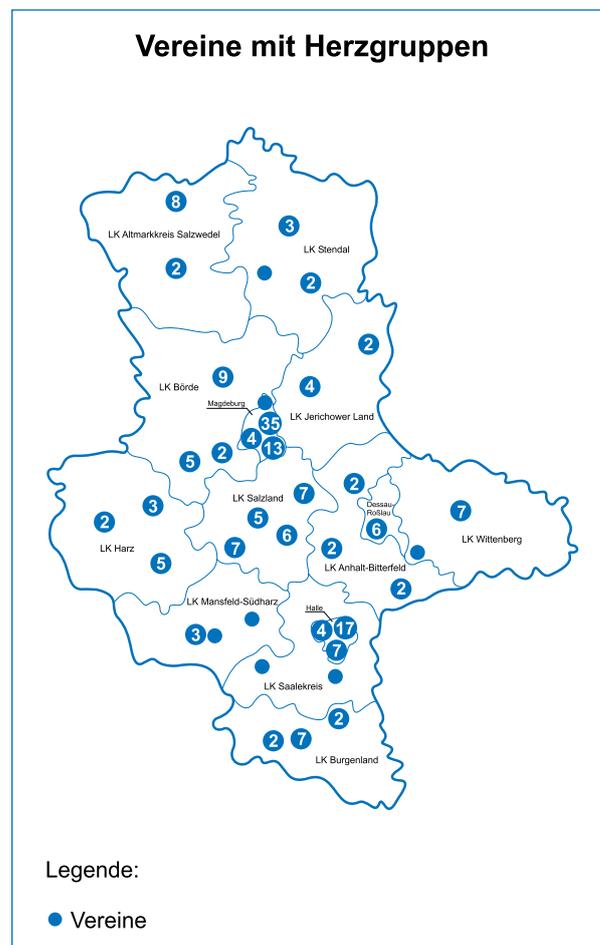


Abb. 3.28

sebürotätigkeit ein. Eine besondere Qualität zeigt der Verein in der Verstetigung von ärztlich verordneten Reha-Maßnahmen, die Betroffenen werden nach Abschluss der Verordnung weiter betreut.

Der **Behinderten- und Rehasportverband Sachsen-Anhalt (BSSA)** ist Dachverband aller Behinderten- und Rehabilitationssportvereine des Bundeslandes und vertritt 30 Mitgliedsvereine. Hauptanliegen des Fachverbandes ist es, behinderten, chronisch-kranken, leistungsgeminderten und älteren Menschen Möglichkeiten einer regelmäßigen sportlichen Betätigung mit medizinischer Überwachung im Rahmen eines vor Ort befindlichen Sportvereins zu bieten. Dabei ermöglicht der Verband einen nahtlosen Übergang von verordneten Rehabilitationssportmaßnahmen in unbefristete Freizeitsportangebote zur tertiären Prävention. Mit seinen Freizeitsportangeboten öffnet sich der BSSV auch gegenüber Bevölkerungsgruppen ohne Behinderung oder Vorerkrankung und konnte u. a. damit seit 1990 seine Mitgliederzahlen um das ca. 13fache erhöhen. Neben den Sportangeboten bietet der Verband darüber hinaus Übungsleiterausbildungen und regelmäßige Sportspielfeste. Explizite Zielgruppen des Verbandes sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Verhältnissen sowie zukunftsweisend Senio-

rinnen und Senioren. Besonders hervorzuheben ist dabei die Vernetzung mit regionalen Institutionen wie Senioren- und Pflegeheimen, Senioren- oder auch Wohlfahrtsverbänden.

Das Projekt **familienfreundlicher Sportverein** wurde 2006 vom LSB ins Leben gerufen. Drei Modellvereine – PSV Magdeburg 1990 e.V., Zentrale Landsport Gemeinschaft Atzendorf e.V. und Kinderfreizeitturnen-Springmaus e.V. Dessau – haben die Familie ins Zentrum ihrer Entwicklungsarbeit gestellt. Die unterschiedlichen Vereinsstrukturen und die vorhandenen Angebote werden auf ihre Familientauglichkeit geprüft und entsprechend gestaltet. Dabei geht es zum einen darum, bisher vernachlässigte Zielgruppen für mehr Bewegung im Rahmen des organisierten Sports zu gewinnen, zum anderen die Vereine zukunftsfähig zu gestalten. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch das Genderinstitut Sachsen-Anhalt. Die Ausgangsanalyse bestätigt, dass Familien bisher kaum im Fokus der Sportvereine stehen und die Angebote nur bedingt familientauglich sind. In den drei Vereinen sind derzeit 1.032 Bürgerinnen und Bürger organisiert, davon 382 Mädchen und Frauen und 650 Jungen und Männer, sowie 77 erfasste Familien, die in den beiden Vereinen ZLG Atzendorf e.V. und Springmaus e.V. Sport treiben.

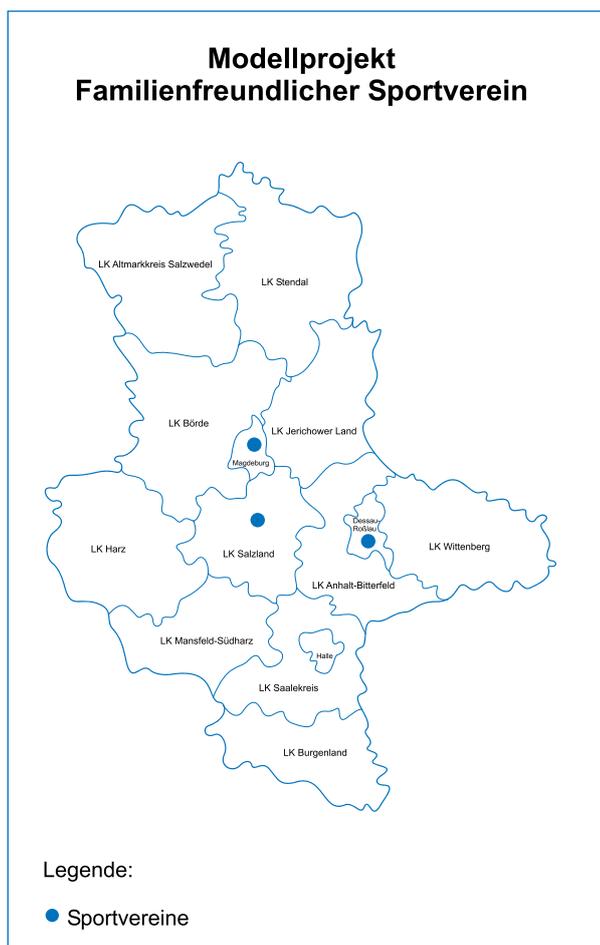


Abb. 3.29

3.7 Setting Kommune

Sachsen-Anhalt besteht aus insgesamt 1.016 politisch selbständigen Städten und Gemeinden. Von den 121 Städten sind drei – Magdeburg, Halle und Dessau – kreisfrei, 25 Verwaltungsgemeinschaftsfrei und 93 in Verwaltungsgemeinschaften.

3.7.1 Gesundheit in der Stadt – Gesunde Stadt

1986 hat das Europabüro der WHO in Kopenhagen das Gesunde Städte-Projekt (GSP) mit 11 europäischen Städten ins Leben gerufen. Die große Resonanz führte zum Aufbau Nationaler Gesunde Städte-Netzwerke.¹³⁴ Heute gibt es in 29 europäischen Ländern nationale Netzwerke, in denen sich ca. 1.000 Städte zusammengeschlossen haben und ein gesundheitsförderndes Profil entwickeln. 1989 wurde das bundesdeutsche Gesunde Städte-Netzwerk mit 11 Kommunen gegründet. Heute gehören 63 Kommunen zum Netz, in denen ca. 17 Mio. Bürgerinnen und Bürger leben.

Eine gesunde Stadt ist eine Stadt, in der Gesundheit und Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger im Mittelpunkt aller Entscheidungsprozesse stehen. Eine Gesunde Stadt strebt nach der Verbesserung des physischen, psychischen, sozialen und umweltbedingten Wohlergehens ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Sie muss nicht notwendigerweise ein be-

sonders hohes gesundheitliches Niveau nachweisen können, aber danach streben. Letztendlich muss sie sich der Gesundheit verpflichtet fühlen und Strukturen und Prozesse gestalten, die die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zur Folge haben.¹³⁵

3.7.2 Ausgewählte Projekte

In Sachsen-Anhalt sind die beiden großen Städte Halle (seit 1992) und Magdeburg (seit 2003) Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk in Deutschland. Unter dem Motto **Gesundheit für (H)alle** beteiligen sich mehr als 70 Institutionen, die in sieben thematischen Arbeitskreisen gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickeln und Einfluss auf eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung nehmen. Seit 2002 fungiert Halle im Deutschen Netz als Kompetenzzentrum für stadtteilbezogene und bürgerorientierte Stadtentwicklung. Das **Gesunde Städte-Projekt in Magdeburg** wurde mit Unterstützung der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) ins Leben gerufen, es ist heute beim Gesundheitsamt angesiedelt. Mit Hilfe von Projekten, wie „Magdeburg bewegt – beweg Dich mit“ wird z. B. versucht, Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu nehmen.

2003, im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung, wurde der **Wettbewerb Barrierefreie Kommune** vom Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt ins Leben gerufen. Er wird alle zwei Jahre veranstaltet und richtet sich an die am Stadtumbauprogramm beteiligten Kommunen. Ziel ist es, Kommunen bei städtebaulichen Maßnahmen zur Gestaltung einer behindertenfreundlichen Lebenswelt zu animieren. Dazu gehört die Barrierefreiheit im unmittelbaren Wohnumfeld ebenso wie beim Personennahverkehr. Erfolgreiche Maßnahmen sollen anderen Kommunen als Beispiele guter Praxis helfen, Barrierefreiheit in ihren Verantwortungsbereichen umzusetzen. Neben den drei Hauptpreisen – 500.000 Euro erster Preis, 300.000 Euro zweiter Preis und 200.000 Euro dritter Preis – werden den Kommunen die bevorzugte Förderung über das Stadtumbauprogramm sowie Zuschüsse im Rahmen des sogenannten Schnittstellenprogramms in Aussicht gestellt. 2003 gewannen die Kommunen: Rosslau (1.), Merseburg (2.) und Haldensleben (3.) Rosslaus Konzept von der „Neuen Fuge“ – einer barrierefreien Verbindung ohne Bordsteinkanten zwischen dem Rosslauer Norden und dem Zentrum der Elbestadt – überzeugte. 2005 wurde Hettstedt vor Wernigerode (2.) und Wittenberg (3.) für das Vorhaben Neugestaltung des Vöhringer Platzes ausge-



Abb. 3.30

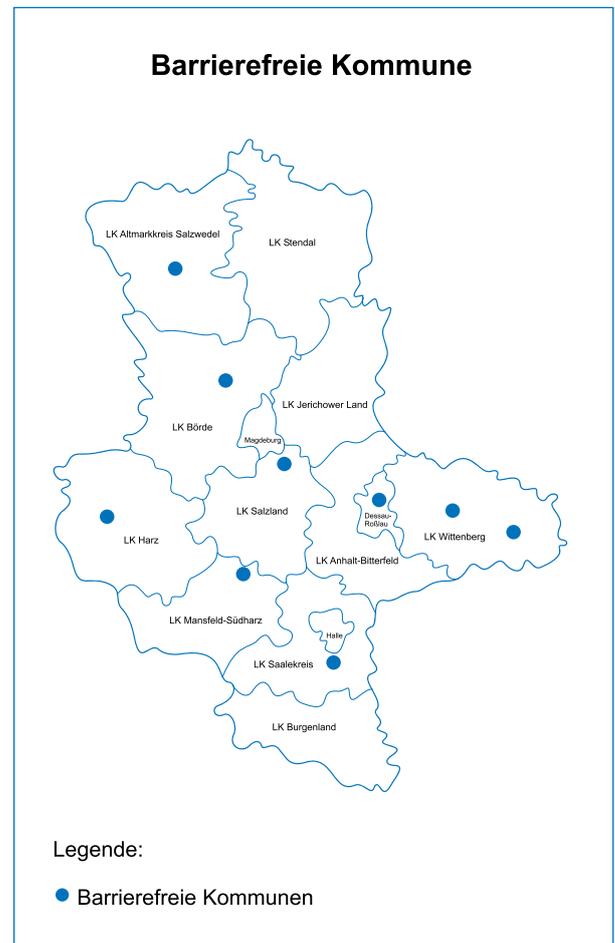


Abb. 3.31

zeichnet. Die Jury honorierte damit das Leitbild der geschlossenen Transportwege und die damit verbundene Integration des Busbahnhofs. Im Jahr 2007 gewann Schönebeck vor Jessen (2.) und Klötze (3.). Schönebeck überzeugte sowohl mit bereits realisierten Maßnahmen als auch mit neuen Vorhaben, u. a. der barrierefreien Gestaltung der Innenstadt und dem integrativen Einkaufen am Markt.

Das Programm **Soziale Stadt** ist ein nationales Aktionsprogramm, das 1996 von der Ministerkonferenz ARGEBAU ins Leben gerufen wurde. Im Mittelpunkt stehen Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf, d. h. innerstädtische oder innenstadtnahe Quartiere in benachteiligten Regionen mit nicht modernisierter Bausubstanz und unterdurchschnittlicher Umweltqualität. Das Programm wird derzeit in 498 Gebieten in 318 deutschen Städten und Gemeinden umgesetzt. Sachsen-Anhalt startete 1999 mit neun Regionen, 2006 waren es acht Gebiete, die ausgewählt wurden, das Programm umzusetzen und die damit entsprechende Förderung von Bund und Land erhalten. Insgesamt waren bisher 17 Gebiete in Sachsen-Anhalt in das Programm integriert. Die baulichen Maßnahmen reichen vom Wasserspielplatz am Gastronom in Halle über die Neugestaltung eines Schulhofes in Stendal Stadtsee bis zur Anlage eines Bürgerparks als Aktivpark in Bernburg. Seit 2006

ermöglicht das Programm auch die Umsetzung nicht baugebundener Maßnahmen. Hierbei sollen insbesondere gesundheitsfördernde Maßnahmen für Kinder und Jugendliche Berücksichtigung finden.

3.8 Setting Region

Der Begriff „Region“ wird uneinheitlich und mehrdeutig verwendet. In erster Linie bezeichnet die Region eine räumlich-geographische Einheit, die in der Regel kleiner als ein Bundesland und größer als eine Stadt ist. Das als Region bezeichnete Territorium kann durch einheitliche natürliche Charakteristika, z. B. der Harz, gekennzeichnet sein, durch historische Gemeinsamkeit, z. B. Anhalt, oder durch formale Grenzen, z. B. Landkreise. Auch sozio-ökonomische Dimensionen wie die Verdichtung von Interaktionsketten können eine Region kennzeichnen, z. B. InnoRegio. Regionen werden auch unter historisch-kulturellen Aspekten definiert. So wächst eine spezifische regionale Identität, z. B. Börde oder Altmark. Aber auch politisch-administrative Entscheidungen können eine Region bezeichnen, z. B. Landkreis.

In Sachsen-Anhalt gibt es seit Juli 2007 11 Landkreise (vorher 21). Die 895 Gemeinden gliedern sich in 11 Verwaltungsgemeinschaftsfreie Gemeinden und 91 Verwaltungsgemeinschaften mit insgesamt 884 Gemeinden. Mit 244.248 Einwohnerinnen und Einwohnern ist der Landkreis Harz der bevölkerungsstärkste, der weiträumigste mit einer Fläche von 2.448,6 km² ist der Landkreis Mansfeld-Südharz. Die geringste Bevölkerungsdichte findet sich im Altmarkkreis Salzwedel mit 41 Einwohnern pro km² die größte Bevölkerungsdichte gibt es außerhalb der drei kreisfreien Städte im Salzlandkreis mit 156 Einwohnern pro km².

Eine landkreisübergreifende Kooperation insbesondere bei Fragen der Standortentwicklung, des Ausbaus der Infrastruktur und der Unterstützung innovationsorientierter Netzwerke gibt es in fünf sogenannten Wirtschaftsregionen in Sachsen-Anhalt (InnoRegio). Die Region Halle bündelt 4.000 Unternehmen, die sich vorrangig im Dienstleistungssektor, der IT-, Medien- und Kommunikationsbranche sowie den Biowissenschaften befinden. Aber auch verarbeitende Gewerbe, Maschinen-, Stahl- und Fahrzeugbau, Lebensmittelindustrie und innovative technologieorientierte Produkte haben in Halle einen guten Standort. Die Region Nordharz-Börde weist eine einmalige Konzentration wissenschaftlicher Kompetenzen für Pflanzenbiotechnologie auf. 63 Partner sind an 34 entsprechenden Projekten beteiligt. Mit der Medizintechnik bildet sich in der Region Magdeburg eine Kernkompetenz heraus, die auf ein großes Potenzial an praxisorientierten Wissenschafts- und Forschungskapazitäten zurückgreifen kann. Nachwachsende Rohstoffe definieren u. a. die Region Altmark. Als Kompetenzzentrum für

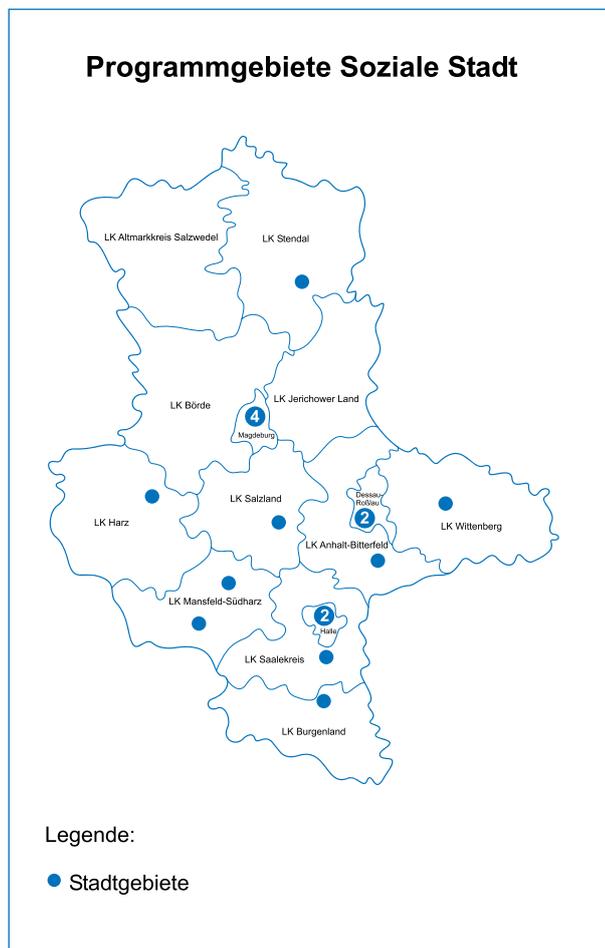


Abb. 3.32

die Naturstoffverarbeitung stellt es wirtschaftliche Weichen mit hohem Gesundheitsbezug. Die Region Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg ist neben anderen Wirtschaftszweigen das Zentrum der Solarindustrie, sie weist inzwischen nach Magdeburg die höchste Dichte an Industriearbeitsplätzen auf.¹³⁶

3.8.1 Gesundheit in der Region – Gesunde Region

Menschen, die in einer Region leben, sind von einer ganzen Reihe gemeinsamer Lebensbedingungen betroffen. Diese wirken sich als spezifische Konstellationen direkt und indirekt auch auf ihre Gesundheit aus. Hierzu zählen einerseits natürliche Gesundheitspotenziale (z. B. saubere Luft, reines Wasser, naturbelassene Flächen) und natürliche Gesundheitsbelastungen (z. B. Umweltgifte, Feinstaubbelastung). Andererseits sind es sozio-ökonomische Entwicklungen (z. B. eine hohe Einkommensquote bzw. Arbeitslosigkeit) und historisch kulturelle Dimensionen (z. B. gesunde oder ungesunde Ernährungsgewohnheiten). Auch politisch-administrative Regelungen haben Gesundheitsimplikationen zur Folge. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, auch regionale Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze zu verfolgen.

Das Potenzial der Region im Vergleich zu anderen Settings liegt in der Möglichkeit intersektoraler Allianzen für Gesundheit. Im Vergleich zum Land oder Bund steht die Region den Bürgerinnen und Bürgern und ihren Gesundheitspotenzialen und -problemen näher.¹³⁷

Eine Gesunde Region befasst sich mit der Schaffung gesunder regionaler Strukturen, z. B. über regionale Arbeitsgemeinschaften. Die Stärkung der Gesundheitswirtschaft spielt dabei eine zunehmende Rolle.

