

Programm zur Intensivierung
der Gesundheitserziehung durch den
Öffentlichen Gesundheitsdienst

ERGEBNISSE DES PROJEKTES
"GESUNDHEITSRAHMENPLAN"

040010

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Inhalt:

Vorwort der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

Ergebnisse des Projektes
"Gesundheitsrahmenplan"

Teil I: Gesundheitsamt des
Kreises Steinburg (Itzehoe)
Abschlußbericht mit Anlagen

Teil II: Konsequenzen für die Arbeit
und die Organisation des
Öffentlichen Gesundheits-
dienstes

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 40010
(4.10)

Vorwort der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die EntschlieÙung "Gesundheitserziehung und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)" der Gesundheitsministerkonferenz vom Dezember 1982 ("GMK-EntschlieÙung") forderte die Gesundheitsämter als lokale Fachbehörden in Gesundheitsfragen zu größerem Engagement im Bereich der Prävention und Gesundheitserziehung als Teil dieser Prävention auf. Sie sollten dabei notwendige präventive und gesundheitserzieherische Maßnahmen in Kooperation mit allen relevanten Trägern in der Gemeinde/Region initiieren und koordinieren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führte daraufhin zusammen mit einer begrenzten Anzahl von Gesundheitsämtern aus allen (alten) Bundesländern und in kontinuierlicher Abstimmung mit den zuständigen Stellen der Länder von 1985 - 1989 ein "Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst" ("ÖGD-Programm") durch.

Aufgabe dieses Programmes war es u.a., zu prüfen, ob die Zielvorstellungen der GMK-EntschlieÙung unter den gegebenen Rahmenbedingungen - d.h. durch kostenneutrale Maßnahmen der Aufgabenumverteilung und Prioritätenverschiebung - realisierbar waren.

Im Laufe des ÖGD-Programmes zeigte sich, daß die beteiligten Gesundheitsämter mit großem Engagement dabei waren, einen wichtigen Platz in der Gesundheitserziehung auf Gemeindeebene neben Krankenkassen, Erwachsenenbildungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen u.a. einzunehmen. Es wurde jedoch auch deutlich, daß die Gesundheitsämter Schwierigkeiten hatten, die Schlüsselfunktion als Initiator und Koordinator in der gemeindenahen Gesundheitsförderung zu übernehmen.

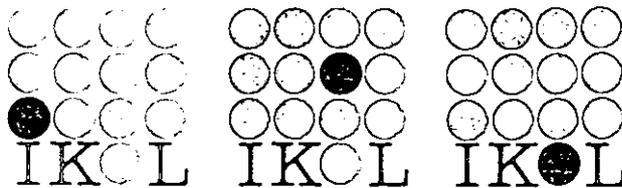
Die Gesundheitsämter nahmen die hierfür erforderlichen Prioritätenverschiebungen und Aufgabenumverteilungen nicht vor.

Ziel des Projektes "Gesundheitsrahmenplan" war es, festzustellen, inwieweit diese Umorientierung und Umstrukturierung durch Beratung von außen ermöglicht werden konnte.

Das Institut für kooperatives Lernen in Forschung, Fortildung und Beratung (IKOL) e.V. beriet zwei Gesundheitsämter bei der Planung und bei der Umsetzung ihrer Arbeit in der Gesundheitserziehung/-förderung.

Zu unserem Bedauern mußte das Projekt in einem Amt eingestellt werden. Als Ergebnisse der Zusammenarbeit mit dem anderen Amt liegen u.a. Anleitungen und Hinweise zur Planung der Arbeit von Gesundheitsämtern vor (Teil I der Ergebnisse des Projektes: Abschlußbericht zum Gesundheitsamt des Kreises Steinburg/Itzehoe).

Die in Teil II der Projektergebnisse von IKOL aufgrund seiner Erfahrungen gezogenen Schlußfolgerungen sind aus Sicht der Bundeszentrale diskussionswürdige Anregungen.



IKOL e.V.
Institut für kooperatives Lernen
in Forschung, Fortbildung und Beratung

Programm zur Intensivierung der
Gesundheitserziehung durch den
Öffentlichen Gesundheitsdienst
("ÖGD-Programm")

Ergebnisse des Projektes
"Gesundheitsrahmenplan"

Teil I: Gesundheitsamt des
Kreises Steinburg (Itzehoe)

Abschlußbericht
Oktober 1990

Die hier vorgelegten Ergebnisse konnten nur erzielt werden durch das hohe Engagement, die Fachkompetenz und die Bereitschaft aller MitarbeiterInnen und der Amtsleitung, sich mit erheblichem zusätzlichem Zeitaufwand auf dieses Vorhaben einzulassen.

Herrn Dr. Peter Moritzen, als dem Amtsarzt, und Frau Karin Godow, als der für die Koordination der Gesundheitserziehung im Amt während der Laufzeit des Vorhabens zuständigen Mitarbeiterin, sei hier stellvertretend für alle MitarbeiterInnen ein herzlicher Dank ausgesprochen.

Für das IKOL:

Gottfried Weber (Projektleiter)
Marco Kellerhof (Dipl.-Psych.)
Dr. Wilhelm Thiele (Dipl.-Soz.)

Auftraggeber:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	2
1.1 Zum Auftrag	3
1.2 Zum konzeptionellen Hintergrund	4
1.3 Zum Gesundheitsrahmenplan	8
2. DAS HANDLUNGSKONZEPT	10
2.1 Erhebung zur Ausgangslage der Gesundheits- erziehung/-förderung im Amt (status quo Erhebung)	13
2.2 Abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppen	
2.3 Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan"	
2.4 Sicherstellung der Informationen durch Protokolle und Vollversammlungen	14
3. DER ARBEITSPROZESS	18
3.1 Ergebnisse aus der Erhebung des status quo	19
3.1.1 Ausgangslage im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg	
3.1.2 Verständnis von Gesundheitserziehung im Gesundheitsamt	21
3.1.3 Das Gesundheitsamt als Kooperationspartner in der kommunalen Gesundheitserziehung	26
3.1.4 Fazit	29
3.2 Abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppen	31
3.2.1 Arbeitsgruppe "Seniorenführer"	
3.2.2 Arbeitsgruppe "Gesundheitlicher Umweltschutz"	46
3.2.3 Arbeitsgruppe "Gestaltung des Amtes"	59
3.3 Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan"	63
3.3.1 Leitfaden zur Entwicklung eines Gesundheitsplanes	
3.3.2 Durchführung des Planungsverfahrens	65
3.3.3 Erarbeitung von Bausteinen für einen Gesundheitsplan	80
3.4 Vollversammlungen (Protokollauszüge)	103
4. ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSBETRACHTUNG	112
4.1 Konzeptioneller Ansatz	113
4.2 Ablauf des Vorhabens	114
4.3 Wichtige Ergebnisse	
4.4 Schlußfolgerungen	116
4.5 Empfehlungen für Nachahmer	119

Anlagen

1. EINLEITUNG

1.1 Zum Auftrag

Im "Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD-Programm)" ging es um die Frage, was der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen fachlichen, personellen und organisatorischen Ressourcen zur von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) neu formulierten Aufgabe der Gesundheitsförderung beitragen kann.

Um diese Frage zu beantworten und die damit verbundenen Probleme konkret zu erfassen, erteilte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Frühjahr 1988 dem IKOL den Auftrag, zwei Gesundheitsämter, das Staatliche Gesundheitsamt Saarlouis und das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg, bei der Entwicklung "eines Gesundheitsrahmenplanes", der am in der CHARTA von OTTAWA ¹formulierten Gesundheits- und Gesundheitsförderungsverständnis orientiert sein sollte, "zu beraten" und "aus den dabei gewonnenen Erfahrungen, eine Handlungsanleitung zu erstellen" ².

Es hat sich herausgestellt, daß im zur Verfügung stehenden Zeitraum (in Saarlouis von 11 Monaten, im Kreis Steinburg von 18 Monaten) ein Gesundheitsrahmenplan nicht zu entwickeln war, wohl aber einzelne Bausteine für eine Gesundheitsplanung.

Der hier vorgestellte Bericht enthält den Arbeitsprozeß und die Ergebnisse aus dem Gesundheitsamt des Kreises Steinburg. Wir denken, daß dieser Bericht für die gesundheitserzieherische Praxis auch anderer Gesundheitsämter Anregungen enthält.

Dieser Bericht wurde mit der Amtsleitung, den Abteilungsleitern und Vertretern der am Prozeß beteiligten Arbeitsgruppen des Gesundheitsamtes des Kreises Steinburg entsprechend dem Beteiligungskonzept des IKOL abgestimmt.

Im Anschluß daran wurde er mit der BZgA als Auftraggeberin diskutiert, in Einzelheiten ergänzt oder redaktionell verändert und verabschiedet.

Neben diesem Bericht und dem - internen - Abschlußbericht über die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Saarlouis gibt es einen zusammenfassenden Kurzbericht (Teil II der Ergebnisse des Projektes "Gesundheitsrahmenplan"), der ausgehend von den organisatorischen, strukturellen und institutionellen Bedingungen Konsequenzen für die Arbeit und die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes entwickelt, die an dem von der WHO vorgegebenen Paradigmenwechsel von einer "public health policy" hin zu einer "healthy public policy" orientiert sind.

¹ CHARTA verabschiedet bei der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa.

² Verträge vom 01.03. und 26.10.1988

1.2 Zum konzeptionellen Hintergrund

In diesem Vorhaben ging es um die Intensivierung der Gesundheitsförderung, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation in der CHARTA von OTTAWA definiert wird.

Die WHO beschreibt die Veränderung des Gesundheitsverständnisses mit einem Paradigmenwechsel von einer "public health policy" hin zu einer "healthy public policy" ².

Die Bindung von Gesundheit an die gesamte Lebenswelt erfordert Einflußnahmen auf alle gesundheitsrelevanten politischen Entscheidungen.

Nach der WHO ist Gesundheit ein "*Ensemble individueller, interaktioneller und institutioneller Phänomene und Beziehungsmuster*" ³.

Hieraus ergeben sich folgende Aufgaben für die Gesundheitsförderung:

- Fördern und Begleiten

Gesundheit ist ein lebenslanger Prozeß des sozialen Lernens. Dieser läßt sich fördern und begleiten.

- Ressourcen in sozialen Netzen erschließen

Gesundheit findet *zwischen* Menschen statt. Gesundheitsförderung richtet ihr Augenmerk nicht mehr nur auf den einzelnen, sondern auf kleine und kleinste soziale Einheiten (soziale Netze).

Sie trachtet danach, in den sozialen Netzen Ressourcen zu erschließen, ohne deren Einbezug Veränderungen, z.B. im Bereich des Verhaltens, nicht möglich sind. ⁴

- Dialog führen

Die Kompetenz zur Gesundheit findet sich nicht nur bei ihren professionellen Vertretern (Ärzten, Sozialarbeitern, Wissenschaftlern, usw.). Die Menschen sind für sich, für ihre Gesundheit, für ihr Zusammenleben selbst kompetent.

² Charta von Adelaide, 1988

³ Horn/Beier/Wolf: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle, Opladen 1983, S. 47

⁴ Siehe hierzu: WHO 1986: OTTAWA CHARTA For Health Promotion, S. 5

tent. Das präventive Konzept zur Gesundheitsförderung trachtet danach, die Alltagsfähigkeiten und das Wissen der Menschen über sich selbst und ihre Gesundheit und die professionelle Kompetenz miteinander ins Gespräch zu bringen.

- An der Lebenswelt ausrichten

Gesundheit verwirklicht sich im Alltag. Prävention muß sich an den relevanten Lebensbereichen des Alltags (z.B. Wohnen, Arbeit, Freizeit...) ausrichten und die dort stattfindenden Lebensprozesse auf ihre belastenden oder hilfreichen Aspekte hin analysieren und in die Präventionskonzeption aufnehmen.

- Parteilich sein

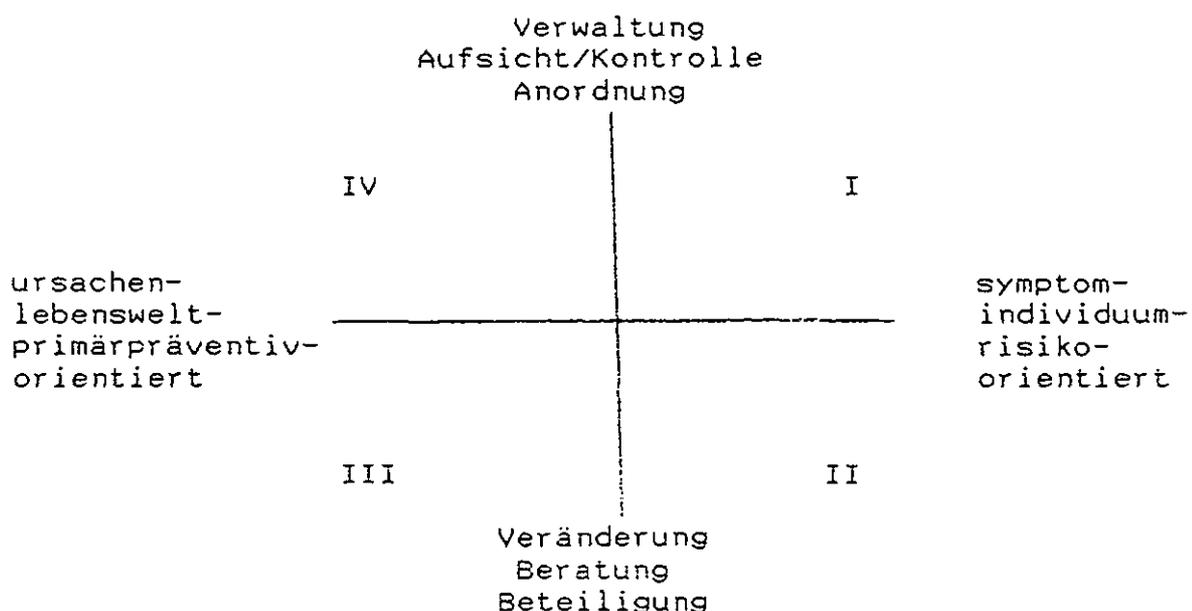
Die Bindung von Gesundheit an die gesamte Lebenswelt erfordert Einflußnahme auf alle gesundheitsrelevanten politischen Entscheidungen, d.h. es gilt Einfluß zu nehmen auf die Gestaltung aber auch Umgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse im Interesse *körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens* aller Bürger.

Für Gesundheitsämter, die sich an diesem neuen Verständnis orientieren, bedeutet dies:

- bisherige Aufgaben kritisch zu überprüfen,
- ggf. neue Prioritäten zu setzen,
- und das in der Regel medizinorientierte Gesundheitserziehungsverständnis zu hinterfragen.

Das IKOL hat in seiner Ausschreibung zu diesem Vorhaben die von der WHO mit dem Paradigmenwechsel von einer "public health policy" hin zu einer "healthy public policy" angezeigte Veränderung des Gesundheitsverständnisses als Spannungsverhältnis zum vorherrschenden Verständnis in Form eines Konfliktmodells beschrieben. Wir nehmen dieses Konfliktmodell hier auf, weil es für die Interpretation des zu Beginn des Vorhabens erhobenen Gesundheitsverständnisses im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg verwandt wurde (s. Kapitel 3.1).

DAS KONFLIKTMODELL



Die Felder I bis IV kennzeichnen vier Prototypen eines möglichen Verständnisses von Prävention.

I: Das herkömmliche klassische Verständnis der Prävention durch Risikovermeidung, die am Einzelnen und an Symptomen/Risikofaktoren orientiert ist. Maßnahmen sind hier Kontrollen aber auch Impfung, Reihenuntersuchungen etc.

II: Das herkömmliche Konzept wird ergänzt durch Fortbildungsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen für bestimmte Zielgruppen. Dieses Feld nimmt Anteile des Verständnisses von Gesundheitsförderung (Veränderung, Beratung, Beteiligung) bereits auf.

III: Hier wird das herkömmliche Konzept im Grundsatz verlassen. Es geht nicht in erster Linie um Symptombekämpfung oder Einfluß auf individuelle Verhaltensweisen, sondern um:

die Erhebung von krankmachenden Ursachen in der allgemeinen Lebenswelt und deren Veränderung, die Entwicklung von Instrumenten zur Einwirkung auf Lebenswelt mit dem Ziel der Aktivierung von Selbsthilfe.

Die bisherige Kontroll-/Aufsichtsfunktion des Amtes tritt in den Hintergrund bzw. ist im Sinne von IV neu zu definieren. Hier übernimmt das Amt die Rolle des Untersuchers, es berät und macht Vorschläge zur Veränderung von Lebenswelten und stellt Ressourcen zur Selbsthilfe zur Verfügung.

IV: Aufsicht und Kontrolle werden hier verstanden als Instrumente einer aktiven Kommunal-, Wirtschafts-, Umweltpolitik. Im Interesse der Bewohner, der Bürger werden z.B. Umweltbelastungen oder soziale Defizite nicht nur geprüft, sondern auch Maßnahmen zur Beseitigung getroffen.

Die Verfolgung dieser Aufgabe erfordert Konfliktfähigkeit gegenüber Politikern, der Wirtschaft, der Interessenverbände etc. Die Voraussetzungen wären eine breite Unterstützung durch "öffentliche Meinung" sowie gesetzlich abgesicherte Sanktionsmöglichkeiten. Kurzum, zur Verwirklichung der Aufgaben im Feld IV sind die weitestgehenden, auch gesetzlichen, Veränderungen gegenüber bisherigen Aufgaben des Amtes notwendig.⁵

⁵G.Weber, Die Bedeutung eines lebensweltorientierten Präventionsverständnisses für den öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Wolfgang Stark (Hrsg.), Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Freiburg 1989

1.3 Zum Gesundheitsrahmenplan

Die Umsetzung der CHARTA von OTTAWA für die Gesundheitsförderung der Gesundheitsämter hat von folgenden Überlegungen auszugehen:

- Gegenstand der Planung ist eine Gesundheitsförderung, die an der Veränderung von Lebenswelten, die das Gesundheitsverhalten des einzelnen beeinflussen, ansetzt (OTTAWA CHARTA). Die Gesundheitsämter haben hier in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die Gesundheitsverhältnisse zu beobachten und zu beurteilen sowie gesundheitssichernde Maßnahmen im gesamten Gesundheitswesen vorzuschlagen und zu koordinieren.

- Lebenswelten sind in der Bundesrepublik regional, sozial und kulturell sehr unterschiedlich gestaltet.

- Die Erstellung eines Gesundheitsplanes und die Veranlassung seiner Durchführung obliegt den einzelnen Gesundheitsämtern, die gemäß der föderativen und pluralistischen Struktur unseres Gesundheitswesens, sehr unterschiedlich strukturiert sind, unterschiedliche Kapazitäten (personell und sachlich) vorhalten und unterschiedliche Arbeitsaufträge auf unterschiedlicher gesetzlicher Basis haben (Föderalismus und Subsidiarität). Die Zuständigkeit für die Bestimmung dieser Arbeitsbedingungen der Gesundheitsämter liegt bei den Ländern, den Kreisen oder der Gemeinde.

Dementsprechend können bundesweit nur eine Handlungsanleitung und ein Rahmenplan vorgeschlagen werden, die den einzelnen Gesundheitsämtern Orientierung bieten und ihnen ermöglichen, Gesundheitspläne zur Gesundheitsförderung aufzustellen.

Um die Entwicklung und Erprobung einer solchen Handlungsanleitung zur Erstellung von Gesundheitsplänen, orientiert an den vom Rahmenplan vorgegebenen Themenfeldern und Arbeitsschritten ging es in der Zusammenarbeit mit den beiden genannten Gesundheitsämtern.

Themenfelder eines Gesundheitsrahmenplanes
(s. Kapitel 3.3.3)

1. Festlegung des Zielbereichs/der Zielbereiche
2. Definition der Zieldimension/en
Entscheidung über:
3. Zielvorgaben
4. Zielgruppen
5. Maßnahmen
6. Erste Einschätzung der Realisierbarkeit, ggf. Beschluß
über Veränderungen im Ziel-, Maßnahmen- oder Ziel-
gruppenbereich
7. Festlegen von einzelnen Arbeitsschritten
Einschätzung:
8. des zeitlichen Aufwands (auch Beginn und ggf. Ende eines
Vorhabens)
9. des Personalbedarfs (auch Entscheidung über mögliche
Aufgabenreduzierung in bisherigen Aufgabenfeldern, Ar-
beitsumverteilung oder Personalerweiterung
10. Personal- und Sachkosten
11. Festlegen und Gewinnen möglicher Kooperationspartner
(innerhalb des Amtes, im Kreis, sonstige)
12. Klärung der gesetzlichen Grundlagen und
13. der politischen Aspekte
14. Festlegen von Kriterien zur Erfolgskontrolle.

Ein Projekt, in dessen Mittelpunkt der Begriff Lebenswelt und die Beteiligung der jeweils Betroffenen steht und das an Veränderungen in den Gesundheitsämtern im Sinne der kritischen Überprüfung bisheriger Aufgaben und des Aufgabenverständnisses orientiert ist, muß von der Beteiligung aller Mitarbeiter im Amt ausgehen, muß ihre Kompetenzen und die Ressourcen in ihrer Lebenswelt, in diesem Fall im Amt, einbeziehen. Nur so ist nach dem WHO-Verständnis eine Chance zur Veränderung gegeben, d.h. das Projekt ist auch ein Testfall für die Umsetzbarkeit des WHO-Ansatzes in die Praxis.

Beteiligung aller Mitarbeiter ist deshalb das handlungsleitende Interesse des im folgenden dargestellten Handlungskonzeptes.

2. DAS HANDLUNGSKONZEPT

Das Handlungskonzept für das Vorhaben mit dem Gesundheitsamt des Kreises Steinburg orientiert sich demnach an der Beteiligung aller Mitarbeiter und aller Berufe im Amt mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen.

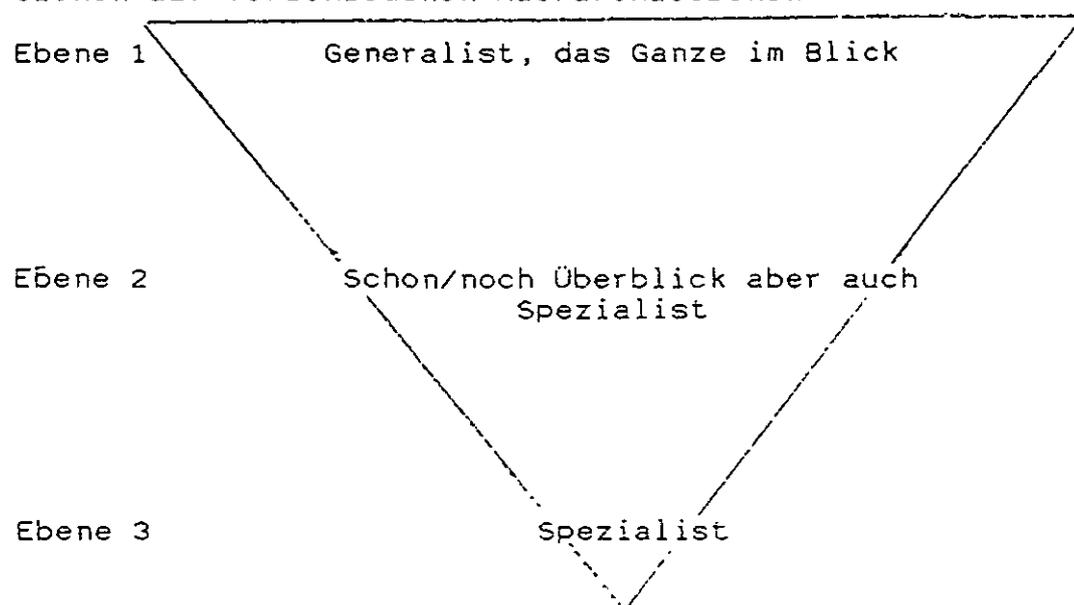
Das Instrument zur Verwirklichung eines solchen Arbeitsprozesses war die Einrichtung eines kooperativen Planungsverfahrens.

Ein kooperatives Planungsverfahren muß Voraussetzungen berücksichtigen, ohne die ein solcher Arbeitsprozeß schnell scheitert:

- Die Qualifikationen im Amt sind nicht nur sektoral, sondern auch vertikal unterschiedlich.
- Kooperation und Kommunikation im Amt im Sinne eines "Regelkreises" und nicht einer "Einbahnstraße" müssen hergestellt werden.

Die Qualifikationspyramide

Folgendes Schaubild zeigt vereinfachend die unterschiedlichen und spezifischen Handlungsanforderungen und Qualifikationen auf verschiedenen Hierarchieebenen:



Ebene 1, Amtsleitung, sie hat das Ganze im Blick, muß Generalist sein, macht Politik für das Amt. Bei einer Neuorientierung bzw. Weiterentwicklung wie sie z.Zt. ansteht, entscheidet sie über neue Ziele. Die Positionsinhaber der Amtsleitung sind nicht Spezialisten, auch wenn sie dies früher waren. Spezialist sein, widerspricht der Rolle und Aufgabe des Generalisten, "der Amtsarzt der Zukunft wird ... koordinierender Universaldilettant sein müssen ..." *

* P.V. Lundt, zitiert nach Dr. Moritzen, Gesundheitsämter in Schleswig Holstein - Heute und Morgen - 11/89.

Seine Qualifikation besteht u.a. in:

- fachlichem und gesundheitspolitischem Weit- und Überblick
- transparentem Führungsverhalten
- Planungs- und
- Entscheidungskompetenz
- Motivation der Mitarbeiter.

Ebene 2, Abteilungsleiter, die Positionsinhaber sind zugleich Generalisten und Spezialisten, aber beides nur in Teilbereichen. Sie vertreten die Entscheidungen von oben nach unten, sind für die Durchführung zuständig sowie für die Lösung möglicherweise damit verbundener Konflikte.

Ihre Qualifikation besteht in diesem Zusammenhang in:

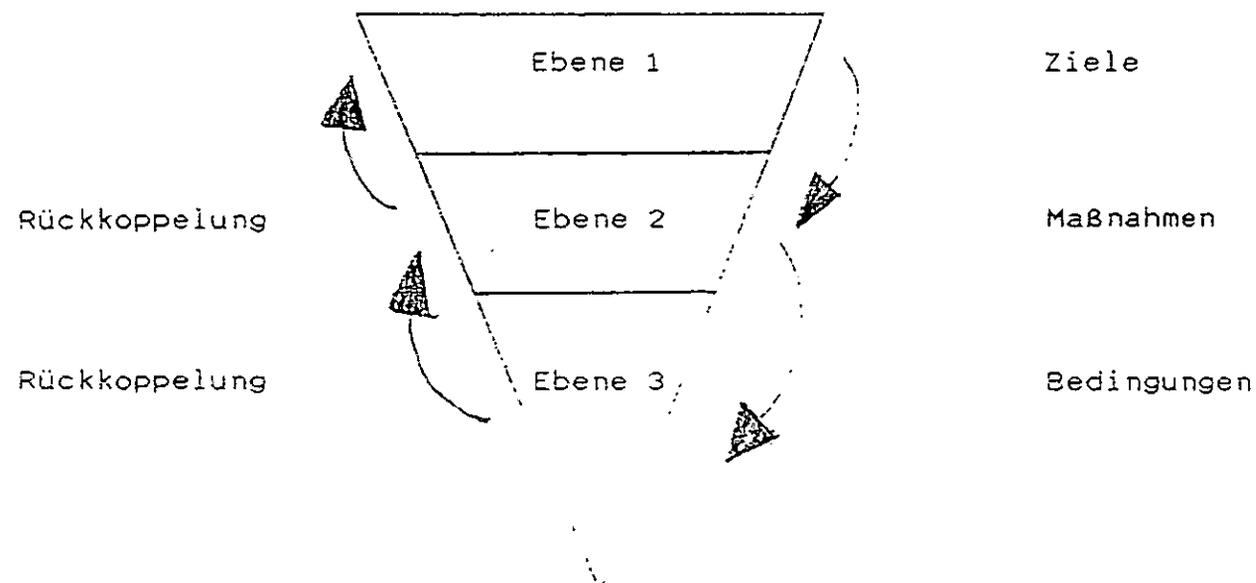
- Konfliktfähigkeit
- Planungskompetenz
- transparentem Führungsstil.

Ebene 3, Sachbearbeiter, ihre Aufgabe ist es, die von der Amtsleitung vorgegebenen Ziele und Maßnahmen in die jeweilige Praxis, für die sie kompetent sind, umzusetzen. Sie sind als Spezialisten am Werk.

Ihre Qualifikation besteht in der Überprüfung und Schaffung von Bedingungen zur Durchführung von Maßnahmen und ihrer Realisierung in der Praxis. Ihre Entscheidungskompetenz bezieht sich auf das Praxisfeld, in dem sie tätig sind.

Kooperation als Regelkreis

Kooperative Planungsverfahren haben Kooperations- und Kommunikationsstrukturen im Amt als Voraussetzung, die durch ständige Rückkoppelung auf und zwischen den einzelnen Ebenen und Sektoren des Amtes gekennzeichnet sind. Die nachstehende Abbildung zeigt dieses Verfahren vereinfachend:



Die von Ebene 1 definierten bzw. zu definierenden Ziele werden von Ebene 2 auf mögliche Maßnahmen hin überprüft und diese von Ebene 3 auf Bedingungen, unter denen sie realisierbar sind.

Die Ergebnisse werden jeweils wieder zurückgegeben. Dieser Rückkoppelungsvorgang kann sich mehrfach wiederholen. Ziel dieses Prozesses ist es, der Ebene 1 Entscheidungen über realisierbare Ziele zu ermöglichen, an deren Entstehung der Sachverstand der Mitarbeiter aller Ebenen beteiligt war.

Im folgenden stellen wir die Elemente dieses Planungsverfahrens dar, jedes dieser Elemente dient jeweils zwei Zielen:

2.1 Erhebung zur Ausgangslage der Gesundheitserziehung/-förderung im Amt (status quo Erhebung).

Ziel 1:

Ermittlung des status quo der Gesundheitserziehung/-förderung.

Ziel 2:

Information und Motivation der Mitarbeiter zur Teilnahme an dem Vorhaben ("warming-up").

2.2 Abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppen. (Ebenen 3 und 2)

Ziel 1:

Entwicklung einzelner Bausteine für Gesundheitspläne.

Ziel 2:

Praktische Einübung in die in der CHARTA von OTTAWA formulierten allgemeinen Prinzipien der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 1.1).

2.3 Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan". (Ebenen 1 und 2)

Ziel 1:

Entwicklung von Gesundheitsplänen zur Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes des Kreises Steinburg.

Ziel 2:

Ableitung von Verfahrensrichtlinien (durch das IKOL) für einen Gesundheitsrahmenplan.

2.4 Sicherstellung des Informationsflusses durch Protokolle und Vollversammlungen.

Ziel 1:

Erhaltung der Motivation der MitarbeiterInnen durch Transparenz des Arbeitsprozesses für alle.

Ziel 2:

Bildung von Arbeitsgruppen und Entgegennahme und Diskussion von Gruppen- (auch Zwischen-)ergebnissen in den Vollversammlungen.

Die Ergebnisse der Befragung (2.1), der Arbeitsgruppen (2.2), der Leitungsgruppe (2.3) und der Vollversammlungen (2.4) werden im Kapitel unter 3.1 bis 3.4 dargestellt.

Hier folgt zunächst eine ausführliche Beschreibung der genannten Elemente.

Zu 2.1: Erhebung zur Ausgangslage im Gesundheitsamt.

Die status quo Erhebung war der erste Arbeitsschritt; mit ihm wurde der Planungsprozeß eingeleitet. Es ging einerseits darum, Grundinformationen für die Entwicklung des Planungsprozesses zu erheben, andererseits um die detaillierte Information der MitarbeiterInnen über die Ziele des Vorhabens in Einzelgesprächen (Interviews) und um die Motivation der MitarbeiterInnen zur Beteiligung.

Die Beschreibung der Ausgangslage der Gesundheitserziehung/-förderung im Gesundheitsamt erfolgte auf der Basis von verschiedenen, voneinander (weitgehend) unabhängigen Informationsquellen:

- Befragung der Mitarbeiter.
Die Befragung wurde zu Beginn des Vorhabens zwischen dem 21. und 25.11.1988 im Gesundheitsamt durchgeführt. Von den 50 zu diesem Zeitpunkt im GA Beschäftigten konnten 47 erreicht werden. Der Befragung lag ein halbstrukturierter Interviewleitfaden zugrunde (s. Anlage Nr. 1).
- Analyse einschlägiger wissenschaftlicher Veröffentlichungen aus dem Amt.
Vom Leiter des Gesundheitsamtes wurden dem IKOL 32 einschlägige Veröffentlichungen in Zeitschriften sowie drei Broschüren übergeben, die hinsichtlich der behandelten Themen und der theoretischen Konzepte analysiert wurden.
- Protokolle der vom Amt koordinierten Arbeitsgemeinschaften im Kreis.

Auskunft über die Durchführung und Koordination der Gesundheitserziehung geben auch Protokolle der Arbeitsgemeinschaften zur GE im Gesundheitsamt Itzehoe. Ausgewertet wurden Protokolle der

- * Psychosozialen AG des Kreises Steinburg (ein Protokoll der AG, 4/87)
- * AG zur Förderung der Jugendzahnpflege (je 1 Protokoll 12/86 und 10/87)
- * AG Gesundheitserziehung des Kreises Steinburg (8 Protokolle/jährlich)
- * internen AG Gesundheitserziehung des Gesundheitsamtes (5 Protokolle aus 88).

Die Protokolle wurden vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt.

- Einschlägige Berichte in der Lokalpresse über Aktivitäten des Gesundheitsamtes.
Es wurden vom Gesundheitsamt Presseauschnitte über Aktivitäten des Gesundheitsamtes in der Gesundheitserziehung/-förderung der Jahre 1985 bis 1988 zur Verfügung gestellt. Die Veröffentlichungen wurden hinsichtlich folgender Kriterien untersucht: Thema, Zielgruppe, Medium, Anlaß, Partner sowie Kontinuität und Häufigkeit.
- Zeitungsanalyse "Norddeutsche Rundschau".
Um die öffentliche Diskussion im Kreis Steinburg kennenzulernen, soweit sie gesundheitliche Belange betrifft, wurde parallel zur Befragung eine Zeitungsanalyse der "Norddeutschen Rundschau" durchgeführt. Sie sollte auch dazu dienen, einen Eindruck von der Beteiligung des Gesundheitsamtes an gesundheitsrelevanten Debatten zu gewinnen und eventuelle Reaktionen anderer Gruppen und Stellen auf Aktionen des Amtes zu erheben. Dazu wurden die Ausgaben der o.g. Lokalzeitung ab November 1987 bis Juli 1988 (letzter archivierter Monat im gemeinsamen Archiv des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe) benutzt.
- Befragung von Kooperanten des Amtes im Kreis Steinburg.
Die Einbeziehung der Lebenswelten in die Konzeption und Durchführung von Gesundheitsförderung setzt die Kenntnis dieser verschiedenen "Welten" im Amt voraus. Die bestehenden Arbeitsgemeinschaften sind ein Ansatz zur Erhebung und Vermittlung dieser Kenntnisse. Allerdings müßten die anfallenden Kenntnisse und Erkenntnisse für Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch ausgewertet werden, was aus vielerlei Gründen (z.B. Zeit) bisher nicht geschieht. Dies machte zur Erhebung des status quo eine Befragung der Kooperationspartner notwendig. Es wurden 13 solche Partner des Amtes in Itzehoe und im Kreisgebiet befragt.

Es handelte sich dabei um den ärztlichen, den zahnärztlichen und den Apothekerverein, die freien Wohlfahrtsverbände, verschiedene Krankenkassen, das Schulamt, die Gesundheitsvertrauenslehrer, die Zahnprophylaxe-Obleute, eine Sozialstation, die Verbraucherberatung und die Sektion der Multiple Sklerose-Gesellschaft. Befragt wurden jeweils die Vorsitzenden, Geschäftsführer oder Leiter.

Mit der Erhebung des status quo wurde im November 1988 begonnen.

Für das Vorhaben "Gesundheitsrahmenplan" wichtige Ergebnisse sind im Kapitel 3.1 zusammengefaßt.

Zu 2.2: Abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen

In der ersten Vollversammlung (s. 3.4), in der die Ergebnisse der Befragung mitgeteilt und diskutiert wurden, wurde eine erste abteilungsübergreifende Arbeitsgruppe gebildet, zwei weitere in den darauf folgenden Vollversammlungen, und zwar zu folgenden Themen:

- Gruppe 1: Seniorenführer
- Gruppe 2: Gesundheitlicher Umweltschutz
- Gruppe 3: Gestaltung des Amtes.

Die Gruppen arbeiteten zwischen Januar 1989 und Februar 1990. Zeitplan und Termine der Gruppensitzungen s. Anlage 2 und 3.

In diesen Arbeitsgruppen wurden anknüpfend an bereits entwickelte bzw. geplante Aktivitäten des Gesundheitsamtes einzelne Bausteine eines zukünftigen Gesundheitsplanes konzeptionell entwickelt und (teilweise) umgesetzt.

Das Vorhaben brachte eine erhebliche Mehrbelastung der Mitarbeiter mit sich. Hierüber wurde in den Vollversammlungen diskutiert (s. 3.4). Es wurde deshalb beschlossen, bereits vor Projektbeginn geplante Vorhaben als Ausgangsbasis zu verwenden, um:

- das vorgefundene Verständnis von Gesundheitserziehung an konkreten Beispielen weiterzuentwickeln,
- die Kooperation im Amt sachbezogen, nicht abteilungs- und/oder hierarchiebezogen zu fördern,
- konkrete Planungs- und Umsetzungsprozesse im Gesundheitsamt im Sinne antizipierenden, weniger reaktiven Handelns systematisch und projektbezogen zu erproben.

Ergebnisse dieser Gruppen s. Kapitel 3.2.

Zu 2.3: Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan"

Im Oktober 1989 wurde eine vierte Arbeitsgruppe, bestehend aus der Amtsleitung, den Abteilungsleitern und Vertretern der drei unter 2.2 genannten Arbeitsgruppen gebildet.

Die Aufgabe dieser Gruppe bestand im Sinne des o.g. Planungsprozesses darin, unter Einbezug der Ergebnisse der unter 2.2 genannten Gruppenarbeit Gesundheits-(Einzel)pläne zur Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung/-förderung für die nächsten fünf Jahre zu erarbeiten. Dabei ging es darum, die geplanten Aktivitäten entsprechend den Planungskriterien des Gesundheitsrahmenplanes (s. Kapitel 1.2 und 3.3.3) konkret zu beschreiben.

Ergebnisse dieser Gruppe s. Kapitel 3.3.

Zu 2.4: Sicherstellung des Informationsflusses durch Protokolle und Vollversammlungen

Für die Erhaltung der Motivation der MitarbeiterInnen ist Transparenz beim Vorgehen Voraussetzung. Hierzu ist ständige und umfassende Information notwendig. Es wurden daher zu allen Arbeitsbesprechungen Protokolle angefertigt, die allen bzw. den jeweils betroffenen MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt wurden. In regelmäßigen Abständen wurden darüber hinaus Vollversammlungen (insgesamt fünf) aller MitarbeiterInnen durchgeführt, die ebenso protokolliert und allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht wurden.

In den Vollversammlungen ging es

- um die prozeßbegleitende Darstellung des Vorhabens durch das IKOL,
- um Arbeitsgruppenbildung und die Diskussion des Arbeitsauftrages für diese Gruppen,
- um die Berichterstattung von Zwischenergebnissen und Ergebnissen aus der Gruppenarbeit und deren Diskussion.

Tabellarische Übersicht der vom IKOL zwischen November 1988 und April 1990 im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg mit Mitarbeitern durchgeführten Sitzungen (Vollversammlungen und Arbeitsgruppen, Protokollauszüge siehe Kapitel 3.4).

3. DER ARBEITSPROZESS

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse und der Arbeitsprozeß, der zu ihnen geführt hat, dargestellt. Wir orientieren uns in der Gliederung an den unter 2.1 bis 2.4 genannten Elementen des Handlungskonzeptes.