3.8.2 Ausgewählte Projekte

Das **Netzwerk Gesundheit Sachsen-Anhalt Süd** ist ein Zusammenschluss von mehr als 50 Organisationen und Institutionen, die sich als Interessenvertretung für mehr Gesundheit in der Region verstehen. Die Mitglieder haben sich ein Arbeitsprogramm gegeben, das u. a. folgende Aufgabenstellungen beinhaltet: Optimierung der ambulanten und stationären Patientenversorgung, Weiterentwicklung der Region zum Kompetenzzentrum für Aus- und Weiterbildung in der Gesundheitsbranche, Stärkung der regionalen Gesundheitsanbieter, insbesondere durch Öffentlichkeitsarbeit und Präsentation von Gesundheitsdienstleistungen in der Öffentlichkeit. Maximal 5mal pro Jahr finden Netzwerktreffen statt, ein Sprecherrat steht dem freiwilligen Zusammenschluss vor. Lebenslanges Lernen ist das Bildungsmodell der Zukunft. Im Jahr 2000 rief das Bundesministerium

für Bildung und Forschung (BMBF) das Programm **Lernende Region – Förderung von Netzwerken ins Leben**. Schwerpunkte dieses Programms sind der Aufbau von Bildungsberatungsagenturen, von Lernzentren, Fragen des Übergangsmangements, Bildungsangebote für KMU und Kommunale Kooperationen. Die neuartigen vernetzten Bildungsdienstleistungen reagieren schnell und kompetent auf vorhandene Bedarfslagen, schlagen Brücken zwischen den Bedürfnissen der Menschen und den Verwertungsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt und werden zunehmend auch von Klein- und Mittelunternehmen genutzt. Von den bundesweit 76 Regionen liegen fünf in Sachsen-Anhalt. Eines der Netzwerke agiert bundeslandübergreifend und wird gemeinsam mit Sachsen gestaltet. Die Lernende Region Wernigerode engagiert sich für transparente Bildungsstrukturen und hat dabei besonders Jugendliche, Junge Erwachsene und KMU im Blick. Gesundheits- und Gewaltprävention finden im Teilprojekt „Life is my Future“ besondere Beachtung. Die Lernende Region Südliches Sachsen-Anhalt setzt auf neue Möglichkeiten des Zuganges zu Aus- und Weiterbildung. Hierfür wurde ein Regionales Medienzentrum aufgebaut. In der „agora des lernens“ der Lernenden Region Dessau-Anhalt Wittenberg wird die Bildungs- und Lern(beratungs)infrastruktur be-

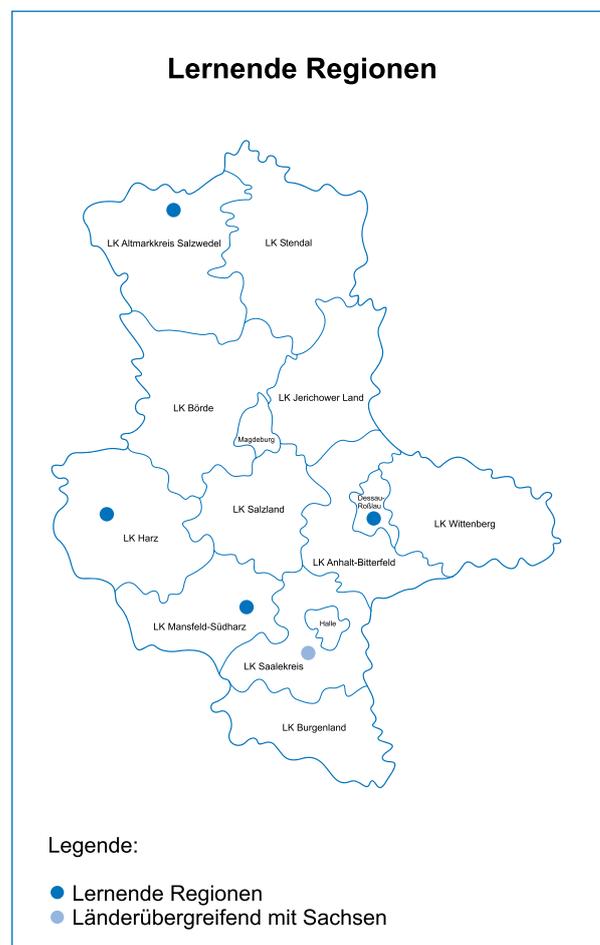


Abb. 3.33

sonders unter die Lupe genommen. Dafür wurden u. a. drei Bildungsberatungsstellen in Dessau, Köthen und Bernburg aufgebaut. „MIA“ die Lernende Region Sachsen-Anhalt-Süd versteht sich als Mitteldeutsche Industrieregion im Aufbruch. Bildungsqualität und Förderung der Inanspruchnahme von Bildungsangeboten stehen hier im Zentrum der Aktivitäten. Die Lernende Region Altmark-Salzwedel hat sich „VerA“ auf die Fahnen geschrieben: Vernetztes Lebensbegleitendes Lernen in der Altmark. In diesem Projekt geht es um eine „Lernkultur für alle“. Dafür wurde eine barrierefreie und dynamische Bildungsplattform aufgebaut, die insbesondere bildungsferne Bevölkerungsschichten ansprechen soll.¹³⁸

Seit 2004 wird in Sachsen-Anhalt die bundesweite Kampagne **Bio kann jeder** umgesetzt. In 17 Veranstaltungen in Köthen, Quedlinburg, Magdeburg, Halberstadt, Kabelsketal, Barleben, Stendal, Staßfurt, Uthausen, Stichelsdorf, Tanne, Jessen, Zeitz und Dieskau wurden 453 Personen erreicht. Zielgruppen bzw. -einrichtungen sind Kindertagesstätten, Schulen, Krankenhäuser und Altenheime sowie Caterer, die die Versorgung in diesen Einrichtungen sichern. In die Veranstaltungen werden regionale Erzeugervon Bio-Produkten, Händler und Lieferanten einbezogen, um regionale Wirtschaftskreisläufe zu fördern. In einer länderübergreifenden Evaluation

gaben 55,7 % der Befragten an, bereits Bio-Produkte einzusetzen, 8,9 % gaben an, seit dem Workshop Bio-Produkte in ihrer Verpflegung einzusetzen, 19 % setzen seitdem verstärkt Bio-Produkte ein.¹³⁹

Insbesondere die Gesundheits- und Jugendämter nutzen auf regionaler Ebene seit vielen Jahren die **Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**. Die Kommunikationsinstrumente wie Ausstellungen, Filme, Musicals sowie Spiel- und Erfahrungsmedien werden für lokale Aktionen gern in Anspruch genommen. Diese Aktionen haben häufig einen Event- bzw. Erlebnischarakter und setzen auf Informationsvermittlung und Selbstreflexion bei der jeweiligen Zielgruppe und auf Kooperation und Vernetzung regionaler Partner. Die Themenfelder sind vielfältig und reichen von Sexualpädagogik und Aids-Prävention über Konsum von legalen und illegalen Drogen bis hin zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Mehr als 40 Aktionen dieser Art haben in Sachsen-Anhalt im Berichtszeitraum stattgefunden. Im Einzelnen stellen sie sich wie folgt dar:¹⁴⁰

Die **Kinderliedertour „Nase, Bauch und Po“** ist eine bundesweite Initiative der BZgA zur Körpererfahrung und Sexualerziehung im Kindergarten. Sie besteht aus drei Elementen, dem Bühnenstück Nase,

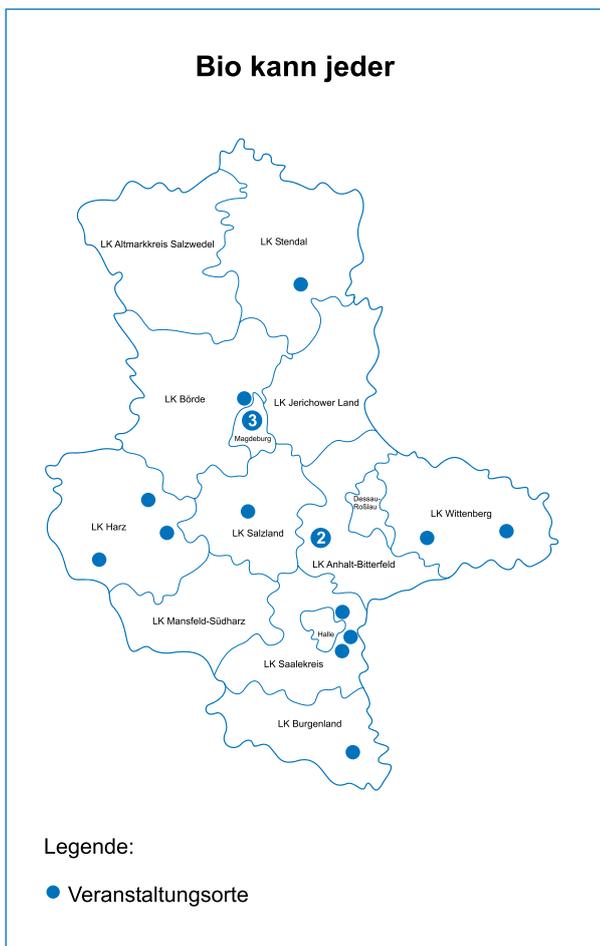


Abb. 3.34

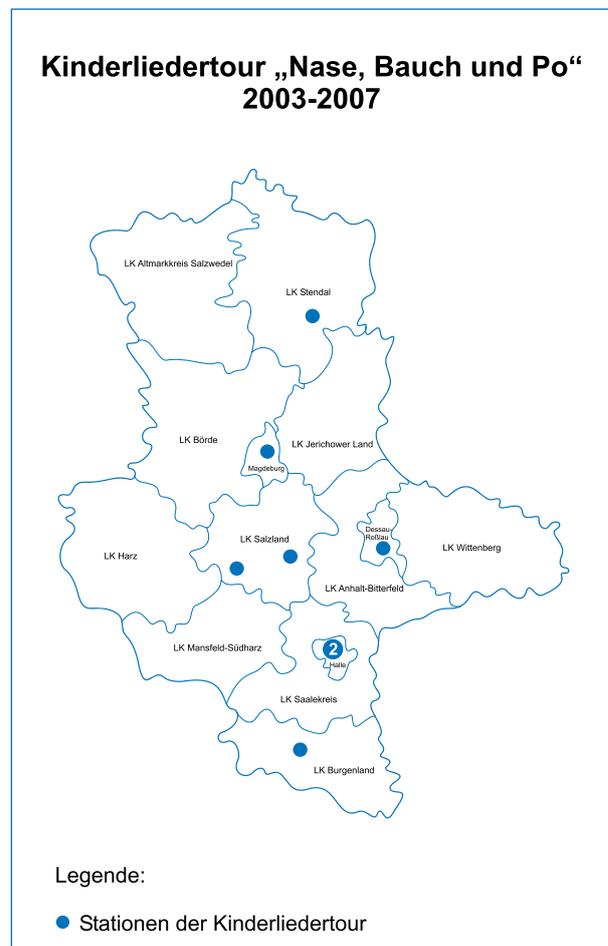


Abb. 3.35

Bauch und Po mit Musik und Animation, der Kindergartenbox entdecken, schauen, fühlen! mit Medien und Materialien für Kinder und Erzieherinnen und Erzieher sowie begleitenden Workshops für Erzieherinnen und Erzieher, Fachberaterinnen und Fachberater sowie andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Von 2003 bis 2007 fanden acht Veranstaltungen in Sachsen-Anhalt statt.

Die **JugendFilmTage** werden bundesweit von Einrichtungen der Gesundheitsförderung und der Jugendarbeit, wie beispielsweise Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfen oder pro familia, in Zusammenarbeit mit Kinobetreibern durchgeführt. Unterstützt werden die lokalen Veranstalter durch die BZgA. Sie setzen einen öffentlichkeitswirksamen Impuls für die regionale Aufklärungsarbeit. Themen sind Sexualität und Liebe sowie Sucht. 2003 bis 2006 fanden in Sachsen-Anhalt fünf dieser Events statt: vier in Halle, eins in Magdeburg.

Die **Kampagne „Kinder stark machen“** hat das Ziel, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Heranwachsenden zu stärken und ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Um eine möglichst breite Öffentlichkeit für das Thema Suchtprävention zu erreichen, besucht das „Kinder stark machen“-Team jedes Jahr mehrere Familien- und Sportveranstaltungen in ganz Deutschland. Im Zeitraum 2003-2006 fanden in Sachsen-Anhalt 21 Seminare in Kooperation mit den Fachsportverbänden und den Kreis-Stadtsportbünden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sportvereinen statt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum ca. 1.327 Multiplikatoren zum Thema Suchtprävention unter dem Motto „Kinder stark machen“ fort- und weitergebildet. Darüber hinaus war „Kinder stark machen“ beim Festival des Sports 2003 in Burg, 2005 in Magdeburg und 2006 in Halle vertreten.

Auf den Spannungsbogen von Ernsthaftigkeit und Spaß, auf Kommunikation und Aktion setzt der BZgA **Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität**. Durch Rollenspiele, Puzzles, Pantomime, Diskussionen und Fragen werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer motiviert, sich mit dem Thema zu befassen. Der Mitmach-Parcours besteht aus fünf Stationen, die die persönliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten der HIV-Infektion/Aids-Krankheit fördern. Von 2003 bis 2006 kam der Parcours 15mal in Sachsen-Anhalt zum Einsatz.

Klar sehen, den Durchblick haben und sich nichts vormachen. Dabei will die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Jugendliche unterstützen. Deshalb hat die BZgA 2004 im Rahmen ihrer beiden Jugendkampagnen „rauchfrei“ und „Bist du stärker als Alkohol?“/ „Na toll“ den interaktiven **KlarSicht-Mitmach Parcours** zu Tabak und Alkohol entwickelt. Bei Rollenspielen, Quiz und Diskussionen können sich die Teilnehmenden mit ihren unterschiedlichen

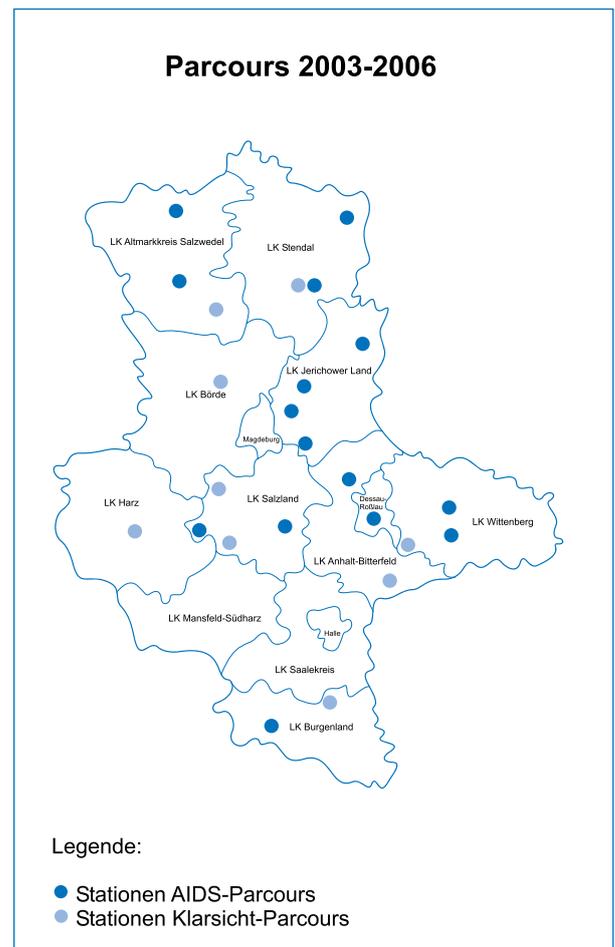
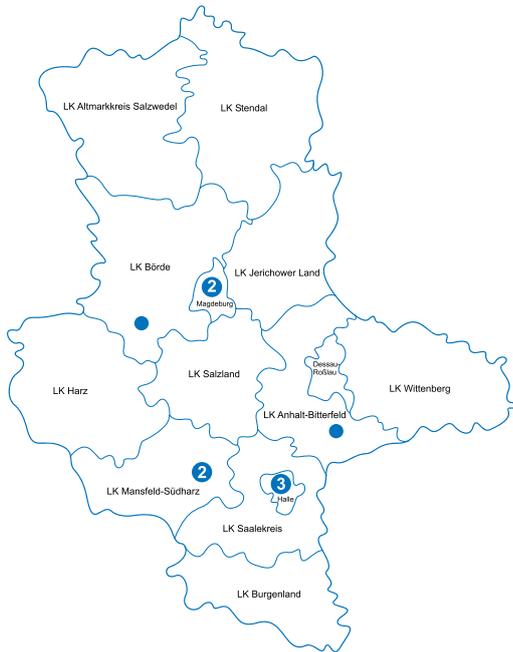


Abb. 3.36

Fähigkeiten und Interessen einbringen. An mehreren Stationen ist Teamarbeit gefragt, so dass alle ihre unterschiedlichen Kompetenzen einbringen und voneinander lernen können. Informationstafeln und ein Kiosk mit Materialien der BZgA bieten zusätzliche Informationen: knappe Fakten zu Alkohol und Tabak und deren Auswirkungen, Hintergrundwissen und natürlich auch Tipps zum „Aussteigen“.

Die BZgA-Aktion **Ich geh' zur U! Und Du?** wird in Sachsen-Anhalt in verschiedenen Regionen und von unterschiedlichen Trägern aufgegriffen und umgesetzt. Sie richtet sich an KiTa-Kinder und deren Eltern und dient der Motivation, die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum 6. bzw. 7. Lebensjahr vollständig in Anspruch zu nehmen. Im Berichtszeitraum wurde sie in fünf Regionen von unterschiedlichen Partnern umgesetzt. Beispielhaft sei hier das Vorgehen in Wolfen beschrieben.¹⁴¹ Seit 2005 organisiert der DRK Ortsverein Wolfen e.V. gemeinsam mit der Gruppe Gesundheitsprävention des Familienbündnisses die U-Aktion im Landkreis Bitterfeld. 46 Kindertagesstätten gibt es in dem Einzugsgebiet, 19 Einrichtungen mit insgesamt 936 Kindern davon 37 Migranten, wurden bis September 2007 erreicht. Die Teilnahme ist freiwillig, die Kollegien entscheiden selbst, ob die U-Aktion für ihre Einrichtung in Frage kommt. Bei positivem

Aktion „Ich geh` zur U! Und Du?“ 2003-2007



Legende:

● Beteiligte Landkreise

Abb. 3.37

Entscheid informiert die KiTa die Eltern und startet eigenständig mit den Kindern kleine Projekte zum Thema Vorsorgeuntersuchung. Elternabende werden durchgeführt, Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsamtes beantworten Fragen und informieren über die einzelnen Untersuchungen. Ziel ist es, die altersgerechte Inanspruchnahme der U-Untersuchungen zu fördern. Bei erfolgreicher Teilnahme erhalten die Kinder ein T-Shirt, mit dem sie zeigen können, dass alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen wurden. Eingebettet in einen Aktionstag stellt diese „Belohnung“ einen Höhepunkt im KiTa-Alltag dar. Die nachfolgenden Diagramme zeigen, wie die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen mit der Aktion gewachsen ist:

□ vorher ■ nachher

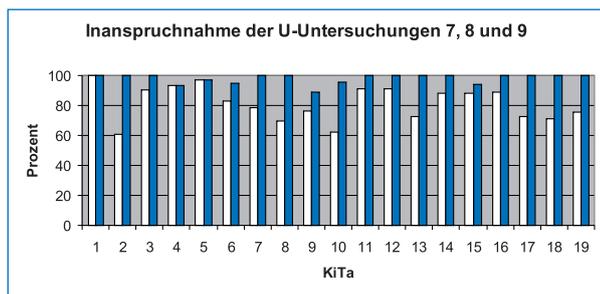


Abb. 3.38

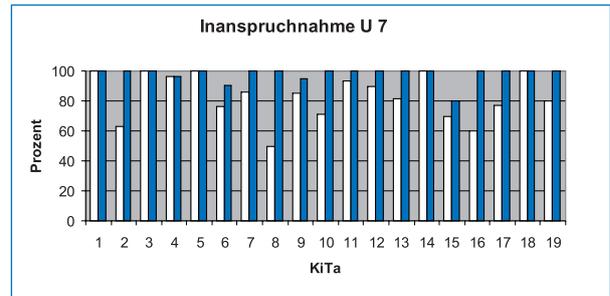


Abb. 3.39

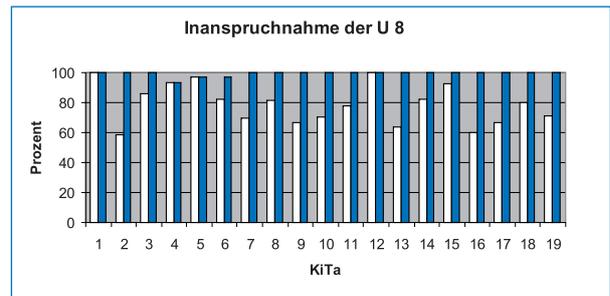


Abb. 3.40

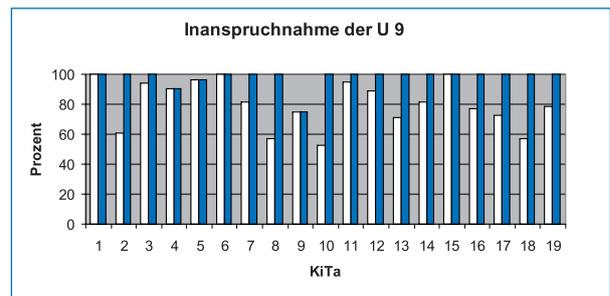


Abb. 3.41

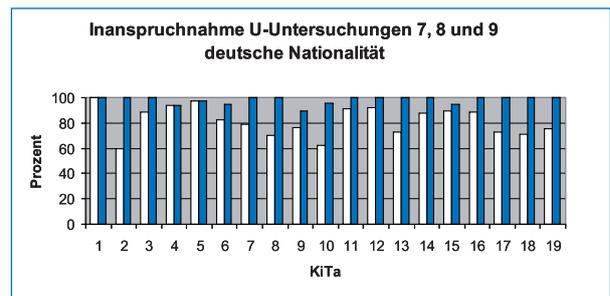


Abb. 3.42

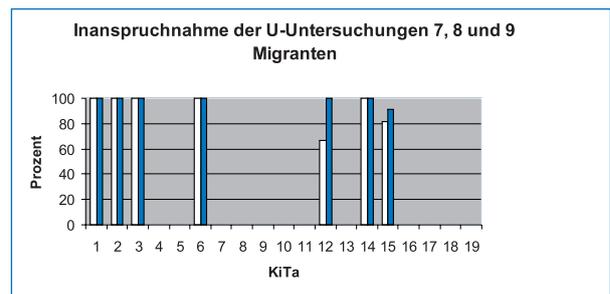


Abb. 3.43

3.9 Setting Pflegeheim

In einem Pflegeheim leben Menschen mit erheblichem Pflegebedarf und chronisch Kranke. Es ist das Zuhause der Bewohnerinnen und Bewohner und insbesondere der letzte Wohnort vieler pflegebedürftiger alter Menschen. In Sachsen-Anhalt gab es Ende 2005 laut aktueller Pflegestatistik 365 stationäre Pflegeeinrichtungen und 467 ambulante Pflegedienste. Sie betreuten zusammen rund 40.000 pflegebedürftige Menschen im Land. Das entspricht 1,6 % der Bevölkerung des Bundeslandes.¹⁴² 22.315 der Pflegebedürftigen werden stationär betreut, davon 21.507 vollstationär. Die Mehrheit von ihnen war 65 Jahre und älter.¹⁴³

3.9.1 Gesundheit im Pflegeheim – Gesundes Pflegeheim

Nach dem jüngsten Gesundheitsbericht des Bundes ist die Lebenserwartung von Frauen und Männern in Deutschland in den vergangenen 15 Jahren um ca. 3 Jahre gestiegen. In Sachsen-Anhalt liegt sie unter dem Bundesdurchschnitt und auch geringfügig unter dem Durchschnitt der neuen Bundesländer. Sie beträgt für 2004/2006 geborene Mädchen 81,1 Jahre (Bundesdurchschnitt 82,1) und für Jungen 74,6 Jahre (Bundesdurchschnitt 76,6).¹⁴⁴

Auf Grund der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt in den nächsten Jahren weiter ansteigen, bei gleichzeitiger Abnahme familiärer Pflegepotentiale. Geburtenstagnation bzw. -rückgang, hohe Abwanderungsraten junger Menschen – insbesondere junger Frauen – und veränderte Familienkonstellationen bedingen dies. Auch wenn die Erhaltung der Selbständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie stationärer Pflege für die Lebensqualität im Alter oberste Priorität hat, gewinnen die Gesundheitsförderung im Pflegeheim und die Entwicklung pflegender Einrichtungen zu gesunden Organisationen im Sinne der Ottawa-Charta¹⁴⁵ zunehmend an Bedeutung.

Eine besondere Herausforderung für die Pflege stellt die rasante Zunahme – jährlich fast 200.000 deutschlandweit – an neuen Demenzerkrankungen dar. „Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen. Während weniger als 2 % der 65- bis 69-Jährigen unter dieser Erkrankung leiden, sind es bei den über 90-Jährigen bereits mehr als 30 %. Gut zwei Drittel aller Demenzkranken sind Frauen. Ursache dafür ist hauptsächlich deren höhere Lebenserwartung. Zudem scheinen Frauen länger als Männer mit der Krankheit leben zu können. Gibt es zukünftig keine drastischen Fortschritte bei Prävention und Therapie der Demenz, wird mit dem Anteil älterer Menschen auch die Zahl der Er-

krankungen steigen. Legt man die Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes zu Grunde, könnten 2050 bereits 2,3 Mio. ältere Menschen von dieser Krankheit betroffen sein.“¹⁴⁶ Es ist abzu-sehen, dass dies auch den Bedarf an professioneller Pflege in Heimen erhöhen wird.

Noch gibt es in o. g. Sinne keine Gesundheitsfördernden Pflegeheime. Das Setting findet im Rahmen der Gesundheitsförderung bisher vergleichsweise wenig, im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch zunehmend Beachtung. Das Instrumentarium muss ebenso wie im Krankenhaus modifiziert werden.

Empirischen Untersuchungen zur Gesundheitsförderung in der Altenhilfe liegen als Forschungsgegenstand oftmals Selbstbewertungsinstrumente zur Einschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen der Pflegenden zugrunde.¹⁴⁷ Diese zielen darauf ab zu eruieren, ob und in welchen Bereichen Veränderungen erzielt bzw. Veränderungen noch erwartet werden können. Studien zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung von älteren Menschen – sowohl pflegebedürftige als auch noch selbständig, ohne fremde Hilfe lebende Personen, die das sechzigste Lebensjahr überschritten haben – existieren nur fragmentarisch.

Die Pflege stellt auf Grund der demografischen Entwicklung auch ein wachsendes Beschäftigungsfeld dar. Die hohe Zahl körperlicher und psychosomatischer Beschwerden der Pflegekräfte in der stationären Altenpflege¹⁴⁸ bestätigen die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Personal- und Organisationsentwicklung. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und Evaluation nachhaltig wirksamer Instrumente und Konzepte, die auch den Bedürfnissen und Wünschen der zu Pflegenden gerecht werden. Hierbei müssen die differenzierten Bedürfnisse und Interessen der älteren Menschen noch systematischer in den Blick genommen, transparent gemacht und dieses Wissen verbreitet werden.¹⁴⁹

Erste Projekte zur Gesundheitsförderung in Alten- und Pflegeheimen¹⁵⁰ werden bereits erfolgreich umgesetzt. In Sachsen-Anhalt gibt es verschiedene Initiativen und Projekte, die sich mit der Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen und Pflegenden befassen.

3.9.2 Ausgewählte Projekte

Mit dem Projekt **Transparenz in der Pflege**, das auf eine Initiative des Landespflegeausschusses zurückgeht, will Sachsen-Anhalt Zeichen im Verbraucherschutz im Pflegebereich setzen. Unter www.transparenz-in-der-pflege-lsa.de geben Pflegeeinrich-

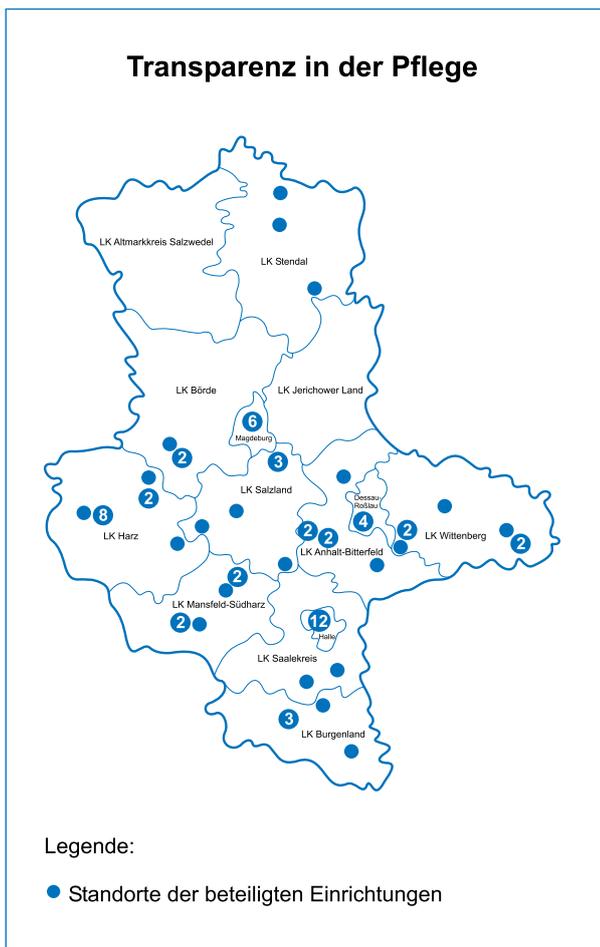


Abb. 3.44

tungen auf freiwilliger Basis nach standardisierten und von der Aufsicht kontrollierten Kriterien Selbstauskunft. Derzeit präsentieren sich 73 Einrichtungen auf dem Internetportal. Ziel ist es, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Informationen über Pflegeeinrichtungen leicht zugänglich zu machen und ihnen neben Preis- und Strukturinformationen auch Informationen zur Qualität der Pflege in den einzelnen Pflegeeinrichtungen zu geben.¹⁵¹ Grundlage der Veröffentlichung ist eine Vereinbarung, die das Ministerium für Gesundheit und Soziales mit Altenpflegeeinrichtungen und ihren Trägern geschlossen hat.

Zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter wird in einem Pflegeheim und einem Altenzentrum in Magdeburg-Olvenstedt von AOK und LVG Gesundheitsförderung für Senioren und Pflegenden angeboten. Gesunde Ernährung, körperliche Fitness und Gedächtnistraining stehen dabei für die Senioren im Mittelpunkt des Projektes. Bei den Mitarbeitern des Pflegeheimes wurde deutlich, dass bei einem Großteil Ansätze von Burnout, zeitliche Überbelastungen, Schicht(wechsel)stress und/oder häusliche Belastungen (kranker Ehepartner, pflegebedürftige Eltern) vorhanden waren. Psychologen begleiten die Pflege-

kräfte insbesondere bei der Stress- und Konfliktbewältigung sowohl in Gruppenangeboten als auch in Einzelgesprächen. Erste Ergebnisse zeigen, dass sich 100 % der befragten beteiligten Seniorinnen und Senioren und 88,8 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Alltag gesundheitsbewusster verhalten. 77,8 % der befragten Mitarbeiter gaben an, durch die Kursteilnahme erkannt zu haben, dass Selbstpflege und ein ressourcenschonendes Verhalten für sie notwendig sind.¹⁵²

Neben Projekten im Pflegeheim gibt es in Sachsen-Anhalt viele Initiativen, die Selbständigkeit älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu vermindern und ihre Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Zwei sollen hier exemplarisch beschrieben werden.

Gegründet 1996 als studentisches Projekt der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), betreut das Kontaktbüro **Prävention im Alter (PIA)** durchschnittlich 300 Menschen aller Altersgruppen, insbesondere pflegebedürftige AOK-Versicherte. Seniorinnen und Senioren sind dabei eine wichtige Zielgruppe. Das Kontaktbüro berät u. a. zur Wohnraumanpassung, Pflegestufen, Heil- und Hilfsmitteln und Wohnformen. Es trägt so dazu bei, dass ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Eine barrierefreie Musterwohnung steht Interessierten seit Februar 2004 auf dem Gelände der Hochschule offen.

Oft reichen bereits ein längerer Krankenhausaufenthalt oder ein Sturz aus, dass ältere Menschen nicht mehr allein zurecht kommen. Dass sie dennoch nicht zu Pflegefällen werden müssen, zeigt ein **Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex (AGR)** in Schönebeck in Sachsen-Anhalt. Als Modellprojekt für integrierte Versorgung wurde er von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) und der AOK Sachsen-Anhalt 1998 ins Leben gerufen. Vier geriatrisch geschulte, niedergelassene Ärzte bauten – neben der Arbeit in ihren eigenen Praxen – ein interdisziplinäres Reha-Netz auf, in das unter anderem Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ein Pflegedienst und ein Sanitätshaus eingebunden sind. Ziel ist es, die Alltagskompetenz der Seniorinnen und Senioren zu verbessern und ihnen den Verbleib in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Aus bis zu 30 km Umfeld werden die Patientinnen und Patienten täglich nach Schönebeck geholt und erhalten dort zwei bis drei Therapieeinheiten. Seit seiner Gründung hat der AGR fast 700 Patientinnen und Patienten betreut.¹⁵³

4. Erhebung zur Vielfalt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt

Prävention und Gesundheitsförderung als Strategien zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung lassen sich nicht immer klar trennen und werden oft synonym verwendet. Dennoch bestehen prinzipielle Unterschiede: Während Prävention auf die Vermeidung von Krankheit zielt (sog. pathogenetischer Ansatz), versucht die Gesundheitsförderung, individuelle Gesundheitspotenziale und -ressourcen des Menschen zu stärken und dadurch – trotz bestehender Gesundheitsrisiken/-belastungen – eine Verbesserung der Gesundheit zu bewirken (sog. salutogenetischer Ansatz). Bei der Prävention unterscheidet man Verhaltensprävention (Beeinflussung des gesundheitsrelevanten Verhaltens) und Verhältnisprävention (Verringerung von Risikofaktoren). Weiterhin unterteilt man in Primärprävention (vor Eintritt von Krankheit/Unfall), Sekundärprävention (im Krankheitsfrühstadium) und Tertiärprävention (Minimierung von Folgeerkrankungen). Prävention und Gesundheitsförderung werden manchmal auch unter dem Begriff public health zusammengefasst. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die beiden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung – fachlich nicht ganz richtig – als „Gesundheitsförderung“ zusammengefasst.

4.1 Ziel der Erhebung

Im Zeitraum von März bis Dezember 2007 führte die Arbeitsgruppe GBE am Landesamt für Verbraucherschutz eine landesweite schriftliche Befragung zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Sachsen-Anhalt für den Zeitraum 2004-2007 durch. Gesundheitsförderliche Prozesse und Maßnahmen in einem ganzen Bundesland sind so vielfältig und vielschichtig und betreffen so viele verschiedene Träger, dass es prinzipiell unmöglich ist, sie in ihrer Gesamtheit zu erfassen und darzustellen. Erschwerend kommt hinzu, dass Prozesse und Maßnahmen einer ganzheitlich verstandenen Gesundheitsförderung nicht leicht von anderen Bereichen des sozialen Lebens (wie Sport, Tourismus, Wellness usw.) abzugrenzen sind. Auch die Handlungsstrategien und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z. B. gesetzlich vorgeschriebener vs. freiwilliger Auftrag) sind unterschiedlich, so dass folglich auch die Motivation für die Meldung eigener Aktivitäten an die Landesgesundheitsberichterstattung ungleich ist.

Deshalb war das übergeordnete Ziel der durchgeführten Befragung keine Vollerhebung oder Be-

standsaufnahme aller Träger und Maßnahmen von Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, sondern vielmehr sollte ein Einblick in die Vielfältigkeit der Gesundheitsförderung im Land gewonnen werden. Da die verschiedenen Initiativen, Projekte und Erfolge des Gesundheitszieleprozesses in Sachsen-Anhalt in der Vergangenheit als Einzelpublikationen und in diesem Bericht erstmalig zusammenfassend gut dokumentiert sind, war ein besonderes Anliegen der Erhebung, vor allem auch solche Träger und Maßnahmen zu erfassen, die nicht explizit (organisatorisch) im Gesundheitszieleprozess des Landes eingebettet sind und die deshalb bisher in der Politik, in der Öffentlichkeit und bei anderen Gesundheitsakteuren eventuell weniger bekannt sind. Dadurch, dass ein relativ breites Spektrum von Trägern (meist Dachorganisationen) für die Befragung angeschrieben und dabei um Weiterleitung der Anfrage an nachgeordnete oder ähnliche Institutionen gebeten wurde, bestand aber die Hoffnung, mit der Erhebung auch eine einigermaßen repräsentative Auswahl von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Sachsen-Anhalt zu erfassen.

Die Erhebung sollte also einerseits dazu dienen, den politisch Verantwortlichen und der Öffentlichkeit ein genaueres Bild von der Vielfalt von Gesundheitsförderung im Land Sachsen-Anhalt zu vermitteln, andererseits sollten die erfassten Träger und Maßnahmen in einem „Projektwegweiser“ (siehe Kapitel 5) zusammengestellt werden, um so die Möglichkeit zu schaffen, dass die – im Land verstreuten – Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung sich über Aktivitäten Gleichgesinnter informieren und gegebenenfalls neue Kontakte knüpfen können.

4.2 Methodik der Erhebung

Die Befragung erfolgte in zwei Durchgängen. Im März 2007 wurde zum ersten Mal eine Auswahl potenzieller Träger der Gesundheitsförderung angeschrieben (Abb. 4.1).

In diesem Anschreiben wurde den Trägern o. g. Intention der Befragung erklärt. Sie wurden außerdem gebeten, gesundheitsförderliche Projekte aus ihrem Verantwortungsbereich zu melden. Um die Projektmeldungen zu vereinheitlichen und vom Umfang her zu begrenzen, wurde ein Formblatt entwickelt. In diesem sollte das Projekt kurz beschrieben und dann elektronisch zurück gesandt werden (Abb. 4.2).

Erstaufruf März 2007

24 Landräte bzw. Oberbürgermeister	
24 Gesundheitsämter	
GKVn	AOK
	BKK
	IKK
	VdAK-AEV
Wohlfahrtsverbände	AWO
	Caritas
	Diakonie
	DRK
Gesunde Städte-Projekt	Der PARITÄTISCHE
	Magdeburg Halle (Saale)
Hochschulen	HS Magdeburg-Stendal (FH)
	Uni Magdeburg
	FH Merseburg
	Uni Halle
LVG	

Abb. 4.1

Die Ausschlusskriterien für die Meldung von gesundheitsförderlichen Projekten waren im ersten Durchgang der Befragung relativ streng. Es sollten nur „echte“ Projekte gemeldet werden, welche

- den allgemein anerkannten Kriterien von Gesundheitsförderung und Prävention genügen,
- aktuell laufen, zeitnah (2007) starten werden oder erst vor kurzem (2006) abgeschlossen wurden,
- konkrete Zielstellungen haben und
- zeitlich begrenzt sind (nicht Teil eines Dauerangebotes).

Außerdem wurde ein relativ kurzfristiger Einsendeschluss festgesetzt (21. Mai 2007).

Als sich herausstellte, dass nach Einsendeschluss des ersten Aufrufs die Rücklaufquote recht gering war, wurde im August/ September 2007 ein zweiter Durchgang der Befragung durchgeführt. Neben den Adressaten des Erstaufrufs wurden auch einige neue Akteure angeschrieben (Abb. 4.3).

Für beide Adressatengruppen (Wiederholungs- und Neuadressaten) wurde eine modifizierte Abfrage

durchgeführt. Die wichtigste Änderung im Vergleich zum Erstaufruf betraf die Art der zu meldenden Maßnahmen. Im zweiten Durchgang durften nicht nur „echte“ Projekte gemeldet werden, sondern auch Einzelaktionen und regelmäßige Maßnahmen. Insgesamt wurden fünf Kategorien von gesundheitsförderlichen Maßnahmen definiert (Abb. 4.4), die die Träger melden konnten. Diese Kategorien wurden auf einem separaten Begleitblatt erläutert (Abb. 4.5).

Die zweite Änderung betraf das Format der Abfrage. Während im ersten Durchgang alle Projekte in das Formblatt (Abb. 4.2) eingetragen werden mussten, wurden die Träger bei der zweiten Abfrage gebeten, zunächst alle bei ihnen durchgeführten Maßnahmen in einem Ankreuz-Fragebogen (Abb. 4.6) zu kategorisieren und zu erfassen und dann nur die „echten“ Projekte in dem schon beim Erstaufruf verwendeten Formblatt genauer zu beschreiben.

Drittens wurde der Erfassungszeitraum erweitert (2004-2007) und viertens der Einsendeschluss weniger scharf gefasst. Die Abbildung 4.7 fasst die Unterschiede zwischen Erst- und Zweitaufruf zusammen.

Träger / durchführ. Organsiation:					Projektleiter/in(nen):			
Titel des Projektes:								
Kreis:			Gemeinde:			Laufzeit (von - bis):		
Zielgruppe(n):								
Zugehörigkeit der Problematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)								
Gesundheitszielen* weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)								
Z	I	TA	E	B				
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung								
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:								
Durchführung / Methodik:								
Bisherige Ergebnisse:								
Kontakt (inkl. Email):					Internet-adresse:			

Abb. 4.2

Zusätzlich angeschrieben im August/September 2007

24 Jugendämter
MDK Sachsen-Anhalt
Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Berufsverband Gesundheitsförderung e.V.
Deutsches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung (DNBGF)
Netzwerk Gesundheit Sachsen-Anhalt Süd
FOKUS-Institut-Halle
Magdeburger Akademie für Praxisorientierte Psychologie e.V. (MAPP e.V.)
Unfallkasse Sachsen-Anhalt
GS "Salbke" (Gefö.Schule)-Träger Stadt MD
Der Weg e.V.
Sport- und Gesundheitsmanagement GbR Magdeburg (SPOG)
Bund für Umwelt und Naturschutz e.V.
Gesellschaft für Prävention im Alter, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Landeshebammenverband
Landfrauenverband
Sexualpädagogisches Zentrum, Hochschule Merseburg
Agenda 21-Büro Halle

Abb. 4.3

Die 5 neuen Kategorien gesundheitsförderlicher Maßnahmen

1. „Echte“ Projekte in Eigenregie
2. Einzelaktionen in Eigenregie
3. Regelmäßige Angebote in Eigenregie
4. Teilnahme an Aktionen oder Projekten anderer Träger
5. Teilnahme an Standardangeboten der Gesundheitsförderung

Abb. 4.4

Begleitblatt zum Fragebogen des Zweitaufrufs

Begriffserklärungen und Beispiele zum Fragebogen:

"Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention im Zeitraum 2004-2007"

Was ist ein Projekt?

Ein Projekt wird als ein Vorhaben verstanden, in dem klare Ziele vorgegeben sind, zeitliche, finanzielle bzw. personelle Begrenzungen existieren, die Aufgabe für die Einrichtung vergleichsweise komplex und relativ neu ist und eine Auswertung des Projekterfolges durchgeführt bzw. geplant ist.

¹ Beispiel für ein Projekt in Eigenregie (Punkt 1.1 im Fragebogen):

Das Gesundheitsamt X plante ein Projekt zum Thema „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ über einen Zeitraum von zwei Jahren. Dazu motivierte es KiTas im Landkreis zur Teilnahme an Schulungen von Erziehern und Eltern zu gesundheitsrelevanten Themen, wie Ernährung und Rückenschule und zum Aufbau von Sinnesgärten, Snouzzelräumen, usw. Nach zweijähriger Sensibilisierung der Beteiligten auf gesundheitsfördernde Aspekte zog sich das Gesundheitsamt zurück und erstellte eine Evaluation des Projektes.

⁴ Beispiel für die Teilnahme an einem Projekt anderer (Punkt 2.1 im Fragebogen):

Die Stadt X plante vom 10. bis 17. November 2006 eine „Herzwoche“ im Rahmen von Aufklärung und Präventionsarbeit durchzuführen. Das Gesundheitsamt X beteiligt sich an diesem Projekt, indem es Referenten zu speziellen Vorträgen und Materialien stellte und Schulungskurse zur Herz- Lungen-Wiederbelebung anbot. Im Februar 2007 verfasste die Stadt einen Bericht zur dieser Herzwoche.

Was ist eine Aktion?

Eine Aktion ist eine punktuelle Maßnahme (meist an einem Tag), deren Planungs- und Durchführungsaufwand deutlich geringer als bei einem Projekt ist und bei der eine anschließende Auswertung kein notwendiger oder vordringlicher Bestandteil der Maßnahme ist.

² Beispiel für eine einmalige Aktion in Eigenregie (Punkt 1.2 im Fragebogen):

Das Gesundheitsamt X führte am 03. April 2007 einen „Gesundheitstag“ durch. Dabei hatten insbesondere Schüler, Jugendliche und ältere Menschen die Möglichkeit, sich anhand von Präsentationen und Informationsmaterial über aktuelle Gesundheitsthemen, wie Vorsorgeuntersuchungen zu informieren.

³ Beispiel für eine regelmäßige Aktion in Eigenregie (Punkt 1.3 im Fragebogen):

Zum „Welt- AIDS-Tag“ veranstaltet das Gesundheitsamt X jedes Jahr eine Präventionsveranstaltung im lokalen Jugendclub. Schüler und Jugendliche werden durch einen selbst entworfenen Mitmachparcours, Beratungsrunden und Theaterspiele zu den Themen HIV, AIDS und Verhütungsmethoden sensibilisiert.

⁵ Beispiel für die Teilnahme an einer Standard-Aktion (Punkt 2.2 im Fragebogen):

Das Gesundheitsamt X nimmt einmalig oder regelmäßig an der Kampagne "KlarSicht Mitmachparcours zu Tabak und Alkohol" der BZgA teil, indem es einen Stand und Mitmachparcours mit den vorgefertigten Materialien zu (legalen) Suchtmitteln und nach einem mehr oder weniger vorgegebenen Muster organisiert.

Abb. 4.5

Fragebogen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Zweitaufwurf

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention im Zeitraum 2004 - 2007				
Gesundheitsamt (+Adresse):				
Ansprechpartner Gesundheitsförderung (+Tel +Email):				
<i>Bitte Anzahl der Aktivitäten pro Jahr eintragen:</i>				
	2004	2005	2006	2007
1. Aktivitäten in Eigenregie				
1.1 Projekte ^{1 §}				
a				
b				
c				
1.2 Einmalige Aktionen / Maßnahmen ²				
a				
b				
c				
d				
e				
1.3 Regelmäßige Angebote / Aktionen / Maßnahmen ³				
a				
b				
c				
d				
e				
2. Teilnahme an Aktivitäten, die von anderen Institutionen entwickelt wurden				
2.1 Teilnahme an individuellen Aktionen / Projekten [§] , die von Partnern entwickelt wurden ⁴				
a				
b				
c				
d				
e				
2.2 Teilnahme an / Weitervermittlung von "Standard"-Angeboten (z.B. BZgA) ⁵				
a				
b				
c				
§ Bitte jeweils ein Formblatt ausfüllen				

Abb. 4.6

Unterschiede der zwei Durchgänge der Erhebung zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen		
	Erstaufwurf März 2007	Zweitaufwurf August 2007
Art des Briefes	Einladungsbrief	Modifizierter Erinnerungsbrief bzw. Einladungsbrief (zusätzliche, neue Akteure)
Kriterien für Inhalt	relativ strenge Projektdefinition	weichere „Projekt“definition: Definition von 5 "Projektkategorien"
Erfassungszeitraum	zeitlich eingeschränkt (2006/2007)	zeitlich offener (2004-2007)
Format der Abfrage	einheitliches Formblatt für alle Projekte	Ankreuzfragebogen für alle Aktivitäten, „altes“ Formblatt nur für „echte“ Projekte

Abb. 4.7

4.3 Ergebnisse der Erhebung

4.3.1 Gesamtüberblick

Insgesamt wurden für den Zeitraum 2004-2007 bei den zwei Aufrufen von 47 Trägern landesweit 737 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gemeldet (Abb. 4.8). 46 der gemeldeten Maßnahmen waren (Bestandteil von) Modellprojekte(n) des Gesundheitszieleprozesses.

Der größte Rücklauf kam von den Gesundheitsämtern (51 % der rückmeldenden Institutionen und 60 % aller gemeldeten Maßnahmen) und von den Jugendämtern (13 % bzw. 16 %).

Der modifizierte Zweitaufwurf – mit seinen „weicheren“ Ausschlusskriterien – erbrachte eine deutlich höhere Resonanz als der relativ eng gefasste Erstaufwurf. Bei den 64 Institutionen, die zwei Mal angeschrieben worden waren, erfolgten 437 von 522 Meldungen (84 %) erst beim zweiten Aufruf (Abb. 4.8). Neben der verbesserten Methodik mag hier jedoch auch der Erinnerungs- und/ oder „Schlechte-Gewissen“-Effekt durch die Wiederholungsabfrage eine Rolle gespielt haben.

Der überwiegende Teil der gemeldeten Maßnahmen (535 von 737, das sind 73 %) war in Eigenregie durchgeführt worden, 202 der Meldungen waren Teilnahmen an Maßnahmen anderer Träger (Abb. 4.9). Bei 17 der 125 gemeldeten „Teilnahme-Maßnahmen“ hatte der Hauptträger die betreffende Maßnahme ebenfalls gemeldet, so dass es sich hierbei um Doppelmeldungen handelte, bei den restlichen hatte sich der Hauptträger nicht gemeldet, so dass diese Maßnahmen nur einmal in der Liste erscheinen. Insgesamt ergibt sich somit eine Zahl von 720 gemeldeten unterschiedlichen Maßnahmen.

Unter den in Eigenregie durchgeführten Maßnahmen waren etwa 23 % echte Projekte, die restlichen Maßnahmen waren zu etwa gleichen Teilen Einzelaktionen und regelmäßige Aktionen. Bei den „Teilnahme-Maßnahmen“ hatten die meisten an individuellen Aktionen/Projekten teilgenommen, ein Drittel waren Teilnahmen an Standardangeboten wie z. B. BZgA-Kampagnen.

Die tatsächliche Anzahl durchgeführter Maßnahmen im Zeitraum 2004-2007 ist wesentlich größer als die in Abb. 4.8 und 4.9 als „gemeldete Maßnahmen“ aufgeführte (737 bzw. 720), weil Maßnahmen,

Gemeldete Maßnahmen nach Art des Anschreibens und der Rückmeldung

	Gesundheitsämter	Jugendämter	gesetzliche Krankenkassen	Unfallkasse Sachsen-Anhalt	Wohlfahrtsverbände	LVG	BGW**	Hochschulen	Sonstige	Summe
Institutionen / Organisationen, die zwei Mal angeschrieben wurden (Erstaufwurf: März 2007, modifizierter Wiederholungsaufwurf August/September 2007):										
angeschriebene Inst./Org.:	24		4		5	1		4	26	64
1. Rückmeldungen bei Erstaufwurf März 2007										
meldende Inst. / Org.	9		2		1	1		1	1	15
gemeldete Maßnahmen	61		12		1	9		1	1	85
2. Rückmeldung bei Wiederholungsaufwurf										
meldende Inst. / Org.	18*		2		1			1	1	23
gemeldete Maßnahmen	380		29		17			2	9	437
Institutionen / Organisationen, die einmalig (mit modifizierter Methodik) im August/September 2007 angeschrieben wurden:										
angeschriebene Inst./Org.:		24		1			1		15	41
3. Rückmeldung bei Erstaufwurf August / September 2007										
meldende Inst. / Org.		6		1			1			8
gemeldete Maßnahmen		115		28			7			150
4. Spontane Meldungen (Institutionen / Organisationen wurden nicht angeschrieben):										
meldende Inst. / Org.									4	4
gemeldete Maßnahmen									65	65
Summe:										
meldende Inst. / Org.	24	6	4	1	2	1	1	2	6	47
gemeldete Maßnahmen	441	115	41	28	18	9	7	3	75	737

* 3 Gesundheitsämter meldeten sowohl beim ersten, als auch beim zweiten Aufruf Maßnahmen

** Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-pflege (BGW)

Abb. 4.8

Gemeldete Maßnahmen nach Projektkategorien*

Rückmeldung	Gesundheitsämter	Jugendämter	gesetzliche Krankenkassen	Unfallkasse Sachsen-Anhalt	Wohlfahrtsverbände	LVG	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	Hochschulen	Sonstige	Summe
eigene Projekte	24	7	13	8	1	9	1	3	56	122
eigene Einzelaktionen	159	22	12	3	2		4		2	204
eigene regelmäßige Maßnahmen	123	51	9	7	11		2		6	209
Teilnahme an einer Aktion / einem Projekt anderer	91	25	3	10	4				2	135
Teilnahme an Standardangeboten (z.B. BZgA)	44	10	4						9	67
Summe	441	115	41	28	18	9	7	3	75	737 (720)**

* die 85 beim Erstaufwurf gemeldeten Maßnahmen wurden nachträglich den 5 Projektkategorien zugeordnet, ** ohne Doppelmeldungen

Abb. 4.9

die zum selben Thema mehrfach durchgeführt worden waren, für die Zusammenfassung prinzipiell nur ein Mal gezählt wurden (Abb. 4.10).

Die tatsächliche Anzahl durchgeführter Maßnahmen im Zeitraum 2004-2007 (inklusive der mehrfach durchgeführten) wird auf mehr als 2.000 geschätzt.

Der Großteil (74 %) der gemeldeten Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde zu den Themen Zahngesundheit, allgemeine Gesundheit, Sexualität/AIDS, Ernährung, Sucht und Bewegung durchgeführt (Abb. 4.11)

Damit wurde der starke Bezug zu den Landesgesundheitszielen (Bewegung, Ernährung, Impfen, Sucht, Zahngesundheit) bereits deutlich, da jedoch in vielen

Maßnahmen ein Bezug zu mehreren Gesundheitszielen gleichzeitig bestand, schien eine zusätzliche Auszählung der einzelnen Bezüge sinnvoll (Abb. 4.12).

Bei dieser Auswertung bestätigte sich für zwei Drittel der gemeldeten Maßnahmen der Gesundheitszielebezug. Ein Drittel der gemeldeten Maßnahmen hatte keinen Bezug zu den Landesgesundheitszielen. Die Verteilung der Bezüge zwischen den Landesgesundheitszielen Bewegung, Ernährung, Sucht und Zahngesundheit war relativ ausgeglichen, aufgrund der spezifischen Fragestellung und der begrenzten Durchführungsmöglichkeit gab es erwartungsgemäß weniger Bezüge zum Gesundheitszielbereich Impfen. Maßnahmen mit dem Hauptthema Impfen wurden fast ausschließlich von den Gesundheitsämtern durchgeführt.

Beispiel für die Zählung von mehrfach durchgeführten Maßnahmen

1.3 Regelmäßige Angebote / Aktionen / Maßnahmen ³		2004	2005	2006	2007	Zählung
a	Impftage	2	2	2	2	1
b	Aktionen zum Weltnichtrauchertag	1	3	1	1	1
c	Mitmachparcour "Alles Möhre oder was?!" (Thema: Ernährung)			4	1	1
d	Suchtralley			2	2	1
e						

Sortiert man die gemeldeten Maßnahmen nach Zielgruppe/Setting, so wird deutlich, dass sich die Hälfte (371) der gemeldeten Maßnahmen an Kinder und Jugendliche innerhalb oder außerhalb von KiTa/Schule richtete (Abb. 4.13). Knapp ein Drittel der Maßnahmen

Abb. 4.10

Gemeldete Maßnahmen nach Themenbereichen

Thema	Gesundheits- ämter	Jugendämter	gesetzliche Kranken- kassen	Unfallkasse Sachsen- Anhalt	Wohlfahrts- verbände	LVG	BG für Gesundheits- dienst und Wohlfahrts- pflege (BGW)	Hochschulen	Sonstige	Summe
Zahngesundheit	87	13	1		5				5	111
allgemeine Gesundheit	47	10	17	14		3	1	1	20	113
Sexualität/AIDS	84	6	1						1	92
Ernährung	41	22	6		6	1			11	87
Sucht	39	20	3	1	1			2	7	73
Bewegung	11	16	11	2	4	5	2		15	66
Impfen	29	1							3	33
Herz-Kreislauf- Krankheiten	8								2	10
Schwangerschaft und Geburt	2									2
Sonstige	93	27	2	11	2		4		11	150
Summe	441	115	41	28	18	9	7	3	75	737

Abb. 4.11

Gemeldete Maßnahmen nach Gesundheitszielbezug

	Gesundheits- ämter	Jugendämter	gesetzliche Kranken- kassen	Unfallkasse Sachsen- Anhalt	Wohlfahrts- verbände	LVG	BG für Gesundheits- dienst und Wohlfahrts- pflege (BGW)	Hochschulen	Sonstige	Summe
Maßnahmen mit Gesundheitszielebezug	270	77	33	18	15	9	2	2	55	481
Maßnahmen ohne Gesundheitszielebezug	171	38	8	10	3		5	1	20	256
Summe Maßnahmen	441	115	41	28	18	9	7	3	75	737
Bezüge zu Zahngesundheit	135	29	2	4	11	3		1	12	197
Bezüge zur Ernährung	95	29	18	9	8	5		1	29	194
Bezüge zur Bewegung	65	21	24	18	1	8	2	1	32	172
Bezüge zur Sucht	82	18	8	9	1	3		3	18	142
Bezüge zum Impfen	75	2	2	4		3		1	10	97
Summe Bezüge	452	99	54	44	21	22	2	7	101	802

Abb. 4.12

Gemeldete Maßnahmen nach Zielgruppen

Zielgruppe / Setting	Gesundheitsämter	Jugendämter	gesetzliche Krankenkassen	Unfallkasse Sachsen-Anhalt	Wohlfahrtsverbände	LVG	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	Hochschulen	Sonstige	Summe
Bevölkerung / Öffentlichkeit	156	24	22	6		2	2	1	9	222
Schule	122	10	4	3		5			14	158
Kita	26	60	1	2	17	2		1	6	115
Kinder (außerhalb von Kita/Schule)	44	5	1	1					14	65
Betrieb/Mitarbeiter	17	2	11	16	1		5		12	64
Jugendliche (außerhalb der Schule)	20	9	1						3	33
Senioren	11								11	22
(werdende) Mütter	10	1							3	14
Eltern / Familie	5	3	1						1	10
Menschen mit Behinderung	9									9
Frauen	5								1	6
Spezielle	16	1						1	1	19
Summe	441	115	41	28	18	9	7	3	75	737

Abb. 4.13

wandte sich unspezifisch „an die Bevölkerung“ im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit oder im Rahmen von Projekten/Institutionen ohne spezifische Zielgruppe.

4.3.2 Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der Grundstein für den ÖGD in Deutschland wurde durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Jahr 1934 gelegt. Auch wenn in diesem Gesetz der Nationalsozialisten heute in erster Linie „Erb- und Rassenpflege einschließlich Eheberatung“¹⁵⁴ hervorsticht, so lässt sich im weitesten Sinne auch schon ein Auftrag zu Prävention und Gesundheitsförderung ablesen. Den Gesundheitsämtern oblag u. a. die Durchführung der ärztlichen Aufgaben gesundheitliche Volksbelehrung, Schulgesundheitspflege, Mütter- und Kinderberatung, Förderung der Körperpflege und Leibesübungen.¹⁵⁵ Seit diesem Gesetz bis heute sind in Deutschland die Gesundheitsämter der Kreise und der kreisfreien Städte die Grundeinheiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Teilung Deutschlands führte zu einer sehr unterschiedlichen Entwicklung der Gesundheitssysteme in Ost- und Westdeutschland, während in der DDR das gesamte Gesundheitswesen staatlich organi-

siert und somit die Unterscheidung eines „öffentlichen Gesundheitsdienstes“ obsolet war, fand in der Bundesrepublik Deutschland eine zunehmende Auslagerung von Aufgaben und damit eine Schwächung des ÖGD und eine zum Teil sehr unterschiedliche Ausgestaltung und Gesetzgebung des ÖGD in den verschiedenen Bundesländern statt. Mit der Wiedervereinigung wurde die föderalistische Struktur des ÖGD auf die neuen Bundesländer übertragen.

Nahmen die Gesundheitsämter in beiden Teilen Deutschlands bis zur Wiedervereinigung in erster Linie Aufsichts-, Kontroll- und Präventionsaufgaben wahr, widmet sich der ÖGD seit den frühen 1990er Jahren zunehmend auch der Gesundheitsförderung im modernen Sinne. Prävention und Gesundheitsförderung sind inzwischen in den Gesundheitsdienstgesetzen der meisten Bundesländer verankert, die Gewichtung und Ausrichtung sind jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich.

In Sachsen-Anhalt ist die Gesundheitsförderung seit 1997 im Gesundheitsdienstgesetz (GDG-LSA)¹⁵⁶ festgeschrieben. Sie steht dabei sogar an erster Stelle. Im Kapitel 1 heißt es „Der Öffentliche Gesundheitsdienst schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung. Er wirkt an einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung nach Maßgabe dieses Gesetzes insbesondere in folgenden Aufgabenbereichen mit: 1. Gesundheitsförderung, ...“¹⁵⁷

Im „§ 7 Gesundheitsförderung“¹⁵⁸ des GDG-LSA heißt es weiter:

„(1) Der Öffentliche Gesundheitsdienst klärt die Bevölkerung über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung auf und regt sie zur Mitwirkung an. Besondere Bedeutung kommt der Vorbeugung gegen Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen und bei anderen Suchtgefahren zu...

(2) Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet dabei eng mit den Sozialversicherungsträgern, der Kassenärztlichen Vereinigung, auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Angehörigen des ärztlichen Berufs, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie weiteren dafür zuständigen Stellen zusammen.“¹⁵⁹

Die Gesundheitsförderung ist somit eine wichtige Pflichtaufgabe des ÖGD in Sachsen-Anhalt. Traditionell werden die meisten gesundheitsförderlichen Maßnahmen vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst und vom Sozialpsychiatrischen Dienst (Suchtprävention) durchgeführt.