3.1 Ergebnisse aus der Erhebung des status quo

3.1.1 Die Ausgangslage im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg

Der Kreis Steinburg liegt im südwestlichen Schleswig-Holstein an der Unterelbe. Die Kreisstadt Itzehoe bildet auch räumlich das Zentrum des Kreises. Sie liegt am Schnittpunkt von vier Bundesstraßen, einer Autobahn und der Bahnstrecke Westerland(Sylt)-Hamburg. Die Entfernung Itzehoe-Hamburg beträgt ca. 60 km; damit gehören die Stadt und der Kreis nicht mehr zum unmittelbaren "Speckgürtel", in dem viele Menschen wohnen (und Steuern zahlen), die in Hamburg arbeiten. Dennoch nehmen viele Steinburger die weite Entfernung auf sich und pendeln täglich.

Nähert man sich Itzehoe mit dem Zug, dann durchfährt man ein großes stillgelegtes Industriegelände an der Stör, dem Fluß, der durch Itzehoe fließt. Die hier ehemals ansässige Zementfabrik ist einige Kilometer außerhalb von Itzehoe an einen anderen Ort (Lägerdorf) verlegt worden. Das Unternehmen ist der größte Industriebetrieb im Kreis und einer der wichtigsten Arbeitgeber. Zu erwähnen ist daneben noch das nukleare Kraftwerk in Brokdorf und die geplante Ansiedlung eines europäischen Chip-Technologie-Zentrums (JESSIE) in Itzehoe. Im ganzen ist der Kreis Steinburg aber noch stark ländlich geprägt.

Ein solch ländlich-kleinstädtischer Raum hat andere gesundheitliche Probleme als eine Großstadt. So etwa die Trinkwasserqualität, die durch das verbreitete Aufbringen von Düngemitteln und Pestiziden beeinflusst wird.

Andererseits sind etwa das Ausmaß der AIDS-Problematik oder des Konsums illegaler Drogen nicht mit der Lage in den bundesdeutschen Ballungsgebieten zu vergleichen.

Das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg liegt in einem eigenen Gebäude an der Verbindungsstraße von Bahnhof und Stadtzentrum, also für Itzehoer sehr gut zu erreichen. Es ist ein eingeschossiger Flachdachbau, der einen interessanten, potentiell sehr kommunikationsfreundlichen Grundriß aufweist. Im Innenhof, der von zwei Seiten her zugänglich ist, befinden sich ein Heilkräuter-Garten und einige Bänke. Die große Eingangshalle dient ständig als Ausstellungsraum und zusätzlich als Sitzungssaal bei größeren Veranstaltungen sowie als Warteraum für Besucher.

Einige Zahlen über das Amt

Laut Organisationsplan und Befragung waren im Gesundheitsamt Itzehoe bei Projektbeginn 50 Personen beschäftigt, und zwar in folgenden Abteilungen:

500	Amtsarzt	3
501	Verwaltung	6
502	Gutachterlicher Dienst, Gesundheits- fürsorge	15
503	Sozial-Psychiatrischer Dienst	7
504	Gesundheitsaufsicht	4
505	Jugendärztlicher Dienst	7
506	Jugendzahnärztlicher Dienst	2
	Sonstige (GE, Ernährungsberatung, Reinigung, Hebamme)	6
		<hr/> 50

Eine Aufteilung nach Berufen ergibt folgendes Bild:

Ärzte/Zahnärzte	13
Sozialarbeiter	4
Medizinische Hilfsberufe (SMA, Krankenschw., Hebamme, Arzthelferin,)	9
Verwaltungskräfte (auch Arztsekretärinnen)	16
Gesundheitsaufseher	2
Gesundheitsingenieur	1
Reinigungskräfte	2

Von den 47 MitarbeiterInnen, die bei der Befragung erreicht wurden, waren insgesamt 24, also eine/r mehr als die Hälfte teilzeitbeschäftigt, allein von den 13 Ärzten waren neun teilzeitbeschäftigt.

3.1.2 Verständnis von Gesundheitserziehung* im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg

Das GE-Verständnis im Amt stellte sich in der Befragung als sehr einheitlich heraus. Es orientiert sich am individuellen Verhalten und hat den Abbau von Risikofaktoren und -verhalten sowie den Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Ziel. GE wird verallgemeinernd als Anstoß zu gesundheitsbewußter Lebensweise verstanden.

Dieses Verständnis wird auch in den Veröffentlichungen explizit, die dem IKOL als weitere Informationsquelle zur Verfügung gestellt worden waren (s. Kapitel 2.1).

Die Veröffentlichungen entstammen den Jahren 1976 bis 1988. Sie beziehen sich auf folgende Themen:

Gesundheitserziehung allgemein	11
Gesundheitserziehung, spez. Themen	4
Prävention	3
Gesundheitstag	4
Psychiatrie	4
sonstige	6

Die Broschüren dokumentieren den Steinburger Gesundheitstag 1984, den Abschlußbericht "Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Steinburg in Itzehoe" sowie "Medien zur Gesundheitserziehung".

Spezielle Themen des GAs sind bis 1984 hauptsächlich Psychiatrie/Drogen; 1987/88 stehen Themen der Ernährung im Vordergrund.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Veröffentlichungen sind konzeptionelle Fragen der GE :

"GE ist eine Voraussetzung für jeden einzelnen, um seine Lebensweise beurteilen zu können, um sich mit seinen Risikofaktoren auseinanderzusetzen und um dann durch Änderung der Lebensweise seine Risikofaktoren zu vermindern oder gar zu vermeiden." ⁷

* Im folgenden wird der im GA des Kreises Steinburg gebräuchliche Begriff Gesundheitserziehung (GE) übernommen.

⁷ P. Moritzen, Praktische GE an der Grundschule, 1987, S. 20

Für das Gesundheitsamt wird GE als "abteilungsübergreifende Schwerpunktaufgabe" gesehen, die im GA durch eine interne AG entwickelt wird:

Von den 47 Beschäftigten, die im GA befragt werden konnten, gaben 22 an, auch gesundheitserzieherische Tätigkeiten auszuführen, davon

- 5 zu mehr als 50% ihrer Arbeitszeit
- 9 zwischen 25% und 50%
- 8 mit weniger als 25%.

Die Tätigkeit wird überwiegend als *Beratung*, Information und Betreuung von Einzelkunden (13 Nennungen) beschrieben und betrifft die Themen:

Psychische Krankheit, Sucht	5
AIDS	2
Behinderung	2
Mutter/Kind	1
Ernährung	1
Zähne	1
Umwelt	1

Zu den gleichen Themen werden von einem Teil der Befragten auch *Kurse*, Seminare, Fortbildungen, Gruppen und Clubs angeboten (8 Nennungen).

Darüber hinaus machen 4 Mitarbeiter Gesundheitserziehung mit *Kindern* in Schulklassen und Kindergärten.

9 Befragte sind an der GE durch *Kooperation* innerhalb und außerhalb des GA, z.B. in Arbeitsgemeinschaften und in der Aktionsvorbereitung beteiligt gewesen.

Einen nicht unwichtigen Teil macht schließlich die Beschaffung, Auswertung und Weitergabe von Medien der GE aus ("*Mediothek*"). Die Beratung bei der Ausleihe von Medien ist ein Bestandteil der Multiplikatorenarbeit des GA.

Elf der Beschäftigten wollten ihre GE-Arbeit zukünftig noch intensivieren (soweit es in ihren Möglichkeiten steht). Änderungswünsche im Rahmen von GE bezogen sich weniger auf Inhalte als auf die Arbeitsweise. Gewünscht wurde mehr Kontinuität der Themen, verstärkte Kooperation im GA und Offenheit für neue Vorschläge.

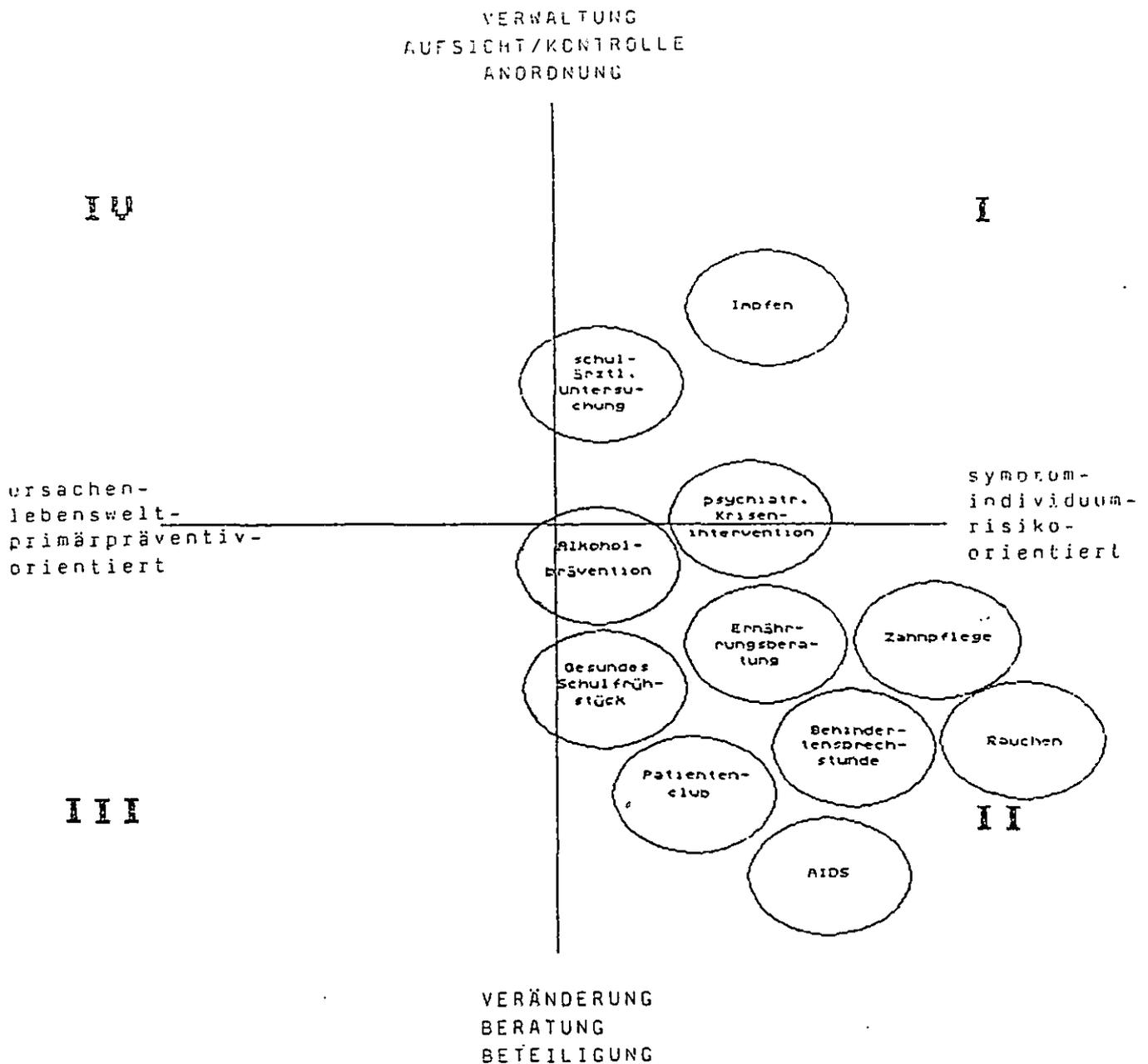
Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die Aktivitäten in der GE zur Zeit im wesentlichen auf Vorschul- und Grundschul Kinder konzentrieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Information bzw. Aufklärung; daneben wird auch praktisch geübt, z.B. das Zähneputzen. Eine Ausweitung der gesundheitserzieherischen Bemühungen auf breitere Kreise der Bevölkerung, speziell auch auf alte Menschen, ist Ziel des Gesundheitsamtes Itzehoe für die kommenden Jahre.

Eine Mitarbeiterin ergänzt die Aktivitäten mit dem Hinweis auf die Mediothek, Ernährungsberatung und Raucherentwöhnung.

Die in der Befragung festgestellten Inhalte der GE lassen sich im Schwerpunkt dem Feld II des in Kapitel 1.1 dargestellten Konfliktmodells zuordnen. Es handelt sich primär um Gesundheitsaufklärung und -erziehung und erst in Ansätzen um Gesundheitsförderung im Sinne des Lebensweltansatzes, die in das Feld III des Konfliktmodells tendiert.⁸

⁸ Bei der Diskussion des Endberichts und hier dieser Befragungsergebnisse wurden die Ansätze von Gesundheitsförderung im Sinne des Feldes III, Konfliktmodell, durch den Amtsarzt konkretisiert:

- Epidemiologische Studien zur Umweltbelastung in Lägerdorf und Büttel
- Ständige Beschäftigung mit Schadstoffbelastungen in Schulen und Wohnräumen
- Diskussion von Gesundheits- und Umweltfragen im Gesundheitsausschuß und Kreistag
- Aktion "Begrünung der Städte".



In der ersten Vollversammlung, in der diese Ergebnisse vorgestellt wurden (siehe 3.4), wurde diese Zuordnung insofern ergänzt, als Mitarbeiter der Ansicht waren, daß häusliche und soziale Verhältnisse bereits in die Konzeption von GE-Maßnahmen einbezogen würden. Es wurde aber auch eine Erweiterung der Aktivitäten des GA in Richtung auf Feld III als "idealistische Vorstellung" bezeichnet.

3.1.3 Das Gesundheitsamt als Kooperationspartner in der kommunalen Gesundheitserziehung

Großen Wert legt das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg auf eine enge Zusammenarbeit in allen Fragen der Gesundheitserziehung mit anderen Einrichtungen im Kreis. Zur Zeit des Projektbeginns arbeiteten vier kommunale Arbeitsgemeinschaften mit dem Ziel der Koordination der verschiedenen Aktivitäten:

- die AG Gesundheitserziehung des Kreises Steinburg
- die Kreis-AG zur Förderung der Jugendzahnpflege
- die Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft
- der Arbeitskreis der Gesundheitsvertrauenslehrer der Schulen im Kreis Steinburg. 9

9 Diese Auflistung wurde in der schon genannten Diskussion über den Entwurf dieses Berichts durch den Amtsarzt wie folgt ergänzt:

"Darüber hinaus gibt es seit Jahren weitere Aktivitäten auf folgenden Gebieten:

- Diskussion von Gesundheits- und Umweltfragen im Gesundheitsausschuß und Kreistag
- umfassende Pilotprojekte zu verschiedenen Gesundheitsthemen
- das Gesundheitsamt als ständiger Mahner bei den Trägern öffentlicher Belange
- Epidemiologische Studien zur Umweltbelastung in Lägerdorf und Büttel
- ständige Beschäftigung mit Schadstoffbelastungen in Schulen, Wohnräumen usw.
- Aktion "Begrünung der Städte"
- Gründung mehrere Selbsthilfegruppen
- Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiter und Fortbildung von Multiplikatoren
- regelmäßige Schulung von Gemeindeschwestern, Heimbetreuern, Bademeistern usw.
- Beitritt zum 'Gesunde Städtenetzwerk'."

Zum Teil kann hier auf jahrzehntelange Erfahrung zurückge-
blickt werden.

"Eine ganz wesentliche Aufgabe des GA in der GE wird in der Förderung von Multiplikatoren, in der Kooperation aller Verantwortlichen in der GE und in der Koordination gesehen. ... Wesentliche Kooperationspartner sind die Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die Krankenkassen, Schulen und Kindergärten, aber auch das Jugendamt, Schulamt und Sozialamt sowie Vertreter der Kommunalpolitik und der Selbsthilfegruppen." ¹⁰

Die Bestrebungen des Gesundheitsamtes zielen in den letzten Jahren auf eine Neustrukturierung der kommunalen Gesundheits-Zusammenarbeit. Eine neue "Kommunale Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung" soll aus der Kreis-AG zur GE hervorgehen und im Zentrum einer Reihe von bestehenden, aber auch neu zu gründenden "Satelliten"-AG's stehen.

Das IKOL befragte zu Beginn des Projektes dreizehn der bisherigen Kooperationspartner des Gesundheitsamtes in Itzehoe und im Kreisgebiet. Es handelte sich dabei um den ärztlichen, den zahnärztlichen und den Apothekerverein, die freien Wohlfahrtsverbände, verschiedene Krankenkassen, das Schulamt, die Gesundheitsvertrauenslehrer, die Zahnprophylaxe-Obleute, eine Sozialstation, die Verbraucherberatung und die Sektion der Multiple-Sklerose-Gesellschaft. Befragt wurden jeweils die Vorsitzenden, Geschäftsführer, Leiter oder die Ansprechpartner des GAS. Sie wurden gebeten, die bisherige Kooperation aus ihrer Sicht darzustellen und zu bewerten sowie zusätzlichen Handlungs- und Kooperationsbedarf für die Zukunft zu nennen.

Sieben von den dreizehn Institutionen waren mit der Zusammenarbeit bisher zufrieden und lobten die zahlreichen Initiativen des Amtes. Sie sahen keinen zusätzlichen Bedarf zur Kooperation.

Sechs andere wünschten sich, die Kooperation auf einzelnen Gebieten zu verstärken. Dies betrifft die Bereiche:

- Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen (Koordination der Begutachtung)
- Betreuung von Pflegefällen
- Zusammenarbeit Mediothek - Kreisbildstelle
- Initiativen für benachteiligte und verhaltensauffällige Kinder.

Nur ein Gesprächspartner machte deutlich, daß er eine Kooperation nur dort für sinnvoll hält, wo Kooperationsziele vorab vereinbart werden können, die mit den Zielen seiner Organisation übereinstimmen.

¹⁰ P. Moritzen, Umsetzung des Auftrags zur GE..., in:
Öffentliches Gesundheitswesen, 1987, S. 400 ff

Insgesamt kann man von einer hohen Akzeptanz des GAs bei seinen Kooperationspartnern sprechen; die Zusammenarbeit ist in einzelnen Punkten ausbaufähig, muß aber in ihren Grundsätzen nicht verändert werden.

Auf die Frage nach zukünftig wichtigen Themen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Kreis Steinburg wurde am häufigsten der Bereich "Zähne/ Mundhygiene" genannt (7 Nennungen), ein Gebiet, auf dem schon heute viele der befragten Organisationen über die "Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege" mit dem GA kooperieren. Auch die 5 Nennungen des Themas "Ernährung" und die häufige Forderung, bei der GE im Kindesalter anzusetzen (8 Nennungen) sind insofern nicht überraschend, spiegeln sie doch die bisherige Arbeit der gemeinsamen GE wieder.

Weitere genannte Themen waren:

Alkohol	3 Nennungen
das benachteiligte bzw. chronisch kranke Kind	3
Nikotin	2
AIDS	2
Senioren	2
Umwelt	2
Herz-Kreislauf-Prophylaxe	2

Einzelne Befragte wünschten sich eine Ursachenforschung des GAs zu Allergien/Hautkrankheiten, die Schaffung eines sozialen Begegnungszentrums in Itzehoe, die verstärkte Vermittlung von Grundwissen über den menschlichen Körper, intensivere Arbeit in der Mutter-Kind-Beratung, zu illegalen Drogen, Behinderten, Bewegungsförderung, pflegenden Angehörigen, sozialpsychiatrischen Themen, Hygiene und zum Ausbau der ambulanten Versorgung.

Die Kooperationspartner bevorzugen für die GE den Ansatz bei Kindern, betonen aber das Einbeziehen des Umfeldes (4 Nennungen), die Suche nach pädagogisch sinnvollen Vermittlungsformen (2) und die Notwendigkeit der Multiplikatoren-ausbildung (2). Es wird gefordert, verschiedene Wege zur Zielgruppe zu gehen und zu beachten, daß Vermittlungsmöglichkeiten häufig vom Bildungsniveau abhängen. Man solle verstärkt dahin gehen, wo die Menschen tatsächlich ihren Alltag gestalten, z.B. in den Betrieben, und auch das Kreisgebiet außerhalb von Itzehoe stärker ansprechen.

3.1.4 Fazit

Das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg hat auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten viele Erfahrungen gesammelt. Speziell bei der Arbeit mit Kindern, aber auch in der Sucht- und AIDS-Prävention wird zielgruppenbezogen und aufsuchend (also in Schulen, Kindergärten, Freizeiteinrichtungen) gearbeitet. Multiplikatoren sind dabei stets einbezogen; sie werden mit Medien versorgt und bei deren Einsatz beraten.

Die Forderungen der GMK von 1982 werden von diesem Gesundheitsamt schon sehr weitgehend erfüllt. Das Gesundheitsamt ist Initiator und Koordinator bei der Zusammenarbeit mit vielen anderen Organisationen vor Ort. Die gesundheitsbezogene Kooperation wird über verschiedene Arbeitsgemeinschaften organisiert.

Amtsintern ist Gesundheitserziehung eine "Querschnittsaufgabe", was (zu Beginn des Projektes) bedeutete, daß GE in den Tätigkeitsbereichen ausgewiesen ist (22 Mitarbeiter) und nur eine Mitarbeiterin sich ausschließlich dieser Aufgabe widmete. Sie war keiner Abteilung, sondern dem Amtsleiter direkt zugeordnet. Für alle größeren Aktionen war sie auf die Bereitschaft der anderen Abteilungen zur Zusammenarbeit angewiesen.

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung bedeuten jedoch wie oben dargestellt nicht das Gleiche ("Paradigmenwechsel"). Das Gesundheitsförderungskonzept der Charta von Ottawa verlangt die Erweiterung der individuell-erzieherischen Arbeit um einen Ansatz, der Menschen in ihrer Lebenswelt dabei unterstützt, selbstbestimmt an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage mitzuwirken. Der Blick auf das gesundheitsschädigende oder riskante Verhalten des einzelnen soll ergänzt werden durch die Betrachtung

- der sozialen Hintergründe dieses Verhaltens,
- der Gesundheitsgefahren aus der Umwelt(-belastung),
- aber auch der ungenutzten gesundheitsförderlichen Potentiale, die in der kommunalen Politik, der gegenseitigen Unterstützung der Menschen und der Fähigkeiten des einzelnen begründet liegen.

Die Voraussetzungen für die Betonung dieser Arbeitsschwerpunkte sind im GA des Kreises Steinburg bisher erst in Ansätzen gegeben, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Das gesundheitserzieherische Grundverständnis ist im Amt fest verankert. Mit dem Grundverständnis im Amt hat man gute Erfahrungen gemacht. Die darauf beruhende GE-Arbeit wird vom Großteil der befragten Kooperationspartner im Kreis geschätzt. Sie muß in vollem Umfang fortgeführt werden. Der Globalansatz "Gesundheitsförderung" im Sinne der WHO wird im GA erst in Ansätzen erkennbar und stößt z.T. auf Skepsis bei Mitarbeitern. (s. 3.4, Protokoll 1. VV)

Wenn an einer Ausweitung der GE Interesse besteht, dann im traditionellen Sinn (und zwar sowohl bei den Mitarbeitern wie bei Kooperationspartnern).

2. Für eine Erweiterung dieser GE-Arbeit ist aber auch eine Erweiterung der Ressourcen Voraussetzung. Sie konnte weder vor noch während des Projekts geschaffen werden.
3. Personalkapazität kann zwar theoretisch amtsintern umverteilt werden. Die gesetzlich festgelegten Pflichtaufgaben haben jedoch Vorrang, so daß bei der insgesamt knappen Personalkapazität der Spielraum solcher Umverteilungen sehr eng ist.
4. Die politische Entscheidung, den gesundheitlichen Umweltschutz vom Sozialministerium auf das Umweltministerium zu verlagern, schafft ungünstige Rahmenbedingungen und wird vom Amtsarzt als "größte Fehlentwicklung für die Gesundheitsämter angesehen" ¹¹. Diese Verlagerung erschwert eine "mutige Vorwärtsstrategie" ¹², um die es auch dem Gesundheitsamt des Kreises Steinburg geht.

¹¹ P.Moritzen, Die Gesundheitsämter in Schleswig Holstein - heute und morgen, in: Strukturentwicklung und Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schleswig Holstein, 11/1989, S. 49

¹² P.Moritzen, a.a.O.

3.2 Abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppen (s. Kapitel 2.2)

3.2.1 Arbeitsgruppe "Seniorenführer"

Die erste abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppe wurde in der ersten Vollversammlung (s. 3.4, S. 103 f) im Januar 1989 zunächst als Planungsgruppe gebildet.

Die Mitglieder hatten die Aufgabe, sich gegenseitig über Vorhaben in den einzelnen Abteilungen im Bereich Gesundheitserziehung zu informieren, um dann ein gemeinsames Projekt zu entwickeln.

Nach einer kurzen Themenfindungsphase von zwei Sitzungen beschloß die AG (Motto: Anknüpfen an bereits geplante Projekte), einen inhaltlichen Beitrag des Gesundheitsamtes zur geplanten und in Vorbereitung befindlichen Seniorenwoche zu leisten: sie nahm sich die Herausgabe eines Kreissenorenführers vor. Er sollte dem Ziel dienen, die vorhandenen gesundheitsbezogenen Angebote im Kreis zusammenzustellen, um dadurch alte Menschen zu informieren und zu aktivieren.

Die Selbständigkeit alter Menschen im Kreis Steinburg zu erhalten und eine Heimunterbringung so weit wie möglich zu vermeiden, ist für das Gesundheitsamt im Kreis Steinburg ein Ziel, das in den letzten Jahren mehr und mehr in den Vordergrund getreten ist. Die Maßnahmen des Amtes auf diesem gesundheitspolitischen Gebiet lassen sich in drei Gruppen aufteilen:

- Ausbau der ambulanten Unterstützungsangebote im Kreis. Umorientierung auf eine aktivierende Pflege.
 - Aktivierende Gesundheitsaufklärung für alte Menschen und für die Vorbereitung auf das Altern.
 - Schaffung von stationären und flankierenden Einrichtungen für die Seniorenbetreuung.
- (s. hierzu auch Kapitel 3.3.2, ab S. 69 und 3.3.3, ab S.82)

Für das Jahr 1989 war zur Verstärkung der Schwerpunkte eine vom GA initiierte und verantwortlich durchgeführte Informationswoche "Älterwerden im Kreis Steinburg" geplant. Sie war gleichzeitig als Initialzündung für ein "Jahrzehnt der Senioren (-politik)" im Kreis gedacht.

Um die Selbständigkeit alter Menschen im Kreis auf dem Wege der Aktivierung und gesundheitlichen Aufklärung zu erhalten oder noch zu vergrößern, müssen in einem Gesundheitsamt, das dieses Ziel verfolgt, unter anderem folgende Bedingungen erfüllt sein (s. Kapitel 3.3.2, Ziel 5):

- Die damit befaßten MitarbeiterInnen müssen eine Vorstellung davon haben, was es konkret bedeutet, im jeweiligen Kreis alt zu werden. Unter welchen Bedingungen leben ältere Menschen hier und welche lebensweltlichen Umstände

und gesundheitlichen Probleme hindern sie daran, selbständig zu bleiben? Welche kognitiven Kenntnisse, welche praktischen Erfahrungen und welche motivierende und emotionale Stützung braucht ein alternder Mensch, um diesen Lebensabschnitt gesund erleben zu können?

- Es sollte eine Vorstellung darüber existieren, mit welchen aktivierenden Angeboten (gleichgültig von welchem Träger) diese Hindernisse und Probleme zu verringern bzw. die Kenntnisse und Erfahrungen zu vermitteln wären.
- Das Gesundheitsamt als eine Instanz, die für den Überblick über die gesundheitliche Situation und Versorgung der Kreisbevölkerung zuständig ist, sollte wissen, welche der gewünschten Angebote an alte Menschen im Kreis bereits existieren, aber auch, wo regionale oder inhaltliche Defizite bestehen. Dieses Wissen versetzt das GA in die Lage, im Feld neue Angebote zu initiieren (ggf. auch selbst durchzuführen) und bei der Koordination der Angebote zwischen verschiedenen Trägern seine Unterstützung anzubieten.

Auf eine kurze Formel gebracht, müssen drei Fragen beantwortet werden:

1. Wie leben alte Menschen im Kreis?
2. Was benötigen sie zum gesunden Altern?
3. Was gibt es davon im Kreis bereits?

Die beiden ersten Fragen konnten aus zeitlichen (bevorstehende Seniorenwoche) und finanziellen Gründen (zusätzliche Fachkräfte) nicht aufgenommen werden.

Das Ziel der Arbeitsgruppe im GA war es deshalb, die Bestandsaufnahme über die aktuellen Angebote an Senioren im Kreis zu leisten und die erhobenen Angebote zur Senioreninformationswoche zu veröffentlichen. Dies sollte in einer Form geschehen, bei der die aufgeführten Gruppen und Veranstaltungen so konkret beschrieben werden, daß für alte Menschen die Schwelle zur Inanspruchnahme - also zur eigenen Aktivierung - möglichst gesenkt wird. So entstand die Idee des Kreissenorenführers.

Der Weg von der Projektidee bis zur Herausgabe der Broschüre läßt sich grob in drei Phasen gliedern:

- Konzeptionsphase
- Herstellungsphase
- Reflexionsphase.

Die Erfahrungen und Ergebnisse der Arbeitsgruppe 1 auf diesem Weg sollen im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Konzeptionsphase

Im Konzept für einen Kreissenorenführer mußte einerseits der Inhalt und die Aufmachung der Broschüre, andererseits die Art der Erhebung des Angebots genauer festgelegt werden. Beides beschäftigte die Arbeitsgemeinschaft in sieben Sitzungen zwischen Anfang Februar und Mitte April 1989.

Am Anfang standen Überlegungen zu den Zielen und Zielgruppen einer solchen Maßnahme: was läßt sich mit einem Kreissenorenführer erreichen und wer hat konkret etwas von einer solchen Information über Angebote?

- Informationen aus Tageszeitungen sind nach kurzer Zeit kaum noch wiederzufinden - anders bei einem systematisch aufgebauten Wegweiser.
- Der Seniorenführer bietet Hilfe für Neu-Zugezogene.
- Der Informationsfluß zwischen den Verbänden und Organisationen wird verbessert, unnötige Parallelveranstaltungen vermieden und längerfristige Planung angeregt.
- Die Initiativfunktion des GAs wird gestärkt, da nach Sichtung der Bestandsaufnahme gezielt Anregungen gegeben werden können.

Zielgruppen der Maßnahme waren:

- ältere Menschen im Kreis Steinburg,
- Angehörige und Freunde, die ihren Verwandten und Bekannten Anregungen geben wollen oder Entlastung suchen,
- alle, die ihren Alternsprozeß präventiv gestalten wollen.

Wie verhindert man nun, daß eine solche Veröffentlichung des Gesundheitsamtes vom Adressaten nur kurz wahrgenommen wird - vergleichbar den Ankündigungen in der Tagespresse - und sich dann im Papierkorb wiederfindet? Das Konzept der Arbeitsgruppe bestand hier darin, einen Wegweiser zu schaffen, der auch über die reine Präsentation von Aktivitätsangeboten hinaus einen hohen Gebrauchswert im Alltag des alten Menschen hat. Dies sollte durch eine Reihe kurzer, informativer Artikel ("praktische Tips") erreicht werden, mit denen alle wichtigen gesundheitlichen und sozialen Fragen zu behandeln wären. Die praktischen Tips können entworfen werden

- a) von MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes selbst,
- b) von Experten aus dem Kreis (z.B. Apotheker, Seniorenbeiräte, Gemeindegewestern, Ärzte etc.)

Um die Fülle der Veranstaltungen und Themen zu beschränken, die man potentiell in einen Seniorenführer aufnehmen könnte, mußten als nächster Schritt vorläufige Ausschlußkriterien festgelegt werden.

Folgende Kriterien wurden in unserem Fall angewandt:

- Die Themen sollten einen (weitgefaßten) Gesundheitsbezug haben.
- Die Angebote sollten für die Öffentlichkeit zugänglich sein.
- Rein kommerzielle Angebote werden ausgeschlossen.
- Bei den Angeboten der Sportvereine muß ein Mittelweg gefunden werden zwischen der Auflistung aller Sportgruppen eines Vereins und der bloßen Angabe der Vereinsadresse.

Das Stichwortregister des fertigen Kreissenorenführers zeigt, daß trotz dieser Einschränkungen eine breite Palette von Themen ihren Platz in dem Heft fand. Diese Palette reicht beispielsweise

von Alkohol	bis Zähne
von Lesekreis	bis Selbstverteidigung
von Coronar-Sport	bis Wohngemeinschaft, und
von Essen auf Rädern	bis Rentenberatung.

Einige Stichworte waren ursprünglich geplant, mußten dann aber entfallen, weil sich keine Angebote oder Autoren fanden. Zu diesen Themen gehörten Natur und Umwelt, Verhältnis zwischen alten Menschen und (Enkel-)Kindern oder auch Rheuma.

Die Veranstaltungs- und Gruppenangebote zu den aufgelisteten Themen waren am besten durch eine strukturierte Befragung der im Kreis vertretenen Verbände und die freien Träger der Wohlfahrtspflege zu erheben. Ein klar gegliederter Fragebogen hatte zudem den Vorteil, daß sich aus ihm eine ebenso klare und einheitliche Form der Darstellung für die Einzelangebote im späteren Heft ableiten ließ. Ein solches Raster dürfte alten Menschen die Lektüre und das Wiederfinden der Angebote im Seniorenführer wesentlich erleichtern.

Die Fragebogenentwicklung ist ein deutlicher Schwerpunkt der Konzeptionsarbeit an einem Seniorenwegweiser.

Der von der Projekt-AG in Itzehoe entworfene Fragebogen (s. Anlage 4) ist so aufgebaut, daß der Beantworter ermuntert wird, eine möglichst detaillierte Beschreibung einer angebotenen Veranstaltung statt eines bloßen Stichworts anzugeben: was erwartet einen interessierten alten Menschen tatsächlich bei einem "Altenkaffee", worauf muß er sich bei einer "Seniorengymnastikgruppe" einrichten und worüber wird er bei einer "Rentenberatung" eigentlich beraten? Hinweise zu solchen Beschreibungen geben die Erläuterungen auf der Rückseite des Bogens.

Bei der Fragebogenentwicklung können verschiedene Ressourcen genutzt werden, z.B.

- Befragungsinstrumente aus anderen Kreisen oder Städten
- Erfahrungen von Senioreninitiativen und -kontaktstellen
- eigene Probebefragungen mit vorläufigen Fassungen des Fragebogens, im GA selbst oder z.B. mit SozialstationsleiterInnen.

Der Verteiler für den Fragebogen sollte u.a. enthalten:

- alle Wohlfahrtsverbände
- Krankenkassen
- Seniorenvereinigungen und Seniorenbeiräte
- Sozialstationen
- Ärzte- und Apothekervereine
- Bürgermeisterämter und Kirchengemeinden
- Sportvereine
- Altenheime
- Volkshochschule und Familienbildungsstätte sowie
- Kontakt- und Informationszentren für Selbsthilfegruppen.

In der Konzeptionsphase lohnt es sich, gezielt **Außenkontakte** aufzunehmen und z.B. Veranstaltungen zu besuchen, bei denen mehrere der oben aufgelisteten Institutionen zusammentreffen und diskutieren. Bei einer solchen Gelegenheit konnten Mitglieder der Projektgruppe die Seniorenführer-Idee vorstellen und um eine erste Rückmeldung bitten.

Ein rechtzeitiger Kontakt mit anderen in diesem Feld Tätigen ist für ein Gesundheitsamt, das eine Gesundheitsförderungsaktion plant, äußerst wichtig. Denn keine Idee ist so neu, daß sie nicht doch an vielen Stellen schon bestehende Angebote und Interessen berühren würde. Folgende Fragen müssen deshalb frühzeitig beantwortet werden:

- wer gibt bisher alten Menschen Informationen über Angebote im Kreis: Seniorenbeiräte, Sozialstationen, ...?
- Halten diese die Broschüre für nützlich, für überflüssig oder sogar für schädlich?
- Gibt es vielleicht schon Angebotszusammenstellungen für Teilbereiche, wie etwa im Sport?

Die Leitfrage war hier: mit wem muß im Rahmen des Vorhabens enger kooperiert werden, weil seine Interessen deutlich berührt sind?

Außerdem lassen sich durch solche Gespräche frühzeitig bestimmte **Widerstände** antizipieren, so z.B. der Unwillen, die eigenen Angebote näher zu beschreiben oder die lähmende Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern, die es nicht erlaubt, in der gleichen Broschüre zu erscheinen.

Auch innerhalb des Amtes und der Gruppe tauchten rasch Bedenken auf. Sie bezogen sich meist auf die Arbeitsbelastung der GA-MitarbeiterInnen, die auch ohne "Sonderprojekte", wie ein Seniorenführer, hoch genug ist. Die Arbeitsgruppe mußte sich deshalb frühzeitig über eine Zeit- und Personalplanung Gedanken machen. Im vorliegenden Fall sah der Zeitplan folgendermaßen aus:

1. Verschicken der Fragebögen ab Mitte April
2. Rückgabe der Bögen an das GA bis 15. Mai
3. Sichtung der Antworten und Zusammenstellen der Druckvorlage bis 15. Juli (Beginn der Sommerferien)
4. Druck im Juli/August
5. Veröffentlichung zur Seniorenwoche im September.

Aus diesem Zeitplan folgte, daß spätestens ab Mai ein/e Mitarbeiter/in mit dem Seniorenführer als Hauptaufgabe zu betrauen war, denn das Sichten, Zusammenstellen und redaktionelle Überarbeiten der eingegangenen Angebotsbeschreibungen ist sehr zeitaufwendig. Die Kreisverwaltung in Itzehoe stellte dem Gesundheitsamt zu diesem Zweck kurzfristig einen Auszubildenden im dritten Jahr zur Verfügung, was zumindest als Minimallösung herhalten konnte.

Im Zusammenhang mit der Zeitplanung mußte auch Auflage und Umfang sowie Druck und Finanzierung vorläufig festgelegt werden.

Die AG einigte sich auf folgende Anhaltswerte:

- Seitenzahl: 100 (DIN A 5)
Diese relativ hohe Seitenzahl wurde zielgruppenspezifisch begründet (Großdruck und Übersichtlichkeit für ältere Menschen).
- Auflage : 2000
Die Auflage ergibt sich aus einer Schätzung von 20.000 Einwohnern über 60 Jahren im Kreis Steinburg, von denen mindestens 10% direkt erreicht werden sollten. Eine Korrektur dieser Zahl wurde dadurch ermöglicht, daß die angeschriebenen Verbände mit dem Fragebogen um eine Rückmeldung darüber gebeten wurden, wieviele Exemplare des Seniorenführers sie zur Verteilung zugeschickt bekommen wollten.

Bei der Frage der Druckmöglichkeiten verfiel die Gruppe zunächst auf die kostengünstige Möglichkeit, den Wegweiser in der kreiseigenen Druckerei herstellen zu lassen. Die Kreisdruckerei in Itzehoe ist in der Lage, Broschüren so zu drucken, wie sie ihr als Vorlage geliefert werden. Sie kann also nicht selber setzen!

Die Druckqualität ist gerade für alte Menschen beim Lesen entscheidend. Deshalb müssen im Falle eines kostengünstigen Drucks in der hauseigenen Druckerei zumindest Vorlagen von hoher Qualität geliefert werden, d.h.:

- kein Schreibmaschinentext, sondern Typographie (z.B. professioneller Satz oder "Desktop Publishing" am eigenen Computer)
- genügend große Schrift; verschiedene Schriftgrößen und -typen
- Spaltensatz, zumindest bei DIN-A-4-Format.

Für eine Finanzierung von professionellem Satz und Druck lassen sich verschiedene Modelle erwägen: Zuschüsse (z.B. von der Landesvereinigung Gesundheitserziehung), Sponsorenschaft durch ortsansässige Unternehmen, Aufnahme von Anzeigenwerbung im Heft.

Die Konzeptionsphase endete Anfang April 1989 mit einer Vollversammlung des Gesundheitsamtes, auf der die AG dem Amt ihre Konzeption und Planung vorstellte und über die Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe berichtete.