Obwohl in der Abfrage bei den Gesundheitsämtern die Kriterienfüllung und die Qualität der gemeldeten Gesundheitsförderungsmaßnahmen sehr unterschiedlich waren und obwohl ihre Abgrenzung zu rein präventiven/gesundheitserzieherischen Maßnahmen und/oder zu Aufgaben des Gesundheitsschutzes oft schwer fiel, belegt

- die Fülle der gemeldeten Maßnahmen,
- die Vielfalt der Themen und Zielgruppen,
- der Ideenreichtum und
- das hohe Engagement sowie der hohe Aufwand bei vielen Maßnahmen die wichtige Rolle, die der ÖGD heute in der Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt spielt.

Das quantitative Übergewicht der gemeldeten Maßnahmen aus dem ÖGD in der Abfrage darf allerdings nicht ohne weiteres als Abbild der tatsächlichen „Mengenverhältnisse“ in der Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt gesehen werden:

- erstens wurden schon a priori mit 24 Gesundheitsämtern und 24 Landräten/Oberbürgermeistern (letztere leiteten die Anfrage mehrheitlich an „ihre“ Gesundheitsämter weiter) ein Übergewicht an Trägern aus dem ÖGD angeschrieben,
- zweitens wurden die Gesundheitsämter zwei Mal angeschrieben, während die meisten anderen Träger nur ein Mal angeschrieben wurden.

Weiterhin können die Mengen gemeldeter Maßnahmen der verschiedenen Gesundheitsämter aus folgenden Gründen nicht zu einem direkten Ver-

gleich zwischen den Gesundheitsämtern verwendet werden:

- die personelle Ausstattung der Gesundheitsämter ist sehr unterschiedlich,
- jedes Gesundheitsamt setzt etwas andere Arbeitsschwerpunkte,
- die Verteilung der Gesundheitsförderungsaufgaben zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt ist in jedem Kreis unterschiedlich,
- es sind hier nur gemeldete Maßnahmen aufgeführt und es ist möglich, dass einige Gesundheitsämter zwar Maßnahmen durchgeführt, diese jedoch aus verschiedenen Gründen nicht gemeldet haben.

Die Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt entwickeln bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aufgaben ein hohes Maß an Eigeninitiative. Dies zeigt sich daran, dass nur 10 % der 441 gemeldeten Maßnahmen vorgegebene Standardangebote waren, während 69 % gänzlich selbst entwickelt wurden und 21 % selbst organisierte Teilnahmen an individuellen Aktionen/Projekten anderer Träger waren (Abb. 4.9). Die weitaus meisten (92 %) der 306 in Eigenregie durchgeführten Maßnahmen waren Aktionen. Der geringe Anteil (5 %) „echter“ Projekte unter allen vom ÖGD gemeldeten Maßnahmen hat vermutlich vielfältige Ursachen, z. B. den dafür nötigen hohen Zeit- und Personalaufwand, welcher in Konflikt mit den vielen – meist als wichtiger eingestuft – anderen Aufgaben in den Gesundheitsämtern steht.

Zahngesundheit und Sexualität/AIDS waren im ÖGD die häufigsten Themen bei den gesundheitsförderlichen Aktivitäten, gefolgt von allgemeiner Gesundheit, Ernährung und Sucht (Abb. 4.11).

Etwa ein Drittel der aus dem ÖGD gemeldeten Maßnahmen hatten keinen expliziten Bezug zu den Landesgesundheitszielen (Abb. 12). Bei den Maßnahmen mit Bezug zu den Gesundheitszielen war die Ausrichtung auf die verschiedenen Zielbereiche recht gleichmäßig verteilt, wobei der Bezug zur Zahngesundheit am häufigsten gegeben war.

Die Gesundheitsämter haben in den meisten Bundesländern einen guten Kontakt zu KiTas und Grundschulen, u. a. weil der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJD) in der Regel die gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung der Schulanfänger durchführt und der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst (KJZD) in der Regel die im SGB V § 21 vorgeschriebene zahnmedizinische Gruppenprophylaxe der unter 13-jährigen in KiTas und Schulen durchführt. In Sachsen-Anhalt, wie in den anderen neuen Ländern, ist der Kontakt der Gesundheitsämter zu KiTas und Schulen traditionell besonders intensiv. Deshalb ist es nicht erstaunlich, dass sich fast die Hälfte der aus dem ÖGD gemeldeten Gesundheitsförderungsmaß-

nahmen an Kinder und Jugendliche richtet, darunter die meisten 148 von 212 (70 %) im Setting KiTa oder Schule (Abb. 4.13).

Beispielhaft für die Vielfalt der gesundheitsförderlichen Maßnahmen im ÖGD sollen im Folgenden drei Projekte vorgestellt werden:

Träger / durchführ. Organsiation:					Projektleiter/in(nen):		
Itmarkkreis Salzwedel / Gesundheitsamt raxis für Ernährungs- und Diätberatung Salzwedel MaxiMumm, Ernährungsberatung für übergewichtige Kinder und Jugendliche					Frau Masuch Frau Schulze Herr Thierjung		
Titel des Projektes:							
Besser essen. Mehr bewegen. Ein Projekt zur Adipositasprävention im Kindesalter							
Kreis:		Gemeinde:			Laufzeit (von - bis):		
Altmarkkreis Salzwedel					2006 - 2008		
Zielgruppe(n):		Kinder in Grundschulen					
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)							
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)							
Z	I	TA	E	B			
0	0	0	2	2			
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung							
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:							
Hintergrund für die Entwicklung des Konzepts bildeten im Jahr 2005 der Aufruf des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft zum gleichnamigen Wettbewerb sowie die steigenden Zahlen übergewichtiger Grundschüler im Altmarkkreis. Ziel des Projekts ist die Senkung der Adipositasprävalenz der Kinder im Grundschulalter.							
Durchführung /Methodik:							
Die Projektpartner entwickelten gemeinsam einen 3-Jahresplan. Hierin ist festgelegt, welche Maßnahmen – getrennt oder gemeinsam, aufeinander abgestimmt – im festgesetzten Zeitraum durchgeführt werden können. Die Beteiligten arbeiten dabei eigenständig und im Rahmen eigener rechtlicher und finanzieller Möglichkeiten. Die Ergebnisse werden im Jahr 2008 zusammengeführt, evaluiert und in einem gemeinsamen Abschlussbericht zusammengefasst werden.							
Bisherige Ergebnisse:							
Die Zahl übergewichtiger 3.-Klässler sank lt. Statistik des Gesundheitsamtes seit dem Jahr 2005 um ca. 2 % (Stand: August 2007)							
Kontakt (inkl. Email):	Altmarkkreis Salzwedel, Gesundheitsamt, Karl-Marx-Str. 32, 29410 Salzwedel, Tel. 03901 / 840 624, Email: Claudia.Masuch@altmarkkreis-salzwedel.de				Internet-adresse:		

Abb. 4.14

Träger / durchführ. Organisation:		Projektleiter/in(nen):	
Landkreis Saalkreis Gesundheitsamt und Jugendamt		Frau Kuchler	
Titel des Projektes:			
Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte			
Kreis:	Gemeinde:	Laufzeit (von - bis):	
Landkreis Saalkreis	9 Gemeinden	März 04 - Dezember 06	
Zielgruppe(n):	Kinder, Eltern, Erzieher/innen		
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)			
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)			
Z	I	TA	E B
		2	
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung			
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:			
<p>Unter dem Motto „Gesundheit ist nicht alles - aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ wurde das Projekt auf den Weg gebracht. Präventionsarbeit kann nicht verordnet werden, sondern kann nur mit einer offenen, neugierigen und engagierten Haltung aller an der Erziehung und Bildung unserer Kinder Beteiligten gelingen. Suchtprävention muss frühzeitig ansetzen, nicht erst bei den konsumierenden Kindern und Jugendlichen. Deshalb wurde der Ort „Kindertagesstätte“ ausgewählt, da dort grundlegende Werte vermittelt werden. Die Gesundheitsförderung zielt im frühkindlichen Alter darauf ab, ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden der Kinder zu erlangen. Dabei ist es notwendig, dass das einzelne Kind (auch in der Gruppe) seine Bedürfnisse befriedigen kann, seine Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen lernt. Mitarbeiter in Kindertagesstätten müssen es als ihre vordergründige Aufgabe betrachten, allen Kindern ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie somit zur Stärkung ihrer Persönlichkeit zu befähigen.</p>			
Durchführung/Methodik:			
<p>Vom Landkreis wurde ein „Konzept für eine gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtung“ entwickelt und den Trägern der Kitas im Landkreis vorgestellt. Von insgesamt 64 Einrichtungen im Jahr 2004 in unserem Land-kreis erklärten 15 ihren Willen zur Teilnahme am Projekt. Diese Kindertagesstätten wurden während der gesamten Laufzeit von vier Mitarbeitern des Gesundheits- und Jugendamtes im Projekt begleitet. Zur Umset-zung des Projektes wurden vom Landkreis, vom Jugendhilfeausschuss Mittel zur Verfügung gestellt. Diese Mittel flossen u.a. in die Bindung von Referenten zur Schulung von Erziehern und Eltern zu den Themen: „Rückenschule für Kinder“ / „Brauchen unsere Kinder Grenzen?!“ / „Gesunde Ernährung für Vorschulkinder“ und zur Anschaffung von Materialien in allen Kitas, wie Kletterwand, Sinnesgarten, Anschaffung Regen-bekleidung, anteilige Finanzierung von Snouzzelräumen... . Des Weiteren konnte die AOK gewonnen werden, 4 Einrichtungen anteilig finanziell zu unterstützen. Im Dezember 2006 wurde mit einem Theaterstück der „KinderLiedBühne“ Mecklenburg-Vorpommern zur Thematik das Projekt beendet.</p>			
Bisherige Ergebnisse:			
<p>Im Januar/Februar 2007 fand in allen teilnehmenden Kitas ein Abschlussgespräch unter Beteiligung von Vertretern des Trägers, der Einrichtungsleitung, des Elternkuratoriums, des Jugendamtes und Jugendhilfe-ausschusses statt. Im Ergebnis dieser Gespräche kann festgestellt werden, dass alle 15 Einrichtungen den Weg einer gesundheitsfördernden Kindertagesstätte gegangen sind. In einigen Einrichtungen finden sich die geforderten 7 Qualitätskriterien in ihrer Gesamtkonzeption und damit in der täglichen Arbeit wieder und andere sind noch auf dem Weg. Zu positiven Verände-rungen hat das Projekt in allen Einrichtungen geführt. Der Blick auf die gesundheitsfördernden Aspekte wurde geschärft, d.h. die alltägliche Arbeit von den pädagogischen Mitarbeiterinnen selbstkritisch überprüft. Damit kann sich der Landkreis aus den Einrichtungen zurückziehen.</p>			
Kontakt (inkl. Email):	Gesundheitsamt Saalkreis, Frau Kuchler Luisenstr. 18, 06108 Halle (S.) simone.kuechler@saalkreis.kdg.de	Internet-adresse:	

Abb. 4.15

Träger / durchführ. Organsiation:		Projektleiter/in(nen):	
Landkreis Wittenberg / Fachdienst Gesundheit		Dr. med. S. Kaynak	
Titel des Projektes:			
Aller Anfang isst Bio			
Kreis:		Gemeinde:	Laufzeit (von - bis):
Landkreis Wittenberg			Mai - September 2007
Zielgruppe(n): Einschüler in allen Grund- und Förderschulen, Eltern, Schulleiter und Klassenlehrer			
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)			
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)			
Z	I	TA	E B
1	0	0	2 0
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung			
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:			
<p>Auf Initiative der damaligen Bundesministerin Frau Renate Kühnast wurde die Bio-Brotboxaktion erstmalig 2002 in Berlin gestartet. Inzwischen ist die Aktion in zehn Bundesländern nachhaltig installiert und wird von unterschiedlichen Gremien organisiert bzw. getragen. Die Idee, ABC-Schützen und ihre Eltern mit einer Bio-Brotbox auf das Thema „Gesundes Pausenfrühstück“ aufmerksam zu machen entspricht insbesondere einem Gesundheitsziel Sachsen-Anhalts. Das langfristige und nachhaltige Ziel ist die jährlich wiederkehrende Bio-Brotboxaktion, um zu jedem Schulbeginn das Thema gesundes Essen und Frühstück gemeinsam mit den Schulanfängern, Eltern und Lehrern zu diskutieren und die Bedeutung zu unterstreichen.</p>			
Durchführung/ Methodik:			
<p>Erstmalig im Schuljahr 2007/2008 bekommt jeder Einschüler (37 Schulen mit 60 Klassen mit insgesamt 1022 Einschülern) im Landkreis Wittenberg zu Beginn des Schuljahres eine wieder verwertbare, mit Bioprodukten gefüllte Brotbox überreicht. Der Fachdienst Gesundheit hat dazu die erforderliche Koordinierung und das Management übernommen. Die Finanzierung ist auch hier, wie in anderen Regionen, ausschließlich durch engagierte Unternehmen aus der Region gewährleistet. Um die Nachhaltigkeit der Erstaktion zu unterstützen wurden alle Schulleiter und Lehrer der Grundschulen und Förderschulen insbesondere über die Ziele zu gesunder Ernährung informiert. Gepackt werden die Brotboxen am 24.09.2007 von den 5 Schirmherren, den 10 Sponsoren , prominenten Gästen sowie von freiwilligen und ehrenamtlichen Helfern. Die Auslieferung der Boxen erfolgt am 25.09.2007 zentral durch das Logistik-Unternehmen TNT Express. Die Schirmherren der Aktion übergeben an von ihnen ausgewählten Grundschulen die Bio-Brotboxen persönlich, um die Bedeutung der Aktion auch or Ort zu unterstreichen und gemeinsam mit den Kindern das Thema gesundes Frühstück spielerisch enthält: 1 Saft, 1 Scheibe Brot, 1 Streichwurst, 1 Möhre, 1 Müsli und 1 Pckg. Kekse. Information an die Eltern liegen in Form von Flyern bei.</p>			
Bisherige Ergebnisse:			
Alle Schulen begrüßen die Aktion und haben in den bisher stattfindenden Elternversammlungen zu Beginn des Schuljahres die Eltern über die Bio-Brotboxaktion informiert.			
Kontakt (inkl. Email):	Landkreis Wittenberg / Fachdienst Gesundheit Breitscheidstr. 3, 06886 Lutherstadt Wittenberg E-Mail.: sebnem.kaynak@landkreis.wittenberg.de	Internet-adresse:	www.landkreis-wittenberg.de

Abb. 4.16

Weiterhin soll beispielhaft an zwei Fragebögen die Menge, die inhaltliche und formale Vielfalt und der hohe Grad der Eigeninitiative bei den gesundheitsförderlichen Kurzaktionen in den Gesundheitsämtern gezeigt werden:

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention im Zeitraum 2004 - 2007

Gesundheitsamt (+Adresse): Burgenlandkreis, Gesundheitsamt, Sozialmedizinischer Dienst; Schädestr. 5, 06712 Zeitz
Ansprechpartner Gesundheitsförderung (+Tel +Email): Frau Herrmann, Tel. 03441/ 879 102, k.herrmann.gesundheitsamt@blk.de

Bitte Anzahl der Aktivitäten pro Jahr eintragen:

	2004	2005	2006	2007
1. Aktivitäten in Eigenregie				
1.1 Projekte^{1 §}				
a 1x jährlich für 3 Tage: Projektstage zum Thema "Liebe & Sexualität" ab 8. Kl. des "Scholl-Gym." in Zeitz		1	1	1
b				
c				

1.2 Einmalige Aktionen / Maßnahmen²				
a Tagesseminar zum Thema Pubertät, Sex, Verhütung (8. Kl./ Christopherusgymn. Droyssig)	1			
b Aktion "HIV & AIDS" mit Schülern der Krankenpflegeschule Naumburg		1		
c Aktion "HIV & AIDS" beim VHS Bildungswerk Arbeit und Leben Naumburg (Umgang mit Sexualität) + Zz		1	1	
d So oft wie möglich Aktionen zu Sexualität & vor allem Verhütung an der Förderschule für Lernbehinderte Zeitz	4	5	7	7
e				

1.3 Regelmäßige Angebote / Aktionen / Maßnahmen³				
a über die gesamte Dauer der Landesgartenschau in Zeitz: jeden Dienstag= Tag der Gesundheit (Präv. & Hilfe zur Selbsthilfe)	x			
b Welt-AIDS-Tag (an BbS Zeitz & Markt Naumburg)	x	x	x	x
c 8. März (Internat. Frauentag) jährlich. Infolandschaft Markt Naumburg	x	x	x	x
d 1. Juni (Internat. Kindertag) Markt Naumburg, Laga-Gelände Zeitz	x	x	x	x
e				

2. Teilnahme an Aktivitäten, die von anderen Institutionen entwickelt wurden				
2.1 Teilnahme an individuellen Aktionen / Projekten[§], die von Partnern entwickelt wurden⁴				
a Messe für & von Menschen mit Behinderung; INFO-Messe mit Angeboten für Betroffene & Angehörige	x	x		
b Aktion Lucia "Brustkrebs in Deutschland"	x	x	x	x
c "Tag der Gesundheit" Markt Naumburg		x	x	x
d UNICEF-Aktionstag ("Stoppt AIDS" Jede Minute stirbt ein Kind an AIDS)			x	
e Aktionstag der Selbsthilfegruppen			x	x

2.2 Teilnahme an / Weitervermittlung von "Standard"-Angeboten (z.B. BZgA)⁵				
a Kindertheater "Pappe satt" (LVG Sachsen-Anhalt)				x
b				
c				

§ Bitte jeweils ein Formblatt ausfüllen

Abb. 4.17

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention im Zeitraum 2004 - 2007

Gesundheitsamt (+Adresse): GA Magdeburg; Lübecker-Str. 32; 39090 Magdeburg

Ansprechpartner Gesundheitsförderung (+Tel +Email): Beratung chronisch Kranker, Krebskranker und Behinderter; 53.23

Bitte Anzahl der Aktivitäten pro Jahr eintragen:

1. Aktivitäten in Eigenregie

	2004	2005	2006	2007
1.1 Projekte ¹ \$				
a				
b				
c				
d				

1.2 Einmalige Aktionen / Maßnahmen²

a	Vorträge/Gesprächsrunden zu gesundheitsrelevanten Themen	3	1	4	1
b					
c					
d					
e					

1.3 Regelmäßige Angebote / Aktionen / Maßnahmen³

a	Kurs: "Rauchfrei in 10 Schritten"	1	2	2	1
b	Kurs: "Abnehmen- aber mit Vernunft"	6	5	2	
c	Kurs: "Autogenes Training"	5	2	2	
d	Präventionsveranstaltung für Schulklassen zum Thema "Rauchen"	2		1	
e	Infostand, z.B. Thema: "Rauchfrei", und "Tag der offenen Tür"	1	1	1	

2. Teilnahme an Aktivitäten, die von anderen Institutionen entwickelt wurden

2.1 Teilnahme an individuellen Aktionen / Projekten⁴, die von Partnern entwickelt wurden

a	Teilnahme am Familien-Info-Tag "Aktiv gegen Krebs"	1	1	1	1
b	Posterausstellung zu gesundheitsrelevanten Themen	2	1	1	1
c	Aktionstag "Rundherum gesund" LHS MD- Thema "Rauchen"		1		1
d	Teilnahme an Gesundheitstagen	2			1
e					

2.2 Teilnahme an / Weitervermittlung von "Standard"-Angeboten (z.B. BZgA)⁵

a	Herzwoche, Schlaganfall, Glaukom, Rückengesundheit, Rauchen	3	2	3	2
b					
c					

\$ Bitte jeweils ein Formblatt ausfüllen

Abb. 4.18

4.3.3 Gesundheitsförderung durch die Jugendämter

Ein Auftrag für die Jugendämter zur Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen kann aus dem SGB VIII abgeleitet werden. Danach sollen jungen Menschen und Erziehungsberechtigten Angebote des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemacht werden, die „junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen...“ und „Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser befähigen, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen.“¹⁶⁰

Vermutlich bedingt durch die Zuständigkeit der Jugendämter für KiTas fand der größte Teil (52 %) der von Jugendämtern gemeldeten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in KiTas statt (Abb. 4.13). Ein erheblicher Teil (21 %) der Maßnahmen richtete sich auch an die Allgemeinbevölkerung. Maßnahmen mit anderen spezifischen Zielgruppen waren relativ selten.

Von den 115 gemeldeten Maßnahmen der Jugendämter hatte etwa ein Drittel keinen expliziten Bezug zu den Gesundheitszielen des Landes (Abb. 4.12). Bei den Maßnahmen mit Gesundheitszielebezug war dieser zwischen Bewegung, Ernährung, Sucht und Zahngesundheit relativ gleichmäßig verteilt, nur zwei Maßnahmen bezogen sich auf das Impfen. Die Themen allgemeine Gesundheit und Sexualität/AIDS spielten eine weniger wichtige Rolle als bei den Maßnahmen der Gesundheitsämter (Abb. 4.11).

Der weitaus größte Teil (70 %) der gemeldeten Maßnahmen war in Eigenregie durchgeführt worden, davon 7 % als „echte“ Projekte (Abb. 4.9). Die Gesamtzahl der gemeldeten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung war erwartungsgemäß – da Jugendämter keinen expliziten Gesundheitsauftrag haben – bei den Jugendämtern deutlich geringer als bei den Gesundheitsämtern.

Im Folgenden wird beispielhaft für die gesundheitsförderliche Arbeit der Jugendämter ein Fragebogen gezeigt:

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention im Zeitraum 2004 - 2007

Gesundheitsamt (+Adresse): JA SLK; - Fachberatung KiTa-

Ansprechpartner Gesundheitsförderung (+Tel +Email): Frau M. Stellfeld; 03471/ 324 593; mstellfeld@kreis-slk.de

Bitte Anzahl der Aktivitäten pro Jahr eintragen:

1. Aktivitäten in Eigenregie

1.1 Projekte^{1 §}

	2004	2005	2006	2007
a				
b				
c				

1.2 Einmalige Aktionen / Maßnahmen²

a	Fortbildung von KiTaleiterInnen § 8a; 72a			x	
b					
c					
d					
e					

1.3 Regelmäßige Angebote / Aktionen / Maßnahmen³

a	Fortbildung für ErzieherInnen (Bewegungsförderung in KiTaeinrichtungen)	x	x	x	x
b	Fortbildungen im KiTa-Bereich Bewegungsförderung	x	x	x	x
c	Fortbildungen im KiTa-Bereich sexual freundliche Erziehung				x
d					
e					

2. Teilnahme an Aktivitäten, die von anderen Institutionen entwickelt wurden

2.1 Teilnahme an individuellen Aktionen / Projekten[§], die von Partnern entwickelt wurden⁴

a	Drogenpräventionstage (LK, Stadt)	x	x	x	x
b	"BISS- der SLK bewegt sich"				x
c	gesunde Ernährung (z.B. Krankenkassen) (Gesunde Brotdose)	x	x	x	x
d	Sportfeste in KiTas, Trägern, usw.	x	x	x	x
e					

2.2 Teilnahme an / Weitervermittlung von "Standard"-Angeboten (z.B. BZgA)⁵

a	Kinderliedtour "Nase, Bauch und Po"				x
b					
c					

§ Bitte jeweils ein Formblatt ausfüllen

Abb. 4.19

4.3.4 Gesundheitsförderliche Maßnahmen weiterer Träger

Außer von Gesundheits- und Jugendämtern (zusammen 75 %) wurden gesundheitsförderliche Maßnahmen in größerer Anzahl von den Krankenkassen (6 %), der Unfallkasse Sachsen-Anhalt (4 %) und den Wohlfahrtsverbänden (2 %) gemeldet (Abb. 4.8). Berücksichtigt man nur „echte“ Projekte, so war der Beitrag der Krankenkassen (13), der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (9) und der Unfallkasse (8) deutlich höher (Abb. 4.9).

Krankenkassen

Der Auftrag zur Gesundheitsförderung für die gesetzlichen Krankenkassen ist mit der historischen Entwicklung des § 20 SGB V verbunden. Durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden in Deutschland erstmalig Maßnahmen der allgemeinen, bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz von 1996 wurde diese Aufgabe der Krankenkassen jedoch wieder aus dem § 20 SGB V gestrichen. Im Jahr 2000 wurde Gesundheitsförderung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen wieder anerkannt/ gestattet. Heute umfasst der § 20 fünf Aspekte: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Förderung der Selbsthilfe sowie Primäre Prävention durch Schutzimpfungen. Unter anderem heißt es:

“(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen ... Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen ...”¹⁶¹

Für Leistungen zur primären Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist zurzeit ein Beitragsanteil von 2,74 Euro pro Versichertem festgelegt. Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeitet in regelmäßigen Abständen einen „Leitfaden Prävention“¹⁶² zur einheitlichen Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Im aktuellen Leitfaden von 2008 wird bezüglich der „Primärprävention“ in zwei Bereiche unterschieden: Setting-Ansatz und Individueller Ansatz. Im Setting-Ansatz sind die aktuellen Schwerpunkte Kindertagesstätte, Schule und Kommune, im individuellen Ansatz sind es Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum. Die Schwerpunkte im individuellen Ansatz entsprechen denjenigen der ersten Fassung des Leitfadens von 2001.

Entsprechend den Vorgaben des Leitfadens bezogen sich die meisten der von den gesetzlichen Krankenkassen gemeldeten Maßnahmen auf die Themen: allgemeine Gesundheit, Bewegung, Ernährung und Sucht (zusammen 90 %) (Abb. 4.11).

Der Setting-Ansatz – als relativ neuer Schwerpunkt – war in den gemeldeten Maßnahmen noch wenig berücksichtigt: der Großteil der Maßnahmen (54 %) richtete sich an die Allgemeinbevölkerung (Abb. 4.13).

Unfallkasse Sachsen-Anhalt

Der Auftrag zur Gesundheitsförderung für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung – Berufsgenossenschaften und Unfallkassen – leitet sich aus dem § 1 SGB VII ab. Darin heißt es:

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es ...

1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,
2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen ...”¹⁶³

Folgerichtig waren die von der Unfallkasse Sachsen-Anhalt gemeldeten Maßnahmen größtenteils (57 %) solche der betrieblichen Gesundheitsförderung (Abb. 4.13), thematisierten überwiegend die „allgemeine Gesundheit“ (Abb. 11) und hatten besonders häufig Bezug zum Gesundheitsziel „Bewegung“ (Abb. 4.12).

Wohlfahrtsverbände

Ihr Auftrag zur Gesundheitsförderung leitet sich direkt oder indirekt aus vielen ihrer Aufgabenbereiche ab: laut ihrer Satzungen¹⁶⁴ treten Wohlfahrtsverbände für die Belange sozial benachteiligter Menschen ein – und damit auch für deren Gesundheit. Als Träger von Dienstleistungsbetrieben wie z.B. Pflegeheimen/-diensten sind sie u. a. für das gesundheitliche Wohl des Personals verantwortlich. Als Träger von Beratungsstellen betreiben sie u. a. Suchtprävention. Als Träger von Kindertagesstätten sind sie u. a. für das pädagogische Programm dieser Einrichtungen verantwortlich.

Der überwiegende Teil der von den Wohlfahrtsverbänden in dieser Erhebung gemeldeten gesundheitsförderlichen Maßnahmen waren regelmäßige in Eigenregie durchgeführte Aktionen in KiTas zu den Themen Bewegung, Ernährung, Zahngesundheit und allgemeine Gesundheit (Abb. 4.9, 4.11, 4.12, 4.13).

Repräsentativität der Rückmeldungen weiterer Träger

Zwar scheint bei den drei Hauptvertretern „weiterer“ Träger (Krankenkassen, Unfallkasse, Wohlfahrtsverbände) die Palette der gemeldeten Themen und Zielgruppen in etwa dem jeweiligen gesetzlichen/satzungsmäßigen Gesundheitsförderungsauftrag zu entsprechen, es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass jeweils nur ein kleiner Teil der tatsächlich zwischen 2004 und 2007 durchgeführten gesundheitsförderlichen Aktivitäten gemeldet wurde. Im Folgenden werden – beispielhaft für die Vielfalt der Meldungen – einige Rückmeldungen zu Projekten weiterer Träger gezeigt:

Träger / durchführ. Organsiation:					Projektleiter/in(nen):				
AOK Sachsen-Anhalt / Enercon - Windgeneratoren Magdeburg GmbH					Ulrich Walter AOK Sachsen-Anhalt				
Titel des Projektes:									
Bewegungs- und Ergonomieanalyse an Wickelarbeitsplätzen									
Kreis:			Gemeinde:			Laufzeit (von - bis):			
Stadt Magdeburg			Magdeburg			Dezember 06- Juli 07			
Zielgruppe(n):		Arbeitnehmer an spezifischen Arbeitsplätzen							
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)									
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)									
Z	I	TA	E	B					
0	1	1	1	2					
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung									
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:									
Hintergrund des Projektes ist der Wunsch des Unternehmens die im Bereich der Wickelarbeitsplätze stark auftretenden Belastungen 1.genauestens zu analysieren und 2. Maßnahmen zu entwickeln, um gesundheitsgefährdende Faktoren bei der Arbeit so gering wie möglich wirken zu lassen.									
Durchführung und Methodik									
Nach der Schaffung von Projektstrukturen (Rahmenvereinbarung, Projektlenkungsgruppe) wurden mehrer Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt. Es erfolgte die Durchführung der Bewegungs- und Ergonomieanalyse. Zwischeneinschätzungen sowie Zielabgleich waren die Maßstäbe der bisher durchgeführten Projektgruppen-sitzungen. Einbeziehung der bis zum jetzigen Zeitpunkt bekannten Untersuchungen von Seiten der Betriebsärztin. Präsentation der Ergebnisse der Bewegungs-analyse. Geplante Maßnahmeentwicklung mit Unterstützung eines Arbeitsmediziners.									
Bisherige Ergebnisse:									
Bewegungs-und Ergonomieanalyse liegt vor. Maßnahmeentwicklung und deren Umsetzung erfolgt gegenwärtig.									
Kontakt (inkl. Email):		ulrich.walter@san.aok.de					Internet-adresse:		

Abb. 4.20

Gesundheitsamt Magdeburg, Gesunde Städte Büro Magdeburg		Claudia Bachtenkirch Jana Straßburg		
Titel des Projektes:				
Löwenstarke Kinderolympiade				
Kreis:		Gemeinde:	Laufzeit (von - bis):	
		Stadt Magdeburg	Pilot 2007 Fortführung 2008	
Zielgruppe(n):	Kinder, die im Setting KiTa betreut werden			
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)				
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)				
Z	I	TA	E	B
				x
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung				
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:				
<p>Das Projekt zielt darauf ab, auf spielerische Weise anhand gezielter Übungen die koordinativen, motorischen und langfristig auch konditionellen Fähigkeiten der Kinder auszubauen. Kinder sollen Freude an Bewegung haben und spüren, dass ihnen diese gut tut und bedeutungsvoll für sie ist. Sie sollen ihre persönlichen Kompetenzen kennen lernen und für sich selbst bemerken, dass sie Einfluss auf die gesunde Entwicklung ihres Körpers haben. Ziel ist es, die individuellen Ressourcen der Kinder zu unterstützen und defizitären Entwicklungen entgegenzuwirken. Auch den Erzieherinnen sollen zusätzliche Anregungen gegeben werden, welche Trainingsmodule sich als geeignet für die Integration in den KiTa-Alltag erweisen.</p>				
Durchführung /Methodik:				
<p>Mittels spezieller Übungen werden im Vorfeld der Olympiade in den KiTas folgende Fähigkeiten spielerisch trainiert: Koordination, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer. Dazu wurde sowohl für die KiTas als auch für die Eltern ein Trainingskonzept entwickelt. Mit der Einbeziehung der Eltern sollen die Übungen in den Alltag transportiert und so ihre Alltagstauglichkeit überprüft werden. Wichtig ist, dass die Kinder diese Übungen unter dem Fokus des olympischen Gedankens trainieren und sich keinem Leistungsdruck in der Gruppe ausgesetzt fühlen. Mittels eines Testerfassungsbogens werden die subjektiven Fähigkeiten der Kinder zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst. Dazu erfolgt eine Ist-Analyse. In einer zweiten Testrunde nach einem festgelegten Zeitraum soll eine Verbesserung dieser Fähigkeiten nach dem gezieltem Training überprüft werden. Parallel dazu sollen die Kinder an den Olympischen Gedanken und damit an Teamgeist und Fairness herangeführt werden. Als Anreiz für das fleißige Training findet am 05.07.07 die „Löwenstarke Kinderolympiade“ statt. Der Tagesablauf stellt, mit Blick auf eine kindgerechte Ausgestaltung, den Ablauf einer Olympiade in zeitlich geraffter Version dar. Nach Einzug ins Stadion und Zünden des olympischen Feuers erfolgt das Durchlaufen der verschiedenen Wettkampfstationen und am Ende eine feierliche Siegerehrung und ein Dankeschön an alle teilnehmenden Kinder.</p>				
Bisherige Ergebnisse:				
<p>Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen und folglich noch nicht abschließend evaluiert. Begleitet wird die Evaluation durch das sportwissenschaftliche Institut der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.</p>				
Kontakt (inkl. Email):	jana.strassburg@ga.magdeburg.de,gsb@sgw.hs-magdeburg.de		Internet-adresse:	

Abb. 4.21

Träger / durchführ. Organsiation:		Projektleiter/in(nen):	
Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg gesund plus Ministerium für Gesundheit und Soziales		IKK	Frau Reich (Drobs MD)
Titel des Projektes:			
Szene zeigen!			
Kreis:	Gemeinde:	Laufzeit (von - bis):	
Magdeburg und Umgebung		2006-2008	
Zielgruppe(n):	sozial benachteiligte Jugendliche der Klassenstufe 8-13 sowie junge Erwachsene von		
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)			
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)			
Z	I	TA	E B
0	0	2	0 0
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung			
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:			
<p>Ausgehend von der MODRUS III-Studie sollen präventive Maßnahmen in Gleichaltrigengruppen umgesetzt werden. Ziel ist die Sensibilisierung und fachkundige Aufklärung zum Schwerpunkt-thema Sucht. Im Mittelpunkt steht dabei das Aufzeigen von gesundheitsförderlichen und alternativen Lebensweisen, um die Bereitschaft für den Konsum von suchtfördernden Substanzen zu minimieren und die Auseinandersetzung mit riskanten Verhaltensmustern zu fördern. Im Rahmen des Projektes sollen bedarfsgerechte und von Jugendlichen akzeptierte Präventionsmaterialien in Form von City Cards, Plakaten und Videos zum Thema "Drogen - Genuss, Konsum, Sucht" von der genannten Zielgruppe für die genannte Zielgruppe im Rahmen eines Wettbewerbes erstellt werden.</p>			
Durchführung /Methodik:			
<p>Das Projekt "Szene zeigen!" ist niedrigschwellig, zielgruppenorientiert und praxisnah. Es werden suchtpreventive und medienpädagogische Anteile verbunden. Das Projekt verfolgt den Ansatz der Peer-Education. <u>Suchtspezifische Anteile:</u> Informationsvermittlung und Sensibilisierung zu den Themen Drogen, Drogenmissbrauch und Sucht, Suchtentstehung sowie Suchtvorbeugung / Peereducation / Peerinvolvement / Reflexion und kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und mit dem Konsumverhalten anderer / Förderung eines risikoarmen adäquaten Umgangs mit legalen Drogen / Verhinderung des Einstiegs in problematische Konsummuster. <u>Suchtunspezifische Anteile:</u> Vermittlung von Medienkompetenz / Stärkung von Lebenskompetenzen / Förderung einer gesünderen Lebensweise / Schaffung von Handlungskompetenz / Alternative Freizeitbeschäftigung.</p>			
Bisherige Ergebnisse:			
<p>Jugendliche erstellten im Jahr 2006 insgesamt 12 Filme zum Thema Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit im Rahmen von Projektwochen regional in Magdeburg und überregional in Sachsen-Anhalt. Ferner wurden City Cards und Plakate entwickelt. Am 09.06.2007 fand ein Film-festival statt, in dessen Rahmen die Preisverleihung organisiert wurde.</p>			
Kontakt (inkl. Email):	Frau Silke Reich 0391-2527096 info@drops-magdeburg.de, Frau Stefanie Eisenhuth 0391-2806232 stefanie.eisenhuth@ikk-gesundplus.de	Internet-adresse:	

Abb. 4.22

Träger / durchführ. Organsiation:					Projektleiter/in(nen):		
WohlundWehe Sachsen-Anhalt e.V.					Prof. Dr. Eberhard Göpel		
Titel des Projektes:							
Stärkung der Gesundheitskompetenzen durch unabhängige Patientenberatung und Anregungen zur Gesundheitsbildung im Alltag							
Kreis:			Gemeinde:			Laufzeit (von - bis):	
Magdeburg						1.9.2006 - 31.10.2010	
Zielgruppe(n):		Personen mit empfundenem Beratungsbedarf					
Zugehörigkeit der Projektthematik zu (0 = kein Bezug, 1 = geringer Bezug, 2 = starker Bezug)							
Gesundheitszielen*weiteren/anderen Sachgebieten (nennen und Bezug angeben!)							
Z	I	TA	E	B	Ziel 5 von gesundheitsziele.de		
1	1	1	1	1	2		
* Z = Zahngesundheit, I = Impfstatus, TA = Tabak & Alkohol, E = Ernährung, B = Bewegung							
Hintergrund und Ziel(e) des Projekts:							
<p>Im Rahmen des bundesweiten Modell-Projektes zur unabhängigen Patientenberatung nach § 65b des SGB V entwickelt der Trägerverein „WohlundWehe Sachsen-Anhalt“ unter Bezug auf das Ziel 5 des Gesundheits-ziele-Prozesses von gesundheitsziele.de „Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen – Partientensouveränität stärken“ im Kontext der Patientenberatung Ansätze für Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung im Alltag unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen.</p>							
Durchführung /Methodik:							
<p>Auf der Grundlage der bei den Beratungsanlässen in der Beratungsstelle erkennbaren Informations-Bewertungs- und Handlungsfragen werden Angebote für präventive Informations- und Orientierungsmöglichkeiten erarbeitet und mit verschiedenen lokalen Organisationen (VHS, KOBES, VZ etc) im Rahmen des Gesunde Städte Projektes Magdeburg umgesetzt und erprobt. Es ist daran gedacht, auf dieser Grundlage eine Magdeburger GesundheitsAkademie als Kooperations-Projekt lokaler Bildungsträger der Gesundheitsbildung aufzubauen.</p>							
Bisherige Ergebnisse:							
<p>Das Projekt befindet sich noch in der Entwicklungsphase . Erste konkrete Bildungsangebote werden im Verlauf des Jahres 2008 im Rahmen des Gesunde Städte Projektes in Magdeburg realisiert.</p>							
Kontakt (inkl. Email):	Prof. Dr. Eberhard Göpel, WohlundWehe e.V. Sachsen-Anhalt, Bärstr.9, 39104 Magdeburg, Tel. 53554710 , E-mail:eberhard.goepel@hs-magdeburg.de				Internet-adresse:	www.upd-online.de	

Abb. 4.23

4.4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Erhebung erfüllte ihren erklärten Zweck, einen Einblick in die Vielfalt der Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt zu gewähren und dabei vor allem auch solche Aktivitäten ins Licht zu rücken, die vielleicht eher unbemerkt von der Öffentlichkeit, von den politisch Verantwortlichen und von anderen Gesundheitsakteuren – quasi wie selbstverständlich durchgeführt wurden.

Der in Folge der Erhebung zusammengestellte Projektwegweiser (siehe Kapitel 5 bzw. Internet) bietet die Möglichkeit, themen- oder zielgruppenspezifisch nach Ansprechpartnern der Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt zu suchen.

Wie schon mehrfach betont, sind bei dieser Erhebung mit Sicherheit viele Aktivitäten und Träger der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Sachsen-Anhalt unberücksichtigt geblieben. Sie alle sind hiermit aufgerufen, der Gesundheitsberichterstattung beim Landesamt für Verbraucherschutz auch über die Veröffentlichung des Berichts und das Stichjahr 2007 hinaus ihre Aktivitäten zu melden, so dass ihre Maßnahmen in den geplanten Internet-Projektwegweiser Prävention/Gesundheitsförderung eingepflegt werden können.

Die Erhebung macht deutlich, dass die fünf Themen der sachsen-anhaltischen Gesundheitsziele (Bewegung, Ernährung, Impfen, Legale Suchtmittel, Zahngesundheit) bei den Gesundheitsakteurinnen und -akteuren im Land präsent sind: über 65 % der gemeldeten gesundheitsförderlichen Maßnahmen haben einen Bezug zu den Gesundheitszielen. Dies zeigt, dass der Gesundheitszieleprozess im Land genau wahrgenommen wird und/oder dass die für die Gesundheitsziele ausgewählten Themen dem tatsächlichen gesundheitlichen Handlungsbedarf vor Ort (in den Kommunen, Schulen, Betrieben usw.) entsprechen.