Herstellungsphase

Im Mittelpunkt der Herstellungsphase standen

- die Befragung der Anbieter
- die redaktionelle Überarbeitung der Antworten
- das Einholen und Überarbeiten der Artikel mit "praktischen Tips"

Insgesamt wurden im Kreis Steinburg etwa 300 Briefe mit jeweils drei Fragebögen und einem Anschreiben verschickt. Wenn es der Etat des Gesundheitsamtes erlaubt, sollten frankierte Rückumschläge beigelegt werden.

Wichtig ist, daß der Fragebogen nicht ohne jeden Vorlauf bei den Befragten ankommt. Dies gilt besonders, wenn es sich um örtliche "Niederlassungen" eines kreisweit agierenden Verbandes oder Vereines handelt. Dann sollte die Verbandsspitze auf jeden Fall vom GA auf die Befragungsaktion vorbereitet werden. Dies kann u.U. kurz telefonisch (bei Zeitmangel), besser aber durch eine kleine Informationsveranstaltung geschehen.

Gleichzeitig wurden mögliche Autoren für "Tips" von den AG-Mitgliedern direkt angesprochen. Dabei erhielten sie in Itzehoe ein Merkblatt als Erinnerungsstütze.

Nach den Erfahrungen der AG in Itzehoe war die Resonanz auf ein solches Vorgehen sehr gut. Trotzdem traten einige Schwierigkeiten auf, mit denen man rechnen muß:

- Es gibt Absagen von möglichen Autoren, manche sofort, manche aber auch erst im Laufe des Projektes. Es wird eine neue Suche und Kontaktaufnahme erforderlich. Findet sich dann niemand Neues, müssen einige Themen eventuell ganz entfallen.
- Die angesprochenen Experten aus dem Kreis versprechen sich von ihrem Artikel im Seniorenführer z.T. einen Werbeeffect. Für diesen Wunsch muß eine Lösung gefunden werden; im vorliegenden Fall wurde den Autoren auf einer gesonderten Seite für ihre Mühe gedankt.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß ein Delegieren von bestimmten Teilen der Broschüre (hier: der Tips) an Kooperationspartner außerhalb des GAS nur eine Teilentlastung bringt. Durch persönliche Kontaktaufnahme und Betreuung, das Beantworten von Rückfragen, das Erinnern an Abgabetermine und die redaktionelle Überarbeitung des gelieferten Entwurfs entstand vielfältige Arbeit im GA selbst.

Auch bei der Angebotserhebung selbst muß im Übrigen mit einer Nachfaßaktion fest gerechnet werden.

Die Herstellungsphase eines solchen Projektes ist immer wieder durch einen Neu-Durchdenken der schon früher vorläufig festgelegten Konzeption geprägt. Das galt am stärksten für die Präsentation der Angebote im Seniorenführer, denn die AG konnte ja Art und Umfang des Fragebogenrücklaufs nicht im Voraus genau kennen.

Der vorliegende Seniorenführer ist rein nach Themenbereichen aufgeteilt, diese sind alphabetisch angeordnet. Pro Thema enthält das Heft:

- a) eine Angebotsbeschreibung (der "gemeinsame Nenner" der eingegangenen Angebote zu diesem Thema)
- b) die einzelnen Angebote/Veranstaltungen, aufgeteilt nach Gemeinden, letztere in alphabetischer Reihenfolge. An dieser Stelle werden auch etwaige "Extras" der jeweiligen Veranstaltung angegeben.

Die Frage, ob älter werdende Menschen einen solchen Wegweiser eher nach Themen/Aktivitäten oder eher nach Orten durchblättern, konnte von der AG nicht entschieden werden. Auch den auf den Nahbereich festgelegten oder orientierten Alten gibt die gewählte Aufteilung die Möglichkeit, die einzelnen Themen rasch nach dem jeweils nächstliegenden Angebot zu durchsuchen.

Die Druck- und Finanzierungsmöglichkeiten für die Broschüre (s.o., Konzeptionsphase) beschäftigten die Arbeitsgruppe auch noch über weite Strecken der Herstellungsphase. Es stellte sich schließlich heraus, daß eine Vergabe von Satz und Druck an eine Druckerei zwar mit einigem Aufwand (z.B. Anzeigenacquisition) zu finanzieren gewesen wäre, daß aber die in Aussicht gestellte Druckqualität auch von der Kreisdruckerei geleistet werden könnte, wenn man ihr eine gute Druckvorlage und gerasterte Fotos lieferte.

Im Rahmen des laufenden Beratungsprojektes wurde mit dem Gesundheitsamt Itzehoe die Absprache getroffen, daß ein IKOL-Mitarbeiter die Druckvorlage im computerunterstützten "Desktop-Publishing-Verfahren"(DTP) herstellen würde. Die reine Texterfassungsarbeit wurde dabei z.T. auch im GA selbst erledigt, wozu von einem Computerladen ein PC ausgeliehen wurde (das Amt selbst verfügte damals noch nicht über einen eigenen Computer).

Die letzten Wochen vor Drucklegung des Kreissenorenführers zeichneten sich durch vielfältiges und kurzfristiges Ideensammeln, Entwerfen und Entscheiden zu Fragen der Heftgestaltung aus. Endgültig festzulegen waren dabei u.a.:

- der Name der Broschüre
- das Vorwort
- die Rückmeldepostkarte
- Illustrationen (aus allen verfügbaren Materialien im Amt zusammengesucht oder bei zeichnerisch begabten MitarbeiterInnen in Auftrag gegeben).

Die geplante Auflage mußte nach Ende der Befragung noch einmal kräftig nach oben korrigiert werden, nachdem die Nachfrage auf den Fragebögen sich auf ca.6000 Exemplare summierte.

Der Kreissenorenführer ging Mitte Juli in Druck, nachdem die Endredaktion durch die Gruppe erfolgte und die fertige Druckvorlage der Amtsleitung und dem Landrat vorgelegt worden war. Weil die Kreisdruckerei aber nicht über eine Sortier- und Legemaschine verfügte, mußte das GA zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal viele Arbeitskräfte aktivieren, um die gedruckten Exemplare per Hand zusammenzulegen. Im Zuge dieses Projektes konnte dem Kreis aber mittlerweile die Anschaffung einer solchen Maschine für die Druckerei plausibel gemacht werden.

Reflexionsphase

Im September traf sich die AG noch zweimal, um über das Ergebnis und den Prozeß ihrer Arbeit zu sprechen.

Erste Reaktionen aus dem Kreisgebiet waren positiv, z.T. wurde auch auf bestimmte Mängel hingewiesen, z.B. nicht erwähnte Angebote und Gruppen, was dafür spricht, daß der Seniorenwegweiser für wichtig gehalten wird. Inhaltliche Ergänzungswünsche wurden für eine neue Auflage festgehalten.

Der Zeitdruck in den letzten Tagen und Wochen vor Drucklegung wurde von der AG für verschiedene Unzulänglichkeiten verantwortlich gemacht:

- Das Heft mußte zum Schluß zu schnell fertiggestellt werden. Deshalb fehlte es am Korrekturlesen (das man gut hätte auf viele "wache Augen" außerhalb der AG verteilen können) und an einer guten **inhaltlichen Endredaktion**. Z.B. wäre es nützlich gewesen, die Rohfassung noch einmal Kooperationspartnern im Kreis vorzulegen und nach Änderungsvorschlägen zu fragen.
- **Einige wichtige Anbieter** wie VHS und Familienbildungsstätte sind kaum vertreten, weil sie nicht sehr detailliert geantwortet haben. Sie hätten konkret noch einmal angesprochen werden müssen.

Eine inhaltliche Durchsicht der im Kreissenorenführer dargestellten Angebote für alte Menschen kann sich z.B. auf die Anzahl der Angebote zu den verschiedenen Themenfeldern, auf deren räumliche Verteilung im Kreisgebiet und auf thematische Lücken beziehen.

Abschließend ein kurzer **Überblick** darüber, unter welchen **äußeren und organisatorischen Bedingungen** sich ein solcher Kreissenorenführer nach unseren Erfahrungen mit minimalem finanziellen Aufwand von einem Gesundheitsamt herausgeben läßt:

1. Arbeitszeit und Organisation

Eine feste Arbeitsgruppe mit fünf bis neun TeilnehmernInnen aus verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen des GA. Wöchentliche zweistündige Sitzungen zu einem festen Termin, und zwar

- für die Konzeptionserarbeitung: 7 Sitzungen
- für das Erheben der Angebote, die Redaktion und das Herstellen der Druckvorlage: 12 Sitzungen
- für Reflexion und Überlegungen zur Fortführung: 2 Sitzungen.

Dazu kommt ein nicht genauer zu quantifizierender Aufwand an Arbeitszeit für Einzelarbeit und Untergruppentreffen der Mitglieder. Diese Zeit wird für das Erarbeiten von Entwürfen, Gespräche mit Verbänden, den Versand der Fragebögen, das Erfassen des Rücklaufs u.v.a.m. benötigt.

Versand und Druck

Alle Versandarbeiten laufen über die normale Amtsverwaltung.

Ist im Amt keine Ausstattung und Kompetenz für DTP vorhanden, dann sollte der Satz außerhalb des GA professionell hergestellt werden.

Für den Druck wird eine gut ausgestattete kreiseigene Druckerei benötigt, die u.a. über eine Sortiermaschine, eine Falzmaschine und diverse Papier- und Umschlagsarten verfügt. Dem GA entstehen dann i.d.R. keine weiteren Kosten, wenn der Kreis die Broschüre als Teil seiner Öffentlichkeitsarbeit druckt.

Bemerkungen zum Inhalt der Gruppenarbeit

In der Einleitung (s.o) haben wir herausgestellt, daß im Rahmen der Seniorenpolitik eines Gesundheitsamtes drei Fragen eine große Rolle spielen:

1. Wie leben alte Menschen im Kreis?
2. Was benötigen sie zum gesunden Altern?
3. Was gibt es davon im Kreis bereits?

Es fällt im Rückblick auf das Seniorenführer-Projekt auf, daß hier die dritte Frage vor den ersten beiden angegangen wurde. Erst ein möglichst genaues Wissen darüber, wie die alten Menschen im Kreis leben, erlaubt es aber, auch Unterschiede in den Lebenslagen zu sehen und die Zielgruppen eines Projektes deutlicher zu definieren und anzusprechen. Man könnte z.B. versuchen herauszufinden, welche Untergruppen der alten Menschen einen tatsächlichen Bedarf für einen Angebotsführer mit praktischen Tips haben und ihn für ein gesünderes Altern nutzen könnten: die 55-70jährigen oder die Hochbetagten? Die weiblichen oder die männlichen Senioren? Die in den Marschdörfern oder die in Itzehoe?

In diesen Zusammenhang gehören auch Vorabüberlegungen zu den Grenzen eines Projektes. So profitieren etwa Sehbehinderte, Menschen, die wenig Umgang mit Büchern und Zeitschriften haben (Schichtproblem!) und Analphabeten weniger oder gar nicht von einem gedruckten Medium. Vielleicht geht ein Seniorenführer - diese Befürchtung kam in der AG nach einer Weile auf - in dieser Hinsicht auch ganz am Bedarf vorbei. Es gibt Anzeigenblätter, Lokalzeitungen, Gemeindebriefe etc. Durch ein zusätzliches Heft werden möglicherweise kaum zusätzlich Menschen bewegt.

Fehlen hingegen die Zeit und die Möglichkeiten, um eine solche Erkundungsphase vor der eigentlich geplanten Aktion durchzuführen, dann muß möglicherweise mit einer eher breiten und relativ ungenauen Zielgruppendefinition gearbeitet werden (s.o. Konzeptionsphase).

Wird auch die zweite Frage (Was brauchen alte Menschen, um gesund im Kreis zu leben?) nicht ausführlich genug diskutiert, dann besteht die Gefahr, daß im Rahmen des Projektes mit einem Präventionsverständnis gearbeitet wird, das nicht ausgesprochen wird, aber das Endprodukt dennoch prägt.

Trifft dies auch für den vorliegenden Kreissenorenführer zu? Als "Angebotskatalog" operiert er zumindest mit einem speziellen Bild vom alten Menschen:

- er/sie ist mobil und kann sich wegen eines interessanten Angebots an einen beliebigen Ort im Kreisgebiet begeben,
- er/sie hat keine Angst vor aktivem Zugehen auf bestehende Gruppen,
- er ist an Themen interessiert.

Bewegungseingeschränkte und eher depressive alte Menschen profitieren also deutlich weniger von einem so konzipierten Seniorenwegweiser, und das sind sicherlich keine kleinen Gruppen unter den alten Menschen im Kreis. Erreicht werden also eher die ohnehin gesunden alten Leute.

Ein Seniorenführer, wie er hier vorliegt, vermittelt außerdem leicht die Vorstellung, daß Gesundheitsförderung im Alter aus einem maximalen Angebot an aktivierenden Gruppenangeboten im Kreis besteht. Für einen zukünftigen Seniorenwegweiser wäre darüber nachzudenken, wie gesünderes Altern auch außerhalb von Gruppen und Institutionen möglich ist.

Dies wurde in der Arbeitsgruppe zum Thema, als es um die Umschlaggestaltung und das dort vermittelte Altenbild ging. Ein Entwurf für das Umschlagbild der Broschüre, der von der Gruppe favorisiert wurde, zeigte ein ruhiges, nachdenkliches älteres Paar in bäuerlicher Umgebung. Dieses Foto stieß bei einigen Seniorenverbänden, denen es gezeigt wurde, und in der Folge auch bei der Amtsleitung des GAS auf Widerspruch (die modernen, städtischen und mobilen Seniorenvertreter könnten sich darin nicht wiederfinden), und der Entwurf mußte zurückgezogen und durch einen abstrakten ersetzt werden.

Ein Gesundheitsamt wie das im Kreis Steinburg, das auf dem Feld der langfristigen Kooperation und Koordination mit Verbänden im Kreis so erfolgreich ist (vgl. Kapitel 3.1.3), muß natürlich Rücksicht auf solche Wünsche nehmen, wenn es die Zusammenarbeit nicht durch offenen Disput und Polarisierung gefährden will.

Ein solcher Disput setzt freilich ein eigenes Konzept voraus, das auf Beantwortung der Fragen 'Wie leben alte Menschen im Kreis' und 'Was benötigen sie zum gesunden Altern' basiert. Da diese beiden Fragen nicht oder noch nicht beantwortet werden konnten, wurde hier der Konsens mit den Verbänden im Kreis gesucht.

Dies war auch deshalb gesundheitspolitisch wichtig, weil eine aktive Seniorenpolitik des Kreises gerade erst im Entstehen war.

Ergänzung durch den Amtsarzt:

"Da nur eine begrenzte Zeitspanne für die Erarbeitung des "Seniorenführers" zur Verfügung stand, konnten nicht alle angeschnittenen Fragen beantwortet und d.h. Planungsschritte vollzogen werden. Der erste Seniorenführer wurde aber zeitgerecht fertiggestellt und positiv bewertet."

Das Projekt hat dem GA folgende Vorteile gebracht:

- Es hat einen guten Überblick über alle in diesem Feld tätigen Organisationen und ihre Angebote gebracht. Für zukünftige gemeinsame Aktionen kann darauf zurückgegriffen werden.
- "Fehlanzeigen" bei der Befragung können sich als relevant für die weitere Arbeit des Amtes erweisen. Beispiel: ein Verband meldete zurück, er sehe sich mit seinen Angeboten nicht in erster Linie für Senioren im Einsatz, werde aber oft so mißverstanden, und möchte deshalb nicht im Heft erscheinen. Außerdem habe er im Moment keine Kapazitäten für Neuaufnahmen. Hier wurde erstens akuter Koordinationsbedarf deutlich (wer schafft neue Kapazitäten?), zweitens wirft die Rückmeldung noch einmal die Frage auf, wie denn eigentlich die Kategorie "Angebote für Senioren" abzugrenzen ist (s. Konzeptionsphase).

Bemerkungen zur Kooperation während der Gruppenarbeit

Rückblick auf den Verlauf der Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe wurde jedesmal vor einer Vollversammlung und in der Reflexionsphase gehalten. Positiv bewertet wurde dabei:

- Große Offenheit : Kritik war möglich, alles konnte frei angesprochen werden.
- Es herrschte ein guter, angenehmer Umgangston. Es wurde Rücksicht auf einander genommen, unterschiedliche Meinungen wurden akzeptiert.
- Die Übernahme einer strukturierenden "Geschäftsführung" durch einen IKOL-Mitarbeiter war gut. Es gab Anregungen von außen, mit denen man sich kritisch auseinandersetzen konnte, keine "Vorlagen", die dann einfach auszuführen waren.

Kritisch merkten die AG-Mitglieder an, daß die Besetzung nicht kontinuierlich genug war und es manchmal zu argen Verspätungen beim Beginn des Treffens kam, weil noch einige Teilnehmer in anderen Besprechungen waren. Außerdem wurde der Planungsprozeß als bisweilen etwas langatmig und weit ausholend empfunden.

Die deutlich meisten Diskussionen um die Randbedingungen der Arbeit in der Gruppe machten sich aber an der Frage der Arbeitsbelastung fest. Immer wieder wurde die (Un-)Vereinbarkeit von solcher Projektarbeit mit den alltäglichen und notwendigen Routineaufgaben thematisiert. Besonders auch eine konstruktive Fortsetzung des Projektes in Richtung auf ein regelmäßiges Erscheinen und auf eine darauf aufbauende koordinierte Gesundheitsförderung für alte Menschen im Kreis kann nicht in diesem Rahmen erfolgen, sondern benötigt mindestens einen fest dafür zuständigen Ansprechpartner. Dafür muß entweder amtsintern Arbeitszeit freigemacht werden oder es muß eine Stellenerweiterung erfolgen.

Dieses Problem wurde von der Gruppe an die Amtsleitung bzw. an die Leitungsgruppe (s. Kapitel 3.3) "Gesundheitsrahmenplanung" weitergegeben.

3.2.2 Arbeitsgruppe: Gesundheitlicher Umweltschutz

Die zweite Arbeitsgruppe im GA des Kreises Steinburg entwickelte einen Baustein zum Themenfeld "Gesundheit und Umwelt". Der gesundheitliche Umweltschutz war den IKOL-Mitarbeitern schon in der Befragung zu Anfang des Projektes von Amtsmitarbeitern/Innen und Experten im Feld als wichtiges Arbeitsfeld der Zukunft für das GA genannt worden. Auch in den Überlegungen zum Gesundheitsrahmenplan nahm er deshalb großen Raum ein.

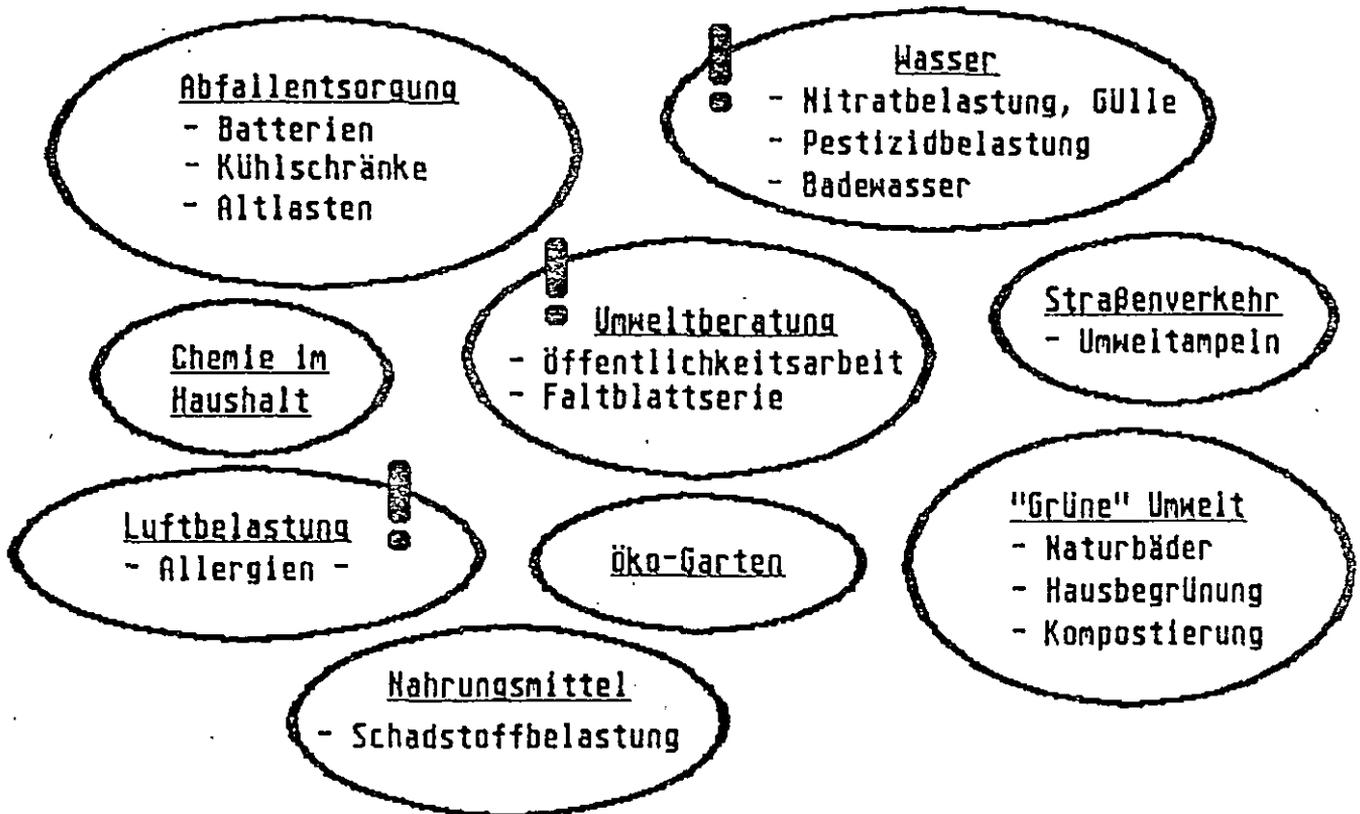
Im Mittelpunkt des Berichts über die Projektgruppe "Gesundheit und Umwelt" soll die Themenfindung in dieser AG stehen. Der Prozeß der Einigung auf einen sinnvollen Projekt-Baustein, der in der Seniorenführer-AG nach zwei Sitzungen abgeschlossen war, erstreckte sich hier nämlich über sieben Sitzungen zwischen Mitte April und Mitte Juni 1989. Dieser Abschnitt verdeutlicht u.E., in welchem Maße Gesundheitsämter in der Gesundheits-/Projektplanung die Beschränkung ihrer Ressourcen (Arbeitszeit, Meßkapazität, etc.) und ihre "neutrale" Rolle als Teil der Verwaltung mitbedenken (müssen?). Eine Aufgabenplanung, die bei den wichtigsten gesundheitlichen Problemen der Kreisbevölkerung ansetzt und daraus Ziele und Maßnahmen für die eigene Arbeit ableitet, ist unter diesen Bedingungen nur schwer zu verwirklichen.

Die von allen Beteiligten erlebten Schwierigkeiten in der Themenfindung und Umsetzung stehen darüberhinaus mit Problemen des gesundheitlichen Umweltschutzes in Gesundheitsämtern und mit generellen Fragen der amtsinternen Kooperation in Projektarbeitsgruppen in Zusammenhang. Auch über diese beiden Komplexe soll hier ausführlicher berichtet werden.

Erfahrungen und Ergebnisse der AG "Gesundheitlicher Umweltschutz"

Auch in dieser Gruppe wurde nach dem Prinzip verfahren, die Gruppenmitglieder dort abzuholen, wo sie mit ihren bisherigen Aufgaben, Interessen und Kompetenzen waren.

Ein erstes "Brainstorming" erbrachte folgende Ergebnisse zum Thema Gesundheitlicher Umweltschutz:



Mit den beiden Problembereichen "Luftschadstoffe und Allergien" und "Pestizidbelastung des Trinkwassers" beschäftigte sich die Arbeitsgruppe näher, bevor mit dem Thema "Umweltberatung - Herstellung einer Faltblattserie" das endgültige und später auch durchgeführte Projekt in den Vordergrund trat.

Beobachtungspraxen-Projekt

Wie bereits erwähnt, ging der Arbeitsvorschlag "Luftbelastungen und Allergie-Verbreitung im Kreis Steinburg" auf ein Gespräch mit einem niedergelassenen Allgemeinmediziner im Rahmen der anfänglichen status-quo-Befragung zurück. Dieser Arzt berichtete von einer zunehmenden Anzahl von Allergiefällen und Hautsymptomen in seiner Praxis und schlug eine genauere Untersuchung durch das GA vor. Zusammenhänge mit industriellen Emissionen aus der unmittelbaren Nachbarschaft des Praxis-Einzugsgebietes wurden von ihm in die Diskussion gebracht.

Das IKOL schlug daraufhin ein Beobachtungspraxen-Projekt vor:

- Teilnehmer: niedergelassene Ärzte und das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg.

- Die Ärzte erheben die Häufigkeit bestimmter genau definierter allergischer Symptome in ihrer Praxis und melden die Zahlen wöchentlich telefonisch an das GA.
- Das GA gibt eine Rückmeldung an die beteiligten Ärzte : Überblick über die kreisweite Entwicklung der Meldungen sowie über die gemessenen Schadstoffbelastungen in der Luft.

Die Arbeitsgruppe diskutierte eine ganze Reihe von Problemen, aber auch mögliche positive Effekte, die mit einem solchen Projekt verbunden sein könnten:

Was leistet das Instrument "Beobachtungspraxen" ?

Wenn man sich auf Kinderarztpraxen beschränkt, kann das Gesundheitsamt das Ausmaß der Allergieproblematik bei Kindern im Kreis abschätzen, sofern sie sich in ambulant-pädiatrischer Behandlung niederschlägt. Voraussetzung dafür ist, daß entweder alle Kinderarztpraxen im Kreis zur Mitarbeit gewonnen werden können, oder daß die beteiligten Praxen die Anzahl ihrer Patientenkontakte insgesamt erheben - sonst weiß man nicht, auf welche Grundgesamtheit die gemeldeten Allergiefälle bezogen werden sollen ("Nennerproblem").

Über einen längeren Zeitraum lassen sich außergewöhnliche Spitzen in der Behandlungshäufigkeit rasch erkennen ("Frühwarnsystem") und in Beziehung setzen bspw. zur Schadstoffbelastung der Luft in den vorangegangenen Tagen. Eine "wissenschaftliche Ursachenforschung" ist mit diesem Vorgehen weder möglich, noch ist dies für ein GA ein sinnvoller Anspruch an kommunale Epidemiologie!

Der Kreis Steinburg: ein "Reinluftgebiet"

Die Schadstoffbelastung liegt auf einem relativ niedrigen Niveau. Unterschiede zwischen einzelnen Teilen des Kreises und über die Zeit hinweg werden vom GA nur in geringem Ausmaß erwartet. Eventuell sind einzelne Belastungsspitzen aber gerade in einem Reinluftgebiet sehr aufschlußreich, wenn kurz darauf auch die Kontakthäufigkeit mit allergischer Symptomatik in den Praxen ansteigt.

Probleme der praktischen Durchführung und der Ressourcen im Amt

Die praktische Durchführbarkeit ist in einem Pilotprojekt in Hamburg-Harburg gezeigt worden. Es gab keine Absprünge von Ärzten und der Aufwand war durch eine einfache Art der Erhebung (Strichliste, wenige Symptome) für alle Beteiligten vertretbar. Dennoch hatten die AG-Mitglieder aus dem GA Itzehoe große Bedenken, ob sie die benötigte Arbeitszeit für ein solches Projekt langfristig (mindestens ein Jahr lang) zur Verfügung haben würden.

Eine Messung der Luftschadstoffbelastung wäre außerdem nur über einen mobilen Meßcontainer des Gewerbeaufsichtsamtes durchzuführen - feste Meßstationen gibt es im Kreis Steinburg nicht. Der Meßcontainer würde sicher nicht ein ganzes Jahr lang zur Verfügung stehen.

Letztlich überwogen in der Diskussion die Bedenken wegen der praktischen Durchführbarkeit gegenüber einem möglichen, aber nicht sicheren Nutzen für das GA. Dieser Nutzen hätte bei erfolgreichem Verlauf darin bestanden, daß das Gesundheitsamt den Bürgern genauere Auskunft über die Allergieproblematik hätte geben können. Darüber hinaus wäre eine praktische Kooperation mit Kinderärzten und dem Gewerbeaufsichtsamt in Fragen des gesundheitlichen Umweltschutzes erprobt worden.

Ein erneutes Gespräch mit dem "Initiator" (Arzt), in dem die offenen Probleme angesprochen werden sollten, ergab, daß mittlerweile drei niedergelassene Ärzte im Kreisgebiet ein Beobachtungspraxenprojekt zum Thema Allergien vorbereiteten und von ihrer Seite kein besonderes Interesse an einer Kooperation mit dem GA bestände.

Die Arbeitsgruppe nahm diese Information auf dem Hintergrund der vorangegangenen Diskussion zum Anlaß, das Projekt nicht weiter zu verfolgen.

Pestizidbelastung des Trinkwassers

Angesichts der fehlenden Daten zur Belastung der Luft mit Schadstoffen, wandte sich die Gruppe in der Folge einem Medium zu, über das das Gesundheitsamt relativ gut informiert ist: das Wasser. Das GA ist für die Einhaltung der Trinkwasser-Verordnung im Kreis zuständig und beprobt z.B. die Einzelbrunnen auf Belastung mit Nitrat.

Seit Oktober 1989 wurde in der TrinkwasserVO ein Grenzwert u.a. für Herbizide und Pestizide sowie Schwermetalle festgelegt (TrinkwV 1-4, Bund). Ein Überschreiten dieser Grenzwerte in einzelnen Brunnen konnte nicht von vorneherein ausgeschlossen werden. Daraus ergab sich folgende Projektidee:

Ausgangslage: Ca. 2000-2500 Einzelbrunnen im Geestbereich des Kreises Steinburg müßten auf ihre Belastung mit Pestiziden und Herbiziden überprüft werden.

Schritt 1: Es werden Kriterien für die Ausarbeitung eines Probenplans zur stichprobenartigen Überprüfung der Einzelbrunnen erarbeitet.

Schritt 2: Stichprobenartige Überprüfung von Einzelbrunnen (15-20 Brunnen). Befragung der Nutzer des Wassers nach ihrer gesundheitlichen Lage. Hierzu ist die weitere Klärung gesundheitlicher Folgen des Genusses von belastetem Trinkwasser notwendig.

Schritt 3: Information der Nutzer des beprobten Trinkwassers und einer breiten Öffentlichkeit. Aufklärung. Bekanntmachen von Alternativen zur Verwendung von Herbiziden und Pestiziden bei Anwendern und in der Öffentlichkeit.

Die Gruppe vereinbarte, ein anstehendes Gespräch mit dem Pflanzenschutzamt des Kreises und eine Fortbildung zur Durchführung der Trinkwasserverordnung abzuwarten und daraufhin auszuwerten, ob das oben skizzierte Trinkwasserprojekt sinnvoll und durchführbar wäre. Parallel sollte in Einzelarbeit Literatur zu den gesundheitlichen Folgen des Genusses von mit Herbiziden und Pestiziden belastetem Trinkwasser gesichtet werden.

Diese Rückkoppelungsprozesse brachten eine Reihe von Erkenntnissen zu Tage, die in der AG vorgestellt und diskutiert wurden:

Zum vorgeschlagenen Schritt 1:

Mögliche Kriterien für einen Beprobungsplan.

- Art der Einzelversorgungsanlagen
Die Brunnen im Kreis unterscheiden sich nicht in Tiefe (gering) und Deckschicht (nicht vorhanden).
- Bevorzugte Anbauweise in der Umgebung des Brunnens
Man weiß z.B., daß bei langandauerndem Maisanbau i.d.R. eine beträchtliche Menge des Unkrautvernichtungsmittels Athrazin aufgebracht wird. Sichere Informationsquellen darüber gibt es aber nicht.
- Gemessene Nitratbelastung des Trinkwassers
Eine Korrelation mit der Nitratbelastung des Wassers ist zu erwarten: da, wo viel gedüngt wird, wird oft auch viel Pestizid verwendet. Man könnte also auch von Brunnen mit einer hohen Nitratbelastung (im Amt bekannt) ausgehen.

Zu Schritt 2:

Analyse des Wassers und Befragung der Nutzer.

- Kosten für eine seriöse Analyse der Wasserproben: für eine breite Palette von Stoffen ca. 800 DM, für Athrazin alleine ca. 300 DM. Finanzielle Unterstützung aus Landesprogrammen ist unwahrscheinlich, die Kosten kämen also auf den Kreis zu.
- Lieber wenige Brunnen untersuchen, dies dann aber mindestens 6 mal im Jahr, da die Belastung je nach Jahreszeit schwanken dürfte.
- Problem: sowohl eine zu geringe Anzahl an Brunnen als auch an Meßzeitpunkten schränkt die Verwertbarkeit der Ergebnisse ein. Eine kleine Brunnenanzahl macht auch die Befragung der Nutzer nach der gesundheitlichen Lage

fraglich, da eventuelle Zusammenhänge mit hoher Pestizidbelastung zufällig sein könnten. Bei beiden Untersuchungen (Wasseranalyse und Befragung) könnte allenfalls erreicht werden, daß Probleme aufgezeigt und weitere Nachforschungen angeregt werden.

- Die Befragung hängt allerdings auch von der Akzeptanz bei den Brunnennutzern ab, die möglicherweise Angst vor den Folgen der Untersuchung haben (z.B. Zwang zum Anschluß an das Wassernetz). Durch Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen der Pestizidbelastung ließe sich die Akzeptanz event. erhöhen.

Zu Schritt 3:

Information der Nutzer des Trinkwassers und der Öffentlichkeit.

- Unproblematisch dürften die Information der Nutzer des beprobten Trinkwassers und die allgemeine Aufklärung der gesundheitlichen Auswirkungen der Trinkwasserbelastung am Beispiel Athrazin sein.
- Die Aufklärungsarbeit in einer breiten Öffentlichkeit wird als politisch brisant eingestuft, wenn man z.B. an eine öffentliche Diskussion von Alternativen zur Herbizidverwendung und eine mögliche Schuldzuweisung an die Bauern im Rahmen dieser Öffentlichkeitsarbeit denkt. Dem wird entgegengehalten, daß das GA sich für diese Aufklärungsarbeit Kooperationspartner bis hin zum Bauernverband suchen müßte und daß es darum ginge, im Interesse der Gesundheit sachlich Alternativen zu diskutieren, wobei die Randbedingungen, die eine Umstellung der Landwirtschaft erschweren, mit einbezogen werden können.

Bei dieser Diskussionslage wurde auch das Pestizid-Projekt von der Arbeitsgruppe einmütig fallengelassen.

Umweltberatung: Faltblattserie

Das Thema Aufklärung der Betroffenen (z.B. Bauern mit Einzelbrunnen) und der Öffentlichkeit über die Ergebnisse solcher "Studien" und der damit verbundene Versuch einer Verhaltens- oder Verhältnisänderung bringt auch die Stärken und Schwächen der Umweltberatung eines Kreisgesundheitsamtes ins Gespräch.

An dieser Stelle muß eine Besonderheit aus Itzehoe berichtet werden: der Kreis hat die Zuständigkeit für die Umweltberatung, und zwar für die gesundheitsbezogene wie für die ganz allgemeine Umweltberatung, nicht an das Umweltamt, sondern an die Abteilung Gesundheitlicher Umweltschutz des Gesundheitsamtes übertragen. Dort wird sie im wesentlichen vom Gesundheitsingenieur wahrgenommen.

In der Umweltberatung wird häufig mit schriftlichem Informationsmaterial gearbeitet. Broschüren und Faltblätter, die sich dabei auf die konkreten Gegebenheiten des jeweiligen Kreises beziehen, sind selten. Den Umweltberatungsstellen steht zumeist nur allgemein gehaltenes Informationsmaterial ohne Regionalbezug zur Verfügung.

Auf diesem Hintergrund entstand in der AG folgender Projektvorschlag: Erarbeitung einer Serie von Faltblättern mit Informationen zum Umweltschutz im Kreis Steinburg. Folgende Überlegungen spielten dabei eine Rolle:

- Es gab zu diesem Zeitpunkt nur eine Umweltbroschüre der Stadt Itzehoe, die aber in manchen Bereichen dürftig erschien. Der Auftrag zu einer Umweltbroschüre des Kreises wäre also wahrscheinlich auch unabhängig vom IKOL-Projekt in absehbarer Zeit an die Umweltberatung des Kreises ergangen. Insofern erfüllt der Vorschlag das Kriterium, nicht zusätzliche Belastung zu schaffen, sondern bestehende Arbeitsschwerpunkte des Amtes weiterzuentwickeln.
- Gegenüber einer Broschüre hat eine Faltblattserie einige Vorteile: sie ist leichter zu aktualisieren, unproblematischer zu drucken und universeller einsetzbar (z.B. bei einer zukünftigen mobilen Umweltberatung des GAS). In einer Sammelmappe zusammengefaßt, läßt sie sich aber auch wie eine Broschüre verteilen.
- Die meisten Themen aus dem ursprünglichen brainstorming ließen sich in Form einer solchen Öffentlichkeitsarbeit unterbringen.
- Es handelt sich um eine Aneinanderreihung vom Umfang her überschaubarer Einzelmaßnahmen. Kooperation ist aber trotzdem gefordert, da Informationen von Städten/Gemeinden, Umweltverbänden, bestimmten Firmen etc. eingeholt werden müssen.
- Die Finanzierung erscheint möglich. (Mittel für den Amts-Haushalt 1990 einwerben!)
- Sinnvolle Auflagengröße: 40.000 (= ungefähre Anzahl der Haushalte im Kreis).

Folgende Themenfelder wurden für eine erste Faltblattserie von der Gruppe ins Auge gefaßt:

- Abfälle
- Wasser: Trinkwasser, Badewasser, Abwasser
- Verkehr, Auto und Umwelt
- Haushaltschemikalien
- Garten, Biotope
- Umweltfreundliche Produkte
- Wo erfahre ich was? Wo bekomme ich im Kreis Informationen über umweltbezogene Fragen? Wo kann ich mich engagieren?
- Natur und Landschaft, Stadtbegrünung
- Naherholung (z.B. Naturbadeplätze etc.)

- Energieeinsparung
- Lärm
- Smog
- Umweltschutz im Kinderzimmer / im Klassenzimmer
- Innenraumluft (Formaldehyd, Zigarettenrauch etc.).

Das Konzept der Gruppe bestand darin, die Themen mit einem deutlichen regionalen Bezug, in allgemeinverständlicher Art und ohne mahnd erhabenen Zeigefinger darzustellen. Wo individuelle Verhaltensänderungen angestrebt werden, schlägt das Informationsblatt kleine und plausible Schritte vor statt eine radikale Abkehr von bisherigen, lebensweltlich eingebundenen Gewohnheiten zu fordern (vgl. Waschmittel-Faltblatt im Anhang).

Die Umsetzung dieser Konzeption in konkrete Arbeitsschritte ergab folgenden Ablauf:

1. Erarbeitung von "Musterfaltblättern" (s. Anlage 5-8) durch die AG
2. Diskussion des Vorhabens und der Faltblätter durch eine Amts-Vollversammlung
3. Klärung von Finanzierungsfragen
 - a) Material- und Druckkosten für die Mappe
 - b) Honorare für Infoblatt-Autoren
4. Einladung an mögliche Kooperationspartner im Kreis, mit dem Ziel, Autoren für die restlichen Themen der geplanten Serie und Sammelmappe zu finden
5. Informationstreffen mit diesen Kooperationspartnern; Diskussion des Vorhabens und der Musterblätter
6. Herstellen und Herausgeben der Faltblattserie/Sammelmappe.

Im März 1990, bei Beendigung des Gesamtprojektes im GA Itzehoe, waren die ersten beiden Schritte absolviert. Die folgenden Teilaufgaben und Erfordernisse wurden an die Amtsleitung übergeben, die nun prüfen sollte, ob sie dieses Projekt im Rahmen des Gesundheitsplanes mit den erforderlichen Ressourcen (Arbeitszeit und Geld) ausstatten will, wenn es für das Amt hoch auf der Prioritätenliste steht. (s. hierzu Kapitel 3.3.2, S. 72, 'Prioritätensetzung')

Die von der Gruppe entworfenen Muster-Informationsblätter sind in den Anlagen 5 bis 8 beigelegt.