5. Projektwegweiser Gesundheitsziele/ Gesundheitsförderung Sachsen-Anhalt

Alle im Laufe der Berichterstellung für den Zeitraum 2004-2007 erfassten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wurden in einem „Projektwegweiser Gesundheitsziele/Gesundheitsförderung Sachsen-Anhalt“ zusammengestellt. Dieser Wegweiser soll ein Arbeitsmittel für Interessierte sein, um gezielt nach bestimmten Maßnahmen und/oder Ansprechpartnern zu suchen. Da es sich bei den erfassten Maßnahmen um freiwillige Rückmeldungen einer einmaligen Befragung handelt, stellt der Projektwegweiser einen (wahrscheinlich kleinen) Teil der tatsächlich im Zeitraum 2004-2007 in Sachsen-Anhalt durchgeführten Initiativen zur Gesundheitsförderung dar.

Bei der Zusammenstellung handelt es sich um eine reine Auflistung – ohne Gewichtung oder Bewertung – der quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlichen Initiativen. Auch kommt es innerhalb der Auflistung zu Dopplungen und scheinbaren Schief lagen, weil Maßnahmen nach der meldenden Institution/Organisation gelistet sind und diese bisweilen nicht der eigentliche Träger, sondern „nur“ Partner oder Ausführer des eigentlichen Trägers ist.

Der Projektwegweiser ist auf der Internetseite der GBE des Landes Sachsen-Anhalt in zweierlei Form zu nutzen:

Als Datentabelle mit Filter- (Such-) Funktion (Abb. 5.1)

Hier können in sämtlichen Spalten des Wegweisers (Themenfeld, Zielgruppe/Setting, Gesundheitszielbezug, rückmeldende Institution, Ansprechpartner) Auswahlkriterien gesetzt und so gezielt nach bestimmten Maßnahmen und/oder Ansprechpartnern gesucht werden.

Als PDF-Druckversion (Abb. 5.2 und 5.3) in 3 Varianten

Variante 1 **Projektwegweiser nach Themenfeldern** (enthält nur „echte“ Projekte) nachfolgend nach Zielgruppen/Settings geordnet

Variante 2 **Projektwegweiser nach Zielgruppen/Settings** (enthält nur „echte“ Projekte) nachfolgend nach Themenfeldern geordnet

Variante 3 **Aktionswegweiser nach Themenfeldern** (enthält alle restlichen gemeldeten Einzelaktionen) nachfolgend nach Zielgruppen/Settings geordnet

Auf der GBE-Internetseite können zukünftig über die Signaturnummer des Projekts/der Aktion im Ordner „Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt“ die Originalfragebögen bzw. die Original Projektbeschreibungen eingesehen werden. Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, die ihre aktuellen gesundheitsförderlichen Initiativen auf der GBE-Plattform veröffentlichen möchten, können bei der Landes-GBE einen Fragebogen bzw. ein elektronisches Projektformblatt anfordern. Die elektronisch ausgefüllten Formblätter werden dann unter fortlaufender Signatur in den Sammelordner aufgenommen und in den Projektwegweiser eingepflegt. Es können nur die Maßnahmen berücksichtigt werden, die zum Zeitpunkt der Einsendung noch andauern oder innerhalb der zurückliegenden 12 Monate abgeschlossen wurden.

Elektronischer Projektwegweiser (Auszug):

Elektronischer Projektwegweiser																
Modellprojekt	Signatur	Projekttitel	(1) Projekt	(2) Einmalige Aktion	(3) Regelmäßige Aktion	Teilnahme Aktion/Projekt	Teilnahme Standangebot	Themenfeld	Zielgruppe/Setting	Zahngesundheits	Impfen	Sucht	Ernährung	Bewegung	Rückmeldende Institution / Organisation	Ansprechpartner
		1 "Sport und Gesundheit in Sachsen-Anhalt"	x					Bewegung	Bevölkerung/ Öffentlichkeit					x	AOK Sachsen-Anhalt	Herr Schmidt 0345 527 91 24
		2 Aufbauprojekt eines Pilotprojekts zum BGM	x					Bewegung	Betrieb/Mitarbeiter					x	AOK Sachsen-Anhalt	Frau Sauer, Berendsen GmbH, Ahor
		3 "Gesundheitsfördernde KiTa"	x					Gesundheit	KiTa	x	x	x		x	GA Halle/ Saalkreis	Frau Küchler 0345- 2 91 81 47
x		4 "Gesunde Kinder im Asylbewerberheim"	x					Gesundheit	Spezielle		x	x		x	GA Wittenberg	Frau Richter 03491- 47 93 46
		5 Umsetzung der Impfpflicht in MD & Hall	x					Impfen	Kinder		x				GA Magdeburg	Frau Dr. Oppermann 0391- 5 37 71
x		6 Impfintervention in den Förderschulen des LK	x					Impfen	Schule		x				GA Wittenberg	Frau Richter 03491- 47 93 46
		7 Aufsuchende Impfkampagne in Schulen	x					Impfen	Schule		x				LAV	Frau Borrmann 0391- 5377 106
x		8 "Ohne Zucker schmeckt's auch"	x					Ernährung	KiTa				x		GA Wittenberg	Frau Richter 03491- 47 93 46
		9 Drogenprävention ohne erhobenen Zeigefinger	x					Sucht	KiTa			x			HS Merseburg FB "Soziale	Frau Barsch
		10 Nikotin und Alkohol- Alltagsdrogen im Visier					x	Sucht	Schule			x			GA Aschersleben	Frau Kowalski 03473- 9 55 32 11
x		11 "Peer-Drive Clean" hervorgegangen aus PEER	x					Sucht	Spezielle		x				MISTEL/ SPI Forschung an	Herr Christoph, Olivenstedter Str. 2
x		12 Rauchfrei im Paritätischen	x					Sucht	Betrieb/Mitarbeiter			x			Paritätischer Landesverband	Frau Rosche 0391- 6293531
		13 "Be Smart, Don't start"					x	Sucht	Schule						Landesstelle für Suchtfragen	Frau Meißner-Hühne 0391- 543381
		14 Aktion "7 Woche Pause!" gewinnt jeder?	x					Ernährung	Bevölkerung/ Öffentlichkeit				x		GA Stendal	Frau Dr. Schubert 03937- 60 79 41
		15 Löwenstarke Kinderolympiade	x					Bewegung	KiTa					x	GA Magdeburg	Frau Sachse 0391- 5 40 60 20
		16 Hubig- Haltung und Bewegung in GS	x					Bewegung	Schule				x		AOK Sachsen-Anhalt	Herr Wedler
		17 Gewichtsreduktion in adipösen Familien	x					Ernährung	Eltern/Familie						AOK Sachsen-Anhalt	Herr Luley
		18 Bewegungs- & Ergonomieanalyse an Wickelkar	x					Gesundheit	Betrieb/Mitarbeiter		x	x			AOK Sachsen-Anhalt	Herr Walter
		19 Herzwoche 2007					x	Herz- Kreislauf	Bevölkerung/ Öffentlichkeit		x			x	GA Aschersleben	Frau Kowalski 03473- 9 55 32 11
		20 ArGuS: Arbeit, Gesundheit, Sicherheit BGM in	x					Gesundheit	Betrieb/Mitarbeiter	x					AOK Sachsen-Anhalt	Frau Weissberg
		21 Netzwerk "Zukunft Pflege"	x					Bewegung	Betrieb/Mitarbeiter						AOK Sachsen-Anhalt	Herr Müller
		22 BGM: "Gesunde MA bei den Stadtwerken in	x					Gesundheit	Betrieb/Mitarbeiter			x			AOK Sachsen-Anhalt	Frau Danapfel
		23 BGM im Seniorenwohnpark ASL	x					Gesundheit	Betrieb/Mitarbeiter			x			AOK Sachsen-Anhalt	Herr Franke 03473-961 0
		24 Gefö bei Kauland Logistik am Standort Oster	x					Gesundheit	Betrieb/Mitarbeiter			x			AOK Sachsen-Anhalt	Herr Grigolet 034422- 600
		25 Kinderledtour "Nase, Bauch und Po"					x	Sexualität/HIV/AI	Kinder						GA Aschersleben	Frau Kowalski 03473- 9 55 32 11

Abb. 5.1

Projektwegweiser nach Themen										
Themenfeld	Zielgruppe/Setting	Projektziele / Gesundheitsziele / Gesundheitsförderung Sachsen-Anhalt (nach Themenfeldern sortiert)	Projekttitel	Zahngesundheit	Gesundheitsziel- bezug				Anspruchspartner	Email
					Impfen	Sucht	Ernährung	Bewegung		
Bewegung		650	Mit dem Rad zur Arbeit					x	AOK-Regionalvertretung	info@transpac.de
		683	Bewegung im Arbeitsalltag, die uns bewegen					x	Arash Ranjbar Tel. 0394/85/96311	monika.sauer@berendsen.de
		2	Aufbauprojekt eines Pilotprojekts zum BGM im Textilreinigungunternehmen Berendsen Nordost GmbH					x	Frau Sauer Berendsen GmbH Ahornweg 2 39261 Zerbst	Konstanze.Weissberg@asi.magdeburg.de
		671	Wir bringen uns in Schwung					x	Frau Weissberg Tel. 039/5402484	o.haberecht@kk-as.de
		652	Fit bleiben während der Arbeit					x	Herr Haberecht Tel. 03473/971213	rainer.kutzinski@uksa.de
		149	Seminare "Rückengerechter Patiententransfer im Gesundheitsdienst"					x	Herr Kutzinski Tel. 03923/751142	eckehard.mueller@bgw-online.de
		21	Netzwerk "Zukunft Pflege"					x	Herr Müller	Ulrich.Walter@SAN.AOK.de
		689	Betriebliches Gesundheitsmanagement bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Unternehmen Svedwood Gardelegen					x	Herr Dr. Schwabe Tel. 0391/8364111	Schmidt@LSB-Sachsen-Anhalt.de
		627	Gesundheitsfördernder Sportverein					x	Herr Schmidt Tel. 0345/ 5279124	claudia.masuch@allmarkreis-salzwedel.de
		1	"Sport und Gesundheit in Sachsen-Anhalt"					x	Frau Masuch Tel. 03901/540624	astrid.beutner@lv-sachsen-anhalt.de
		639	Familienfreundlicher Sportverein					x	Frau Beutner Tel. 0345/1200216	hennig@ga. magdeburg.de
		83	Fitnessst 2004; 2007					x	Herr Dr. Hennig Tel. 0391/540600	gsp@sgw.lis- magdeburg.de
		672	Fit und Vital – Kinder der Grundschulen in Bewegung					x	Frau Bachtenkirch Tel. 0391/8864331	magdeburg@lv-g-hsa.de
		687	Magdeburg bewegt, beweg dich mit					x	Frau Kolbe Tel. 0391/8364111	marion.sachse@ga. magdeburg.de
		624	Sicher starten im Kindergarten					x	Frau Sachse Tel. 0391/5406 20	
	15	Löwenstarke Kinderolympiade					x	GA Magdeburg		

Abb. 5.2

Projektwegweiser nach Zielgruppen

Projektwegweiser Gesundheitsziele / Gesundheitsförderung Sachsen-Anhalt (nach Zielgruppen / Settings sortiert)		Gesundheitsziel- bezug				Projekttitel	Anspruchspartner	Rückmeldende Institution / Organisation	Email	
Zielgruppe/Setting	Themenfeld	Signatur	Modellprojekt	Zahn- gesundheit	Impfen					Sucht
(werdende) Mütter	Gesundheit	634		Familienhebammenprojekt			Frau Nitschke Tel. 0345/5125169	LVG	manuela.nitschke@web.de	
	Sonstige	42		Neugeborenenbegrüßungsprojekt der Stadt Halle (Saale)			Frau Bühler Tel. 0345/6783669	GA Halle	sybke.buehler@halle.de	
	Zahn- gesundheit	638		Einlegeblatt für den Zahngesundheitspass	x			Frau Dr. Petzold Tel. 0391/4046035	LVG	l.h.petzold@t-online.de
		640	x	Zahn- gesundheit für Mutter und Kind von Anfang an	x			AOK-Regionalvertretung	LVG	
Betrieb/Mitarbeiter	Bewegung	650		Mit dem Rad zur Arbeit			Arash Ranjbar Tel. 039485/96311	LVG	info@transpac.de	
		683	x	Bewegung im Arbeitsalltag, die uns bewegen			Frau Sauer Berendsen GmbH Ahornweg 2 39261 Zerbst	AOK Sachsen-Anhalt	monika.sauer@berendsen.de	
		2		Aufbauprojekt eines Pilotprojekts zum BGM im Textilreinigungsunternehmen Berendsen Nordost GmbH					LVG	Konstanze.Weissberg@asi.magdeburg.de
		671	x	Wir bringen uns in Schwung				Frau Weissberg Tel. 039/5402484	LVG	
		652	x	Fit bleiben während der Arbeit				Herr Haberecht Tel. 03473/971213	LVG	o.haberecht@kkk-as.de
		149		Seminare "Rückengerechter Patiententransfer im Gesundheitsdienst"				Herr Kutzinski Tel. 03923/751142	UKSA	rainer.kutzinski@uksa.de
		21		Netzwerk "Zukunft Pflege"				Herr Müller	AOK Sachsen-Anhalt	eckehard.mueller@bgw-online.de
		689	x	Betriebliches Gesundheitsmanagement bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Unternehmen Svedwood Gardelegen				Herr Walter Tel. 03907/706159	LVG	Ulrich.Walter@SAN.AOK.de
		22		BGM: "Gesunde MA bei den Stadtwerken in Dessau"				Frau Danapfel	AOK Sachsen-Anhalt	adanapfel@dvv-dessau.de
		20		ArGUS: Arbeit, Gesundheit, Sicherheit BGM in der Landeshauptstadt MD				Frau Weissberg	AOK Sachsen-Anhalt	konstanze.weissberg@asi.magdeburg.de
Gesundheit		697	x	Gesundheitsziele im Betrieb - Qualifizierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements			Herr Diebler Tel. 0391/7446913 Herr Klitzke Tel. 0345/29982714	LVG	Theodor.Diebler@bwsa.de klitzke@sw-gmbh.de	
		23		BGM im Seniorenwohnpark ASL			Herr Franke Tel. 03473/9610	AOK Sachsen-Anhalt	andreas.franke@marseille-kliniken.com	
		24		Geiß bei Kaufland Logistik am Standort Osterfeld			Herr Grigolett Tel. 034422/600	AOK Sachsen-Anhalt	Peter.Grigolett@kaufland.de	

Abb. 5.3

Verzeichnis der Fußnoten

- 1 vgl. Kolbe, M.; Grote, W.: Sachsen-Anhalt. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. (Hrsg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. 2007.
- 2 vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsprogramm. GESUNDHEIT FÜR ALLE. Teil I: Gesundheitliche Versorgung im Land Sachsen-Anhalt; Teil II: Gesundheitsziele. 1997.
- 3 vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Dokumentation 1. Landesgesundheitskonferenz: Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Ableitung von Gesundheitszielen für das Land. 1998.
- 4 vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsprogramm. Die 6 Gesundheitsziele. GESUNDHEIT FÜR ALLE. Dokumentation der Workshops. 2001, S. 33ff.
- 5 vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheitsprogramm. Die 6 Gesundheitsziele. GESUNDHEIT FÜR ALLE. Zwischenbericht zur 2. Landegesundheitskonferenz. 2001.
- 6 vgl. Kolbe, M. Kurzkonzeption Fortsetzung und Neujustierung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt. (unveröffentlichtes Material). 2003.
- 7 vgl. Für eine gesunde Zukunft. Dokumente der 3. Landesgesundheitskonferenz. (unveröffentlichtes Material). 2005.
- 8 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Bevölkerung Sachsen-Anhalts nach ausgewählten Altersgruppen am 31.12.2006. Online-Publikation, www.stala.sachsen-anhalt.de, Stand: 28.06.2007.
- 9 ebenda.
- 10 vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Unternehmen und Betriebe – Sachsen-Anhalt. Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen. Auswertungen aus dem Unternehmensregister. Online-Publikation, www.statistik-portal.de, Stand: 31.12.2007.
- 11 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Bevölkerung am 31.12.2005 und Prognose 2025 nach Lastenquotienten. Online-Publikation, www.stala.sachsen-anhalt.de, Stand: 28.06.2007.
- 12 vgl. Mielck, A.: Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke, A.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2001, S. 230-253.
- 13 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, LIGA der freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): 2. Armuts- und Reichtumsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. 2008, S. 176.
- 14 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt und Statistik der Sozialhilfe: Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Geschlecht. Sachsen-Anhalt. 2005.
- 15 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Martin-Luther-Universität Halle, LIGA der freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): 2. Armuts- und Reichtumsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. 2008, S. 142.
- 16 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht. 2006.
- 17 vgl. Bundesagentur für Arbeit: Informationsangebot der Statistik. Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht. Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich. 2006.
- 18 vgl. Staatskanzlei Land Sachsen-Anhalt, Presse- und Informationsamt der Landesregierung (Hrsg.): Behindertenbeauftragter. Online-Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand: 2008.
- 19 vgl. Abu-Omar, K.; Rütten, A.: Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 11.2006, S. 1162-1168.
- 20 vgl. Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Körperliche Aktivität. Heft 26, Juli 2005.
- 21 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Daten zur Gesundheit. 5. Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Zusammenfassung. Gesundheit und Wohlbefinden. Befunde des Bevölkerungssurveys zum subjektiven Gesundheitsbild und dessen Determinanten. 2005, S. 5.
- 22 Mehrfachnennung möglich.
- 23 vgl. Reinhardt, Ch.; Stoll, O.: Effekte einer zusätzlichen Sportstunde sowie einer kombinierten Stress- und Ernährungsintervention auf die Lebensqualität, das Stresserleben und die Stressbewältigung sowie das Ernährungsverhalten bei Grundschulkindern. 2008.
- 24 vgl. LandesSportBund: Statistik des LandesSportBundes. Bestandserhebung Sachsen-Anhalt. Stand: 01.01.2008.

- 25 vgl. Breuer, Ch. (Hrsg.): Sportentwicklungsbericht 2005/2006. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 2007.
- 26 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zu zwei Gesundheitszielen in Sachsen-Anhalt: 1) Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung. 2) Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 27 Mehrfachnennung möglich.
- 28 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Errichtung eines Trinkbrunnens. Modellprojekt der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalt. 2006.
- 29 Landesanstalt für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau: Tel. Auskunft Frau Vogel am 23.6.2008.
- 30 vgl. Ehrentreich, M.: Mangel im Überfluss. Online-Publikation, www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de, Stand: 17.05.2006.
- 31 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Mikrozensus 2003. Zusatzbefragung.
- 32 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt. 2007, S. 28.
- 33 ebenda, S. 27.
- 34 ebenda, S. 27.
- 35 vgl. Max Rubner-Institut. Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel: Nationale Verzehrsstudie II. 2008.
- 36 vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung mbH: ausgegebene Essenportionen/Beutel 2003 bis 2007; Übersicht Spendenaufkommen/ ausgegebene Portionen 2006 und 2007; ausgegebene Kinderportionen unter 12 Jahre 2006 bis 2008.
- 37 vgl. Jugendamt Magdeburg: Verpflegungssituation bei Halbtags- und Ganztagskindern in den Magdeburger Kitas. In: Volksstimme Marktplatz vom 13.05.2008: Zur Essenszeit müssen manche Kinder im Nebenraum spielen.
- 38 vgl. Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. 2005, § 72a.
- 39 vgl. Kleetz, S.: Analyse der Mittagsverpflegung in allgemeinbildenden Schulen Sachsens-Anhalts. Hochschule Anhalt (FH). Diplomarbeit. 2007, S. 63ff; Online-Publikation, www.hauswirtschaft.loel.hs-anhalt.de, Stand: 02.07.2008.
- 40 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zu zwei Gesundheitszielen in Sachsen-Anhalt: 1) Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung. 2) Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 41 BKK Bundesverband (Hrsg.): Der Mensch ist, was er isst. Ernährung am Arbeitsplatz. Anregungen, Exposés, Sendevorschläge, Arbeitsmaterialien.
- 42 Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Juni 2008.
- 43 vgl. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Online-Publikation, www.schuleplusessen.de, Stand: 2008.
- 44 vgl. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung. Online-Publikation, www.jobundfit.de, Stand: 2008.
- 45 vgl. Impfsituation bei Kindern im Vorschul- und Schulalter, Sachsen-Anhalt 2006, sowie Datenerhebungen der Gesundheitsämter zur Durchimpfung einzuschulender Kinder 2007.
- 46 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90% der Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 47 Mehrfachnennung möglich.
- 48 Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Moderne Drogen- und Suchtprävention im Meinungsbild (MODRUS II). Einstellungen von Schülerinnen und Schülern, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer zu Drogenkonsum, Gefährdungspotenzialen und Präventionsansätzen im Bundesland Sachsen-Anhalt. 2001; Moderne Drogen und Suchtprävention (MODRUS III). 2003.
- 49 Ministerium des Innern (Hrsg.): Pressemitteilungen Nr.: 008/05, 021/06, 191/07, 309/07; Technisches Polizeiamt des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): (Dez.35) – Vorläufige polizeiliche Verkehrsunfallstatistik des Landes Sachsen-Anhalt 2006. Vorläufige polizeiliche Verkehrsunfallstatistik des Landes Sachsen-Anhalt 2007. Beitrag für Verkehrssicherheitsarbeit des Landes Sachsen-Anhalt: Sitzung 09.03.2008, Verkehrsunfallgeschehen 2007; GBE-Bund: Online-Datenbank.

- 50 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 51 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Auswirkungen der Umwelt auf Gesundheit von Kindern. Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt. 2006, S. 29-30.
- 52 ebenda.
- 53 Bergmann, K.E. u.a.: Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt 50, 2007, S. 67ff.
- 54 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 55 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Auswirkungen der Umwelt auf Gesundheit von Kindern. Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt. 2006, S. 30.
- 56 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS III). 2003.
- 57 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 58 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 59 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS III). 2003.
- 60 vgl. EBIS-A 2003-2006 Sachsen-Anhalt; Auswertung: Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt.
- 61 vgl. Wienberg, G.: Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In: Wienberg, G.; Driessen, M. (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. 2001.
- 62 AWMF-Leitlinie 076/003. In: Sucht, 50, 2004, S. 102-114.
- 63 vgl. John, U. et al. 1996; Rumpf, H-J. et al. 2000. entnommen aus: Wienberg, G.: Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In: Wienberg, G.; Driessen, M. (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. 2001, S. 228ff.
- 64 Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III); Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). 2006.
- 65 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004. Gutachten aus den Bundesländern. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. 2005. (sog. Pieperstudie).
- 66 dmf-t-Index: gibt an, wieviele Zähne pro Kind kariös sind (d-diseased), Füllungen haben (m-missing) oder bereits fehlen (f-filled). Die Angabe in Kleinbuchstaben bezieht sich auf das Milchzahngebiss. Ein Wert von Null bedeutet ein naturgesundes Gebiss.
- 67 DMF-T-Index: gibt an, wieviele Zähne pro Kind kariös sind (d-diseased), Füllungen haben (m-missing) oder bereits fehlen (f-filled). Die Angabe in Großbuchstaben bezieht sich auf die bleibenden Zähne. Ein Wert von Null bedeutet ein naturgesundes Gebiss.
- 68 SiC-Wert (Significant Caries Index): Ist die Messgröße für die Risikogruppe der Jugendlichen mit dem höchsten Kariesbefall. Dafür wird das Drittel der Jugendlichen mit dem höchsten DMF-T-Werten zugrunde gelegt.
- 69 Mehrfachnennung möglich.
- 70 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Kurzbericht. Daten zum Gesundheitsziel: Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 71 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004. Gutachten aus den Bundesländern. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. 2005. (sog. Pieperstudie).
- 72 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (Hrsg.): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe. Jahresauswertung Schuljahr 2004 / 2005.
- 73 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (Hrsg.): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe. Jahresauswertung Schuljahr 2005 / 2006.
- 74 Mehrfachnennung möglich.
- 75 Mehrfachnennung möglich.
- 76 vgl. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. 1946.
- 77 vgl. Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. (Ottawa-Charta). 1986.
- 78 vgl. Pelikan, J. M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. 1993.
- 79 vgl. Lexikon zur Soziologie. 1995, S. 197.
- 80 Familien mit ledigen Kindern über 18 Jahren werden vernachlässigt, da hier die wechselseitige Einflussnahme insbesondere der Eltern auf die Kinder nur noch bedingt gegeben ist.
- 81 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Statistische Berichte, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Haushalt und Familie.

- 82 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Altersstruktur der Bevölkerung, Land Sachsen-Anhalt im Regionalvergleich. 2006.
- 83 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Statistisches Monatsheft. Haushaltsstrukturen in Sachsen-Anhalt und dem Bundesgebiet. 1, 2008.
- 84 vgl. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Zwischenevaluation „Projekt Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“. 2007.
- 85 vgl. Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): KiTa-Statistik Sachsen-Anhalt 2007. Online-Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand: 05.06.08.
- 86 vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Kindertagesbetreuung regional 2007. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland. 2008, S. 7.
- 87 vgl. KiTa-Statistik Sachsen-Anhalt 2007. Online-Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand: 05.06.2008.
- 88 vgl. Aches Buch (VIII) Sozialgesetzbuch (SGB) – Kinder- und Jugendhilfe. Juni 1990, geändert Februar 2007, BGBL. I S.1163.
- 89 vgl. Gesetz zur Förderung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege des Landes Sachsen-Anhalt (Kinderförderungsgesetz - KiFöG). 2003.
- 90 vgl. Bildung: elementar – Bildung von Anfang an. Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt. 2004.
- 91 vgl. Rudow, B.: Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieher/ -innen in Sachsen-Anhalt. Projektbericht 2005.
- 92 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt: Presseinformation Nr. 072/2007 vom 28.06.07 „Start für Kinder-Eltern-Zentren / Ministerin Kuppe: Neue Qualität der Kinderbetreuung in Sachsen-Anhalt“.
- 93 vgl. Gender-Institut Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gender Report Sachsen-Anhalt. 2006.
- 94 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Daten des Schuljahres 2006/2007.
- 95 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Daten und Fakten. Unterkategorie Bildung und Kultur. 2006.
- 96 vgl. Paulus, P.; Barkholz, U.: Schulen. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Kap. VI 1, 2003, S. 4.
- 97 vgl. Paulus, P.; Barkholz, U.: Schulen. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. 2003, Kap. VI 1, 2003, S. 5 / nach Angaben des Bayerischen Obersten Rechnungshofes von 1994: 53 %. vgl. Jehle 1996, S. 38.
- 98 vgl. Landtag. Vom ewigen Streit ums Schulsystem... In: Volksstimme vom 20. Januar 2006.
- 99 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.: Projekt „Das geht auf die Pumpe“. (unveröffentlichtes Material). 2007.
- 100 Schmidt, W.; Hartmann-Tews, I.; Brettschneider, W.-D. (Hrsg.): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. 2003.
- 101 Brettschneider, W.-D. u. a.: Die SPRINT-Studie. Eine Untersuchung zur Situation des Schulsports in Deutschland. 2005.
- 102 vgl. Förderrichtlinie Schul- und Vereinssport. RdErl. des MK vom 10.02.2003 -25-52102.
- 103 Landesausschuss Breitensport- und Soziales: Zuarbeit für den Landessporttag 24.5.2008.
- 104 vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hrsg.): Gesundheitswirkungen von Prävention. Verfahrensentwicklung zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V. Wirkungen Schulischer Gesundheitsförderung. Stabilitätserhebung für Setting-Interventionen im Projekt „gesund leben lernen“ (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt). (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 105 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): gesund leben lernen. Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule. 2006, S. 17ff.
- 106 vgl. Kinderbotschafterinnen für gesunde Ernährung. Online-Publikation, www.lfv-sachsenanhalt.de, Stand: 06.06.2008.
- 107 vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Leitfaden Audit Gesunde Schule. 2007.
- 108 vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Erwerbstätigkeit in Sachsen-Anhalt weiter gestiegen. Online-Publikation, www.stala.sachsen-anhalt.de, Stand: 13.03.2008.
- 109 Mitarbeiterzahlen und finanzielle Schwellenwerte zur Definition der Unternehmensklassen. (1) Die Größenklasse der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) setzt sich aus Unternehmen zusammen, die weniger als 250 Personen beschäftigen und die entweder einen Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 43 Mio. EUR beläuft. (2) Innerhalb der Kategorie der KMU wird ein kleines Unternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 50 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 10 Mio. EUR nicht übersteigt. (3) Innerhalb der Kategorie KMU wird ein Kleinstunternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 10 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 2 Mio. EUR nicht überschreitet. siehe Richtlinie 2003/361/EG, Anhang, Titel I Artikel 1
- 110 vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Unternehmen und Betriebe – Sachsen-Anhalt. Un-

- ternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen. Auswertungen aus dem Unternehmensregister in 2005 aktive Unternehmen. Online-Publikation, www.statistik-portal.de, Stand: 31.12.2007.
- 111 vgl. Rosenbrock, R.: Arbeit und Gesundheit. Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung. 1996.
- 112 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Jahresberichte der Arbeitsschutzverwaltung Sachsen-Anhalt
- 113 vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.): adhoc-Tabelle. Arbeitsunfähigkeit (AU). Arbeitsunfähigkeitstage und Arbeitsunfähigkeitsfälle und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, Kassenarten GKV, Versichertengruppen GKV. Online-Publikation, www.gbe-bund.de, Stand: 16.06.08.
- 114 vgl. 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2007 am 15./16. November 2007 in Berlin. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Fachkonzept und Arbeitsschutzziele 2008 – 2012.
- 115 AOK Sachsen-Anhalt. Schreiben vom 17.08.2007. (unveröffentlichtes Material).
- 116 vgl. AOK Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Mit dem Rad zur Arbeit. Die Aktion. Online-Publikation, www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de, Stand: 20.05.2008.
- 117 vgl. Beck, A.: „Musikermedizin“ – ein Präventionsprogramm für Orchestermusiker. In: Unfallkasse Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Sicherheitsforum 3, 2007.
- 118 vgl. SGB V, § 107 Abs. 1.
- 119 vgl. DESTATIS. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2006. 2007.
- 120 vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Stationäre Versorgung 1991 bis 2006. In: Fachserie; 12, 6, 2006.
- 121 vgl. WHO: Health Promotion Glossary. 1998.
- 122 vgl. Badura, B.; Münch, E.: Krankenhäuser. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder Kap. VI 3, 2003, S. 8.
- 123 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.: Befragungen zwischen 2005 und 2008. (unveröffentlichtes Material).
- 124 vgl. Deutsches Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser: Health Promoting Hospitals. Internationale Konferenz in Berlin geht erfolgreich zu Ende. Internationales Netz gibt sich Verfassung. 33 Länder beteiligt. Pressemitteilung 19.05.2008.
- 125 vgl. Bätzing, S.: „Krankenhäuser müssen rauchfrei werden. Dazu ist das Modellprojekt ‚Rauchfreie Krankenhäuser‘ geeignet, selbst aktiv zu werden.“ Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung 29.06.2006. Online-Publikation, www.rauchfrei-info.de, Stand: 16.06.08.
- 126 vgl. Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (Hrsg.): Die Mitgliedseinrichtungen. Online-Publikation, www.rauchfreie-krankenhaeuser.de, Stand: 29.02.08.
- 127 vgl. Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Krankenhäuser nach Region oder bestimmten Eigenschaften, sortiert nach Geburtshilfe. Online-Publikation, www.kgsan.de, Stand: 13.06.08.
- 128 vgl. Opper, E.: Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Kap. VI 2, 2003, S. 1.
- 129 vgl. LandesSportBund Sachsen-Anhalt e.V.: Statistik. Stand: 01.01.2007.
- 130 vgl. Opper, E.: Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Kap. VI 2, 2003, S. 5.
- 131 ebenda.
- 132 vgl. LandesSportBund (Hrsg.): Breitensportkonzeption 2004; Regionalkonzepte ab 2005. Qualitätssicherung 2006/07.
- 133 vgl. Opper, E.: Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Kap. VI 2, 2003, S. 9.
- 134 vgl. Stender, Klaus-Peter: Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Kap. VI 4, 2003, S. 1.
- 135 vgl. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Gesunde Städte – Gesunde Menschen. 1999.
- 136 vgl. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit LSA: forschen und lernen, InnoRegio, Online-Publikation, www.sachsen-anhalt.de, Stand: 13.06.2008.
- 137 vgl. Rütten, Alfred: Gesunde Region, in Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Kap. VI 6, 2003, S. 3.
- 138 vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken. Programmdarstellung. 2008, S. 6ff, 16f, 89ff.
- 139 vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Bericht über die Evaluation zum Vorhaben: Information für Einrichtungen der Außer-Haus-Verpflegung im Rahmen des Bundesprogramms Ökologischer Landbau. 2007.
- 140 Daten der BZgA, Angebotsliste Sachsen-Anhalt 2004-2006 BZgA. (unveröffentlichtes Material).
- 141 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., aufbereitete Daten des DRK Wolfen, Projekt „Ich geh´ zur U! Und Du?“ (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 142 vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.): ad-hoc-Tabelle Ambulante Pflegedienste (Anzahl) und

- von ambulanten Pflegediensten Betreute (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger, 15.12.05; Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen (Anzahl und Dichte), Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger 15.12.05, Online-Publikationen, www.gbe-bund.de, Stand: 17.06.2008.
- 143 vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. 2007.
- 144 vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg.): ad-hoc-Tabelle Durchschnittliche Lebenserwartung nach Alter in Jahren je Person, weiblich/männlich Sachsen-Anhalt; Online-Publikation, www.gbe-bund.de, Stand: 16.06.08.
- 145 vgl. Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. (Ottawa-Charta). 1986.
- 146 vgl. BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK-Faktenspiegel. Ältere Menschen. 3.2007.
- 147 vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit, Fraunhofer Institut (Hrsg.): Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. 2005.
- 148 vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; DAK (Hrsg.): BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenhilfe. 2003.
- 149 vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. 2005.
- 150 vgl. u. a. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: „Aufbruch Pflege“; Initiative Neue Qualität der Arbeit, Fraunhofer Institut: Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. 2005.
- 151 vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Sachsen-Anhalt startet bundesweit erstes Internetportal zu Transparenz in der Pflege / Ministerin Kuppe: Veröffentlichung von Qualitätsprüfungen muss Pflicht werden. Pressemitteilung vom 10.09.07.
- 152 AOK Sachsen-Anhalt; Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.): Zwischenevaluation des Projektes zum 31.12.2007. (unveröffentlichtes Material). 2008.
- 153 vgl. Den Alltag im Alter meistern. Ambulante Rehabilitation. In: Gesundheit und Gesellschaft. Spezial 10, 5, 2007, S. 5f.
- 154 Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Vom 3. Juli 1934. § 3 Abs. 1 I. b)
- 155 vgl. Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Vom 3. Juli 1934. § 3 Abs. 1 I. c, d, e; Abs. 1 II.
- 156 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), Information. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt. - Die wichtigsten Fragen und Antworten -. - Mit Gesetzestext -. 1997.
- 157 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), Information. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt. - Die wichtigsten Fragen und Antworten -. - Mit Gesetzestext -. 1997, S. 24.
- 158 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), Information. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt. - Die wichtigsten Fragen und Antworten -. - Mit Gesetzestext -. 1997, S. 26.
- 159 ebenda.
- 160 Sozialgesetzbuch (SGB) - Achstes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - In: BGBl. I, S. 1163 ff, 26. Juni 1990, § 14, Abs.2 Satz 1. und 2., www.juris.de.
- 161 vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.
- 162 vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477 zuletzt geändert 28.5.2008 BGBl, S. 874.
- 163 vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 7. August 1996, BGBl. I S. 1247 zuletzt geändert 16.5.2008 BGBl, S. 842.
- 164 vgl. Grundsätze der Verbandspolitik, verabschiedet von der Mitgliederversammlung des Gesamtverbandes am 27. Oktober 1989 zitiert nach Online-Publikation, www.paritaet-lsa.de, Stand: 31.07.2008.

Übersicht der Abbildungen

- 2.1 Indikatoren zu den Zielbereichen Ernährung und Bewegung
- 2.2 Trinkbrunnen in KiTas und Grundschulen
- 2.3 Bio-zertifizierte Unternehmen
- 2.4 Indikatoren zu den Zielbereichen Ernährung und Bewegung
- 2.5 Impfstatusentwicklung in Alten- und Pflegeheimen
- 2.6 Indikatoren zum Impfen
- 2.7 Rauchfreie Projektschulen
- 2.8 Indikatoren zum Rauchen
- 2.9 Indikatoren zu alkoholbedingten Gesundheitsschäden
- 2.10 Seniorenbeauftragte für Zahngesundheit
- 2.11 Indikatoren zur Zahngesundheit von Kindern
- 2.12 Modellprojekte nach Berufungsjahr
- 3.1 Lebensformen mit Kindern
- 3.2 Familienhebammen
- 3.3 Audit Beruf und Familie
- 3.4 Mehrgenerationenhäuser
- 3.5 Betreuung der Kleinsten nach Bundesland
- 3.6 Zertifizierte Kneipp KiTas
- 3.7 Kinder-Eltern-Zentren
- 3.8 Zertifizierte Gesunde KiTas nach Bundesland
- 3.9 Zertifizierte Gesunde KiTas
- 3.10 Referentinnen für geschlechterfreundliche Erziehung
- 3.11 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei BbS Schülerinnen und Schülern
- 3.12 Mehrfachrisiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei BbS Schülerinnen und Schülern
- 3.13 Knotenpunktschulen und fachliche Kompetenzzentren
- 3.14 Entwicklung „Sport in Schule und Verein - 2002/03 und 2005/06“
- 3.15 Projekt-KiTas und Schulen „gesund leben lernen“
- 3.16 Kinderbotschafterinnen für Gesunde Ernährung
- 3.17 Grundschulen mit aid- Führerschein
- 3.18 Zertifizierte Gesunde Schulen nach Bundesland und Schulformen
- 3.19 Zertifizierte Gesunde Schulen nach Bundesland
- 3.20 Zertifizierte Gesunde Schulen
- 3.21 Betriebsgrößenklassen nach Anzahl der Beschäftigten
- 3.22 Unternehmen die BGF in Kooperation mit der IKK gesund plus in Sachsen-Anhalt umsetzen
- 3.23 Unternehmen die BGF in Kooperation mit der AOK Sachsen-Anhalt umsetzen
- 3.24 Unternehmens-Check für KMU
- 3.25 Gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- 3.26 Zertifizierte Rauchfreie Krankenhäuser, Heime und Reha-Einrichtungen
- 3.27 Modellprojekt Gesundheitsfördernder Sportverein
- 3.28 Vereine mit Herzgruppen
- 3.29 Modellprojekt Familienfreundlicher Sportverein
- 3.30 Gesunde Städte-Projekte
- 3.31 Barrierefreie Kommune
- 3.32 Programmgebiete Soziale Stadt
- 3.33 Lernende Regionen
- 3.34 Bio kann jeder
- 3.35 Kinderliedertour „Nase Bauch und Po“ 2003 - 2007
- 3.36 Parcours 2003 - 2006
- 3.37 Aktion „Ich geh´ zur U! Und Du?“ 2003 - 2007
- 3.38 Inanspruchnahme der U 7 bis U 9
- 3.39 Inanspruchnahme der U 7
- 3.40 Inanspruchnahme der U 8
- 3.41 Inanspruchnahme der U 9
- 3.42 Inanspruchnahme der U 7 bis U 9 Deutsche

- 3.43 Inanspruchnahme der U 7 bis U 9 Migranten
- 3.44 Transparenz in der Pflege
- 4.1 Erstaufwurf März 2007
- 4.2 Formblatt zur Meldung von „echten“ Projekten
- 4.3 Zusätzlich angeschrieben im August/September 2007
- 4.4 Die 5 neuen Kategorien gesundheitsförderlicher Maßnahmen
- 4.5 Begleitblatt zum Fragebogen des Zweitaufwurfs
- 4.6 Fragebogen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Zweitaufwurf
- 4.7 Unterschiede der zwei Durchgänge der Erhebung zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen
- 4.8 Gemeldete Maßnahmen nach Art des Anschreibens und der Rückmeldung
- 4.9 Gemeldete Maßnahmen nach Projektkategorien
- 4.10 Beispiel für die Zählung von mehrfach durchgeführten Maßnahmen
- 4.11 Gemeldete Maßnahmen nach Themenbereichen
- 4.12 Gemeldete Maßnahmen nach Gesundheitszielbezug
- 4.13 Gemeldete Maßnahmen nach Zielgruppen
- 4.14 Projekt Gesundheitsamt Altmarkkreis Salzwedel
- 4.15 Projekt Landkreis Saalkreis Gesundheitsamt und Jugendamt
- 4.16 Projekt Landkreis Wittenberg/Fachdienst Gesundheit
- 4.17 Fragebogen Burgenlandkreis
- 4.18 Fragebogen Gesundheitsamt Magdeburg
- 4.19 Fragebogen Jugendamt Salzlandkreis
- 4.20 Projekt AOK Sachsen-Anhalt/Enercon
- 4.21 Projekt Gesunde Städte Büro Magdeburg und Gesundheitsamt Magdeburg
- 4.22 Projekt Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg, IKK gesund plus, Ministerium für Gesundheit und Soziales
- 4.23 Projekt WohlundWehe Sachsen-Anhalt e.V.
- 5.1 Elektronischer Projektwegweiser (Auszug)
- 5.2 Druckversion Projektwegweiser, Variante 1: Projektwegweiser nach Themenfeldern
- 5.3 Druckversion Projektwegweiser, Variante 2: Projektwegweiser nach Zielgruppen/Settings

Die Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt herausgegeben. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Darüber hinaus darf sie weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Zahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