Bemerkungen zum Gesundheitlichen Umweltschutz im Gesundheitsamt

Die CHARTA von OTTAWA wie auch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Schleswig-Holstein stellen in der Konsequenz an ein Kreisgesundheitsamt den Anspruch, Anwalt für die Gesundheit der Kreisbevölkerung zu sein und mögliche Gefährdungen der Gesundheit der Bevölkerung erkennen und vermeiden zu können. Die Gefährdungen aus der technischen, chemischen und physikalischen Umwelt stellen dabei einen wichtigen Teilaspekt dar.

Wollte das GA seine Anwaltsfunktion in diesem Kontext angemessen erfüllen, so müßten über

1. die Umweltsituation im Kreis,
2. die gesundheitliche Lage der Kreisbevölkerung, und
3. mögliche Verknüpfungen von beidem

gesicherte Informationen bzw. plausible Hypothesen vorliegen. Dies ist aber z.T. nur unvollständig der Fall, wie sich am Beispiel zeigen läßt.

Ziel 1: Kenntnis der Umweltsituation im Kreis

Ist-Zustand: Die Kenntnisse des GAS über Belastungen der unterschiedlichen Umweltmedien mit Schadstoffen erscheint aus Sicht der im GA Zuständigen nur für das Wasser (Nitrat etc.) gut, wobei, wie wir gesehen haben, über Belastungen mit Unkrautvertilgern keine Informationen vorliegen. Über die Belastung der Luft (s. Beobachtungspraxen-Projekt), des Bodens und der Nahrung ist im GA relativ wenig bekannt.

Ziel 2: Kenntnis der gesundheitlichen Situation des Kreises

Ist-Zustand: Über die gesundheitliche Lage der Kreisbevölkerung liegen ebenfalls keine ausgewerteten Daten vor. Das GA kann i.d.R. nicht sagen, ob z.B. Fälle von Hauterkrankungen und Allergien in einem Teil des Kreisgebietes oder in bestimmten Betroffenenengruppen relativ häufiger auftreten als in anderen und ob sich Trends abzeichnen. Auch die im GA selbst liegenden Daten wie etwa die Informationen aus den schulärztlichen Reihenuntersuchungen und den Todesbescheinigungen werden nicht intensiv für die Wahrnehmung dieser über die Gesundheit des einzelnen hinauszielenden gesundheitlichen Anwaltsfunktion genutzt.

Ziel 3: Verknüpfung der Informationen zur Umwelt- und Gesundheitssituation

Ist-Zustand: Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Belastungen aus der Umwelt und gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Krankheiten werden von Wissenschaftlern (Umweltmediziner) in die wissenschaftliche Diskussion gebracht und mit Untersuchungen gestützt oder geschwächt. Der jeweilige aktuelle Stand dieser Diskussion (z.B. über Luftbelastungen und Atemwegserkrankungen) ist dabei für ein Gesundheitsamt mit seinen Routineaufgaben z.T. sehr schwer zu überblicken und in Politik umzusetzen. Diese Schwierigkeiten sollten aber für die Gesundheitsämter kein Anlaß zur Untätigkeit sein. In vielen Fällen sind die Zusammenhänge ganz klar (z.B. Straßenverkehr und Unfallmorbidity), in anderen gebietet das Vorsorgeprinzip, auch bei bloß möglichen Gefährdungen der Gesundheit, auf eine Minimierung der Belastung hinzuwirken.

Es soll an dieser Stelle deutlich betont werden, daß der Ist-Zustand im Kreis Steinburg, wie wahrscheinlich auch in anderen Gesundheitsämtern, nicht auf Vollzugsdefizite zurückzuführen ist, sondern auf Informations-, Zuständigkeits- und Personallücken, die das GA in der Regel nicht zu vertreten hat.

Wenn das GA kreis-gesundheitspolitisch aktuelle Probleme aufgreift und im Sinne des Schutzes der Bevölkerungsgesundheit relevante Umweltbelastungen erhebt und benennt, dann ergeben sich sofort viele Fragen bezüglich des Umgangs mit den Verursachern dieser Belastungen (z.B. Bauern, Industrie, Autofahrer) und mit der betroffenen Öffentlichkeit. Die Arbeit des GAS läuft Gefahr, kreispolitisch zu polarisieren und dadurch parteipolitisch benutzbar zu sein. Diese Gefahr besteht für einen "Anwalt" immer. Ein Gesundheitsamt kann sie jedoch nur dann in Kauf nehmen, wenn es den politischen Auftrag hat, die konfliktträchtige Anwaltsrolle im Kreis einzunehmen.

Angesichts dieser Vorgabe und der beschriebenen Schwierigkeiten des Themenfeldes war es durchaus angemessen, in der Arbeitsgruppe ein Projekt zu entwickeln, das den einzelnen TeilnehmerInnen einen einfachen und weitgehend selbstbestimmten Zugang zu einem neuen Arbeitsfeld eröffnete. Ein in diesem Sinne passendes Projekt war die Intensivierung der Umweltberatung des GAS über das Mittel einer kreisbezogenen Sammelmappe mit Informationsblättern, die nach einer Initialzündung durch das GA (genauer: die Arbeitsgruppe) in einem Kooperationsmodell der im Umweltschutz Tätigen des Kreises erarbeitet wird.

(s. hierzu Kapitel 3.3.3, S. 82)

*Bemerkungen zur Kooperation in der Arbeitsgruppe
Gesundheitlicher Umweltschutz*

Die Arbeitssituation für die Gruppe war geprägt durch:

- eine geringe Mitgliederzahl
- stark wechselnde Besetzung (Urlaub und andere Arbeitsbelastungen) und
- ungleiche Verteilung der Fachkompetenz.

Die Gruppe hat sich deshalb bemüht, ihre Arbeitsweise auf die Schwierigkeiten einzustellen. Ihre Idee bestand darin, möglichst viele Teilaufgaben klar abzugrenzen und an einzelne GruppenteilnehmerInnen zu verteilen. Einzelarbeit läßt sich flexibler organisieren als Gruppenarbeit. Darum sollte es nur relativ selten Gruppentreffen geben, die vornehmlich der Koordination dienten. Allerdings ist auch die Erledigung von Einzelaufgaben von einer Schwerpunktsetzung abhängig - wenn andere Aufgaben als dringlicher angesehen werden, wird die Arbeit für das Projekt hintangestellt. Gleichzeitig gehen bei Einzelarbeit Möglichkeiten zur gegenseitigen Ermutigung und zum Austausch von Informationen verloren, weshalb es in der AG immer wieder Bemühungen gab, den regelmäßigen Gruppentermin aufrechtzuerhalten.

Inhaltlich läßt sich das Verhältnis von Gruppen- zu Einzelarbeit so beschreiben, daß in der Gruppe die grobe Gliederung und das Informationsraster für die Beispielfaltblätter festgelegt wurden, während die Informationen selbst in Einzelarbeit zusammenzutragen waren. Am Beispiel des Naturbäder-Informationsblattes (s. Anlage) ist das besonders gut zu erkennen: die Spalten- und Reihenbezeichnungen der Tabelle auf den Seiten 2 und 3 wurden von der Gruppe erarbeitet. Die Felder füllte dann das betreffende Gruppenmitglied aus.

Aber auch dieses Vorgehen stößt an Grenzen, die sich als Kompetenzprobleme in solchen interdisziplinären Projektgruppen beschreiben lassen. Vier Arten von Fähigkeiten und Erfahrungen werden allgemein gebraucht:

- Fachkompetenz im engeren Sinne (z.B. in bezug auf Umweltauswirkungen und gesundheitliche Probleme beim Waschmitteleinsatz)
- Methodenkompetenz (z.B. selbständiges Einholen von Informationen, Schreiben von Material für die Öffentlichkeit, freies Reden, Illustrationen entwerfen,...)
- "Kompetenz" als Bürger des Kreises; Experte für verschiedene Lebensweltauusschnitte (z.B. als alleinlebender Bürger).
- soziale Kompetenz, d.h. hier z.B. die Fähigkeit, die Einzelarbeit angemessen mit den anderen Gruppenmitgliedern zu koordinieren, sich gegenseitig zu unterstützen, aber auch Kritik frei aussprechen zu können.

Die vier Arten von Fähigkeiten sind bei den Gruppenmitgliedern aber sehr unterschiedlich ausgeprägt: TeilnehmerInnen mit Fachkompetenz können ihre Kenntnisse eventuell nicht auf die Probleme der Bürger im Kreis zuschneiden oder profilieren sich als Einzelkämpfer; MitarbeiterInnen mit großer "Bürgerkompetenz" sind es dagegen oft nicht gewohnt, Themen systematisch zu erarbeiten und darzustellen; MitarbeiterInnen mit Spaß an Visualisierungsmethoden fehlt manchmal die inhaltliche Kenntnis des betreffenden Problems.

Auf all diesen Feldern ist u.E. den MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter die Möglichkeit zu geben, sich fortzubilden sowie die erworbenen Kompetenzen im Arbeitsalltag immer wieder zu erproben und auszubauen. Dies kann wie im vorliegenden Fall durch projektorientierte Gruppenarbeit oder durch Vorstellung eigener Arbeitsergebnisse vor einer Amtsvollversammlung geschehen. Im Interesse der Amtsleitung sollte es liegen, die genannten Fähigkeiten auf diesem Wege möglichst breit im Amt zu streuen. Die Gesundheitsförderung kommt nicht mit einigen "Profis" aus, sie muß sich auf ein breites Fundament an Kompetenzen im Amt stützen können.

Gegenargument aus der Gruppe:

"Man braucht sehr wohl Profis! Unsere Vorgehensweise ist zudem die, bei Bedarf weitere Fachkompetenzen heranzuholen. Im anderen Fall werden alle zu Universaldilettanten fortgebildet! Noch breitere Streuung der Kompetenzen bedeutet Verlust an Effizienz und Effektivität der Arbeit. Vor lauter teamwork und Besprechungen kommt man nicht mehr zum Arbeiten."

In unserem Fall hatten alle Gruppenmitglieder die gleiche, umfassende Aufgabe, nämlich ein Informationsblatt zu schreiben, für das die Gruppe nur ein Raster geliefert hatte. Bei der Beratung und Information der Öffentlichkeit über Umwelt- und Gesundheitsprobleme hemmt aber (subjektiv oder objektiv) fehlende Fachkompetenz ganz besonders beim Fortgang der Arbeit. Gruppenteilnehmer erleben, daß ihnen andere eine Information aus dem Kopf hätte geben können, für die sie in Einzelarbeit lange recherchiert haben. Konsequenz: fachkompetente Mitglieder der Projektgruppe werden zu ständigen Anlaufpunkten, so daß sich letztlich die Frage stellt, ob sie das "Produkt" nicht einfacher und schneller allein hergestellt hätten statt in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe.

In einem Kontext wie dem hier vorliegenden Gesundheitsrahmenplan-Projekt haben solche AGs immer auch die oben erwähnte Fortbildungsfunktion. Die Kompetenzen im Amt sollen breiter gestreut werden, um Ressourcen, die sich aus der Kooperation im Amt ergeben könnten, nicht zu verschenken. Die Bilanz der AG "Umwelt" war in dieser Hinsicht allerdings eher ernüchternd.

Ohne Fachleute geht eben auch im Bereich Umwelt nichts. Eine breitere Streuung der Kompetenzen kann darüber hinaus auch Verlust von Effizienz und Effektivität der Arbeit bedeuten.

Unter den gegebenen Umständen hat die Arbeit der AG "Gesundheit und Umwelt" das bestmögliche Ergebnis erbracht. Ein Anstoß für eine kreisbezogene und kooperativ angelegte Umweltberatung wurde gegeben. Die MitarbeiterInnen der Gruppe haben die bereichernde Erfahrung gemacht, daß sie - wenn auch z.T. mühsam und zeitaufwendig - dazu in der Lage sind, sich in für sie neue Themengebiete und Methoden einzuarbeiten, und daß Zusammenarbeit in einer Arbeitsgruppe nicht bedeutet, die jeweiligen Einzelarbeitsprodukte in der Gruppendiskussion schlechtmachen, sondern Fehler zu vermeiden und Verbesserungen vorzuschlagen.

3.2.3 Arbeitsgruppe: Gestaltung des Amtes

Eine dritte Arbeitsgruppe 'Gestaltung des Amtes' kam auf der Vollversammlung im Oktober 1989 zustande.

Es meldeten sich viele Mitarbeiterinnen spontan zur Teilnahme an der Gruppe. Begründet wurde eine solche AG damit, daß man nach den zwei auf gesundheitsfördernde Außenwirkung zielenden Projekten nun einmal etwas für sich selbst tun wolle. Das Gesundheitsamt als ein Stück Lebenswelt der dort Arbeitenden wie auch der Besucher sollte Ernst genommen und bewußt gestaltet werden.

Erfahrungen und Ergebnisse der Arbeitsgruppe Gestaltung des Amtes

Die Arbeitsgruppe traf sich zwischen Oktober 89 und Januar 90 sechsmal. Im Mittelpunkt der Überlegungen und Initiativen standen die Warteräume und Gänge des Gesundheitsamtes. Gerade als "neues Gesundheitsamt", das auf Kooperation und Koordination setzt und alltäglich Arbeitsgruppen und Veranstaltungen unter sein Dach holt, ist das GA darauf angewiesen, daß Einzelbürger und Gruppen das Amt gerne betreten (auch einmal ohne besonderen Anlaß) und dort eine einladende Atmosphäre vorfinden.

In Gesundheitsamt Itzehoe stehen als Besprechungszimmer für Arbeitsgruppen praktisch nur die Warteräume zur Verfügung, die aber durch die glatten Flächen an den Wänden und auf dem Boden starken Schall entwickeln und die Kommunikation erschweren. Die AG leitete deshalb in die Wege, daß ein Antrag an die Kreisverwaltung gestellt wurde, in den Warteräumen und Gängen (Trittschall!) Teppichboden zu verlegen. Außerdem beantragte die Gruppe Geld für Blumen und Veränderungen bei Anstrich und Raumdekoration. So wird z.B. der eine der beiden Warteräume in seiner Erscheinung wesentlich von sechs orange gestrichenen Kabinentüren geprägt, die in Zeiten von Röntgenreihenuntersuchungen ihre Funktion hatten. Heute würden aber zwei Kabinen ausreichen. Eine Veränderung des Warteraumes in dieser Hinsicht, vom Röntgen-Vorzimmer zum Besprechungsraum, kann schon fast bildhaft für die notwendigen Veränderungen in den Gesundheitsämtern insgesamt stehen.

In ihrer Funktion als Wartezimmer werden die gleichen Räume tagsüber von sehr vielen Besuchern erlebt, von denen die meisten Asylbewerber, zum großen Teil auch mit Kindern, sind. Um den Kindern die Wartezeit zu verkürzen, wurde eine Malmöglichkeit aus einer Wandtafel mit Kreide in einem der Warteräume geschaffen. Die Arbeitsgruppe veränderte außerdem die Anordnung der Tische und Stühle, so daß sie in kommunikativen Tischgruppen stehen. Für alle Besucher stehen nun

Zeitschriften zur Verfügung, die die AmtsmitarbeiterInnen regelmäßig von zu Hause mitbringen. Der Wegweiser durch das Amt, der am Eingang über die Lage der Zimmer und die Sprechstunden informiert, wurde kritisch geprüft und eine Überarbeitung in die Wege geleitet. In diesem Zusammenhang soll in Zukunft auch die Eingangstür zum GA behindertenfreundlicher, d.h. durch eine selbstöffnende Tür, gestaltet werden.

Als ersten Schritt, um auch den Jahresgang im GA erlebbar zu machen, stellte die Gruppe in Eigenarbeit Weihnachtsdekoration für die Warteräume und die Eingangshalle her.

Alle diese kleinen Verbesserungen in der Atmosphäre haben aber nur dann einen echten Sinn, wenn sie Dauereinrichtung werden und nicht einmalige Einzelaktionen darstellen. Deshalb verteilte die AG Verantwortlichkeiten für einzelne Räume sowie für die Zeitschriftenauslage und die Aktualisierung der Informationskästen mit GE-Material. Eine Zwischenbilanz nach drei Monaten ergab, daß sich diese Verantwortlichkeiten bewährt haben.

In den Fluren des Gesundheitsamtes wurden mit Holzleisten zum Aufhängen von Bilderrahmen und mit zusätzlichen Strahlern die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß im GA Ausstellungen stattfinden können. Wie oben bereits gesagt, sollen Bürger des Kreises auch einmal mit ihrem Gesundheitsamt in Kontakt kommen, ohne daß es dazu einen "amtlichen" Anlaß gibt. Ausstellungen über Themen der Gesundheitserziehung und des Umweltschutzes in der Eingangshalle sind im GA Itzehoe bereits seit längerem üblich. Nun wurde das Angebot um Ausstellungen von Hobbykünstlern und Schulen des Kreises erweitert. Zur Kontaktaufnahme mit den Schulen wurde u.a. der schulärztliche Dienst im Hause genutzt. Das GA stellt dann den Ausstellenden auf Wunsch bis zu 50 Bilderrahmen zur Verfügung und veranstaltet ein Pressegespräch zum Ausstellungsbeginn. Alle in Frage kommenden Aussteller im Kreis sollen in einer Kartei im GA gesammelt und regelmäßig angefragt werden.

Ein großer Teil der Veränderungswünsche (z.B. Teppichboden) waren im Januar 90, bei der ersten Zwischenbilanz der AG, noch nicht verwirklicht, weil sie nicht in Eigenleistung des GAS umzusetzen waren, sondern beim Bauamt des Kreises beantragt und auch durch dieses Amt umgesetzt werden müssen. An dieser Stelle ist eine AG "Amtsgestaltung und -ausstattung" immer auch von äußeren Randbedingungen abhängig: Ist noch Geld für diese Wünsche vorhanden? Welche Planungen hat das Bauamt schon für Renovierungsarbeiten im GA? Können z.B. jetzt die Flure gestrichen werden, wenn demnächst das ganze Dach des Amtes (Flachdach!) überprüft und gegebenenfalls renoviert wird?

Aber auch eine genaue amtsinterne Abstimmung ist notwendig. Dies wurde besonders beim Punkt "Teppichboden" deutlich. Die AG war sich in diesem Punkt einig und beantragte ihn wegen des Zeitdrucks (Beschaffungsanträge mußten im November gestellt werden) sehr rasch. Das Reinigungspersonal des Hauses wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt befragt. Es stellte sich heraus, daß die Raumpflegerinnen diesem zusätzlichen Arbeitsgang - Putzen in den Büros, Staubsaugen auf den Fluren - eher ablehnend gegenüber standen.

Auch unter den anderen MitarbeiterInnen des Amtes war die Meinung über die Zweckmäßigkeit eines Teppichbodens kontroverser als in der Arbeitsgruppe. Da wurden z.B. hygienische Bedenken ins Feld geführt, die unter Hinweis auf Teppichböden in modernen Krankenhäuser zerstreut werden konnten, die aber die unterschiedlichen Vorstellungen von einem Gesundheitsamt illustrieren: ein "antiseptisches" gegenüber einem "kommunikativen" Gesundheitsamt. In diesem Zusammenhang ist auch die kritische Einschätzung erwähnenswert, die die AG aus dem Amt erreichte, ein GA sei keine ärztliche Praxis und keine Privatwohnung. Anstrengungen zu einer freundlicheren Gestaltung der Räumlichkeiten seien deshalb überflüssig.

Ergänzung durch den Amtsarzt:

"Mehrere Vorschläge der AG konnten schnell realisiert werden, so

- die Umgestaltung der Warteräume
- die wechselnden Ausstellungen in den Fluren
- die freundlichere Gestaltung des Amtes."

Bemerkungen zum Projekt 'Gestaltung des Amtes'

Nach unseren Erfahrungen kann man sagen, daß sich eine amtsinterne Arbeitsgruppe zur Gestaltung und Ausstattung des GAS sehr gut dazu eignet, über die subjektive Definition der MitarbeiterInnen darüber, was ein zukünftiges GA sein soll, an ganz konkreten und materiellen Beispielen zu sprechen. Es geht darum, durch eigene konkrete Betroffenheit sensibel zu werden für die Betroffenheit anderer, d.h. in diesem Zusammenhang: Aus der Erfahrung mit der Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes orientiert am eigenen Wohlbefinden entsteht die Frage, wie das Amt gestaltet sein muß, damit seine Besucher sich darin wohlfühlen. Dies kann dazu führen, daß Zusammenhänge von Umfeld (Lebenswelt) und Befindlichkeit auch in den Lebenswelten der betroffenen Bürger wahrgenommen werden.

Das Gesundheitsamt Itzehoe beschloß auf der abschließenden Vollversammlung im Februar, diese Arbeitsgruppe zu einer Dauereinrichtung zu machen. Die Gruppe soll sich alle zwei Monate treffen und zu einer ständigen Ideenbörse für die Gestaltung der Amtsräumlichkeiten werden. Die Gruppenteilnehmerinnen wiesen allerdings immer wieder darauf hin, daß

auch die Gestaltung des Amtes, wenn sie dauerhaft mit Verantwortlichkeiten verbunden ist, Arbeitszeit bindet, die möglicherweise an anderer Stelle fehlt. Die Amtsleitung müßte deshalb im Gespräch mit den MitarbeiterInnen festlegen, welche Priorität diesen Aktivitäten zukommt und ob die damit verbundenen Aufgaben z.B. in die Dienstanweisungen aufgenommen werden können, damit sich die MitarbeiterInnen darauf berufen können.

*Bemerkungen zur Kooperation in Arbeitsgruppe
Gestaltung des Amtes*

Die Zusammenarbeit in der dritten Projektgruppe verlief über die sechs Sitzungen hinweg sehr engagiert und in guter Atmosphäre. Dies ist sicher zu einem großen Teil dem Eigeninteresse zu verdanken, das die TeilnehmerInnen mit der Arbeitsaufgabe der Gruppe verband. Die Aufstellung kooperationsfördernder Faktoren läßt sich insofern ergänzen, als in Bezug auf das Gruppenprojekt nicht nur die gesundheitspolitische, sondern auch die ganz persönliche Relevanz für die Gruppenmitglieder über den Motivationsgrad entscheidet.

Gesundheitsförderungs-Projekte verlaufen wahrscheinlich dann am effektivsten, wenn das Stichwort "Beteiligen" aus der OTTAWA CHARTA (vgl. Kap.1) ernst genommen wird; und zwar auch in dem Sinne, daß der Aktion ein gemeinsames Interesse der Beteiligten zu Grunde liegt, und nicht nur so, daß gesundheitspolitische Akteure (z.B. das Gesundheitsamt) ein Projekt entwickeln und dann die Betroffenen daran beteiligen; dann nämlich ist auf Dauer die Gefahr zu groß, daß sich die "ewigen Initiatoren" ausgebrannt fühlen.

Positiv für die Zusammenarbeit wirkte sich aus, daß außer der "Lebensweltkompetenz" keine weiteren Fertigkeiten und Erfahrungen für die Mitarbeit am Gruppenvorhaben notwendig waren.

Probleme liegen hauptsächlich in der notwendigen Abstimmung mit anderen begründet, z.B.:

- Verantwortlichkeiten für das Aussehen bestimmter Räume lassen sich nicht von der AG verteilen, sie müssen von MitarbeiterInnen freiwillig übernommen werden.
- Verbesserungen für den Arbeitsplatz vieler können u.U. zulasten der Arbeitsbedingungen anderer gehen, s. Teppichboden und Reinigungspersonal.
- An wichtigen Entscheidungen muß immer das ganze Amt beteiligt sein.

Eine Arbeitsgruppe zur Amtsgestaltung muß also Wege der permanenten Rückkopplung mit den restlichen AmtsmitarbeiterInnen entwickeln. Wenn darüber hinaus Ideen auf Verbesserungen für die Besucher des GAS zielen, dann sollten auch Möglichkeiten erprobt werden, die Besucher selbst in den Prozeß einzubeziehen (z.B. durch ein ausliegendes Ideen-Buch, durch eine Befragung o.ä.).

3.3 Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan" (s. Kapitel 2.3)

Auf Anregung der Amtsleitung wurde im Juli 1989 die im Handlungskonzept vorgesehene Leitungsgruppe, "Gesundheitsrahmenplan", eingerichtet. Mit der Bildung dieser Arbeitsgruppe zum damaligen Zeitpunkt sollte, so die Intention der Amtsleitung, eine weitere Belastung von den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes genommen werden, die durch ihre Mitarbeit in den unter 3.2 beschriebenen Arbeitsgruppen entstanden war. (Siehe auch Protokolle der VVen, Kapitel 3.4)

Aufgabe der Leitungsgruppe sollte es sein, unter Berücksichtigung der Arbeitsergebnisse der Gruppen 1-3 "Senioren", "Umwelt", "Gestaltung des Amtes" (s. Kapitel 3.2) im Sinne des Auftrags der BZgA Arbeitsschwerpunkte und Perspektiven des Gesundheitsamtes des Kreises Steinburg für die nächsten fünf Jahre zu entwickeln sowie die juristischen, personellen, kostenmäßigen und zeitlichen Bedingungen für einzelne Maßnahmen zu erarbeiten.

Es galt, Prioritäten festzulegen (vgl. GMK-Entschliebung) und hierfür Begründungskriterien zu entwickeln. Ein weiteres Ziel sollte sein, die Aufgaben der Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes in den politischen Gremien des Kreises transparent zu machen.

Nach Vorstellung der Amtsleitung sollten in dieser Gruppe neben den Abteilungsleitern mindestens je ein Mitglied der bisherigen drei Arbeitsgruppen vertreten sein. (Rückkoppelungsprozeß zwischen den Hierarchieebenen 1-3, S. 12).

Diese Arbeitsgruppe bestand aus 10 Mitgliedern.

Die Aufgabe der Mitarbeiter des IKOL war es:

- eine Anleitung zur Entwicklung von Gesundheits-(Einzel-)plänen vorzugeben, d.h. Methoden und Verfahren von Gesundheitsplanung zu vermitteln,
- im Rahmen der Evaluation diesen Arbeitsprozeß zu beschreiben, dessen Verallgemeinerung eine Orientierungshilfe für andere Ämter, die Ähnliches vorhaben, sein kann.

3.3.1 Leitfaden zur Entwicklung eines Gesundheitsplanes

Im folgenden werden 10 Arbeitsschritte vorgestellt, die vom IKOL für die Entwicklung eines Gesundheitsplanes in die Leitungsgruppe gegeben wurden (s. Anlage 9).

Wie schon mehrfach betont, handelt es sich dabei um eine Abfolge von Arbeitsschritten verschiedener am Planungsprozeß beteiligter Personen/Institutionen, die sich durch ständige Rückkoppelung von Arbeitsergebnissen gegenseitig informieren und somit gleichzeitig dafür sorgen, daß das Maximum an Wissen und Erfahrung, das in der planenden Einrichtung verfügbar ist, in den Planungsprozeß einfließen kann.

Arbeitsschritt 1

Themensammlung: Welche Gesundheitsfragen/-probleme sind im Kreis besonders wichtig und sollten vom Gesundheitsamt im Rahmen der Gesundheitsförderung im Planungszeitraum schwerpunktmäßig erarbeitet werden?

Arbeitsschritt 2

Prioritätensetzung: Welche der genannten gesundheitsfördernden Themen sind nach Ansicht der Mitglieder der Leitungsgruppe die fünf im Kreis bedeutsamsten für den Planungszeitraum?

Arbeitsschritt 3

Analyse des Ist-Zustandes; Trendanalyse; Defizitanalyse zu den meistgenannten Schwerpunkten: Welche Daten und Informationen sind zur Charakterisierung der Situation heranzuziehen? Wie wird sich diese Situation weiterentwickeln? Welche Angebote zur Lösung der Probleme gibt es bereits im Kreis und reichen diese aus?

Arbeitsschritt 4

Zusammenfassende Bewertung: Welche der untersuchten Bereiche haben für das Gesundheitsamt (nicht für die einzelnen Mitarbeiter wie im 2. Arbeitsschritt) Priorität?

Arbeitsschritt 5

Machbarkeitsanalyse: Kann das Gesundheitsamt aufgrund seiner gesetzlichen, qualifikatorischen und sächlichen Rahmenbedingungen die ermittelten Schwerpunkte bearbeiten?

Arbeitsschritt 6

Bestimmung von Zielgruppen für einzelne Gesundheitsförderungsmaßnahmen: Für welche Bevölkerungsgruppen sind die ins Auge gefaßten (möglichen) gesundheitlichen Folgen am bedeutendsten, treten die Risiken am häufigsten auf?

Arbeitsschritt 7

Entwicklung bzw. Sammlung möglicher Maßnahmen/Aktionen des Gesundheitsamtes: Welche Maßnahmen kann das Gesundheitsamt allein oder in Kooperation mit Dritten hinsichtlich der festgelegten Prioritäten und Zielgruppen ergreifen?

Arbeitsschritt 8

Suche von Kooperationspartnern: Welche Personen/Einrichtungen arbeiten im Kreis und sind geeignet, die Interessen des Gesundheitsamtes in der Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsbereich zu vertreten bzw. das Gesundheitsamt bei der Wahrnehmung ihrer Arbeit zu unterstützen?

Arbeitsschritt 9

Bestimmung von Kooperationspartnern: Welche der befragten bzw. ins Auge gefaßten Einrichtungen/Personen kommt für welche Art der Zusammenarbeit in Frage?

Arbeitsschritt 10

Festlegung und Konkretion der einzelnen Maßnahmen: Was soll, wie, in welcher Zeit, von wem getan werden?

3.3.2 Durchführung des Planungsverfahrens (Arbeitsschritt 1, S. 60 ff; Arbeitsschritt 2, S. 72f)

Die Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan" nahm entsprechend dem obigen Leitfaden ihre Arbeit auf. Im Rahmen des Auftrags des IKOL konnten durch diese Arbeitsgruppe im wesentlichen die Arbeitsschritte 1 und 2 durchgeführt werden.

----- Arbeitsschritt 1: Themensammlung -----

Die Themensammlung ist der erste Arbeitsschritt der Arbeitsgruppe. Im Rahmen eines "brainstorming" (Ideensammlung) werden die für die Gesundheitsförderung im Kreis Steinburg wesentlichen Themen zusammengetragen. Ein "brainstorming" ist die bekannteste und am häufigsten angewandte Problemlösungstechnik; es handelt sich um eine Form gemeinsamen Nachdenkens, gemeinsamer Ideenfindung über ein vorgegebenes Problem unter Leitung eines Diskussionsmoderators. Für die Durchführung eines "brainstorming" in dem hier zur Diskussion stehenden Themenzusammenhang ist wichtig, daß

- die Teilnehmer einen Überblick über die Aufgaben des GAS in der Gesundheitsförderung haben;
- alle wichtigen Fachgebiete der Gesundheitsförderung des GAS beim "brainstorming" vertreten sind und
- die Themensammlung nicht während des "brainstorming" selbst, sondern erst späterhin weiteren Überprüfungen auf Vollständigkeit, Relevanz und Machbarkeit unterzogen wird.

Das Ergebnis des "brainstorming" in der Leitungsgruppe über Schwerpunkte der Gesundheitsförderung im Kreis Steinburg in der nächsten Dekade ist in der folgenden Abbildung festgehalten.

Wie kommt man an die
mittlere Generation heran?

Drogenarbeit
- mit Abhängigen
- als Prävention

Kraftfahrer und Alkohol

Suchtberatung

Ausbau der Multi-
plikatorenschulung

Gesundheit am Arbeitsplatz

Vernetzung der ambulanten
sozialen Dienste

Gerontopsychiatrie

Verbesserung der Versorgung der
Senioren, Konzeptentwicklung

Schulung von pflegenden
Angehörigen und Personal in Heimen

GE bei Schulabgängern

Kooperation mit der Familien-
bildungsstätte

Bei Kindern und Jugendlichen
Gesundheitsbewußtsein stärken und
Verhaltensmuster ändern

Kindertagesstätten

Zahnprophylaxe, Umgang mit GRG

Hebammennachsorge für
Säuglinge und Mütter

Erfassung und Bewertung
von Umweltschadstoffen

Umweltverträglichkeits-
prüfung

Kooperation allgemein
stärken

Gesundheit und Umwelt
(welche Umwelt?)

Umwelterziehung

Mediothek als
Beratungszentrum

Frauen und Gesundheit

Umweltzentrum/-beratung

Die von den Teilnehmern des "brainstorming" genannten Schwerpunkte der Gesundheitsförderung können den Themenbereichen

- Gesundheit und Umwelt
- Verbesserung der Versorgung von Senioren
- Suchtberatung
- Kinder und Jugendliche

zugeordnet werden.

Hinsichtlich der Überprüfung auf Relevanz und Vollständigkeit sowie der Präzisierung und Konkretisierung der vorgeschlagenen Themen wurden Kleingruppen mit sachverständigen Mitarbeitern des Amtes in Kooperation mit dem IKOL gebildet (Rückkoppelung Kooperatives Planungsverfahren Ebene 3, S. 12).

Die Ergebnisse werden im folgenden dargestellt:

ARBEITSBEREICH UMWELT

Erfassung und Bewertung von Umweltschadstoffen

Ist-Lage:

Es müssen Bewertungen zu gesundheitsrelevanten Umweltereignissen abgegeben werden, ohne daß es zu den einzelnen Fragestellungen Vergleichsdaten aus dem Kreis Steinburg und aus den letzten Jahren gäbe. Es findet keine systematische Beobachtung des Umweltgeschehens im Kreis Steinburg anhand fester Parameter statt. Es ist nicht klar, welche gesundheitlich relevanten Parameter in einem solchen Parameterkatalog enthalten sein sollten.

Das Erstellen von Statistiken im gesundheitlichen Umweltschutz, z.B. für die Landesministerien, ist zwar Pflichtaufgabe, aber sie könnten informativer sein.

Ziel 1

Maßnahmen

Bedingungen

Aufbau einer systematischen Datensammlung zu Umwelt und Gesundheit im Kreis Steinburg (u.a. Trinkwasserschutz, neue TrinkwasserVO, s. abgelehntes Trinkwasserprojekt der AG 2).

Vernetzung der Datenbestände auf Kreisebene (Gewerbeaufsicht, Veterinäramt, Umweltamt ...); später auch Vernetzung auf Landesebene.

Im Gesundheitsamt Kompetenz für kommunale Epidemiologie schaffen, evtl. durch eine neue Stelle. Möglichkeit zu einfacher Datenbearbeitung per Computer im GA. Verbesserung der personellen Ausstattung für Probenahmen.

Ziel 2	Maßnahmen	Bedingungen
Vermeidung irreversibler Schädigungen von Umwelt und Gesundheit bei Projekten im Kreise durch rechtzeitige und gründliche Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP).	Erreichen einer politischen Vorgabe zur Durchführung von UVPs auf Kreisebene; Empfehlung an die Gemeinden, ähnlich zu verfahren. Aufstellung über alle zu beteiligenden Behörden und Kontaktherstellung. Übertragen der Federführung an das GA.	Kommunalwahlen abwarten. Personelle Voraussetzungen schaffen: Arzt + Gesundheitsingenieur + Verwaltungskraft (vorbehaltlich des Umfangs der geplanten Aufgaben).

Umwelterziehung

Ist-Lage:

Umwelterziehung im Kreis Steinburg macht bisher nur das Gesundheitsamt; diese Aufgabe ist ihm auch offiziell übertragen worden. Im wesentlichen besteht die Umwelterziehung aus Aktivitäten zum "Tag der Umwelt" (Wettbewerb in Zusammenarbeit mit Schulen).

Ziel 3	Maßnahmen	Bedingungen
Professionelle, langfristig angelegte Umwelterziehung in Zusammenarbeit mit den Schulen.	Aufbau eines Kreises interessierter Lehrer/innen, ähnlich den Gesundheitsvertrauenslehrer/innen/n. Verbesserung der Umweltmediothek (Ausstattung, Zugänglichkeit).	Mehr Zeit für diese Aufgabe.

Ziel 4 Umweltberatung, Umweltzentrum

Ist-Lage:

Ziele und Voraussetzungen etwa wie bei Umwelterziehung; Zusammenarbeit mit Umweltverbänden wird angestrebt (z.B. Gründung eines Trägervereins für ein Umweltzentrum).

Die im Rahmen der Abarbeitung des Arbeitsschrittes 1 "Themensammlung" vor dem nächsten Arbeitsschritt geplante Überprüfung dieser ausgewählten und konkretisierten Ziele mit Experten der Region wurde wegen fehlender Zeit nicht durchgeführt.

B ARBEITSBEREICH SENIOREN

Ziel 5	Maßnahmen	Bedingungen
Selbständigkeit alter Menschen erhalten. Gegenseitige Hilfe fördern.	- Training aller Pflegekräfte: Angehörige, Pflegehelferinnen, Altenpfleger, ambulante Pflegekräfte in aktivierender Pflege.	Amtliche und ehrenamtliche Kräfte als Trainer gewinnen.
	- Änderung der Verschreibungspraxis der Ärzte, anstelle teurer Therapien aktivierende Pflege. Hierzu sind Gespräche bzw. Informationsangebote für Ärzte erforderlich.	Personelle Voraussetzungen (zeit) für Kontaktaufnahme und kompetente Vermittlung.
	- Beratungsstelle für ältere Bürger, Hilfestellung für die Erhaltung der Selbständigk., z.B. Rentenberatung. Fortführung und Intensivierung des Beratungsangebots 'alten- u. behindertengerechtes Wohnen'. Hilfe zur Selbsthilfe, Einrichtung einer Börse zum Austausch der Fähigkeiten. Schaffung eines Besuchsdienstes, z.B. durch 'grüne Damen'. Koordinationsstelle für spezielle Angebote.	Die Einrichtung einer Vollzeitstelle im Amt (z.B. Soz.-Päd. BAT IV) und einer Schreibkraft. Ausstattung mit einem eigenen Etat zur Hinzuziehung von Fachleuten, Beratern auf Honorarbasis. Kooperation mit dem mobilen Beratungsangebot der AWO, der Freien Wohlfahrtsverbände u.a. Ämter.
Ziel 6		
Prävention Die Pflegenden müssen gestützt werden, Angehörige wie Pflegekräfte. Krankmachende Prozesse bei den Pflegenden müssen gestoppt werden. Dazu gehören die Tendenz zur Selbstaufgabe ebenso wie Überlastungsphänomene.	Beratung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, dezentralisiert und regionalisiert, verstärken. Supervision für Pflegekräfte.	Auch hier ist ein Etat für Honorierung von Fachleuten nötig, z.B. Supervisoren.

Ziel 7	Maßnahmen	Bedingungen
Entlastung alter Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen.	<p>Kurzzeit- und Tagespflege einrichten, letzteres besonders auf dem Land. Der Altenbus! vergleichbar dem Schulbus.</p> <p>Kurzzeitpflege auf dem Bauernhof. Hierzu Umbau von 1-2 Zimmern und Ausbildung der Bäuerin zur Pflegehelferin.</p>	Zugang zu möglichen Trägern für solche Einrichtungen, Kontakt zu den Kassen, evtl. Erschließung von Modellmitteln für die Bauernhofkurzeitpflege.
Ziel 8		
Weiterentwicklung eines ganzheitlichen Konzepts für Gesundheitsaufklärung im Alter, hier vor allem auch mit dem Ziel, Männer zu erreichen.	Vorträge gekoppelt mit Tätigkeit, Methoden, z.B. Training, Gymnastik, Kochen.	Vortrags- und Kurszeit Anpassung an die Arbeitszeiten (männlicher) berufstätiger Teilnehmer. Kooperation mit VHS und Kassen. Evtl. Verstärkung der personellen GA-Besetzung.
Ziel 9		
Reduktion der Konkurrenz von Anbietern ambulanter Dienste zugunsten der Vernetzung und Koordination der Angebote.	<p>Fortbildungsveranstaltungen und/oder Arbeitstreffen für Gemeindegewestern. Treffen der Gemeindegewestern und Verantwortlichen der Wohlfahrtsverbände, um gemeinsam abzusprechen, welche Aufgabenbereiche vorrangig von welcher Organisation wahrgenommen werden können, um eine möglichst gute Kooperation und Koordination zu erreichen und das Konkurrenzverhalten der einzelnen Organisationen untereinander möglichst zu minimieren.</p> <p>Aufstellung einer Liste der Pflegehelferinnen u. Vergabe an die Gemeindegewestern u. Sozstationen, um auch den Einsatz zu gewährleisten.</p>	<p>Vertrauensbildende Maßnahmen bei Verbänden. Das Amt muß vermeiden, in die Rolle des Missionars für Kooperation und Koordination zu geraten. Strategie entwickeln, klären der Frage, was hat das Amt zu bieten, das nicht nach Belehrung schmeckt, sondern das für die einzelnen Verbände wirklich Vorteil bietet.</p> <p>Gruppendynamische Probleme in den Stationen beim Einsatz stationsexterner Helfer sind zu bedenken, z.B. Konkurrenz um Patientenankennung.</p>

Ziel 10	Maßnahmen	Bedingungen
Anpassung der Pflegeheime an die veränderten und sich ständig verändernden Bedürfnisse alter Menschen.	Fortbildungsangebot für die Leiter der Alten- und Pflegeheime, ca. einmal im Jahr Gesprächskreis. Unterstützung der Öffnung der Heime nach außen, z.B. durch Vortragsangebote. Unterstützung von Projekten, in denen Jugendliche mit Pflegeheimbewohnern Kontakt knüpfen. Anregung und Unterstützung von öffentlichkeitswirksamen Unternehmungen in den Alten- und Pflegeheimen.	Auch hier muß darauf geachtet werden, die Heimleiter nicht zu belehren, sondern ihnen Arbeitshilfen und Entlastung zu geben. Zeitlicher Aufwand muß geklärt werden.

C ARBEITSBEREICH SOZIALPSYCHIATRIE

Ziel 11	Maßnahmen	Bedingungen
Rehabilitation, Verhinderung von Rückfällen im Suchtbereich.	Arbeit mit den Familien und den sozialen Netzen der Patienten, und zwar kontinuierlich. Kontakt halten während stationärer Aufenthalte. Kooperation mit den Therapeuten in den Stationen, gemeinsame Entwicklung eines Therapieplanes.	Mehr Zeit haben, d.h. weniger Fälle, d.h. mehr Personal. Nicht nur 2 Besuche in einem halben Jahr während der stationären Unterbringung, sondern regelmäßige Besuche u. Besprechungen mit den Therapeuten. Alternativ: Kooperationsformen entwickeln, Kontakte zur Not auch telefonisch und schriftlich.
Ziel 12		
Prävention, Verhütung von Belastungsfolgen, Krankheiten, Sucht etc. Senkung der Hemmschwelle, Beratung anzunehmen oder sich Gruppen anzuschließen.	Gruppenarbeit mit Eltern und Angehörigen von Konsumenten illegaler Drogen. Selbsthilfegruppe für diese entwickeln, dieser Gruppe organisatorische Hilfe geben.	Es muß einen ständigen Ansprechpartner im Amt geben, das Krisentelefon muß immer besetzt sein. Die Teilnahme an Gruppenabenden muß als Dienstzeit angerechnet werden, bisher ist sie Freizeit.
Ziel 13		
Kontinuierliche Eltern-Schülerarbeit, <u>inkl.</u> der Grundschulen, die bisher ausfallen.	Gesprächsveranstaltungen gemeinsam für Eltern und Schüler, möglicherweise exemplarisch entwickeln, was die Methoden und Hintergrundkonzepte angeht. Nicht Belehrung, sondern Beteiligung. Anregung solcher Maßnahmen bei anderen Trägern wie VHS oder Kirchen etc.	Es muß ein Mitarbeiter mit <u>Praxiserfahrung</u> eingestellt werden, am besten ein Berater, der sich in der Szene auskennt und mit ihr ständig zu tun hat. Alternativ: Aufklärungsteams in Kooperation mit AOK und Selbsthilfegruppen.
Ziel 14		
Verbesserung der ambulanten Grundversorgung von Konsumenten illegaler Drogen.	Ambulanz mit Betten oder einer Wohneinheit. Flankierende Maßnahmen.	Landesdrogenplan abwarten.

Ziel 15	Maßnahmen	Bedingungen
Zwangsunterbringung inkl. vorläufiger Unterbringung drastisch reduzieren, wenn nicht gar vermeiden.	Bisher: Sozialarbeiter geht mit Patienten zur Diagnostik in die Klinik. Ambulanten ärztlichen Hintergrunddienst aufbauen (wie niedergelassene Gebietsärzte für Krisenfälle und evtl. auch Psychiater des GAS.	Es ist mit Mehrarbeit durch das zu erwartende Betreuungsnetz zu rechnen: Amtsvormundschaft, Pflegschaft für psychisch Kranke inkl. Alkoholiker. Möglicherweise Personalerweiterung. Rechtliche Voraussetzung für Teilnahme der GA-Psychiater am ambulanten Dienst: gleiche Behandlungskompetenz.
Ziel 16		
Fachberatung der Übergangsheime.	Aufstellung von Therapieplänen gemeinsam mit spez. Einrichtungen.	Psychiatrische Kompetenz des Arztes.
Ziel 17		
Gemeinsame Planung aller beratenden Dienste.	Fachliche Unterstützung, Koordinieren der Angebote.	Fachliche Qualifikation und ebenfalls Verzicht auf Belehrungstendenz bzw. -rolle.
Ziel 18		
Aufklärung über Alkohol im Verkehr.	Einrichtung einer Gruppe von solchen, die den Führerschein verloren haben.	Zeit, Personal, evtl. Anregung für andere Träger, solche Gruppen durchzuführen.

D ARBEITSBEREICH KINDER UND JUGEND

*Säuglinge und Kleinkinder*Ist-Lage:

Zur Zeit gibt es etwa 1300-1400 Geburten pro Jahr im Kreis. Trend: leichter Zuwachs. Keine auffällige Säuglingssterblichkeit. Mütter werden heute allgemein früher aus dem Krankenhaus entlassen, die Nachbetreuung wird deshalb wichtiger, zumal Krankenhaus und niedergelassene Ärzte nach den Erfahrungen des Gesundheitsamtes folgende Problembereiche nicht genügend ansprechen: Ernährung, Pflege des Kindes, Fragen des gesundheitlichen Umweltschutzes (Trinkwasser, Desinfektion und Raumhygiene, Innenraumbelastung durch Rauchen etc.). Ambulante Nachbetreuung wird im Moment von freiberuflichen und Krankenhaus-Hebammen angeboten und über die Kassen abgerechnet. Das Angebot erreicht nach Einschätzung des GAS zu wenige Familien.

Ziel 19**Maßnahmen****Bedingungen**

Prävention von Gesundheitsproblemen im Säuglingsalter, die durch falsche Ernährung und Pflege oder Umweltfaktoren bedingt sind; die Familien, die Hilfe brauchen, sollen sie auch bekommen können (=bessere Zugänglichkeit der Geburtsnachbetreuung).

Ausdehnung und Verbesserung der Geburtsnachbetreuung.
Entweder: Kooperationsansatz, bessere Organisation des bisherigen Angebots in Zusammenarbeit von GA und Hebammen,
oder: Aufbau einer umfassenden Nachbetreuung durch Hebammen und Kinderkrankenschwestern, orientiert an Modellen in Bremen, Kiel, München u.a.

Bereitschaft der bisherigen Leistungsträger (Hebammen), "sich koordinieren zu lassen"; Problembewußtsein.

Aufbau eines neuen Apparates im GA (Personal, Sachmittel etc.).

*Allergien im Kindes- und Jugendalter*Ist-Lage:

Über Häufigkeit und Trend im Kreis Steinburg ist nichts bekannt, außer punktuellen Einschätzungen von niedergelassenen Ärzten, die Allergien von Kindern nähmen zu. Es soll ein Meldepraxenprojekt von Kinderärzten im Kreis geben, über das aber keine genaueren Informationen vorliegen.

Ziel 20	Maßnahmen	Bedingungen
Prävention von Allergien im Kindes- und Jugendalter. Hier: Abschätzung von Ausmaß und Trend des Problems im Kreis Steinburg.	Entweder: Genauere Aufnahme von allergischen Erscheinungen in die Schüler/innen-Reihenuntersuchungen, oder: Beteiligung des GAs an einem Meldepraxenprojekt.	Wissenschaftliche Betreuung zu Fragen der Standardisierung und Auswertung. Akzeptanz bei den Eltern. Zeit für zusätzliche Befragung und Auswertung.

Behinderte und chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Ist-Lage:

Bisher reagiert das Amt nur auf Anfragen von Eltern und bietet dann Beratung und Hausbesuch an. Dies wird im Amt als unzureichend und unbefriedigend erachtet. Ein weiteres Problem liegt in der Verbindung von Begutachtungsfunktion und Beratungsfunktion in der Behindertenbetreuung des GA.

Ziel 21	Maßnahmen	Bedingungen
Vermeidung von Belastungsfolgen und/oder weiteren Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen.	Aufbau einer Behindertenbetreuung, die Möglichkeiten zum aktiven Aufsuchen der betroffenen Familien hat.	Personelle Ressourcen. Entflechtung von Begutachtung und Betreuung/Beratung.

Schulabgänger/Jugendliche

Ist-Lage:

Über den Gesundheitszustand von Schulabgängern liegen wenig Informationen vor. Eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung findet nur für angehende Lehrlinge statt; sie wird von den niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Die wesentlichen Gesundheitsprobleme werden in Übergewicht, passivisierendem Freizeitverhalten und Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum vermutet. GE zu den zuletzt genannten Themen wird vom GA schon durchgeführt.

Ziel 22	Maßnahmen	Bedingungen
<p>Bessere Information über Gesundheitsprobleme von Jugendlichen; Prävention, die auf Übergewicht, Drogenkonsum problematisches Freizeitverhalten u.a. Risikofaktoren im Jugendalter zielt.</p>	<p>Einzelfallschiene: Angebot eines "Kurz-Gesundheits-Checks" für Schulabgänger (Größe und Gewicht, Seh- und Hör-Test, Impfstatus, Blutdruck, Haltung) und Angebot zu einem Beratungsgespräch, oder: Abgängeruntersuchung als Jugendarbeitsschutzuntersuchung.</p>	<p>Personelle Ressourcen, muß nicht unbedingt ärztliches Personal sein. Keine "Einzelaktion", sondern Ausrichtung auf kontinuierliches Erreichen aller Schulabgänger.</p>
	<p>Gruppenschiene: Ausbau der GE mit älteren Schülern.</p>	<p>Regelung mit niedergelassenen Ärzten und Betrieben.</p>

 Arbeitsschritt 2: Prioritätensetzung

Zum Zwecke der Prioritätensetzung wurde entsprechend dem kooperativen Planungsverfahren (s. S. 11 f) von der Amtsleitung eine Sitzung ausschließlich der Amtsleitung (Amtsarzt und Abteilungsleiter) einberufen. Arbeitsgrundlage für die Durchführung dieses Arbeitsschrittes waren die 22 Ziele, die auf der Basis des ersten "brainstorming" von Kleingruppen des Gesundheitsamtes unter Beteiligung des IKOL aufgestellt worden waren.

Für die Prioritätensetzung wurden die folgenden Kriterien festgelegt:

- Häufigkeit des Problems,
- Vermeidbarkeit des Problems,
- Hohe Bedeutung für die Zukunft des Kreises,
- Haben andere, Dritte, schon auf das Problem hingewiesen?,
- Gesetzliche Grundlagen zum Handeln.

Die Bewertung wurde schriftlich und von jedem Mitglied der Amtsleitung einzeln und unabhängig vorgenommen und danach zusammengefaßt.

Beispiel:

Lfd. Nr.	Stichwort	Gesundheitsrelevanz	++	+	-	--
1.1	Datensammlung Umwelt	Ges.Beeinträchtigung durch Umweltschad- stoffe				

Für ++ konnten von jedem Teilnehmer 3 Punkte, für -- 0 Punkte vergeben werden. Die von den Teilnehmern vergebenen Punkte wurden für jede Zieldimension addiert. Aus den so erhaltenen Punktwerten wurde eine Rangreihe gebildet. Es wurde vereinbart, die Hälfte der 22 Zieldimensionen, d.h. die 11 mit den höchsten Punktwerten im Sinne des Gesundheitsplanes weiterzuentwickeln und als (Zwischen-)Ergebnis wieder in den Diskussionsprozeß im Amt einzuspeisen.

Die Auswertung der Beurteilung der Relevanz der 22 Zieldimensionen der Gesundheitsförderung erbrachte die folgenden 11 prioritären Zieldimensionen der Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Steinburg:

1. Prävention von Gesundheitsproblemen im Säuglingsalter (Ziel 19)
2. Langfristig angelegte Umwelterziehung in Zusammenarbeit mit Schulen (Ziel 3)
3. Kontinuierliche Eltern-Schüler-Arbeit - auch in der Grundschule - in der Suchtprävention (Ziel 13)
4. Umweltzentrum, Umweltberatung (Ziel 4)

5. Systematische Datensammlung zu Umwelt und Gesundheit (Ziel 1)
6. Gemeinsame Planung aller beratenden Dienste im Suchtbereich (Ziel 17)
7. Vermeidung von Belastungsfolgen und/oder weitere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes von chronisch-kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen (Ziel 21)
8. Bessere Information über Gesundheitsprobleme von Jugendlichen. Prävention: Übergewicht, Drogen, problematisches Freizeitverhalten (Ziel 22)
9. Aufklärung über Alkohol im Verkehr (Ziel 18)
10. Zwangsunterbringung inkl. vorläufiger Unterbringung drastisch reduzieren, wenn nicht vermeiden (Ziel 15)
11. Selbständigkeit alter Menschen erhalten, gegenseitige Hilfe fördern (Ziel 5).

Diese 11 von der Amtsleitung ausgewählten Zieldimensionen *) wurden von den Arbeitsgruppen "Senioren", "Umwelt", "Gestaltung des Amtes" bzw. von einzelnen Mitgliedern dieser Gruppen auf ihre Ergänzungsbedürftigkeit hin überprüft. Außerdem erhielten die Abteilungen des Amtes, die von mehreren dieser Ziele betroffen waren, den Auftrag festzulegen, welche Ziele evtl. zurückgestellt werden könnten.

Diese Ergänzungs- oder Streichungsvorschläge wurden wiederum der Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan" vorgelegt, die abschließend entscheiden sollte.

Die Stellungnahmen der Arbeitsgruppen wurden von der Amtsleitung systematisiert und in vier Zielbereiche *) der Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes Steinburg zusammengefaßt:

- Gesundheitlicher Umweltschutz
- Gesundheitsförderung im Bereich
 - * Kinder und Jugendliche
 - * Senioren
 - * Suchtberatung/Suchtprophylaxe
- Sozialpsychiatrie
- Planung/Epidemiologie

Die Entscheidung der Amtsleitung hat nicht zur weiteren Reduktion der 11 Zieldimensionen im Sinne eines Prioritätenkatalogs geführt, sondern im Gegenteil zur Aufnahme zweier neuer Zielbereiche und insgesamt wiederum zu 22 Zieldimensionen.

Die Entscheidungen bzw. Festlegungen auf Zieldimensionen und konkrete Zielvorgaben und damit verbundenen Prioritäten waren aus zwei Gründen schwierig:

*) Begriffsklärung s. nächste Seite

- Angesichts einer bevorstehenden Kommunalwahl mußte vermieden werden, daß Festlegungen auf langfristige Zielbereiche im Wahlkampf parteipolitisch mißbraucht würden. Außerdem würde eine Festlegung zum damaligen Zeitpunkt möglicherweise Ressourcen binden, was der Kooperation mit dem neuen Kreistag nicht dienlich gewesen wäre.

- Mitarbeiter bzw. Abteilungen sind von solchen Entscheidungen positiv oder negativ betroffen. Das Arbeitsklima würde durch sie in jedem Falle und nicht unbedingt vorhersehbar beeinflusst; "einen Plan, der es allen recht macht, gibt es nicht".

Da die weitere Erarbeitung eines Gesundheitsplanes - orientiert an den unter 3.3.1 aufgeführten Arbeitsschritten - nur möglich ist, wenn die Elemente des Planes festgelegt und Prioritäten gesetzt werden (Arbeitsschritt 2), was in unserem Fall die Konkretisierung der 11 prioritären Zieldimensionen voraussetzt, wurde im Einvernehmen mit dem IKOL von der Leitungsgruppe Folgendes beschlossen:

- Die Evaluation des Planungsprozesses mit dieser Materialsammlung zu beenden,
- in Einzelgesprächen zwischen Mitarbeitern des IKOL und Mitarbeitern des Amtes einzelne Bausteine für Gesundheitspläne weiterzuentwickeln bzw. Material für Handlungsabläufe zu erarbeiten,
- um so den Mitarbeitern des IKOL zu ermöglichen - fiktiv und beispielhaft Bausteine für einen Gesundheitsplan aufzustellen.

3.3.3 Erarbeitung von Bausteinen für einen Gesundheitsplan

Im folgenden stellen wir an ausgewählten Ergebnissen der bisherigen Arbeit beispielhaft den Konkretisierungsprozeß dar.

Vorbemerkung:

Für die Konkretion von Zielbereichen sind verschiedene Ebenen zu berücksichtigen, z.B.:

- Bestimmung besonders präventionsrelevanter Bevölkerungsgruppen wie Schwangere, Schichtarbeiter, Kinder in sozialen Brennpunkten u.a.
- Bestimmung präventionsrelevanter Lebenswelten wie Arbeitswelt, Stadtteil, Familie, Sportverein, etc.
- Bestimmung präventionsrelevanter Gesundheitslagen wie Behinderungen, chronische Erkrankungen, gesundheitsriskantes Verhalten.

Die verschiedenen Ebenen können zur Definition der Zieldimension kombiniert werden. Beispiel: Schwangere in belastenden Arbeitssituationen mit gesundheitsriskantem Verhalten.

Kurzum, es geht um eine zunehmende Konkretisierung:

Aus den jeweiligen Zielbereichen sind Zieldimensionen, aus den Zieldimensionen Zielvorgaben abzuleiten.

Beispiel:

Zielbereich	Gesundheitsförderung
Zieldimension	Schädlichkeit des Tabakgenusses für Schwangere/Mutter und Kind
Zielvorgabe	Der Anteil rauchender Schwangerer im Kreis soll im Zeitraum von X Jahren um Y Prozent reduziert werden.

Themenfelder eines Gesundheitsrahmenplanes
(s. Kapitel 1.2):

1. Festlegung des Zielbereichs/der Zielbereiche
2. Definition der Zieldimension/en
Entscheidung über:
3. Zielvorgaben
4. Zielgruppen
5. Maßnahmen
6. Erste Einschätzung der Realisierbarkeit, ggf. Beschluß
über Veränderungen im Ziel-, Maßnahmen- oder Ziel-
gruppenbereich
7. Festlegen von einzelnen Arbeitsschritten
Einschätzung:
8. des zeitlichen Aufwands (auch Beginn und ggf. Ende eines
Vorhabens)
9. des Personalbedarfs (auch Entscheidung über mögliche
Aufgabenreduzierung in bisherigen Aufgabenfeldern, Ar-
beitsumverteilung oder Personalerweiterung
10. Personal- und Sachkosten
11. Festlegen und Gewinnen möglicher Kooperationspartner
(innerhalb des Amtes, im Kreis, sonstige)
12. Klärung der gesetzlichen Grundlagen und
13. der politischen Aspekte
14. Festlegen von Kriterien zur Erfolgskontrolle.

Der Konkretisierungsprozeß am Beispiel der Zielbereiche:

- Gesundheitsförderung im Bereich "Senioren"
- "Gesundheitlicher Umweltschutz"
- Gesundheitsförderung im Bereich "Kinder und Jugend"
- "Sozialpsychiatrie" (s. S. 73)

Als Schritt 1 zur Konkretion dieser Zielbereiche nehmen wir je ein Ergebnis der Kleingruppenarbeit über Ziele, Maßnahmen und Bedingungen auf (s. S. 62 ff).

Als Schritt 2 geben wir die Protokolle der Einzelgespräche wieder, über die in Schritt 1 dargestellten Ziele, Maßnahmen und Bedingungen, um dann im Schritt 3 orientiert an den Themenfeldern eines Gesundheitsrahmenplanes (s. Vorbemerkung) beispielhaft, Bausteine für einen Gesundheitsplan für die genannten vier Zielbereiche darzustellen.

Zielbereich : "Gesundheitsförderung im Bereich Senioren"

Schritt 1

Ziel	Maßnahmen	Bedingungen
Selbständigkeit alter Menschen erhalten. Gegenseitige Hilfe fördern.	Training aller Pflegekräfte: Angehörige, Pflegehelferinnen, Altenpfleger, ambulante Pflegekräfte in aktivierender Pflege.	Amtliche und ehrenamtliche Kräfte als Trainer gewinnen.

Schritt 2

Protokoll des Einzelgesprächs über das Ziel:
"Selbständigkeit alter Menschen erhalten".

Maßnahme 1: Verstärktes Angebot von ehrenamtlichen PflegehelfernInnen durch die Träger der ambulanten Versorgung, mit der Aufgabe, Unterstützungs- und Hilfsangebote im Alltag zu leisten.

Unterziel a)

Ehrenamtliche aus- und fortbilden (z.B. über Hygiene, psychische Veränderungen, Vereinsamungstendenzen etc.)

Einschätzung:

Läuft im Ansatz.

Unterziel b):

Verbesserung der Kontakte zu den Trägern ambulanter Dienste mit dem Ziel eines gemeinsamen Konzeptes verselbständigender Pflege.

Einschätzung:

Dieses Ziel widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsprinzip der Verbände (wenn die Schwester Unterweisung in Selbsthilfe anbietet statt alles selber zu machen, dauert es länger).

Maßnahme:

Finanzquellen erschließen, z.B. Modellmittel, für Stationen, die das neue Konzept erproben. Oder: höhere Pflegesätze für Verhinderung von stationärem Aufenthalt.

Bedingungen:

Diskussion im Pflegebereich verfolgen, Modellausschreibungen, Kontakt zu Kassen und Trägern = Arbeitszeit.

Unterziel c):

Ehrenamtliche müssen in die Familien kommen durch ambulante Dienste.

Einschätzung:

Die Schwestern werden dagegen eher Widerstand leisten.

Gründe: Konkurrenz um "meine" Familie; Pflegeverständnis eher klinisch orientiert.

Maßnahme:

Fortbildung der Schwestern unter einem ganzheitlichen, verselbständigenden Pflegeansatz.

Bedingungen:

Voraussetzungen klären: zeitl. Möglichkeit der Schwestern für Fortbildung (viele Halbtagskräfte und Vertretungen!)

Erheben: Was läuft an Fortbildung, mit welchen Inhalten (z.B. ausschließlich Pflegetechnik?), von wem angeboten, welche Defizite sehen die Schwestern und die Träger?

Klären: Wer könnte die Defizite aufgreifen? Erwachsenenbildung, GA, ... (Amt regt evtl. nur an)

Maßnahme:

Aktivierende und motivierende Befragung der Schwestern und Träger.

Bedingung: Personal oder Honorarkraft oder "Leitstelle" (s.u.)

Maßnahme 2: Ganzheitliche Gesundheitsaufklärung im Alter nach dem Motto:
"Lehren und Tun"

Bedingungen:

Bestandsaufnahme muß vorliegen über die bisherigen Angebote im Feld und deren Defizite.

Maßnahme: Fortschreibung Seniorenführer

Bedingung: Arbeitszeit

Klärung der Frage: Wer gleicht die Defizite aus? Macht es das GA selbst oder ist es Anreger?

Maßnahme: Klären in der SeniorenAG der Kreis-AG Gesundheitsförderung oder im Seniorenbeirat.

Wenn eigene Angebote:

Bedingungen: Personal

Methodenkompetenz

Räume: Werkstatt, Küche etc.

Material, Sachmittel

Wenn GA als Initiator, Berater und Anreger:

Bedingungen: Zeit

Fachkompetenz

Methodenkompetenz

Medien

Die Bedingungen zu den Maßnahmen 1 und 2 lassen sich teilweise durch die Errichtung einer "Seniorenlei'stelle" (Modell: Augsburg) herstellen.

Personalbedarf: mindestens 1 Stelle BAT IV., 1/2 Verwaltungskraft, Etat.

Schritt 3

Baustein zum Zielbereich:

"Gesundheitsförderung bei Senioren".

Zieldimension:

- Erhaltung der Selbständigkeit alter Menschen
- Förderung verselbständigender Pflege
- Gewinnung von ehrenamtlichen Helfern
- Fortbildung/Aufklärung

Zielvorgaben:

- Entwicklung oder Übernahme eines Konzeptes verselbständigender Pflege.
- Erarbeitung eines Fortbildungsangebotes für verselbständigende Pflege.
- Gewinnung von Mitarbeitern und Trägern ambulanter Dienste für einen verstärkten Einsatz von ehrenamtlichen Helfern und zur Teilnahme an Fortbildungen.
- Aufklärung alter Menschen.
- Klärung des Pflegeverständnisses bei ambulanten Diensten.
- Erhebung der Erfahrung der ambulanten Dienste mit ehrenamtlichen Helfern.

Zielgruppen:

- Einsatzleitungen ambulanter Dienste
- Mitarbeiter und Träger von ambulanten Diensten und Altenheimen
- Mitarbeiter evtl. vorhandener Modelleinrichtungen
- alte Menschen.

Maßnahmen:

- Planung und Durchführung modellhafter Trainings in aktivierender Pflege
- Entwicklung von Methoden für eine altengerechte Aufklärung
- Herstellen/Verbessern der Kontakte zu Trägern ambulanter Dienste.

Einschätzung:

Ein aktivierendes Pflegekonzept kann auf Widerstand stoßen:

- Bei den Trägern ambulanter Dienste aus Kostengründen (Wirtschaftlichkeitsprinzip der Verbände)
- Bei Pflegekräften, aktivierende Pflege kostet Zeit und Geduld, sie sind auf Tempo trainiert.
- Die Übertragung an ehrenamtliche Kräfte kann zur Konkurrenz um die Patienten führen.

Diese Einschätzung führt zur Aufnahme eines

Neuen Zielbereichs:

- Finanzierungsfragen (Kostenregelung)
- Gesundheitspolitik (z.B. dem GRG).

Zieldimension:

Verselbständigende Pflege als Prävention und Anspruch an eine humane Politik.

Zielvorgabe:

- Erschließen von Finanzquellen, z.B. Modellmittel für Stationen, die das neue Konzept erproben wollen oder
- Durchsetzen höherer Pflegesätze (Argument: Vermeidung von stationären Aufenthalten)
- Kontakt zu bereits bestehenden Modellen aufnehmen
- Gewinnung der Kassen
- Durchführung einer Befragung bei den Mitarbeitern ambulanter Dienste mit dem Ziel, das Problembewußtsein zum Thema verselbständigende Pflege zu erheben und bei einer gemeinsamen Auswertung (1. Fortbildung) eine Reflexion darüber einzuleiten.

Zielgruppen:

- die Kostenträger
- Modellförderer wie Stiftungen und Ministerien
- die Träger ambulanter Dienste
- die Mitarbeiter ambulanter Dienste.

Maßnahmen:

- Entwicklung eines Modellkonzeptes, das Kostenträger und/oder Förderer überzeugt,
- die Entwicklung und Durchführung der Befragung von Mitarbeitern in ambulanten Diensten.

Einschätzung:

Das Amt ist für diese Aufgabe personell, aber auch von den vorhandenen Kompetenzen her überfordert. Weder gehören die Entwicklung und Durchführung von Befragungen, noch von Konzeptionen für förderungsfähige Modelle zu seinen Aufgaben. Aus dieser Einschätzung ergibt sich eine

Neue Zielvorgabe:

Errichtung einer Beratungsstelle für ältere Bürger, die Hilfestellung bei der Erhaltung der Selbständigkeit leisten soll.

Maßnahmen:

- Rentenberatung
- Beratung bei der behindertengerechten Einrichtung von Wohnungen
- Einrichtung einer "Börse" zur gegenseitigen Hilfe
- Organisation eines Besuchsdienstes, z.B. durch "grüne Damen" auch zu Hause (nicht nur in Krankenhäusern)
- Organisation eines bezahlten Helferkreises (z.B. DM 12,-/Std. + DM 0,42/km für Fahrten, Einkäufe, Putzhilfen etc.)

Hier ist eine verbindliche Entscheidung der Amtsleitung Voraussetzung für das Weiterdenken und Arbeiten.

Einschätzung:

Ohne Freistellung einer vorhandenen Arbeitskraft und Umverteilung oder/und Streichung der von ihr bisher geleisteten Arbeit ist eine solche Beratungsstelle nicht aufzubauen. Angesichts des vom Amt proklamierten Jahrzehntes der Senioren (Politik) wird hier für das Beispiel eine positive Entscheidung der Amtsleitung angenommen. Sie wird beim Kreistag eine zusätzliche Planstelle beantragen. Die

Neue Zieldimension:

Die Kreispolitik.

Zielvorgabe:

Durchsetzen

- einer Vollzeitplanstelle für eine Fachkraft und eine Teilzeitplanstelle für eine Schreibkraft,
- eines Etats für diesen neuen Arbeitsbereich beim Kreistag.

Zielgruppen:

- der Landrat
- Kreispolitiker
- Mitglieder der einschlägigen vom Gesundheitsamt koordinierten Arbeitsgemeinschaften.

Maßnahmen:

- Formulierung des Antrags an den Kreistag
- aktive Politik für den Antrag durch Kontakte zu Politikern, Wohlfahrtsverbänden, zur Ärzteschaft etc.

Einschätzung:

Zur Fortführung des Beispiels hier wird eine positive Entscheidung des Kreistags antizipiert, so daß die Arbeitsschritte des Rahmenplanes hier fortgesetzt werden können. Es folgen

Arbeitsschritte:

- Einrichtung der Beratungsstelle im Amt
- Ausschreibung einer Planstelle (Sozialarbeiter, Pädagoge oder Soziologe etc.)
- Auswahlverfahren der BewerberInnen und Anstellung des Mitarbeiters
- Einarbeitung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters durch eine Mitarbeiterin, die bisher im Arbeitsfeld Senioren aktiv und engagiert gearbeitet hat.

Zeitlicher Aufwand:

Nach Bewilligung des Stellenplans durch den Kreistag:

- Einrichtung der Beratungsstelle 2 Monate
- Anstellung eines Mitarbeiters 3 Monate
- Arbeitsbeginn der Beratungsstelle in 3 Monaten.

Personalbedarf:

- eine Vollzeitplanstelle + 50% einer Schreibkraft, die o.g. Mitarbeiterin muß von 50% ihrer bisherigen Tätigkeit entlastet werden.

Personal- und Sachkosten:

- BAT III Vollzeit
- BAT VI (selbständige Tätigkeit) 50%
- AVK DM 300,-/Monat
- Reisekosten DM 220,-
- Etat DM 500,-/Monat

Kooperationspartner:

- alte Menschen im Landkreis
- Seniorenbeiräte
- Sozialstationen
- Altenheime
- Wohlfahrtsverbände
- Sozialamt
- Kirchengemeinden

- VHS
- Politiker
- Architekten

Gesetzliche Grundlagen:

Stehen in diesem Fall nicht zur Klärung an.

Politische Aspekte:

- langfristige Kosteneinsparung durch Vermeidung stationärer Unterbringung
- Öffentlichkeitsarbeit für ein neues Selbstverständnis des Gesundheitsamtes.

Erfolgskontrolle:

Die Beratungsstelle ist nach einem Jahr ihres Bestehens bekannt und von der Zielgruppe angenommen.

Zielbereich: "Gesundheitlicher Umweltschutz"

Schritt 1

Ziel	Maßnahmen	Bedingungen
Professionelle, langfristig angelegte Umwelt- erziehung in Zusammen- arbeit mit den Schulen.	Aufbau eines Kreises interessierter Lehrer/ innen, ähnlich den Ge- sundheitsvertrauensleh- rer/inne/n. Verbesse- rung der Umweltmedio- thek (Ausstattung, Zu- gänglichkeit).	Mehr Zeit für diese Auf- gabe.

Schritt 2

Protokoll des Einzelgesprächs über das Ziel:
"Umwelterziehung, Umweltberatung"

Arbeitsbereich Umwelt

Ziel 1.3 : Verbesserung der Umwelterziehung in der Schule und Erweiterung auf Kindergärten und Erwachsenenbildung

Maßnahme 1:

gute, häufige, persönliche Kontakte zu Lehrkräften herstellen und diese motivieren

Maßnahme 2:

Vermittlung von Umweltthemen und methodische Beratung; Angebote von Medien an diese Zielgruppe

Maßnahme 3:

An den Schulen die Funktion eines Umweltberatungslehrers anregen; Arbeitskreis dieser Lehrer aufbauen

Bedingungen jeweils:

Erweiterung der Abteilung um eine halbe Pädagogenstelle
Mediothek
Sachmittel
Fahrtkosten

Ziel 1.4: Umfassende, kontinuierlich arbeitende und für jedermann leicht zugängliche Umweltberatung

Maßnahme:

Aufbau eines Umweltzentrums, das zu allen relevanten Themenfeldern berät und der Abt. 504 angegliedert ist. Aufgaben des Zentrums:

- Kontakte zu Umweltverbänden und "Umweltnutzern" pflegen
- Auswertung und ständige Aktualisierung der Literatur
- Fortbildung anbieten
- Umwelterziehung (s. 1.3)

Bedingungen:

Erweiterung um eine halbe Pädagogenstelle
Bürokraft
Mediothek
Sachmittel
Fahrtkosten

zusammen:

1 Pädagogenstelle
Bürokraft
Mediothek
Sachmittel, Fahrtkosten

Schritt 3

Baustein zum Zielbereich:
"Gesundheitlicher Umweltschutz"

Zieldimension:

Erziehungs- und Bildungseinrichtungen einschließlich der Kindergärten.

Zielvorgaben:

- Umwelterziehung in Kindergärten, Schulen und in der Erwachsenenbildung, hier vor allem für Eltern, verstärken.
- Schaffung von Arbeitskreisen für ErzieherInnen, VertrauenslehrerInnen an Schulen und für ErwachsenenbilderInnen.

Zielgruppen:

- ErzieherInnen
- VertrauenslehrerInnen an Schulen
- ErwachsenenbildnerInnen
- Kinder/Schüler
- Eltern/Bürger.

Maßnahmen:

In den zu bildenden Arbeitskreisen für Erzieher, Lehrer, Erwachsenenbildner geht es um drei Arbeitsschwerpunkte:

- Es sind Umweltthemen so anzubieten, daß der Erfahrungshintergrund der jeweiligen Zielgruppen der Arbeitskreismitglieder, also Kinder, Schüler etc., einbezogen wird. Hier ergibt die Diskussion, daß die Experten für den Erfahrungshintergrund der Zielgruppen die Arbeitskreismitglieder sind nicht die Mitarbeiter des Amtes. Es geht also um eine dialogische Entwicklung eines Themenprogramms.
- In diesem Zusammenhang geht es auch um Methodenberatung im Sinne des Erfahrungslernens und damit um
- Medienangebote, vom Film über Wassermeßgeräte bis zu Biogärten, etc.

Einschätzung:

Die personelle und technische Ausstattung im Amt reicht für diese Aufgabe nicht aus.

Entscheidungsbedarf im Amt

Neue Zielvorgabe.

- Aufbau einer umfassenden, kontinuierlich arbeitenden, jedem Bürger zugänglichen Umweltberatung.
- Übernahme der bisher genannten Zielvorgaben und Maßnahmen durch diese Umweltberatung.

Zielgruppen:

- Politiker
- Öffentlichkeit
- Bürger.

Maßnahme:

- Aufbau des Umweltzentrums
- Klärung der politischen, rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen.

Einschätzung:

Der Bedarf an Umweltinformationen nimmt zu, das Bewußtsein bei den Bürgern wächst, auch mit der Einsicht der Politiker kann gerechnet werden. Daraus ergibt sich ein

Dritter Zielbereich:

Die Kreispolitik.

Zieldimension :

Eine bürgernahe, präventive Umweltaufklärung.

Zielvorgabe:

Die Erweiterung des Stellenplanes im Gesundheitsamt als Bedingung für die Übernahme dieser Aufgaben.

 Entscheidungsbedarf im Amt

Zielgruppen:

- der Landrat
- die Kreispolitiker
- Umweltgruppen
- Mitarbeiter im Amt. Letztere sind deshalb von Beginn an einzubeziehen, weil ein Umweltberater, auch wenn er eigens für diese Aufgabe neu eingestellt wird, mit allen Fachkräften im Amt kooperieren muß, wenn er seiner Aufgabe gerecht werden will.

Maßnahme:

Antrag auf Bewilligung einer Planstelle "Umweltberatung" durch den Kreistag.

Einschätzung:

- Erfolgsaussichten gut
- der Ruf des Amtes bei Umweltgruppen muß geklärt werden. (Hier könnten möglicherweise auf Vorurteilen beruhende Vorbehalte bestehen. Bisher wurde das Amt von Umweltgruppen jedenfalls nicht eingeladen, in einem Fall sogar ausgeladen.)

Arbeitsschritte:

- Kontakt zu den Umweltgruppen aufnehmen, vorhandene Vorbehalte ausräumen.
- Der Informationsstand im Amt zu bestimmten Umweltthemen ist auf den neuesten Stand zu bringen. Die vorhandene einschlägige Bibliothek muß aktualisiert werden.
- Fortbildungsangebote für die o.g. Zielgruppen sind als Pilotprojekte zu entwickeln und durchzuführen.

Zeitlicher Aufwand:

Für diese Vorbereitungsphase sind 80% der Arbeitszeit eines Mitarbeiters für 6 bis 9 Monate notwendig. Er ist hierfür freizustellen.

 Entscheidungsbedarf im Amt

Personalbedarf:

In der Vorbereitungsphase ein Mitarbeiter 80%, in der Hauptphase eine volle zusätzliche Planstelle.

Personalkosten:

- für die Vorbereitungsphase eine BAT IIa, 80%, für 6 bis 9 Monate
- ab der Hauptphase eine volle BAT II a + AVK und Fahrkosten.

Kooperationspartner:

- Kreistag
- Umweltamt
- Umweltgruppen
- Presse

Arbeitsschritt:

Erstellung eines Antrags an den Kreistag auf Bewilligung einer zusätzlichen Planstelle.

Zeitlicher Aufwand:

- Bis zur Bewilligung durch den Kreistag 6 Monate ab Einreichungstermin
- In dieser Zeit 20% der Arbeitszeit des o.g. Mitarbeiters.

Erfolgskontrolle:

Die Bewilligung der Planstelle durch den Kreistag.

Zielbereich: "Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen"

Schritt 1

Ziel	Maßnahmen	Bedingungen
<p>Prävention von Gesundheitsproblemen im Säuglingsalter, die durch falsche Ernährung und Pflege oder Umweltfaktoren bedingt sind; die Familien, die Hilfe brauchen, sollen sie auch bekommen können (=bessere Zugänglichkeit der Geburtsnachbetreuung).</p>	<p>Ausdehnung und Verbesserung der Geburtsnachbetreuung. Entweder: Kooperationsansatz, bessere Organisation des bisherigen Angebots in Zusammenarbeit von GA und Hebammen, oder: Aufbau einer umfassenden Nachbetreuung durch Hebammen und Kinderkrankenschwestern, orientiert an Modellen in Bremen, Kiel, München u.a.</p>	<p>Bereitschaft der bisherigen Leistungsträger (Hebammen), "sich koordinieren zu lassen"; Problembewußtsein. Aufbau eines neuen Apparates im GA (Personal, Sachmittel etc.).</p>

Schritt 2

Protokoll des Einzelgesprächs über das Ziel:

"Prävention von Gesundheitsproblemen im Säuglingsalter, die durch falsche Ernährung und Pflege oder Umweltfaktoren bedingt sind; die Familien, die Hilfe benötigen, sollen sie auch bekommen (= bessere Zugänglichkeit der Geburtsnachbetreuung)

Maßnahme 1: Verbesserung der Geburtsnachbetreuung in den ersten 10 Tagen durch Hebammen.

Unterziel 1:

Jede Familie, die eine Hebammennachsorge braucht, soll eine erhalten können.

Maßnahme:

Bessere Koordination von Anforderung und Einsatz der Hebammen; Koordinator: Gesundheitsamt.

Bedingung:

Bereitschaft der Hebammen, diese Rolle des GAs zu akzeptieren.

Einschätzung:

Bereitschaft gering.

Unterziel: Bereitschaft schaffen.

Maßnahme: Fortbildung auf freiwilliger Basis im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes.

Einschätzung: Voreingenommenheit gegen das Amt ist zu groß, außerdem sind die Hebammen Spezialisten, die sich für eine solche Fortbildung (Beachtung der Lebenswelt des Säuglings) kaum interessieren.

Alternativbedingung:

Hebammen müssen kooperieren, weil die Rolle des GAs gesetzlich verankert ist

Maßnahme: Einwirken auf das derzeit laufende gesetzliche Planungsverfahren, hierzu Einigung der Amtsärzte im Land.

Einschätzung: Langwieriges Verfahren; abhängig von vielen Unwägbarkeiten.

Maßnahme 2: Beratende Betreuung von Müttern/Familien mit Säuglingen und evtl. Kleinkindern (muß eine Modellphase klären) durch eine Kinderkrankenschwester mit Zusatzqualifikation im Amt.

Einschätzung:

In den Zuständigkeitsbereich der Hebammen wird nicht eingegriffen, deshalb könnte ein konkurrenzloser Kontakt hergestellt werden und die Hebammen langfristig zur Teilnahme an Fortbildung gewonnen werden. Fernziel: Gemeinsames Beratungskonzept.

Bedingungen:

Sichtung bereits laufender Modelle (Kiel, Bremen, Emsland)

1 - 2 Personalstellen (Kinderkrankenschwester)

Räume, Sachmittel, Fahrtkosten

Praxisberatung und Fortbildung zur laufenden Qualifikation der Schwestern.

Schritt 3

Paustein zum Zielbereich:

"Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen"

Zieldimension:

Frühzeitige Prävention durch kontinuierliche begleitende Gesundheitsberatung.

Zielvorgaben:

- Beratung aller Mütter/Familien von Geburt des Kindes an.
- Bessere Koordination der Hebammen.
- Qualifizierung der Hebammen für diese Beratungstätigkeit.

Zielgruppen:

- Hebammen
- Familien/Mütter mit Neugeborenen und als

Maßnahmen:

- Entwicklung eines Fortbildungsangebotes für Hebammen zur freiwilligen Teilnahme. Das Angebot soll gleichzeitig zur besseren Koordination beitragen.

Einschätzung:

- Die Bereitschaft der Hebammen zur Teilnahme ist gering aus zwei Gründen:
 - * Es gibt in dieser Berufsgruppe starke Konkurrenzen.
 - * Es bestehen besondere Vorurteile gegenüber dem Amt.
- Eine gesetzlich verankerte Zuständigkeit des Amtes mit Anweisungskompetenz und Kontrollfunktionen gegenüber dieser Berufsgruppe besteht nicht.

Neue Zieldimension:

Die Landespolitik.

Zielvorgabe:

Beeinflussung des derzeitig laufenden gesetzlichen Planungsverfahrens mit dem Ziel, die gesetzliche Verankerung der Zuständigkeit des GAS für Hebammen zu erreichen.

Zielgruppen:

- die anderen Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein
- das Gesundheitsministerium
- Abgeordnete.

Maßnahmen:

- Einigung im Amt und mit den anderen Ämtern
- Kontakte zu Politikern und Fachverbänden.

Einschätzung:

Ein sehr langwieriger Weg, dessen Erfolg nicht einzuschätzen ist. Der Arbeitsaufwand ist deshalb nicht gerechtfertigt. Eigene für diese Aufgabe ausgebildete Mitarbeiter sind die Lösung des Problems, d.h. es sind neue Stellen zu schaffen. Daraus ergibt sich eine

Dritte Zieldimension:

Die Kreispolitik.

Zielvorgabe:

Die Erweiterung des Stellenplanes im GA um zwei Kinderkrankenschwestern mit Beratungskompetenz.

Zielgruppen:

- Der Landrat
- Kreispolitiker
- Mitarbeiter im Amt
- die Hebammen.

Maßnahme:

Beantragung und Durchsetzung von zwei Planstellen im Kreistag.

Einschätzung:

Die Stellung des Amtes, sein Ruf im Kreis, seine Kontakte zu Politikern sind gut. Auch die vom Amt koordinierten Arbeitsgemeinschaften werden diesen Plan unterstützen.

Hier ist eine verbindliche Entscheidung der Amtsleitung für dieses Vorhaben die Voraussetzung für die Weiterarbeit am Ablaufplan!

Diese Entscheidung vorausgesetzt, ergeben sich folgende Arbeitsschritte:

- Konzeptentwicklung,
- Sichtung anderer Modelle
- Kostenplan
- Erstellen des Antrags an den Kreistag
- Kontaktaufnahme zu Kreispolitikern.

Zeitl. Aufwand:

- 2 Monate
- Von Antragstellung an bis zur Bewilligung 6 Monate.

Personalbedarf :

- 1 Mitarbeiter 50%
- Für die Zeit von Antragstellung bis zur Bewilligung 1 Mitarbeiter 20%.

Personal-/Sachkosten:

- BAT IV a, 50% für 2 Monate
- danach 20% für 6 Monate
- Fahrkosten, AVK.

Kooperationspartner:

- Mitarbeiter im Amt
 - Mitarbeiter anderer Modelle
 - Kreispolitiker
 - Hebammen.
-

Hier ist eine verbindliche Entscheidung der Amtsleitung zur Entlastung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters für zwei Monate 50%, dann 6 Monate 20% der Arbeitszeit nötig. Fragen hierzu: Wie kann diese Entlastung erreicht werden?

- durch Streichung bestimmter Aufgaben entweder im Arbeitsauftrag des betreffenden Mitarbeiters oder bei anderen Mitarbeitern, d.h.
 - durch Umverteilung der Arbeit auf andere. Wie sind diese zu gewinnen (Betriebsklima!)?
 - Durch Einstellung einer Arbeitskraft über ABM?
 - Durch Honorarmitarbeiter?
-

Erfolgskontrolle:

Eine positive Entscheidung des Kreistags wird in diesem Beispiel vorausgesetzt, so daß zum

ursprünglichen Zielbereich :

"Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen" zurückgekehrt werden kann.

Zieldimension:

Lebensweltbezogene Prävention für Neugeborene, d.h. Einbezug der Familien und ihrer Lebensverhältnisse (Wohnung, Arbeit/Arbeitslosigkeit, Nachbarschaft, alleinerziehend, etc.).

Zielvorgabe:

Die Beratung aller Familien mit Neugeborenen durch das GA so früh wie möglich, d.h. unmittelbar im Anschluß an die Hebammenbetreuung.

Zielgruppen:

- Die betroffenen Familien
- die Hebammen, deren Informationen für die Mitarbeiterinnen des Amtes wichtig sind.

Maßnahme:

Anstellung von zwei Kinderkrankenschwestern, die bereit sind, sich für die Beratungstätigkeit im Bereich Familien und lebensweltbezogener Gesundheitsförderung fortbilden zu lassen.

Einschätzung:

Angesichts des Pflegenotstands dürfte es schwer sein, solche Fachkräfte zu finden. Andererseits ist die Überlastung und die Frustration beim Pflegepersonal in den Kliniken so hoch, daß ein solches "Modellprojekt" als berufliche Alternative noch dazu im Öffentlichen Dienst attraktiv erscheint.

In diesem Beispiel wird davon ausgegangen, daß zwei geeignete Kinderkrankenschwestern gefunden werden. Damit kann der Ablaufplan bei Punkt 7 fortgesetzt werden.

Arbeitsschritte:

- Anstellung der Kinderkrankenschwestern und ihre Einarbeitung.
- Auswertung der Daten über Neugeborene im Kreis.
- Einladung der Mütter zu Informationsveranstaltungen, bei denen die Schwestern vorgestellt werden oder besser sich vorstellen, indem sie ihre Aufgaben beschreiben.
- Erste Hausbesuche bei Familien/Müttern, die in den Veranstaltungen positiv reagiert haben.
- Kontakt zu den betroffenen Hebammen aufnehmen.

Zeitlicher Aufwand:

- für die Einarbeitungszeit 6 Monate, in denen eine Amtsmitarbeiterin die neuen Mitarbeiterinnen einführt.
- 30% der Arbeitszeit dieser Amtsmitarbeiterin.
- Einmal wöchentlich Supervision 1,5 Std./Woche.

Personalbedarf:

- 1 MA, 30%, 6 Monate,
- 2 Kinderkrankenschwestern, Vollzeit,
- 1 Supervisor 1,5 Std./Woche.

Personal-/Sachkosten:

- EAT IV a, 30%, 6 Monate
 - 2 x Kr V (selbständige Beratungstätigkeit) Vollzeit
 - Supervision DM 800,-/Monat
 - Fahrkosten DM 1.000,-/Monat
(als Dienstfahrzeug zugelassener PrivatPKW DM 0,41/km)
 - AVK (Telefon, Porto, Berichte schreiben etc.) DM 500,-/Mo
-

Entscheidungsbedarf im Amt:

- Umverteilung der Tätigkeiten der einarbeitenden Mitarbeiterin
 - Höhergruppierung dieser Mitarbeiterin.
-

Kooperationspartner:

- Mitarbeiter im Amt (Veranstaltungen)
- Hebammen (Informationsaustausch)
- Beratungsstellen (Erziehungs-/Eheberatung)
- Selbsthilfegruppen (z.B. für Alleinerziehende)
- andere Modelle (Erfahrungsaustausch).

Gesetzliche Grundlagen sind hier gegeben.

Politische Aspekte, das Amt kommt zum Bürger.

Erfolgskontrolle: Die Beratung wird nach 12 Monaten von 80% der Betroffenen angenommen.

Zielbereich "Sozialpsychiatrie"

Schritt 1

Ziel	Maßnahmen	Bedingungen
Zwangsunterbringung inkl. vorläufiger Unterbringung drastisch reduzieren, wenn nicht gar vermeiden.	Bisher: Sozialarbeiter geht mit Patienten zur Diagnostik in die Klinik. Ambulanten ärztlichen Hintergrunddienst aufbauen (wie niedergelassene Gebietsärzte für Krisenfälle und evtl. auch Psychiater des GAs).	Es ist mit Mehrarbeit durch das zu erwartende Betreuungsnetz zu rechnen: Amtsvormundschaft, Pflegschaft für psychisch Kranke inkl. Alkoholiker. Möglicherweise Personalerweiterung. Rechtliche Voraussetzung für Teilnahme der GA-Psychiater am ambulanten Dienst: gleiche Behandlungskompetenz.

Schritt 2

Protokoll des Einzelgesprächs über das Ziel
"Zwangsunterbringung vermeiden"

- Ziele: 3.5 Zwangsunterbringung und vorläufige Unterbringung drastisch reduzieren, wenn nicht gar vermeiden
3.7 Gemeinsame Planung aller beratenden Dienste

mittelfristiges Ziel : Umsetzung der Ergebnisse des Modellprogramms Psychiatrie (Bericht der Expertenkommission) auf den Kreis Steinburg

hier : Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Zentrums als Zusammenfassung von Kriseninterventionsdienst, Tagesstätte und Begegnungsstätte

Maßnahme: Integration der Angebote Tagesstätte und Begegnungsstätte der "Brücke" e.V. (im DPWV) und der Sozialarbeiter/innen im GA (hier vor allem Kriseninterventionsdienst) durch Beteiligung der Brücke-Sozialarbeiter/innen am Kriseninterventionsdienst und an den täglichen Fallbesprechungen im GA

Bedingungen: a) Erweiterung der Personalstellen in der "Brücke" wegen Nachdienst bzw. der dann anfallenden freien Tage; mögliche Folge: Pflegesatzerhöhung in der Tagesstätte

Maßnahme: Entwicklung eines überzeugenden Konzepts und Verhandlung mit den Kassen

Bedingung: Arbeitszeit

b) Bereitschaft der "Brücke" und des DPWV auf Landesebene, dem Kooperationsprojekt zuzustimmen

Maßnahme: Verhandeln

Bedingung: Arbeitszeit

c) Bereitschaft der Sozialarbeiter der "Brücke" zum Nachtdienst

Maßnahme: Bereitschaft bzw. Bedingungen dafür abklären

Bedingung: Arbeitszeit

Schritt 3

Baustein zum Zielbereich: Sozialpsychiatrie

Zieldimension:

- Zwangsunterbringung und vorläufige Unterbringung reduzieren.
- Gemeinsame Planung aller beratenden Dienste.

Zielvorgabe:

Vermeidung stationärer Unterbringung von Abhängigen. (Die bisherige Praxis ist, daß Sozialarbeiter mit Patienten zur Diagnostik in die Klinik gehen. Die stationäre Unterbringung liegt bei Bedarf dann nahe, zumal es keine anderen Hilfsmöglichkeiten gibt.)

Zielgruppen:

Abhängige im weitesten Sinn.

Maßnahme:

Einrichtung einer Krisenintervention rund um die Uhr.

Einschätzung:

Das GA alleine ist damit überfordert.

Daraus ergibt sich eine

Neue Zielvorgabe:

Entwicklung eines integrierten Angebots in Koopertion mit den beratenden Diensten:

- Krisenintervention rund um die Uhr,
- Errichtung einer Tages- und Begegnungsstätte.

Zielgruppen:

- Die Mitarbeiter der beratenden Dienste
- die Träger dieser Dienste.

Maßnahmen:

- Kennenlernen der verschiedenen Konzeptionen der beratenden Dienste
- regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen
- gemeinsame Entwicklung einer Konzeption für eine Tages- und Begegnungsstätte.

Einschätzung:

- Die Mitarbeiter der beratenden Dienste sind zu einem solchen Vorhaben zu gewinnen.
- Die Träger werden Einwände wegen der Kosten haben.

Arbeitsschritte:

- Die Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen,
- die Entwicklung einer Konzeption für die Tages- und Begegnungsstätte,
- Verhandlungen mit Trägern und Kostenträgern über die Abdeckung der Kosten (Pflegesatz oder Modellmittel, etc.).

Zeitlicher Aufwand:

- Organisation der Fallbesprechung 1 Monat
- Fallbesprechung 1 x wöchentlich 2 Std.
- Konzeptentwicklung 3 Monate
- Verhandlung über Kostendeckung 1 Monat nach Fertigstellung des Konzeptes.

Personalbedarf:

- 20% der Arbeitszeit der Abteilungsleitung für 9 Monate
- 1 Supervisor.

Personalkosten:

- BAT I b, 9 Monate 20%
- DM 800,-/Monat Honorar Supervision
- AVK und Fahrkostenanteile, ca. DM 500,-/Monat.

Kooperationspartner:

- Das Abteilungsteam
- die Mitarbeiter der beratenden Dienste
- die Träger dieser Dienste
- Kostenträger oder/und Modellförderer (Stiftungen, Ministerien).

Erfolgskontrolle:

- Kooperative Trägerschaft einer Tages- und Begegnungsstätte gelingt
- die Krisenintervention rund um die Uhr ist gewährleistet.

3.4 Vollversammlungen

Wie unter 2.4 dargestellt, dienten die Vollversammlungen dazu, den Arbeitsprozeß für alle Mitarbeiter transparent zu halten. Sie waren der Ort für Berichte der Arbeitsgruppen und für feedback des Plenums. Im folgenden zitieren wir aus Protokollen der VVen, um dies praktisch zu erläutern.

3.4.1 Auszüge aus Protokollen

Erste Vollversammlung

In ihr wurden die Mitarbeiter erstens über den Auftrag informiert: "Wir haben den Auftrag von der BZgA, gemeinsam mit Ihrem Amt einen exemplarischen Rahmenplan zur GE zu erstellen. Wir gehen davon aus, daß ein solcher Plan, bzw. einzelne Bausteine hierfür, nur mit Ihrer Fachkompetenz und orientiert an Maßnahmen, die Sie bereits durchführen, entwickelt werden kann. Es geht also nicht um etwas ganz Neues oder Zustätzliches, sondern um die Weiterentwicklung bereits vorhandener Vorstellungen und Maßnahmen..."

Zweitens wurden die Befragungsergebnisse mitgeteilt (s. 3.1).

Drittens wurden im Anschluß an die Berichterstattung Arbeitsgruppen gebildet, die zu folgenden Fragen Stellung nahmen:

- War die Darstellung des IKOL verständlich?
- War sie vollständig?
- War sie inhaltlich richtig?

Als Beispiel hier die Ergebnisse zur Frage der inhaltlichen Richtigkeit:

- Mitarbeiter sind der Ansicht, daß häusliche und soziale Verhältnisse bereits in die Konzeption von GE-Maßnahmen einbezogen werden.
- Mitarbeiter betonen, daß die GE nicht an erster Stelle der Tätigkeiten im GA stehe.
- Mitarbeiter halten die Multiplikatoren-Schulung in der GE des GA bereits für sehr ausgeprägt und fürchten eher Sättigungseffekte.
- Mitarbeiter halten die Einzelberatung von Bürgern für bedeutsamer als Gruppenberatungen.
- Ein Sozialraum im GA für die Mitarbeiter wird für sinnvoll gehalten.
- Der Stellenwert des GA im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung soll durch eine Bürgerbefragung abgeklärt werden.
- Die Aussage, "viele Mitarbeiter haben Lust, in der GE tätig zu werden" wird in Frage gestellt: Was heißt das genau? Sind auch Kapazitäten dafür da? Stehen sie aufgrund ihrer Aufgaben überhaupt zur Verfügung?
- Eine Verschiebung der Aktivitäten des GA in das Feld III des IKOL-Fadenkreuzes wird problematisch gesehen ("idealistische Vorstellung").

In dieser VV wurde die erste abteilungsübergreifende Arbeitsgruppe gebildet. Aus folgenden Abteilungen/Arbeitsbereichen nahmen Mitarbeiter teil: Senioren, AIDS, Umwelt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Verwaltung.

Diese Gruppe hatte die Aufgabe, sich zunächst über in Arbeit befindliche oder geplante Projekte in jeder Abteilung zu informieren, um sich dann auf einen Bereich festzulegen, für den gemeinsam eine Maßnahme oder Maßnahmen erarbeitet werden sollten.

Zweite Vollversammlung

Hier als Beispiel Protokollauszug über den Bericht der ersten Arbeitsgruppe:

... Die Gruppe beschloß, sich jeden Freitag um 10,00 Uhr zu treffen... Da sich alle kannten und der in Angriff zu nehmenden Sache überwiegend positiv gegenüber eingestellt waren, herrschte von Anfang an ein aufgeschlossenes, freundliches Klima.

Hauptsächlich die Skepsis, die als zusätzlich empfundene Arbeit in die laufende Arbeit zu integrieren, hielt sich...

Entsprechend dem Plan des IKOL wurden als erstes die in Vorbereitung befindlichen Vorhaben aus den Bereichen Umwelt, AIDS und Senioren vorgestellt:

- * Herr W. berichtete über die Aktion "Begrünung von Wänden und Dächern" und den Umweltwettbewerb für Schulen.
- * Frau Dr. S. berichtete über die Vorbereitung zur Informationswoche "Älter werden im Kreis Steinburg", deren Ziel es ist, allen Bürgern Anstöße zu geben, sich mit dem Älterwerden auseinanderzusetzen.
- * Herr N. berichtete über die Planungsziele zum Thema "AIDS", die im wesentlichen weitere Aufklärungsarbeiten, besonders in den Schulen sowie Multiplikatorenfortbildung beinhalten.
- * Frau G. erwähnte die schon laufenden Programme im Themenbereich "Kinder", wie Aktionen zum gesunden Schulfrühstück, und das Prophylaxe-Programm in den ersten Klassen zum Thema "Ernährung und Gesundheit". Dadurch, daß die Teilnehmer der Runde aus verschiedenen Arbeitsbereichen des Gesundheitsamtes kamen, konnten - bei Aufgeschlossenheit und Interesse aller Teilnehmer - vorhandene Informationslücken geschlossen werden und schon während der ersten Gesprächsrunde wurden eine Reihe von zusätzlichen Ideen zu den laufenden und geplanten Projekten entwickelt.

In den folgenden weiteren Gesprächen kristallisierte sich rasch die Haltung heraus, lieber laufende Projekte zu verknüpfen und weiterzuentwickeln, als ganz neue zu planen.

Nach der Auflistung der so bestehenden Möglichkeiten entschied sich die Planungsgruppe, ein Konzept für einen "Seniorenführer für den Kreis Steinburg" zu erarbeiten... Ausführliche Informationen über die Arbeit dieser Gruppe siehe 3.3.1.

In dieser VV wurde eine zweite Arbeitsgruppe gebildet. Das IKOL erläutert noch einmal das Vorgehen. Wie in der ersten Arbeitsgruppe sollen zunächst Inhalte gesammelt werden, die für ein weiteres Projekt bedeutsam sind, z.B. Umwelt-/Außeneinflüsse auf die Gesundheit,... passiver, aktiver Lärmschutz,...usw.

Wichtig ist, daß angesichts der allgemeinen Arbeitsbelastung ein Projekt entwickelt wird, das die ohnedies zu leistende Arbeit aufnimmt und weiterentwickelt. Auch diese Gruppe sollte möglichst abteilungsübergreifend zusammengesetzt sein. Sie traf sich ebenfalls freitags um 10 Uhr.

Dritte Vollversammlung

In dieser VV berichtete die erste Arbeitsgruppe und die neugebildete zweite Gruppe "Gesundheit und Umwelt", deren Bericht wir hier beispielhaft aufnehmen.

"Die Diskussion der AG hat sehr schnell gezeigt, daß es sich um ein außerordentlich kompliziertes Thema handelt. Die AG hat bisher neunmal getagt. Dabei gab es Schwierigkeiten, Kontinuität in der Arbeit herzustellen, weil es

- schwer war, allen Teilnehmern passende Termine zu finden,
- die Urlaubszeit begonnen hat,
- die Gruppe mit nur 5 Mitgliedern besetzt ist,

und daher häufig in wechselnder Besetzung getagt werden mußte.

Folgende Themen wurden als mögliche Arbeitsgebiete in die Diskussion einbezogen:

- "Grüne" Umwelt, Schutz der Natur,
- Abfall,
- Luftbelastung,
- Wasserverschmutzung,
- Straßenverkehr,
- Belastung von Nahrungsmitteln,
- Chemie im Haushalt,
- Anlage eines Öko-Gartens.

Ausführlich wurden die Möglichkeiten diskutiert, mit Ärzten des Kreises der quantitativen Entwicklung von Allergien nachzugehen. Aus Kreisen der niedergelassenen Ärzteschaft war seinerzeit hierzu im Rahmen der Befragung durch das IKOL Interesse geäußert worden. In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit, ein Netz von "Meldepraxen" aufzubauen, diskutiert.

Nach ausführlicher Beratung wurde ein solches Projekt verworfen, weil

- der Kreis Steinburg als Reinluftgebiet wenig geeignet sei,
- eine Meßstation für Luftbelastung nicht (zumindest nicht einfach und schnell) zur Verfügung steht,
- die Ergebnisse eines solchen Projekts erst nach längerer Zeit zu soliden Aussagen hinreichen,
- in der Zwischenzeit drei niedergelassene Ärzte mit einem vergleichbaren Projekt in eigener Verantwortung begonnen haben.

Anschließend wurde das Thema "Belastung von Trinkwasser mit Nitraten und Pestiziden" ausführlich diskutiert. Ein Projekt zu diesem Thema wurde ebenfalls verworfen, weil

- zur Nitratbelastung bereits viel im GA bekannt sei, andererseits die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Verursacher gering seien und daher Einzelberatung Betroffener eine Alternative sei;
- hinsichtlich der Pestizide weder die Art der Pestizide, die zu untersuchen seien, abschließend klar, noch die Nachweismethoden ausgereift seien. Zudem seien solche Messungen teuer, es sind Finanzierungsprobleme zu lösen, worauf das GA geringe Einwirkungsmöglichkeiten hat.

Die AG hat sich daher darauf geeinigt, "Umwelttips" in Form von Faltblättern herzustellen, die in Mappen zusammengefaßt werden können.

Ausführlicher Bericht über die Arbeit dieser Gruppe siehe 3.3.2."

Auch in dieser VV wurde wieder über die Ziele des Gesamtprojekts diskutiert.

"Es geht letztlich um die Frage, welche Funktionen Gesundheitsämter langfristig haben sollen und können. Wie sich die Aufgaben ggf. in Zukunft verändern und unter welchen Bedingungen solche Veränderungen möglich sind.

In diesem Zusammenhang gilt es, Bausteine der Gesundheitsförderung im Sinne der OTTAWA CHARTA zu entwickeln, die

- zur Neudefinition der Aufgaben des GA erste Schritte darstellen,
- die von anderen Gesundheitsämtern mit ähnlicher Zielsetzung übernommen werden können.

Dabei geht es auch darum, die Schwierigkeiten, die sich für Gesundheitsämter in einem solchen Prozeß ergeben zu beschreiben und Lösungsvorschläge zu erarbeiten."

Vierte Vollversammlung

Als Beispiele aus dieser VV werden die Darstellungen von Problemen in beiden Gruppen hier aufgenommen:

AG Seniorenwegweiser

...Das Hauptproblem ist die Weiterführung des Projekts mit den Schwerpunkten:

- weitere 5000 Exemplare drucken lassen, legen und versenden;
- Antwortkarten sammeln und den Wegweiser damit laufend aktualisieren;
- Kontakte zu den Gruppen und Verbänden sichern;
- auf eine Übernahme der Herausgeberschaft durch die Seniorenuntergruppe der Kreis-AG "Gesundheitsförderung" hinarbeiten.

Die Frage ist, welche Arbeitskraft dies mit welchem Zeitaufwand machen kann...

AG Gesundheit und Umwelt

... Im einzelnen gibt es folgende Probleme:

- Weiterhin stark wechselnde Besetzung durch Urlaub und andere Arbeitsbelastung.
- Die Fachkompetenz ist in der Gruppe sehr ungleich verteilt: Alle außer dem Gesundheits-Ing. müssen sich ganz neu in die Umweltberatung einarbeiten. Dies ist erstens zeitaufwendig und führt zweitens dazu, daß der Gesundheits-Ing. ständig um Rat gefragt werden muß. Es stellt sich die Frage, ob er die Blätter dann nicht gleich selbst machen kann.
- Es gibt Kooperationsschwierigkeiten im Umfeld... So wurde das GA als Teilnehmer einer Umweltmesse in Itzehoe wieder eingeladen. Aus diesem Grund dürfte es schwierig sein, die Sammelmappe z.B. als Gemeinschaftsprojekt der Umweltgruppen im Kreis herzustellen und die AG damit vom Schreiben der Bürgerinformationen selbst zu entlasten (AG als Redaktion)."

In beiden Gruppen ging es also um Arbeitsbelastung und um die Frage, wie Entlastung für diese neuen Aufgaben erreicht werden könne.

Aus der Diskussion hierüber: Das IKOL berichtet über eine weitere in Planung befindliche Arbeitsgruppe, "es handelt sich um eine AG der Amtsleitung... weil Planungsaufgaben Leitungsaufgaben sind. Unter Einbeziehung der bisherigen Gruppenergebnisse sollen die langfristigen Ziele (5 Jahre) festgelegt und die juristischen, personellen, kostenmäßigen und zeitlichen Bedingungen für einzelne Maßnahmen/Arbeitsschritte erarbeitet werden. Es geht darum, Prioritäten in den Aufgaben des GAs festzulegen (unter Einbezug der bestehenden Aufgaben). Es sind Begründungskriterien zu entwickeln, um entscheiden zu können, welche Ziele verfolgt werden können und welche Ziele nicht oder nicht mehr

verfolgt werden... Von den Mitarbeitern wird diese Gruppe positiv aufgenommen, weil man sich von der Leitung Entlastung durch stärkere Planung und Strukturierung (klare Aufgabenverteilung, Aufgabenstreichung) erwartet."

In der Diskussion werden aber auch von den Mitarbeitern des IKOL mehr inhaltliche Vorschläge, nicht nur Moderation in diesem Zusammenhang erwartet.

Es wurde in dieser VV eine dritte AG "Gestaltung des Amtes" gebildet, die fast spontan und mit hohem Engagement von Mitarbeitern zustande kam.

Fünfte und letzte Vollversammlung

Im Februar 1990 fand die letzte Vollversammlung statt.

Tagesordnung:

1. Berichte der Arbeitsgruppen 2 (gesundheitlicher Umweltschutz), 3 (Gestaltung des Amtes) und 4 (Leitungsgruppe).
2. Projektabschluss
3. Mitwirkung des Amtes am Projektbericht.

Zu TOP 1:

Zum Stand und Bericht der Gruppen 2 und 3 siehe Kapitel 3.2.2, S. 46 und 3.2.3, S. 59.

Wir beschränken uns hier auf den Bericht der Gruppe 4 (Leitungsgruppe).

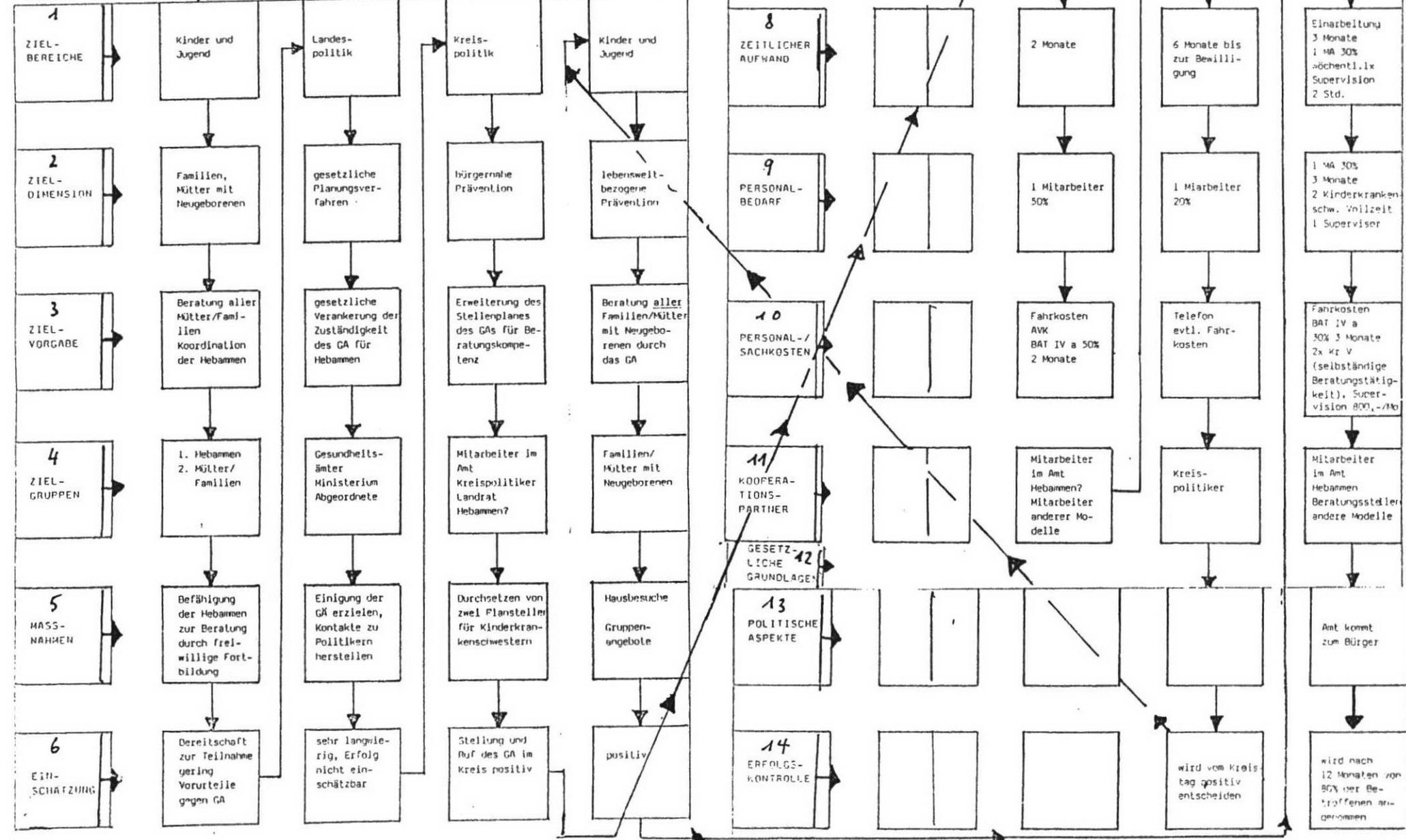
"In der Leitungsgruppe wurden Handlungsschritte für Planungsverfahren erprobt (siehe hierzu S. 9 und S. 81).

Es stellte sich bald heraus, daß ein solches Planungsverfahren außerordentlich zeitaufwendig ist. Dieser Aufwand ist dann gerechtfertigt, wenn verbindliche Entscheidungen über Prioritäten und langfristige Ziele erfolgt sind. Da dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt (vor den Kommunalwahlen) aus politischen Gründen nicht möglich ist (unzulässige Vorwegnahme kreispolitischer Ziele durch das Amt), beschloß die Gruppe, an Beispielen das Planungsverfahren/den Planungsablauf zu erproben. Dies wurde an zwei Beispielen von einem Mitarbeiter des IKOL durch folgende Schaubilder vorgestellt:¹³

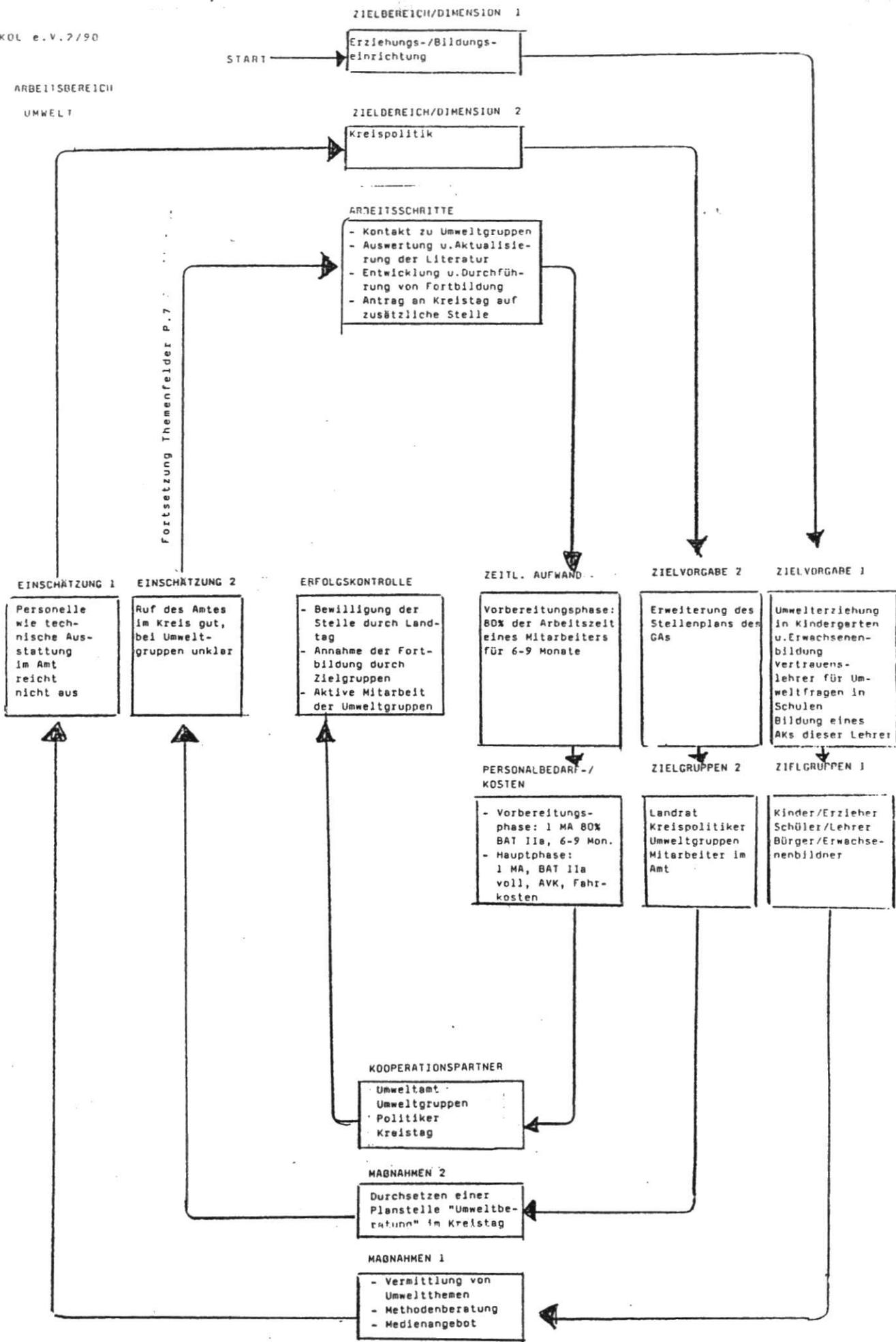
¹³ Die Schaubilder wurden für diesen Bericht gegenüber dem Protokoll aktualisiert.

PLANUNGSVERFAHREN (Ablaufplan)
zur Entwicklung eines Gesundheitsplanes am Beispiel:
"Familien mit Neugeborenen"

IKOL n.V. 2/90



ARBEITSBEREICH
UMWELT



In der VV wurde beschlossen, daß das IKOL mit einzelnen Mitarbeitern des Amtes für die vier Bereiche

- Gesundheitsförderung im Bereich Senioren
- Gesundheitlicher Umweltschutz
- Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen
- Sozialpsychiatrie

je ein Beispiel ausarbeitet (s. Seite 82 ff).

Zu TOP 2:

Mit diesen Beispielen sollte das Projekt abgeschlossen werden. Diesem Vorschlag stimmte die VV zu.

Zu TOP 3:

Es wurde beschlossen, die Gruppe 4 (Leitungsgruppe incl. der Gruppenvertreter) an der Erstellung des Berichtes dergestalt zu beteiligen, daß vom IKOL jeweils Berichtsentwürfe an alle Mitarbeiter der Gruppe verschickt werden, um ihre Kritik, Ergänzungs- und Änderungsvorschläge aufzunehmen.

In einer abschließenden Gruppensitzung soll der Bericht dann verabschiedet werden.

Auch diesem Verfahren wurde von der VV zugestimmt."

Es hat sich im Nachhinein herausgestellt, daß die Beteiligung von neun Mitarbeitern an der Erstellung des Berichtes für alle außerordentlich zeitaufwendig und belastend war. Ein Mitarbeiter als Ansprechpartner für das IKOL, der im Zweifelsfall Rücksprache mit der Amtsleitung oder mit Kollegen nimmt, hätte wohl ausgereicht und den Arbeitsprozeß möglicherweise beschleunigt.

Die abschließende Sitzung der Gruppe mit den Mitarbeitern des IKOL fand am 28.09.1990 statt.

4. ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSBETRACHTUNG

Ziele des Vorhabens waren:

- Das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg bei der Entwicklung eines Gesundheitsplanes zu beraten;
- dieser sollte am in der OTTAWA CHARTA formulierten Verständnis von Gesundheitsförderung orientiert sein;
- die hierbei gemachten Erfahrungen sollten im Sinne eines Gesundheitsrahmenplanes in Handlungsanleitungen umgesetzt werden.

4.1 Konzeptioneller Ansatz

Die OTTAWA CHARTA formuliert die folgenden Aufgaben der Gesundheitsförderung:

- Fördern und begleiten,
- Ressourcen in sozialen Netzen erschließen,
- Dialog führen,
- an der Lebenswelt ausrichten,
- parteilich für die Gesundheit der Bevölkerung eintreten.

4.1.1 Zum Prinzip der Beteiligung und Kooperation

Eine an diesen Aufgaben orientierte Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung setzt ihre Umsetzung im Gesundheitsamt selbst voraus, d.h. der vom IKOL zu stimulierende und zu begleitende Planungsprozeß mußte durch ein Höchstmaß an Beteiligung der Mitarbeiter, an Kooperation, an Information, an Offenheit und Transparenz, unabhängig von Hierarchiestufen und Zuständigkeiten gekennzeichnet sein.

4.1.2 Zum Prinzip der abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit

Das neue Gesundheitsförderungsverständnis ist so umfassend, daß es keine Abteilung und keine Berufsgruppe gänzlich unberührt läßt. Deshalb war der Planungsprozeß als Querschnittsaufgabe, d.h. abteilungsübergreifend zu organisieren.

4.1.3 Zum Lernprozeß

Ein Lernprozeß, der planerische Kompetenz zum Ziel hat, sollte sehr nah am Alltagshandeln des Amtes und im Amt orientiert sein, d.h., es galt im Amt, bestehende Arbeitsschwerpunkte und Interessen fortzuentwickeln und nicht "am grünen Tisch" fiktive Pläne zu entwerfen.

4.2 Ablauf des Vorhabens

Das Vorhaben gliederte sich in drei Stufen, die auch zeitlich im wesentlichen aufeinander folgten:

4.2.1 Erhebung der Ausgangslage: zugleich warming-up.

4.2.2 Abteilungsübergreifende Arbeitsgruppen zur Entwicklung einzelner Bausteine für Gesundheitspläne, zugleich praktische Einübung in die von der OTTAWA CHARTA formulierten Aufgaben der Gesundheitsförderung.

4.2.3 Leitungsgruppe zur Entwicklung des Gesundheitsrahmenplanes und zur daraus abzuleitenden, am Gesundheitsrahmenplan orientierten Handlungsanleitung durch das IKOL.

4.2.4 Um die Mitarbeit und Information aller Mitarbeiter während des Gesamtprozesses sicherzustellen, wurden regelmäßige Vollversammlungen durchgeführt, in denen der Stand des Vorhabens zur Diskussion gestellt und grundlegende Schritte der Weiterarbeit beschlossen wurden.

Es wurden von jeder Arbeitssitzung (Vollversammlungen und Arbeitsgruppen) Protokolle geschrieben, die allen Beteiligten zur Verfügung standen.

4.3 Wichtige Ergebnisse

4.3.1 Die Ausgangslage

Das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg hat auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten viele Erfahrungen gesammelt. Speziell bei der Arbeit mit Kindern, aber auch in der Sucht- und AIDS-Prävention wird zielgruppenbezogen und aufsuchend (also in Schulen, Kindergärten, Freizeiteinrichtungen) gearbeitet. Multiplikatoren sind dabei stets einbezogen; sie werden mit Medien versorgt und bei deren Einsatz beraten.

Die Forderungen der GMK von 1982 werden von diesem Gesundheitsamt schon sehr weitgehend erfüllt. Das Gesundheitsamt ist Initiator und Koordinator bei der Zusammenarbeit mit vielen anderen Organisationen vor Ort. Die gesundheitsbezogene Kooperation wird über verschiedene Arbeitsgemeinschaften organisiert.

Das Gesundheitsförderungskonzept der CHARTA von OTTAWA verlangt jedoch die Erweiterung der individuell-erzieherischen Arbeit um einen Ansatz, der Menschen in ihrer Lebenswelt dabei unterstützt, selbstbestimmt an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage mitzuwirken. Der Blick auf das gesundheitsschädigende oder riskante Verhalten des einzelnen soll ergänzt werden durch die Betrachtung

- der sozialen Hintergründe dieses Verhaltens,
- der Gesundheitsgefahren aus der Umwelt(-belastung),
- aber auch der ungenutzten gesundheitsförderlichen Potentiale, die in der kommunalen Politik, der gegenseitigen Unterstützung der Menschen und der Fähigkeiten des einzelnen begründet liegen.

Dieser "Globalansatz" Gesundheitsförderung im Sinne der WHO wird im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg erst in Ansätzen erkennbar. Dies hängt mit dem im Amt vorhandenen GE-Verständnis bzw. mit den Zielen des GAS zusammen, aber auch mit fehlenden Ressourcen ebenso wie mit ungünstigen gesetzlichen Rahmenbedingungen wie der Verlagerung der Zuständigkeit für den gesundheitlichen Umweltschutz vom Sozialministerium auf das Umweltministerium.

4.3.2 Abteilungs- und berufsübergreifende Arbeitsgruppen

In drei Arbeitsgruppen wurden einzelne Bausteine zur Gesundheitsförderung erarbeitet und die in der CHARTA von OTTAWA formulierten Prinzipien der Gesundheitsförderung einbezogen. Im einzelnen entstanden:

- ein Seniorenführer,
- eine Faltblattserie zum gesundheitlichen Umweltschutz,
- Vorschläge und ihre Realisierung zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der "Lebenswelt Gesundheitsamt" für Mitarbeiter und Besucher.

4.3.3 Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan"

Auf der Basis der in den abteilungs- und berufsübergreifenden Arbeitsgruppen erarbeiteten Bausteine sollten die gesundheitserzieherischen Schwerpunkte des Gesundheitsamtes für die nächsten fünf Jahre festgelegt und die juristischen, personellen, kostenmäßigen und zeitlichen Bedingungen für einzelne Maßnahmen erarbeitet werden.

Hierfür legte das IKOL einen Leitfaden vor. Das Planungsverfahren wurde vom IKOL zur Entwicklung einer Handlungsanleitung, orientiert an den Themenfeldern eines Gesundheitsrahmenplanes, begleitet und ausgewertet.

4.4 Schlußfolgerungen

Die Aufstellung von Gesundheitsplänen zur Verwirklichung der Gesundheitsförderung im Sinne der CHARTA von OTTAWA in den Gesundheitsämtern hat sich als außerordentlich anspruchsvolles Vorhaben erwiesen. Die Tatsache, daß das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg seit Jahren Gesundheitserziehung intensiv betreibt sowie die hohe Motivation der Mitarbeiter, das Vorhaben "Entwicklung eines Gesundheitsrahmenplanes" mit ihrer Sachkenntnis und Arbeitszeit zu unterstützen, haben zur realistischen Einschätzung der Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzungen eines solchen Vorhabens beigetragen.

4.4.1 Möglichkeiten

- Das Vorhaben hat gezeigt, daß Gesundheitsämter prinzipiell in der Lage sind, Gesundheits-(Einzel)pläne zur Gesundheitserziehung (-förderung?) aufzustellen.
- Mitarbeiter sind auch über einen längeren Zeitraum für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen.
- Mitarbeiter des Gesundheitsamtes sind kenntnisreiche Experten hinsichtlich der Entwicklung gesundheitserzieherischer Maßnahmen.
- Die Multiprofessionalität des Gesundheitsamtes ist eine der essentiellen Voraussetzungen für die Verwirklichung der Gesundheitsförderung entsprechend der CHARTA von OTTAWA.

4.4.2 Grenzen

- Die Aktivitäten der Gesundheitserziehung (-förderung) orientieren sich an den im Amt vorhandenen Qualifikationen.
- Die Personalkapazität der Gesundheitsämter ist knapp und auf die gesetzlichen Aufgaben ausgerichtet. Umverteilungen im Blick auf neue Aufgaben sind daher nur in engem Rahmen möglich.
- Die Zuständigkeit anderer Ämter in wichtigen Teilbereichen der Gesundheitsförderung, wie z.B. Umwelt- und Arbeitsschutz, grenzt den Wirkungskreis des Gesundheitsamtes in diesem Zusammenhang ein. Hier wäre allerdings ein Ansatzpunkt für Kooperation und die koordinierende Aufgabe der Gesundheitsämter im Sinne der WHO.
- Die Einbindung des Gesundheitsamtes in die allgemeine Verwaltung begrenzt seine Gestaltungsmöglichkeiten.

4.4.3 Voraussetzungen

- Bereitschaft zur Teilnahme:
Bevor die Aufnahme eines solchen Vorhabens von einem GA entschieden wird, muß explizit die Bereitschaft der Mitarbeiter zur Mitarbeit geklärt sein.
- Arbeitsklima:
Das Arbeitsklima muß frei von großen und akuten Konflikten sein, die sachbezogene Zusammenarbeit aller muß möglich sein.
- Infrastruktur:
Die Infrastruktur des GAS in personeller (Qualifikation und Personen), sächlicher (Arbeitsmittel) und räumlicher Hinsicht muß ausreichend sein.
- Leitung:
Gesundheitsämter sind weitgehend hierarchisch organisierte Einrichtungen. Daher ist für das Gelingen von GF-Maßnahmen entscheidend:
 - * klare Zielvorgaben durch die Leitung;
 - * Kontinuität und Transparenz aller Entscheidungen;
 - * Einigkeit der Amtsleitung in den entscheidenden Fragen nach innen und außen;
- Kooperationsverhalten:
Gesundheitsförderung wird als Querschnittsaufgabe im Amt organisiert. Die hierfür notwendigen Kooperationsverfahren und -voraussetzungen sind zu schaffen. Zur Koordination einer Querschnittsaufgabe bedarf es klarer Zuständigkeiten

Die Kooperation in Arbeitsgruppen unterliegt förderlichen und hemmenden Bedingungen.

	förderliche Bedingungen	hinderliche Bedingungen
Zugang der Teilnehmer/innen zur Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> * freiwillig * interessegeleitet 	<ul style="list-style-type: none"> * von der Abteilung oder Amtsleitung in die AG abgeordnet
Projekt	<ul style="list-style-type: none"> * dringlich * gesundheitspolitisch relevant * politischer Auftrag * Einbindung in Gesamtprojekt des Amtes (s. Seniorenführer/Seniorenwoche) 	<ul style="list-style-type: none"> * Ertrag des Projektes ist nicht klar im Vorweg zu definieren
Gruppengröße	<ul style="list-style-type: none"> * 6 - 9 Teilnehmer/innen 	<ul style="list-style-type: none"> * unter 5 Teilnehmer/innen = keine Kompensationsmöglichkeiten bei Urlaub, fehlender Motivation einzelner, etc. * über 9 Teilnehmer/innen = erhöhte Unverbindlichkeit
Zeitbudget und -organisation	<ul style="list-style-type: none"> * regelmäßiger, wöchentlicher, gleichbleibender Termin * hauptsächlich Vollzeitkräfte in der AG 	<ul style="list-style-type: none"> * unregelmäßige Treffen / Treffen "nach Absprache" * Kollision mit anderen amtsinternen Besprechungen * viele Teilzeitkräfte in der Gruppe
Organisationskultur	<ul style="list-style-type: none"> * projekt- und zielorientiertes Arbeiten wird hoch bewertet 	<ul style="list-style-type: none"> * Routine und Pflichtaufgaben werden hoch bewertet

Der Amtsarzt des Gesundheitsamtes des Kreises Steinburg faßt das Vorhaben mit folgender Bemerkung zusammen:

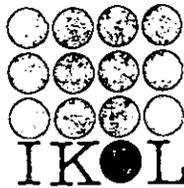
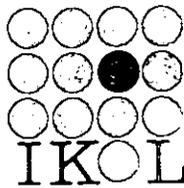
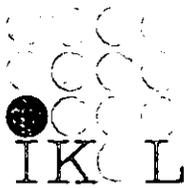
"Ein zeitgemäßes und zukunftsorientiertes Gesundheitsamt hat zwar eine Reihe traditioneller Aufgaben und auch Pflichtaufgaben zu erfüllen, es hat aber auch die Aufgabe des Initiators, des Koordinators und des Planers für Gesundheitsfragen in seinem Wirkungskreis - besonders auch im Bereich der Gesundheitsförderung. Hier muß vorausschauend und langfristig konzipiert und geplant werden, ein "Gesundheitsplan" ist erforderlich".

4.5. Empfehlungen für Nachahmer

Vor Beginn der konkreten Arbeit an einem Gesundheitsplan durch ein Gesundheitsamt ist es nützlich, folgende Fragen zu stellen und zu beantworten:

- 4.5.1 Ist das dem angestrebten Gesundheitsplan zugrundegelegte Verständnis der Gesundheitsförderung im Amt bekannt und wird es mehrheitlich getragen?
- 4.5.2 Welche neuen Aufgaben stehen unter einem erweiterten bzw. veränderten Verständnis der Gesundheitsförderung an?
- 4.5.3 Was bedeuten neue Aufgaben und ein neues Aufgabenverständnis für die Organisation im Amt?
- Verzicht auf welche Amtsaufgaben zugunsten neuer Aufgaben? Wer kann sie ggf. übernehmen?
 - Umorientierung bestehender Dienste, ggf. welcher?
 - Schaffung eines neuen Dienstes/einer neuen Abteilung?
 - Erweiterung der Kompetenzen durch Fortbildung, durch Gewinnung von Honorarkräften, durch Neueinstellung?
 - Konsequenzen für den Haushalt?
- 4.5.4 Wie ist die Interessenlage und entsprechend die Motivation zur Mitarbeit im Amt?
- 4.5.5 Wie hoch ist die Bereitschaft der für das Amt zuständigen Gremien in Politik und Verwaltung, ein verändertes Aufgabenverständnis mitzutragen?
- 4.5.6 Welche Ressourcen stehen für die Lösung möglicherweise auftretender interpersoneller Konflikte im Amt zur Verfügung? Z.B. Supervision, Organisationsberatung.

- 4.5.7 Was bedeutet ein neues Aufgaben- und Rollenverständnis des Amtes (von Konsensorientierung zur Konfliktbereitschaft, von Neutralität zur Parteilichkeit) für die Position und das Ansehen des Amtes in der Öffentlichkeit, bei Bürgern, Politikern, Verbänden, Kooperationspartnern?
- 4.5.8 Welche Persönlichkeiten/Institutionen aus dem Zuständigkeitsbereich des Amtes sind bereits in die Vorüberlegungen für das Planungsverfahren einzubeziehen, wenn dieses Aussicht auf Erfolg haben soll?



IKOL e.V.
Institut für kooperatives Lernen
in Forschung, Fortbildung und Beratung

Programm zur Intensivierung der
Gesundheitserziehung durch den
Öffentlichen Gesundheitsdienst
("ÖGD-Programm")

Ergebnisse des Projektes
"Gesundheitsrahmenplan"

Teil I: Gesundheitsamt des
Kreises Steinburg (Itzehoe)

Abschlußbericht

ANLAGEN

Oktober 1990

- ANLAGE 1: Interviewleitfaden
- ANLAGE 2: Graphische Darstellung der Arbeitsschritte
- ANLAGE 3: Tabellarische Übersicht aller Sitzungen
- ANLAGE 4: Fragebogen zur Erstellung des Seniorenführers
- ANLAGEN
5 - 8 : Informationen zu Umwelt und Gesundheit, Faltblätter
- ANLAGE 9: Leitfaden zur Entwicklung eines Gesundheitsrahmenplanes

A N L A G E 1

I K O L e.V.

Interviewer:

INTERVIEWLEITFADEN ÖGD-Projekt

Datum:

Name..... Vorname..... Amtsbez.....

Alter: < 30 J ... 30-50 J ... > 50 J ...

Wohnort: in der Stadt ...
im Kreis ...
außerhalb d.Kreises ...

im GA seit Arbeitszeit H/Wo

Abteilung Raum Tel.:
Innendienst% Außendienst%

1. Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit. Schätzen Sie Prozentanteile.

2. Hat sich in Ihrer Tätigkeit im letzten Jahr etwas geändert?

3. Was verstehen Sie unter GE?
Wie erklären Sie einem Freund, Partner, Kind, was GE ist?

4. Wenn Sie GE machen könnten wie Sie wollten, würden Sie dann lieber auf Gruppen zugehen oder auf Einzelne?
Wie machen Sie es heute? - Wenn Gruppen, welche?

5. Wenn Sie tun könnten, was Sie für richtig halten, welche Tätigkeiten, die Sie tun, a würden Sie streichen (einschl. der gesetzl. vorgeschriebenen)?

b Was würden Sie tun?

6. Mit welchen Personen, Dienststellen oder Gruppen innerhalb oder außerhalb des GA arbeiten Sie im Rahmen der GE eng zusammen?

Innerhalb

Außerhalb

7. Wie effektiv ist diese Kooperation?

8. Wie stellen Sie sich die nächsten zwei Jahre Ihrer GE-Tätigkeit vor?

so wie bisher ... intensivieren ...

Neues tun, nämlich:

9. Ist Ihre Tätigkeit bekannt und anerkannt?

Im GA/bei Kollegen ... In Stadt/Kreis ...

Bei den Adressaten ...

10. Sind Sie der Meinung, daß Ihr Vorgesetzter die Bedeutung Ihrer GE-Arbeit kennt und anerkennt?

ja ... nein ... teils,teils ... weiß nicht ...

11. Werden in der Öffentlichkeit in Stadt/Kreis Themen mit gesundheitlicher Bedeutung diskutiert?

Aktuell?

12. Welche Hauptaufgaben sehen sie für die GE des GA?

In der Stadt

Im Kreis

13. Wie schätzen Sie den Ruf Ihres GA in der Stadt/Kreis ein?
gut ... mittel ... schlecht ... nicht vorhanden ...
14. Sind Sie im GA bezüglich Ihrer Arbeit gut informiert?
ja ... nein ... teils,teils ...
15. Wissen Sie auch das Wichtigste aus den anderen Abteilungen?
ja ... nein ... teils,teils ...
in der Regel später (zu spät) ...
16. Wird Ihr Sachverstand anerkannt?
ja ... nein ... teils,teils ...
17. Wenn Sie in Ihrer Arbeit dringend Rat oder Hilfe brauchen,
an wen wenden Sie sich?

Wenn Sie Ärger haben in der Arbeit, bei wem werden Sie ihn los?

-
18. Würden Sie insgesamt betrachtet das Arbeitsklima im Ga für
ausgezeichnet... gut... mittel... eher schlecht...
bezeichnen?

Finden regelmäßig Abteilungsbesprechungen statt?
ja ... nein ...

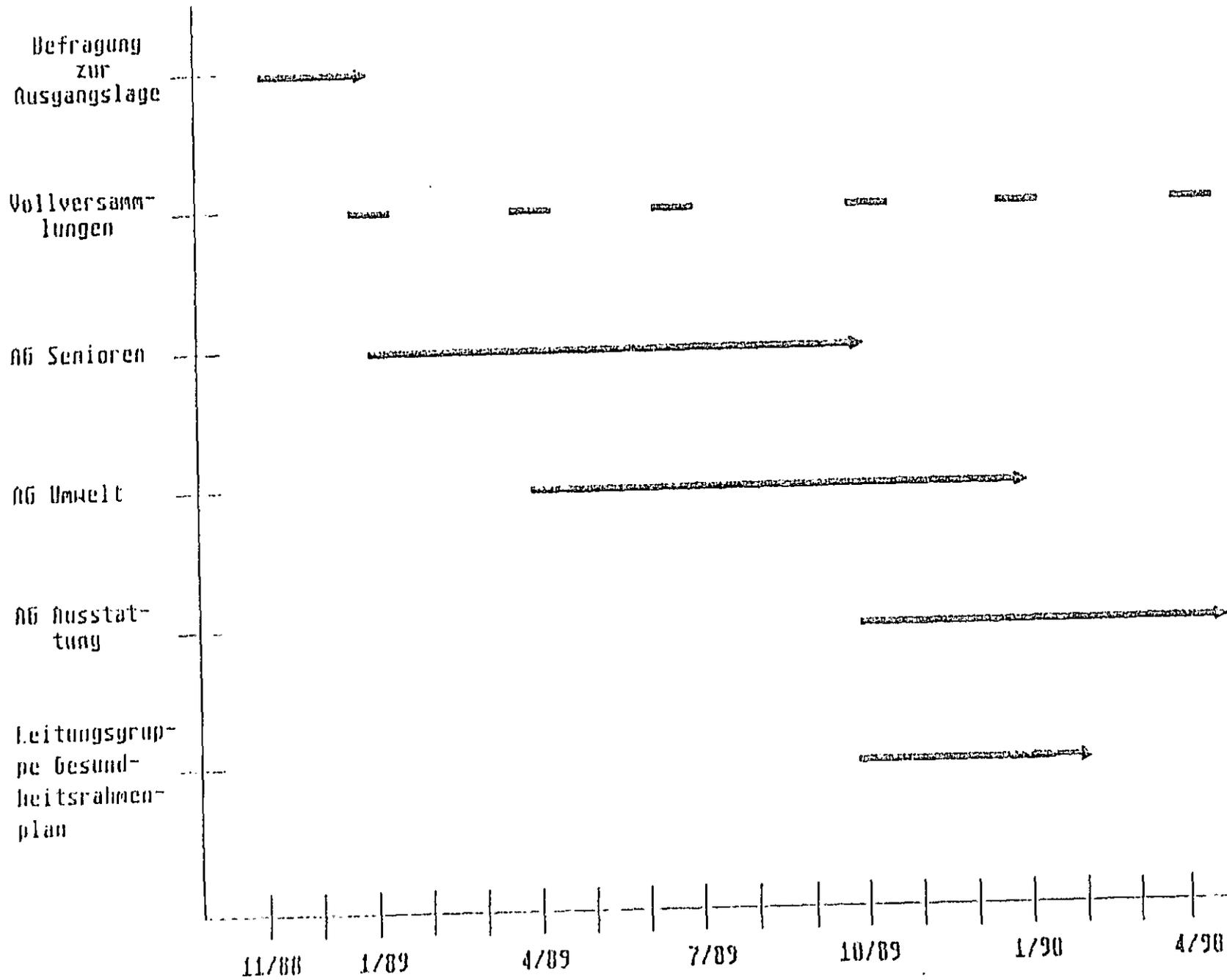
19. Gibt es Ihrer Meinung nach gesundheitsbeeinträchtigende
Arbeitsplätze oder -bedingungen im GA?
Nämlich:

20. Wann haben Sie zum letzten Mal an einer Weiterbildung außer-
halb des GA teilgenommen?

Jahr
Thema

-
21. Haben Sie persönliche Erwartungen in bezug auf unsere Arbeit?

A N L A G E 2



15
 14
 13
 12
 11
 10
 9
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1

JKOL e v
6.1/90

A N L A G E 3

Tabellarische Übersicht der vom IKOL zwischen Januar 1989 und April 1990 im GA des Kreises Steinburg mit Mitarbeitern durchgeführten Sitzungen (VV und Agn)

13.1.89

Erste Vollversammlung

- Berichterstattung über die Ergebnisse der Befragungen/
Feedback durch das Team von IKOL zu den Themen :
 - a) Rahmenbedingungen der Arbeit im Amt
(Mitarbeiterstruktur, Themen und Arbeitsweisen der GE)
 - b) Verständnis von Gesundheitserziehung im GA Steinburg /
in der Ottawa-Charta
 - c) Kommunikations- und Kooperationsstruktur im Bereich GE
des Amtes
- Diskussion des Feedbacks in vier Arbeitsgruppen, Referieren der Ergebnisse im Plenum
- Bildung einer Arbeitsgruppe zur Planung einer ersten
Maßnahme; in der Arbeitsgruppe sind die momentanen
Arbeitsschwerpunkte des Amtes vertreten. Außerdem ist die
Gruppe abteilungs- und berufsgruppenübergreifend zusammen-
gesetzt.

27.1. - 17.3.89

Arbeitsgruppe Seniorenführer

Wöchentliche Sitzungen der Planungs-AG mit mindestens einem
Mitarbeiter von IKOL; im einzelnen:

- 27.1. Die bisherigen Planungen der einzelnen Abteilungen für das
Jahr 1989 werden referiert und erläutert (Themenbereiche
Umwelt, AIDS, Senioren und Kinder), um gegebenenfalls
daran anknüpfen zu können.

- 14.4. Das Anschreiben zum Fragebogen, der Bogen selbst und der Verteiler werden überarbeitet und erhalten ihre endgültige Form. Es werden inanzierungsmöglichkeiten erörtert.
- 21.4. Die für die Broschüre vorgesehenen alltagsnahen praktischen Tips stehen im Mittelpunkt der Sitzung: ein Merkblatt für potentielle Autoren, Ansprechen der Autoren, eigene Beiträge des GA.
- 28.4. Diese Sitzungen dienen wie die folgenden zunächst der gegenseitigen Information über den Stand der verteilten Arbeiten (Verschicken der Bögen, Ansprechen von Tip-Autoren, etc.). Druck- und Satzmöglichkeiten sowie deren Finanzierung (Schutzgebühr, Sponsoren, Anzeigen, Zuschüsse) werden besprochen.
- & 5.5.
- 16.5. Von dieser Sitzung an wird der Befragungs-Rücklauf zum Thema: Formulieren und Verschicken eines Erinnerungsschreibens, erste redaktionelle Überlegungen. Es fällt eine Entscheidung für eine Erstellung des Heftes mit "Bordmitteln": Satz in Eigenarbeit, Druck in der Kreisdruckerei. Ein Teilnehmer der AG wechselt auf Wunsch von IKOL in die zweite Planungs-AG über und verabschiedet sich.
- 19.5. Die Gesamtkonzeption des Seniorenwegweisers wird neu besprochen und in Einzelheiten festgelegt. Eingehende "Tips" von örtlichen Autoren werden zur redaktionellen Überarbeitung an die AG-Mitglieder verteilt.
- 25.5. Themen: Stand des Rücklaufs und das implizite Altenbild des Wegweisers, wie es sich in Überlegungen zur Umschlag- und Titelgestaltung zeigt.
- 2.6. Rubrizierung der Angebote. Überarbeitung von Tips.
& 9.6. Umschlaggestaltung.
- 16.6. Die Autoren von Tips erhalten eine überarbeitete Fassung ihres Entwurfs zur Kenntnis. Ein erster Umschlagentwurf stößt bei Seniorenverbänden und Amtsleitung auf Widerspruch und wird zurückgezogen. Aufgrund von Rückmeldungen auf den Fragebögen wird die geplante Auflage erhöht. Vorbereitung der 3.VV.
- 23.6. Ein neuer Umschlagentwurf wird vorgelegt, die Einzelheiten des Drucks mit einem Kreisdrucker besprochen.
- 3.7. Endredaktion.
- 10.-15.7. Erstellen der Druckvorlage.

- 3.2. Es werden weitere Vorschläge und Projektideen gesammelt und besprochen (hauptsächlich "Bestandsaufnahme von Angeboten für Senioren im Kreis" und "Umwelt und Allergien/Hautkrankheiten").
- 10.2. Entscheidung für eine Bestandsaufnahme des Angebots für Senioren mit daraus folgender Zusammenstellung eines Seniorenwegweisers als ersten Maßnahmevorschlag im Rahmen des Projektes; erste Überlegungen, z.B. über mögliche Themenbereiche ("Was könnte für ältere Menschen im Kreis interessant und nützlich sein?").
- 17.2. Die Ziele der geplanten Maßnahme werden genauer gefaßt und Eingrenzungskriterien für die zu erhebenden Angebote formuliert. Einzelne AG-Mitglieder übernehmen Unteraufgaben bis zur nächsten Sitzung (Entwürfe vorlegen).
- 24.2. Besprechung der Entwürfe zu einem Anschreiben, einem Fragebogen, einer Gesamtkonzeption und einem Verteiler. Eine Untergruppe zu Konzeption und Fragebogen wird eingesetzt.
- 3.3. Grundsätzliche Skepsis bezüglich der Maßnahme wird geäußert und diskutiert. Weiterarbeit an der Konzeption des Wegweisers. Für die Maßnahme ist zwischenzeitlich personelle Untertützung durch die Verwaltung zugesagt worden.
- 10.3. Themen: Finanzierung des Seniorenführers, Weiterarbeit an Fragebogen und Verteiler.
- 17.3. Vorbereitung des Berichts über die laufende AG auf der 2.VV. Der Fragebogen wird noch einmal überarbeitet. "Stimmungsbild" zu Verlauf und Zusammenarbeit der Planungs-AG.
- 6.4. Treffen zum Durchsprechen des Berichts auf der 2.VV

7.4.89

Zweite Vollversammlung

- Bericht der ersten Planungs-AG
- Einleitung der Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahme
- Einsetzen einer zweiten Planungs-AG

Arbeitsgruppe gesundheitlicher Umweltschutz

- 14.4. Auf Vorschlag von IKOL beschränkt sich die AG von vorne herein auf das Themengebiet "Gesundheit und Umwelt". Es werden Themen für die Ausarbeitung einer Gesundheitsförderungsaktivität in diesem Bereich gesammelt (Abfall/Entsorgung, Wasser, Verkehr, Luftbelastung, Chemie im Haushalt, "Grüne" Umwelt).
- 21.4. Sammeln weiterer Vorschläge. Erste Überlegungen zu einem möglichen Projekt "Luftbelastung und Allergien: Meldepraxen" (eine Anregung aus der Befragung von Kooperationspartnern des GA im Januar 89). Ziel: Stärkung der Kompetenzen auf dem Gebiet der kommunalen Epidemiologie.
- 11.5. Ausführliche Diskussion des Meldepraxen-Vorschlages. Kontaktaufnahme mit dem Vorsitzenden der Kreisärzteschaft.
- 18.5. Bericht über das Gespräch mit dem Vorsitzenden der Kreisärzteschaft. Die AG beschließt, das Vorhaben nicht weiter zu verfolgen, da im Kreisgebiet einige Ärzte schon ähnliches betreiben.
Entwicklung eines Untersuchungsdesigns zur Belastung des Trinkwassers mit Pestiziden und deren gesundheitlichen Auswirkungen. Aufgabenverteilung: Kontaktaufnahme mit anderen Ämtern, Auswertung einer Fortbildung und von Literatur.
- 25.5. Diskussion des Wasserprojektes anhand der eingeholten Informationen. Ablehnung wegen Problemen der Finanzierung und des Umganges mit der Öffentlichkeit.
- 2.6. Thema: Wie kann die Gruppe in der Urlaubszeit arbeitsfähig bleiben? Kurze Einschätzung der bisherigen Themenvorschläge.
- 13.6. Reflexion des bisherigen Verlaufs. Kurze Erörterung eines Vorschlags "Modell-Öko-Garten". Es wird beschlossen, als Projekt die Umweltberatung des Amtes durch eine Faltblattreihe zu verbessern, in der alle bisher angesprochenen Themen potentiell aufgenommen werden können.
- 23.6. Vorbereitung der 3. Vollversammlung.
- 13.7. Entwürfe zu Faltblättern sollen in Einzelarbeit hergestellt werden. Verteilung von Themen an die AG-Mitglieder.
- 20.7. Berichte der AG-Mitglieder über erste Arbeitsschritte. IKOL erläutert die Rolle der Gruppe und der bisherigen Arbeit im Rahmen des Gesamtprojektes.

Von IKOL zwischen dem 1.9.1989 und dem 28.2.1990 im Gesundheitsamt Itzehoe
durchgeführte Sitzungen

Datum	Arbeitsgruppe	Themen
8.9.89	AG 2	Rahmenkonzept für Waschmittel-Faltblatt
11.9.89	AG 4	Gesundheitsrahmenplan: Wichtige Themen für die Gesundheitsförderungs-Arbeit des GA in der nächsten Zukunft
14.9.89	AG 2	Gespräch über das Umfeld der AG-Arbeit (Arbeitsbelastung im GA, Kooperationsprobleme), Entwurf eines Einleitungs-Flugblattes
15.9.89	AG 1	Reflexion Seniorenführer; Zukunft des Projektes
23.9.89	AG 1	Eröffnung der Seniorenwoche des Kreises Steinburg (Teilnahme von IKOL)
5.10.89	AG 1	Reflexion Seniorenführer: Reaktionen aus dem Kreis; Analyse des Angebots; Zukunft des Projektes
5.10.89	AG 2	Vorbereitung der Vollversammlung; Zwischenbilanz der AG-Arbeit
6.10.89	VV 4	Berichte der AG's 1 und 2; Bildung einer dritten AG und der Leitungsgruppe "Gesundheitsrahmenplan" (AG 4)
13.10.89	AG 3	Themenfindung: Veränderungsideen für die Ausstattung und Gestaltung des GA
20.10.89	AG 3	Ergänzung der Vorschläge; Klären von Bedingungen, die für einzelne Maßnahmen gegeben sein müßten (z.B. Geld)
2.11.89	AG 2	Entwicklung eines Vorgehens mit externen Autoren, die Informationsblätter schreiben
3.11.89	AG 1	Konzept der Seniorenpolitik des GA (für AG 4)
3.11.89	AG 3	Ausstellungen im GA; Anschaffungswünsche und ihre Realisierbarkeit; Verantwortlichkeiten im Amt für dessen Außendarstellung (z.B. in den Warteräumen)
9.11.89	AG 2	Arbeit am Naturbäder-Faltblatt
10.11.89	AG 3	Diskussion eines Beschaffungsantrages an das Hauptamt des Kreises (u.a. Teppichboden, Malmöglichkeiten für Kinder etc.); Weihnachtsdekoration im Amt

15.11.89 / 16.11.89	AG 4	Gespräche mit Vertretern verschiedener Arbeitsbereiche im Amt über Ziele für die nächsten Jahre
16.11.89	AG 1	Konzept der Seniorenpolitik des GA (für AG 4)
23.11.89	AG 2	Zwischenstand bei den Informationsblättern; Weiterdenken am Autorenmodell
30.11.89	AG 2	Diskussion der Entwürfe zu Naturbädern und Umweltgruppen
7.12.89	AG 2	Diskussion des Entwurfes zum umweltbewußten Waschen
8.12.89	AG 4	Gespräch mit dem schulärztlichen Dienst über Ziele für die nächsten Jahre
14.12.89	AG 4	Bemerkungen zu den organisatorischen Bedingungen der Gesundheitsförderung im Amt (IKOL); Überprüfung der vorgelegten Einzelziele anhand von IKOL vorgeschlagener Kriterien, mit dem Ziel der Prioritätensetzung
15.12.89	AG 3	Teppichboden im GA - Beteiligung des Amtes an der Entscheidungsfindung; Zwischenbilanz; weitere Veränderungsvorschläge aus dem Amt
11.1.90	AG 2	Überarbeiten der vorliegenden Entwürfe: Endredaktion
19.1.90	AG 3	Stand des Beschaffungsantrages und der Ausstellungsdurchführung; Vorbereitung der Vollversammlung; Planung für die weitere Arbeit
24.1.90 / 25.1.90	AG 4	Gespräche mit den Arbeitsbereichen über konkrete Maßnahmen und Bedingungen für die prioritären Ziele
25.1.90	AG 2	Vorbereitung der Vollversammlung
1.2.90	AG 4	Ergebnisse des bisherigen Planungsverfahrens; Weiteres Vorgehen bzw. Projektabschluß
2.2.90	VV 5	Berichte der AG's 2, 3 und 4; Projektabschluß und Mitwirkung des Amtes am Projektbericht

Anmerkung:

AG 1 : Arbeitsgruppe Seniorenwegweiser

AG 2 : Arbeitsgruppe Gesundheit und Umwelt

AG 3 : Arbeitsgruppe Ausstattung des Amtes

AG 4 : Arbeitsgruppe Gesundheitsrahmenplan (Leitungsgruppe)

VV : Vollversammlungen (durchnummeriert)

A N L A G E 4

FRAGEBOGEN zur Erstellung des Seniorenführers mit
Erläuterungen

ANLAGE 4

Träger :
(Name, Adresse, Telefon)
Wieviele Exemplare wünschen Sie zum Verteilen :

Art des Angebots :

Teilnehmerkreis :

Ort:

Zeit :

Ansprechpartner/in :

Anmeldung erforderlich

Bemerkungen :

Erläuterungen zum Fragebogen

- Träger : Name, Adresse und gegebenenfalls Telefonnummer des Vereins, des Verbandes oder der Institution, die das Angebot macht.
- Wieviele Exemplare : Wenn der Seniorenwegweiser fertiggestellt ist, bekommen Sie ihn kostenlos zur Verfügung gestellt, damit Sie ihn verteilen oder zum Nachschlagen benutzen können. Mit Ihrer Zahlenangabe helfen Sie uns, die benötigte Auflage richtig einzuschätzen.
- Art des Angebotes : Welche Aktivitäten, Themen, Beratungs- oder Hilfsmöglichkeiten erwarten den Teilnehmer des Angebotes ? Das könnte z.B. so aussehen :
 - "Altenkaffee : Möglichkeit zum Klönen, Singen, Vortragen von Gedichten usw. Zeitweise Vorträge oder Andachten, ca. zweimal im Jahr, Ausflüge."
 - "Diabetikerberatung : Beratung zu allen Fragen, die mit Diabetes (Zuckerkrankheit), speziell auch Altersdiabetes zusammenhängen. Schwerpunkt ist die notwendige Ernährungsumstellung."
 - "Gymnastik : Leichte Übungen und Spiele, die den Körper beweglich erhalten. Jeder Teilnehmer bestimmt selbst, wieviel für ihn genug ist. Es werden auch Übungen vermittelt, die sich leicht zu Hause durchführen lassen."
- Teilnehmerkreis : Für wen ist das Angebot gedacht ?
Beispiele : Senioren von 50 - 65 Jahren ; Diabetiker und Betreuer; jedermann; Frauen ab 60 ; Rentner und Pensionäre mit Partner; gebrechliche Senioren (z.B. bei Einkaufshilfeangeboten); pflegende Angehörige ;...
- Ort : Veranstaltungsort mit Adresse, gegebenenfalls Stockwerk und Raum, wenn möglich nächste Bushaltestelle o.ä. Bei ambulanten Hilfsangeboten u.ä. kann hier der Einzugsbereich angegeben werden.
- Zeit : Wann und in welchem Rhythmus findet die Veranstaltung statt oder kann das Angebot wahrgenommen werden? Bei Kursen auch Kursbeginn (z.B. "Beginn am 8.10.89").
- Ansprechpartner/in : An wen können sich Interessenten wenden (Name, Adresse, Telefon, event. wann am besten zu erreichen) ?
- Bemerkungen : Z.B. "Nur für Vereinsmitglieder", "Weiteres Informationsmaterial kann angefordert werden", ...

A N L A G E 5 - 8

Weniger ist manchmal mehr

Sauber und umweltbewußt waschen

Wir möchten Ihnen mit diesem Informationsblatt einige Anregungen geben, wie Sie durch "bewußteres" Waschen in kleinen Schritten eine ganze Menge erreichen können, und zwar:



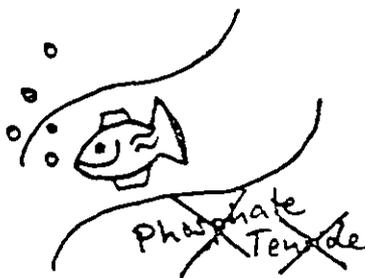
Für den eigenen Geldbeutel

Wenn Sie die Waschmaschine nur gut gefüllt laufen lassen, auf Vorwäsche und Kochwäsche verzichten und das Waschmittel genauer dosieren, können Sie bares Geld sparen.



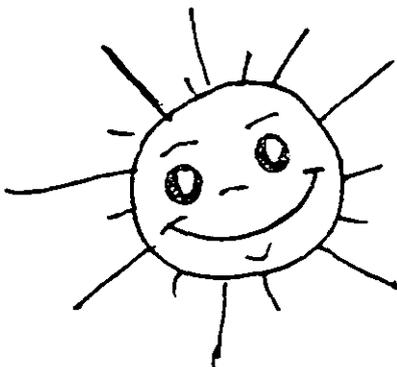
Für die Wäsche

- Die Farben Ihrer Wäsche werden genau so geschont, wie die Umwelt, wenn Sie mit einem phosphatfreien Feinwaschmittel statt mit einem Vollwaschmittel waschen.



Für unsere Umwelt

Waschmittelinhaltsstoffe wie Phosphate und Tenside belasten massiv die Gewässer. Phosphate führen dem Wasser "Nährstoffe" zu, fördern damit das Algenwachstum und entziehen dem Gewässer beim Verrotten der vielen Algen fast allen Sauerstoff. Die meisten Tenside werden im Wasser nicht vollständig abgebaut, und oft sind die Abbauprodukte dann auch noch giftig für die Fische.

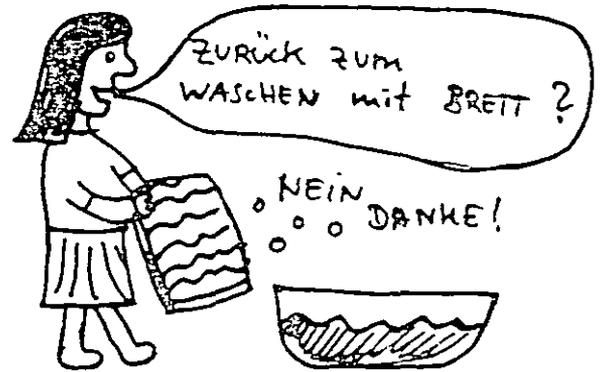


Für die Gesundheit

In vielen Waschmitteln und Weichspülern sind Stoffe enthalten, die bei manchen Menschen Hautunverträglichkeiten und Allergien auslösen. Besonders kleine Kinder sollten deshalb aus Gründen der Vorbeugung möglichst wenig Kontakt mit solchen Stoffen haben.

In kleinen Schritten anders waschen

Nein, zu Waschbrett und Zuber ihrer Oma müssen Sie nicht zurückkehren, um Geldbeutel, Wäsche, Umwelt und Gesundheit zu schonen. Wir möchten ihnen eine Reihe von kleinen Schritten vorschlagen. Sie können dann selbst entscheiden, wie weit Sie gehen und ihr bisheriges Waschen umstellen wollen.



Eine wichtige Überlegung vorweg: Könnten wir nicht unsere oft überhöhten Ansprüche an die Sauberkeit und Frische der Wäsche ein wenig senken? Nach einem Abend in einer verrauchten Gaststätte muß z.B. nicht gleich die ganze Garderobe in die Waschmaschine wandern - einfaches Lüften reicht da oft aus ! Aber nun unsere kleinen Schritte auf dem Weg zum umweltbewußteren Waschen:

1. Lesen Sie genau die Hinweise auf dem Waschmittelpaket.
2. Lassen Sie die Waschmaschine nur gut gefüllt laufen.
3. Benutzen Sie phosphatfreies Feinwaschmittel statt Vollwaschmittel. Die Wäsche wird davon in fast allen Fällen genau so sauber, die Farben bleiben länger erhalten und die Umwelt verträgt es besser.
4. In diesem Informationsblatt erfahren Sie, welchen Härtegrad das Wasser in Ihrer Gemeinde hat. Benutzen Sie dann einen phosphatfreien Enthärter. Damit setzen Sie die Wasserhärte auf "1" herab und können die geringst mögliche Menge Waschmittel nehmen.
5. Verzichten Sie auf Vorwäsche. Auch der Kochwaschgang ist in der Regel nicht notwendig.
6. Setzen Sie keinen Weichspüler ein. Verwenden Sie stattdessen z.B. Essig.
7. Waschen Sie mit Waschmitteln auf Seifen- oder Molkebasis. Achtung: Prüfen Sie auch bei diesen "alternativen" Waschmitteln, ob sie in ihrer Gesamtzusammensetzung umweltfreundlich sind und nicht etwa doch belastende Inhaltsstoffe enthalten.
8. Benutzen Sie je nach Wäsche verschiedene umweltfreundliche Waschmittelkomponenten.

Die letzten beiden Schritte sind vom "normalen" Waschen schon recht weit entfernt, aber mit ihnen ist eine relativ große Umweltschonung verbunden.

Die genannten Waschmittel und Waschkomponenten sind im Laden um die Ecke kaum zu bekommen. Im nächsten Abschnitt finden Sie deshalb die Adressen der Geschäfte, in denen solche Waschmittel erhältlich sind, und in denen Sie sicher auch über andere Fragen des umweltbewußten und gesunden Haushaltens beraten werden.

Wo kann ich im Kreis Steinburg umweltfreundliche Waschkomponenten bekommen ?

- "Sonnenladen"
Inh. : Biologisches Leben e.V.
Feldschmiede 51
2210 Itzehoe Tel. 04821 / 5311

- "Weidenröschen"-Umweltladen-Dittmann
Breitenburger Str. 20
2210 Itzehoe Tel. 04821 / 2394

- "Milch-und-Honig-Laden"
Am Markt 8
2208 Glückstadt Tel. 04124 / 7138

- "Vollwertecke"
M. Looft
Friedrichstr. 8
2217 Kellighusen Tel. 04822 / 6611

- Ökologische Bausysteme
Inh.: Hartmut Schade
Elmshorner Str. 10
2203 Horst Tel. 04126 / 1236

(Stand: Februar 1990. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.)

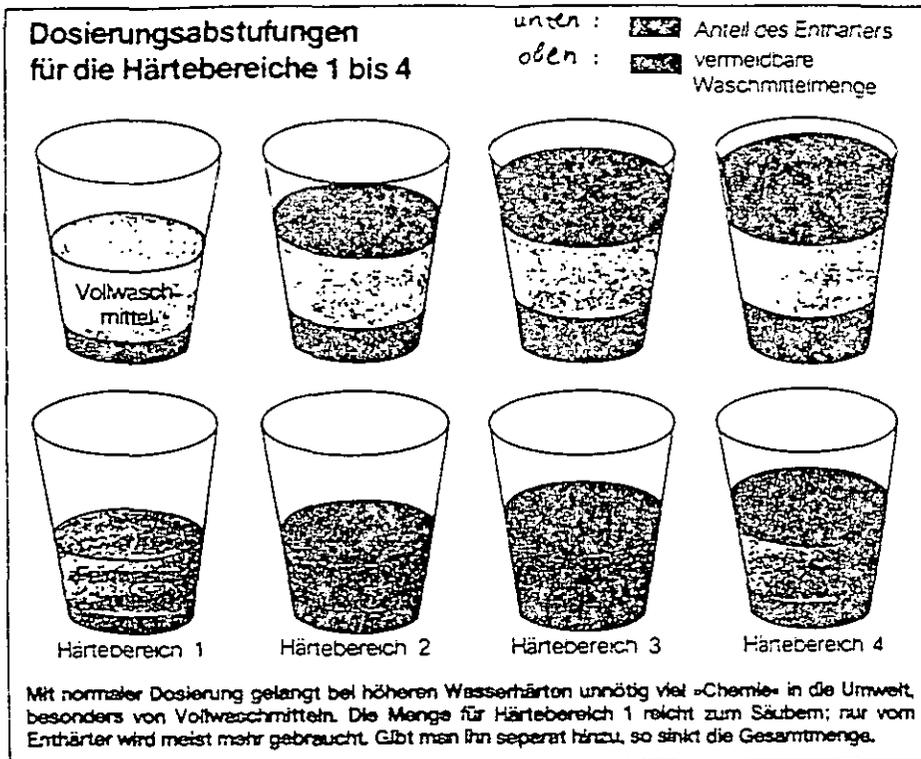
Wasserhärtegrade im Kreis Steinburg

Von weichem Wasserwerk Sie Ihr Wasser beziehen, können Sie leicht feststellen, indem Sie auf Ihrer letzten Wasserabrechnung nachsehen. Ihr Wasser hat dann folgenden Härtegrad:

Im Bereich des Wasserwerkes Hohenlockstedt : Härtebereich 1 (Weich)
Im Bereich der Stadtwerke Glückstadt: Härtebereich 3 (Hart)
Alle anderen Wasserwerke: Härtebereich 2 (Mittelhart)

(Stand: Dezember 1989; aktuellere Auskünfte gibt gerne Ihr Wasserwerk.)

Bei Ihrem Wasserwerk oder der Umweltberatung des Gesundheitsamtes erhalten Sie einen Aufkleber für Ihre Waschmaschine, der Sie immer an den Härtebereich Ihres Wassers erinnert. Entsprechend der Wasserhärte können Sie nun einen phosphatfreien Enthärter dosieren und dann die minimale Waschmittelmenge verwenden. Wieviel Waschmittel Sie damit sparen, das zeigt Ihnen das folgende Schaubild (aus der Zeitschrift "test" der Stiftung Warentest, Heft 1/89):



Impressum

Dieses Merkblatt hat das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg, Viktoriastr. 17, 2210 Itzehoe, erarbeitet. Für Hinweise, Anregungen und Ergänzungen sind die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes dankbar.
Januar 1990.

Informationen zu Umwelt
und Gesundheit

Thema: Was kann ich tun?

Alle reden über die Umwelt - aber nur wenige tun etwas

Wie kann ich mich persönlich für den Umweltschutz engagieren?

Es gibt eine Reihe von Initiativen, Vereinen, Verbänden, Bildungseinrichtungen, Medien und behördlichen Institutionen, die sich dem Umweltschutz verschrieben haben. Dennoch finden nicht genügend Bürger den Weg dorthin oder haben Vorbehalte, sich solchen Gruppen anzuschließen oder Angebote wahrzunehmen.

So wichtig diese Arbeit auch ist (im Gesundheitsamt ist ein Merkblatt über Vereine, Verbände usw. im Kreis Steinburg erhältlich), man kann auch, ohne in speziellen Gruppen gebunden zu sein, etwas für die Umwelt tun.

Ein wichtiger Schritt: Information

Neben der Tagespresse und den allgemeinen Zeitschriften, die in der Regel über aktuelle Umweltprobleme berichten, gibt es einige Zeitschriften, die sich überwiegend mit Umweltthemen befassen und auch weitergehende Informationen vermitteln. Zum Beispiel:

Natur

Natur und Umwelt

Globus - Begleitmaterial

Öko-Testmagazin

Zeitschrift "Test"

Umwelt

u.v.a.

Im Fernsehprogramm haben ebenfalls spezielle Umweltsendungen einen festen Platz. Zum Beispiel:

Globus (ARD), 10mal im Jahr, sonntags

Öko-Tip (ARD), wöchentlich dienstags oder sonntags

Magazin Umwelt (ZDF), monatlich sonntags

"In Sachen Natur" (NDR 3), monatlich montags

Darüber hinaus sind die öffentlichen Büchereien im Kreise recht gut mit Literatur und Zeitschriften zum Umweltthema ausgestattet. Die meisten Volkshochschulen haben Umweltthemen in ihrem Programm und auch die Vereine und Verbände laden zu öffentlichen Vortragsveranstaltungen ein.

Der 2. Schritt: Selbst handeln

In nahezu allen Lebensbereichen ist es möglich, das eigene Verhalten unter Umweltgesichtspunkten zu verändern, wenn das entsprechende Bewußtsein und die sachgerechte Information vorhanden sind.

Beispielhaft seien hier genannt:

- Haushalt:** Haushaltschemikalien, Energieeinsparung, Abfallverminderung, Mehrwegverpackungen, Papier-, Glas, Blech-Recycling usw.
- Freizeit:** "Gärtnern ohne Gift", schadstoffarme Farben, Lacke, Klebstoffe, Sport und Umwelt (Lärm, Gewässerschutz, umweltschonende Materialien), Auto und Umwelt
- Schule:** Umweltschonende Materialien, Verzicht auf eine Vielzahl unnötiger Kunststoffprodukte
- Arbeitsplatz:** Vorschläge an Betriebsleitung, Betriebsrat, Immissionschutzbeauftragte, Abfallbeauftragte, Sicherheitsbeauftragte zur umweltschonenden Arbeitsgestaltung
- Partei / Gewerkschaft / Kirche:** Teilnahme bzw. Initiierung spezieller Arbeitskreise, Hinwirken auf Verwendung von umweltschonenden Materialien.

3. Schritt: Tue Gutes und rede darüber

Sprechen Sie mit andern über Ihre Erfahrungen, geben Sie Tips weiter. Nur, wenn das Gespräch in der Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis gesucht wird, können Ihre wertvollen Erfahrungen von anderen genutzt werden. Viele gute Beispiele können zur Verbesserung des Umweltbewußtseins beitragen.

Das Gesundheitsamt wünscht Ihnen und unserer Umwelt viel Erfolg!

Impressum

Gesundheitsamt des Kreises Stein-
burg, Viktoriastr. 17, 2210 Itzehoe.
Januar 1990

Informationen zu Umwelt
und Gesundheit

Thema: Umweltgruppen

Wo kann ich mich für den Umweltschutz engagieren ?

Umweltgruppen im Kreis Steinburg

Sie haben sich entschlossen, aktiv in der Umweltaarbeit mitzuwirken. In dieser Info-Broschüre finden Sie Umweltorganisationen, die einen Kreis- oder Ortsverband im Kreis Steinburg haben und somit hier vor Ort tätig sind. Daneben gibt es zahlreiche überregionale Vereine und Organisationen, die hier nicht aufgeführt sind (z.B. Robin Wood, Greenpeace etc.). Die einzelnen Vereine sind nur knapp umrissen. Weiterführende Informationen erhalten Sie über die jeweils genannten Ansprechpartner.

1. Tierschutzverein Itzehoe und Kreis Steinburg e.V.

Postfach, 2210 Itzehoe

Ansprechpartner: 1.Vorsitzender Dr.H.Becker
Graf-Egbert-Ring 50
2210 Itzehoe

Der Tierschutzverein Itzehoe hat den Deutschen Tierschutzbund, Bonn, als Dachverband. Dieser wiederum hat sich dem BUND (Bund für Umwelt- und Naturschutz Deutschland) angeschlossen.

Aufgaben des Vereins : Verwirklichung des Tierschutzgesetzes -- Unterbringung, Versorgung und Vermittlung herrenloser und Fundtiere -- Verbreitung des Tierschutzgedankens durch Aufklärung und Information.

Angestrebte Ziele vor Ort: Schaffung eines funktionsfähigen Tierheimes für den Kreis Steinburg -- Ausbau des aktiven Tierschutzes -- regelmäßige Information der Bevölkerung über die Probleme des Tierschutzes.

Was Sie tun können: Mitglied werden im Tierschutzverein -- Geld- und Sachspenden für die Ziele des Vereins -- Aktive Mithilfe im praktischen Tierschutz.

2. Schutzgemeinschaft Deutscher Wald e.V. / Bund zur Förderung der Landespflege, Kreisverband Steinburg

Ansprechpartner: 1.Vorsitzender Klaus Rühmann
Dorfsir. 13
2211 Lockstedt Tel.

Ziele der Organisation: Schutz des Waldes -- Förderung der Landespflege -- Information der Öffentlichkeit -- Aktive Jugendarbeit.

Tätigkeit vor Ort: Mitwirkung bei der Vorbereitung von Verordnungen und Programmen (gemäß §§ 5,6,8,29 des Bundesnaturschutzgesetzes) -- Herausgabe von Lehr- und Infomaterial -- Abhalten von Arbeits- und Akademie-

tagungen im Rahmen der Erwachsenenbildung sowie der Multiplikatorenfortbildung.

Was Sie tun können: Forsteinsätze, wobei die Einzelaufgaben in Arbeitskreisen gemeinsam erarbeitet werden -- Mitgliedschaft -- Spende.

3. Panda Club e.V. / Panda Ranger - Kreisverband

Ansprechpartnerin: Jenina Magatzki
Raiffeisenstr. 6
2211 Kaaks

Dachverband ist der Deutsche Panda-Club e.V., die Kinder- und Jugendorganisation der Umweltstiftung WWF-Deutschland.

Tätigkeit der Organisation: Neue Lebensräume schaffen für Pflanzen und Tiere -- Schutzwürdige Biotop e pachten und betreuen -- Schutz- und Rettungsmaßnahmen für Tiere durchführen -- Umweltsünden aufdecken -- Information der Öffentlichkeit.

Was Sie tun können: Arbeitseinsätze in schützenswerten Biotopen -- Bewachungsaktionen zum Schutz für bedrohte Tierarten und seltene Pflanzen -- Ferien- und Zeltlager, um mit interessierten Jugendlichen an Schutzprojekten zu arbeiten und die Freizeit miteinander zu genießen.

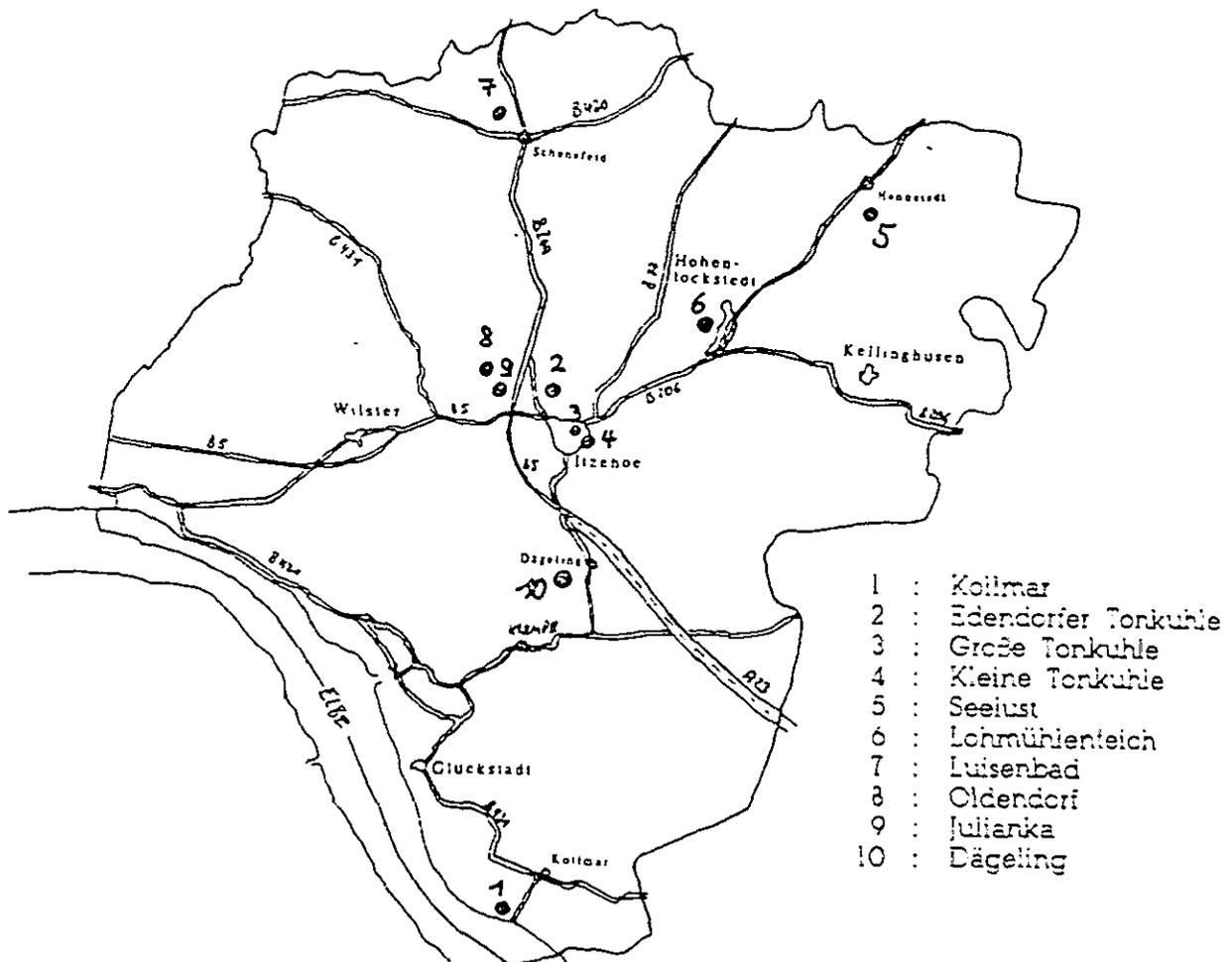
Informationen zu Umwelt
und Gesundheit

Thema: Naturbäder

Baden einmal anders: Naturbäder im Kreis Steinburg

An heißen Sommertagen gibt es kaum etwas schöneres, als sich im Wasser abzukühlen. Möglichkeiten dazu gibt es in den Freibädern im Kreis Steinburg. Wer aber ungechlortes Wasser bevorzugt, für wen das Baden auch ein Naturerlebnis sein soll oder wer das Schwimmvergnügen mit einer Wanderung oder einer kleinen Grillparty verbinden will, der macht sich lieber auf den Weg zu den Naturbädern im Kreisgebiet.

Glauben Sie, daß Sie die Badestellen in der freien Natur kennen? Dann schauen Sie sich die folgende Kreiskarte einmal genau an. Wir haben darin die Naturbäder eingezeichnet, die vom Gesundheitsamt betreut werden:



Vielleicht möchten Sie nun eine der eingezeichneten Bademöglichkeiten ausprobieren und würden deshalb gerne wissen:

- Wie komme ich zu der Badestelle ?
- Wie sicher ist das Baden dort für mich oder meine Kinder ?
- Welche Qualität hat das Wasser dort?

Diese und noch eine Reihe anderer Fragen beantworten wir Ihnen auf den beiden Innenseiten dieses Faltpapiers.

	<i>Kollmar</i>	<i>Edendorfer Tonkuhle</i>	<i>Große Ton- kuhle</i>	<i>Kleine Ton- kuhle</i>	<i>Seelust</i>
Lage	Elbe, unterhalb Hafen, 200m Sandstrand	Stadtrand von Itzehoe, Sche-nefelder Chaussee	Innenstadt Itzehoe, Sandberg, Hühnerbach	Stadtrand Itzehoe, Richtung Oelixdorf Oelixdorfer Str., Kratt	Hennstedt im Norden des Kreises Stein-burg
Verkehrs-anbindung	Kollmar, Parkplatz hinter Deich-stöpe	Untere Dorf-str., Tulpenweg oder Holtweg, wenig Park-platz	nur Fußweg, kaum Parkplatz an den Zugän-gen	Fußweg von Oelixdorfer Str. und Jahrstr.	Spurbahn Hennstedt, Oeschebüttel, kein Parkplatz, 300m Fußweg
Sanitär	Öffentl. WC hinter Deich und in Gaststätte	nicht vorhan-den	nicht vorhan-den	nicht vorhan-den	Trockenkio, sehr einfach
Spielplatz	vorhanden	Wiese, kein Spielgerät	Wiese	nicht vorhan-den	nicht vorhan-den
Badesaufsicht	nicht vorhan-den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan-den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan-den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan-den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan-den, Baden auf eigene Gefahr
Sicherheits-einrichtungen	Beschilde-rung, Ret-tungsring	nicht vorhan-den	Telefonzelle in der Nähe	Telefonzelle in der Nähe	Rettungsring, Beschilderung
Gastronomie und Freizeit	Grillmög-lichkeit, Kiosk, Gast-stätte	nicht vorhan-den	nicht vorhan-den	nicht vorhan-den	Gaststätte ca. 500 m
Gefahrstellen	Hafenmole, Strömung	nur für Schwimmer	nur für Schwimmer	nur für Schwimmer	nur für Schwimmer, kalte Quellen
Wasser-qualität	3	2	2	2	1
Zugänglichkeit	Öffentlich	Öffentlich	Öffentlich	Öffentlich, z. T. Klein-gärten, AWO	Öffentlich
Eintritt	frei	frei	frei	frei	frei
Badebetrieb	rege	mäßig	mäßig bis rege	wenig	wenig
Betreiber	Gemeinde Kollmar	Stadt Itzehoe	Stadt Itzehoe	Stadt Itzehoe	Gemeinde Hennstedt

Lohmühlen- teich	Luisenbad	Oldendorf	Julianka	Dägeling
Hohenlockstedt	Schenefeld	Oldendorf Orts- mitte, Feuerwehr- haus	Heiligenstedten, Spurbahn Richtg. Angeisee / BAB 23	von Itzehoe kom- mend in Dägeling l. Spurbahn rechts
Lohmühlenweg (Parkplatz). Spur- bahn von Schlot- feld oder B 206	3 km außerhalb Schenefeld, Rich- tung Bokhorst, begrenzter Park- raum	wenig Parkplatz	siehe oben, kein Parkplatz	Spurbahn, Park- platz nur auf Cam- pingplatz für Mit- glieder
Umkleidege- bäude mit Dusche, WC	Umkleidege- bäude, Dusche, WC	Umkleidegele- genheit, WC (relativ einfach)	nicht vorhan- den	Dusche, WC
vorhanden	vorhanden, ca. 200m Sandstrand, Liegewiese	nicht vorhanden, Liegewiese	nicht vorhanden	vorhanden
zeitweise, insbe- sondere Wochen- enden und Ferien DLRG	zeitweise, je nach Badebetrieb DLRG,	nicht vorhan- den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan- den, Baden auf eigene Gefahr	nicht vorhan- den, Ordnungs- dienst
Badegebietsbe- grenzung, Be- schilderung, Rettungsringe	Badegebiets- begrenzung, Tele- fon im Kiosk, Ret- tungseinr. DLRG	Telefonzelle, Rettungsbälle	nicht vorhan- den	Rettungsringe, Beschilderung
zeitweise Kiosk, Grillplatz, Wanderwege	"Pavillon", Kiosk, Wanderweg	nicht vorhan- den	nicht vorhan- den	Grillmöglich- lichkeit
nicht bekannt	nicht bekannt	z.T. betoniertes Becken	Fahrzeugver- kehr unmittel- bar an der Bade- stelle	nicht bekannt
2	2	3	2	2
Öffentlich	Öffnungszeit: 9.00 - 19.00 Uhr	Öffentlich	Öffentlich	nur für Vereins- mitglieder (FKK)
frei	Kinder: 0,50 DM Erwachs.: 1,50 DM	frei	frei	frei bzw. Mitglied- schaft
rege bis lebhaft	rege bis lebhaft	wenig	wenig	wenig bis rege
Gemeinde Hohenlockstedt	Gemeinde Schenefeld	Gemeinde Oldendorf	Gemeinde Heiligenstedten	Naturistenbund Itzehoe (NBI)

Was bedeuten die Angaben zur Wasserqualität ?

Die Gesundheitsaufseher des Kreisgesundheitsamtes entnehmen in den Monaten Mai bis August etwa alle vier Wochen an jeder Badestelle eine Wasserprobe. Bei Beanstandungen wird auch in kürzerem Abstand geprüft. Die Proben werden dann auf krankmachende Keime hin untersucht.

Die "Noten" in der Zeile Wasserqualität in der Tabelle bedeuten:

- 1 • gute Wasserqualität
- 2 • entspricht den Anforderungen
- 3 • leichte Beanstandungen in den vergangenen Jahren
- 4 • Badeverbot aus hygienischen Gründen

Diese Bewertung bezieht sich nur auf die Eignung als Badewasser. Sie läßt keinen Rückschluß auf die Gewässergüte aus ökologischer Sicht zu, so daß z.B. trotz des bekannten ökologischen Zustands der Elbe dort noch Badewasserqualität gegeben ist.

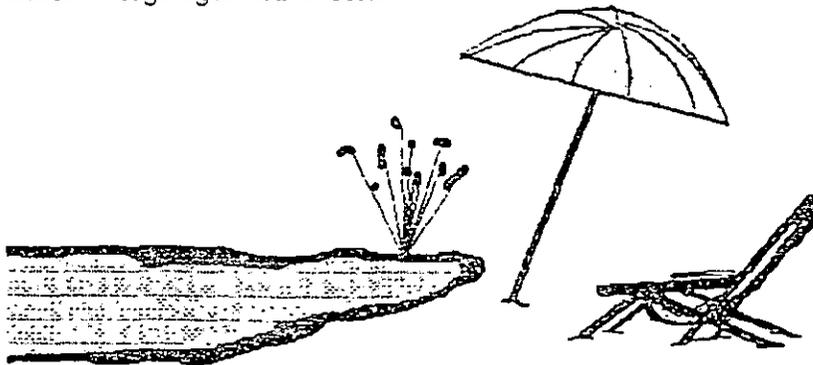
Was können Sie tun, um unsere Naturbäder zu schützen ?

Die Grundregel lautet hier: die Badestelle so verlassen, wie man sie vorgefunden hat. Benutzen Sie die überall vorhandenen Abfallkörbe. Wenn es an "Ihrem" Naturbadeplatz Duschen gibt, sollten Sie auch diese benutzen.

Sie tun Ihrer eigenen Sicherheit und der Natur einen Gefallen, wenn sie die Abgrenzungen der Badegebiete (soweit vorhanden) beachten. Achten Sie außerdem mit darauf, daß die Seen und Tonkuhlen nicht zum Beseitigen von Müll, Gülle, Abwässern oder ähnlichem mißbraucht werden.

Überprüfen Sie doch einmal, ob das Naturbad nicht besser mit dem Fahrrad als mit dem Auto zu erreichen ist.

Und als letzter Hinweis: Die Gemeinden als Träger der meisten Naturbäder sind sicherlich erfreut über jeden Hinweis und jede Initiative, die zum Ziel haben, das Baden in der freien Natur zu einem noch schöneren, gesünderen und umweltschonenderen Vergnügen zu machen !



Impressum

Dieses Informationsblatt hat das Gesundheitsamt des Kreises Steinburg, Viktoriastr. 17, 2210 Itzehoe erarbeitet. Für Hinweise, Anregungen und Ergänzungen ist das Gesundheitsamt dankbar.
Januar 1990.

A N L A G E 9

Thiele/Weber
September 1989

ÖGD-Programm - Gesundheitsamt Itzehoe

LEITFADEN

zur Entwicklung eines Gesundheitsrahmenplanes.

Im folgenden stellen wir 10 Arbeitsschritte dar, die uns für die Entwicklung eines Gesundheitsrahmenplanes zweckmäßig erscheinen.

Wir erläutern diese Arbeitsschritte an einem Beispiel.

ARBEITSSCHRITT 1 : Themensammlung

Frage : Welche Gesundheitsfragen/-probleme sind im Kreis besonders wichtig und sollten vom Gesundheitsamt im Rahmen der Gesundheitsförderung im Planungszeitraum schwerpunktmäßig bearbeitet werden?

Lösungsweg : Brainstorming in der Arbeitsgruppe; ggf. ergänzend: Befragung externer Experten.

Beispiel : Es werden folgende Problembereiche genannt:

- Frauen und Gesundheit
- Senioren
- Umweltberatung
- Alkohol
- Ernährung
- AIDS
- Suchtberatung
- Nachsorge für Neugeborene und deren Mütter
- Zahnprophylaxe
- Impfung
- Freizeit
- Wohnverhältnisse

Frage:

Was haben die genannten Themen konkret mit Gesundheit zu tun?

Zum Beispiel:

Frauen und Gesundheit: Identität entwickeln, Wohlbefinden, Gewalt.

Alkohol: Zerstörung der Existenz (auch der Familie); Magen-, Bauchspeichel- und Lebererkrankungen; Unfälle.

Ernährung: Bluthochdruck, Karies, ...
usw.

Analyse:

Die aufgezählten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind akute Gefährdungen und Risiken (mit irreversiblen chronischen Folgen) zuzuordnen. Unterschiedliche Personengruppen sind unterschiedlich betroffen. Die potentiellen Interventionsfelder und die daraus resultierenden Methoden, Qualifikationen, sächliche Mittel sind entsprechend unterschiedlich.

Festlegung:

Die aufgezählten gesundheitsförderungsrelevanten Themen müssen weiter präzisiert werden.

ARBEITSSCHRITT 2: Prioritätensetzung

- Frage : Welche der genannten gesundheitsförderungsrelevanten Themen sind nach Ansicht der Gruppenmitglieder die fünf im Kreis bedeutsamsten für den Planungszeitraum?
- Lösungsweg : Jedes Gruppenmitglied hat 5 Punkte, die auf einen oder mehrere Schwerpunkte verteilt werden.
- Beispiel :
- | | |
|----------------------------|-----------|
| Frauen und Gesundheit, | |
| Schwerpunkt Gewalt | 10 Punkte |
| Verkehrsunfälle d. Alkohol | 9 Punkte |
| Karies | 5 Punkte |
| Einsamkeit | 4 Punkte |
| Allergien | 3 Punkte |

ARBEITSSCHRITT 4 : Analyse des Ist-Zustands; Trendanalyse; Defizitanalyse zu den meistgenannten Schwerpunkten.

Fragen : Welche Daten und Informationen sind zur Charakterisierung der Situation heranzuziehen?
Wie wird sich diese Situation weiterentwickeln?
Welche Angebote zur Lösung der Probleme gibt es bereits im Kreis und reichen diese aus?

Lösungsweg : Befragungen von Betroffenen, Experten und Hilfeanbietern.

Beispiel : Der Schwerpunkt Frauen und Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung von Gewalt steht in der Priorität an erster Stelle.

Frage:

Wie häufig ist im Kreis Steinburg die Gesundheit von Frauen durch Gewalt bedroht?

Aufgaben:

- Sammeln von Daten aus der Polizeistatistik
- Befragung von betroffenen Frauen
- Befragung niedergelassener Ärzte
- Befragung bei Mitarbeitern der Sozialämter
- Anzeige in der Zeitung mit der Bitte an Betroffene, sich zu melden
- etc.

Frage:

Wie wird sich diese Situation weiterentwickeln?

Aufgaben:

- Analyse der weiblichen Einwohner im Kreis in der Altersgruppe von ... bis... Jahren.
- Befragung von Experten
- Trendextrapolation (lineare Fortschreibung der Entwicklung der letzten 10 Jahre für die nächsten 10 Jahre).

Frage:

Wer versucht Frauen in dieser Situation bisher im Kreis zu helfen? Erscheint diese Hilfe ausreichend?

Aufgaben:

- Befragung der Hilfeanbieter
- Befragung der Nutzer solcher Hilfen
- Vergleich des erhobenen Problem-Standes mit dem Hilfsangebot.

Entsprechend diesem Vorgehen sind auch die weiteren vier Schwerpunkte zu bearbeiten.

ARBEITSSCHRITT 4 : Zusammenfassende Bewertung

Frage : Welche der untersuchten Bereiche haben für das Gesundheitsamt (nicht für die einzelnen Mitarbeiter, wie unter 2.) Priorität?

Lösungsweg : Synoptische Zusammenfassung und Bewertung.

Beispiel : Die Häufigkeit des Problems im Kreis, die Schwere des damit verbundenen Risikos (Irreversibilität des zu erwartenden Gesundheitsschadens) und das vorhandene Angebot sind von den Mitarbeitern der Arbeitsgruppe zu bewerten.

Bewertungsverfahren:
Jedes Gruppenmitglied erhält für jedes der drei Kriterien (Häufigkeit, Schwere, vorhandene Angebote) 5 Punkte, die es den in Arbeitsschritt 2 festgelegten Prioritäten jeweils zuordnet.

Prioritäten	Häufigkeit	Schwere	vorhandene Angebote	Insgesamt
Gewalt gegen Frauen	2	5	5	12
Verkehrsunfälle d. Alkohol	1	3	2	6
Karies	5	1	1	7
Einsamkeit	4	4	4	12
Allergien	3	2	3	8

Aus den Summen (letzte Spalte) ergeben sich die gesundheitsfördernden Arbeitsschwerpunkte für den Planungszeitraum. In diesem Beispiel sind es Maßnahmen gegen Gewalt an Frauen (12 Punkte) und gegen Einsamkeit für soziale Kontakte (12 Punkte).

Zur Überprüfung dieser Ergebnisse sollten sie der regionalen AG Gesundheitsförderung vorgestellt und mit ihr diskutiert werden.

ARBEITSSCHRITT 5 : Machbarkeitsanalyse

- Fragen : Kann das Gesundheitsamt aufgrund seiner gesetzlichen, qualifikatorischen und sächlichen Rahmenbedingungen die ermittelten Schwerpunkte bearbeiten?
 D.h., es geht um die Beantwortung folgender Fragen:
- Sind die für die Bearbeitung der Schwerpunkte notwendigen rechtlichen Voraussetzungen prinzipiell gegeben?
 Wenn dies unklar ist, läßt es sich klären und durch wen?
 Wenn sie nicht gegeben sind, lassen sie sich wie schaffen?
 - Sind die personellen Voraussetzungen grundsätzlich gegeben durch :
 Frei-/Umsetzung vorhandene Stellen
 neu zu schaffende Stellen
 Weiterqualifikation vorhandenen Personals
 Vergabe von Aufträgen/Kooperationen an/ mit Dritte(n)
 AB-Maßnahmen, Zivis
 Ehrenamtliche
 Wenn nein, wie lassen sie sich jeweils schaffen?
 - Sind die sächlichen Bedingungen gegeben?
 Räume, Arbeitsmittel, Etat.
 Wenn nein, wie lassen sie sich schaffen?
 - Wie sind die politischen Voraussetzungen für die Durchführung im Kreis? Stützen die für das Gesundheitsamt Verantwortlichen die Arbeit?
 Wenn nein, kann die Unterstützung (wie) erreicht werden?
- Abbruchkriterium:
 Ist eine dieser Fragen abschließend mit nein zu beantworten, kann dieser Schwerpunkt im Planungszeitraum nicht bearbeitet werden. Der Schwerpunkt mit der nächstniederen Präferenz in der Prioritätenliste rückt auf. Wieviel Prioritäten ein Gesundheitsamt gleichzeitig bearbeiten kann, kann nicht a priori beantwortet werden.

- ARBEITSSCHRITT 6 : Bestimmung von Zielgruppen für einzelne Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
- Frage : Für welche Bevölkerungsgruppen sind die ins Auge gefaßten (möglichen) gesundheitlichen Folgen am bedeutsamsten; treten die Risiken am häufigsten auf?
- Lösungsweg : Schrittweises Eingrenzen durch Diskussion in der Arbeitsgruppe.
- Beispiel : Frage:
Welche Frauen sind durch Gewalt besonders betroffen?
Aufgabe:
Analyse der in Arbeitsschritt 3 gesammelten Informationen, ggf. Nachfrage bei Experten.
Festlegung:
Frauen zwischen 15 und 50 Jahren.
Frage:
Kann (muß) diese Gruppe weiter eingegrenzt werden?
Beispielsweise durch folgende Merkmale:
- Nationalität
- soziale Lage
- allein oder mit Partner lebend
- Wohnort.
Festlegung:
Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen des Gesundheitsamtes sollen ausgerichtet sein auf deutsche Frauen, die mit Partnern in A-Dorf leben.

ARBEITSSCHRITT 7 : Entwicklung bzw. Sammlung möglicher Maßnahmen/Aktionen des GA.

Frage : Welche Maßnahmen kann das GA allein oder in Kooperation mit Dritten hinsichtlich der festgelegten Prioritäten ergreifen?

Lösungsweg : a) Das Untersuchungsfeld kennenlernen durch Begehungen, Besuche, Gespräche.
b) Befragung anderer Gesundheitsämter, der BZgA nach ähnlichen Projekten und den Erfahrungen damit. Sammlung und Sichtung der Literatur (z.B. Anfrage beim idis).

Beispiel : Frage:
Welche Maßnahmen kann das GA ergreifen, um Gewalt gegen Frauen einzudämmen?
Maßnahmen:

- Beratungsstelle an neutralem Ort
- Frauenhaus
- Selbsthilfegruppe für Frauen
- Selbsthilfegruppe für Männer, die Gewalt ausüben
- Rechtsberatung
- etc.

Festlegung:

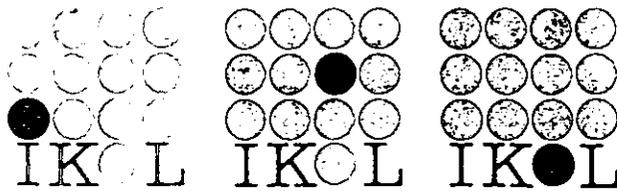
Vor einer weiteren Konkretisierung dieser Maßnahmen ist es wichtig herauszufinden, zu welchen Maßnahmen Kooperationspartner im Kreis in Frage kommen (Arbeitsschritte 8 und 9).

ARBEITSSCHRITT 8 : Suche von Kooperationspartnern

- Frage : Welche Personen/Einrichtungen arbeiten bereits im Kreis und sind geeignet, die Interessen des GA an Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsbereich zu vertreten?
- Lösungsweg : a) Sammlung der in der AG vorhandenen Informationen (Wer weiß was über wen?)
b) Analyse von Zeitungsberichten, Infos, Selbstdarstellung.
c) Befragung von Mitarbeitern und Betroffenen.
- Beispiel : Frage:
Wer kann das GA im Kreis bei der Durchführung von Maßnahmen zum Schutz von Frauen vor Gewalt unterstützen?
Ergebnis der AG:
- Sozialamt
- Krankenhaus
- Ärzte
- Rechtsanwälte
- Pastoren
- Selbsthilfezentrum
- Polizei
- etc.
Festlegung:
Es werden Ansprechpartner für die genannten Einrichtungen/Personen festgelegt, die Kontakt aufnehmen und die Kooperationsbereitschaft mit dem GA in dieser Sache klären.

- ARBEITSSCHRITT 9 : Bestimmung von Kooperationspartnern
- Frage : Welche der befragten Einrichtungen/Personen kommt für welche Art der Zusammenarbeit in Frage?
- Lösungsweg : Prüfung der benannten Maßnahmen (Arbeitsschritt 7) bezüglich der potentiellen Kooperationspartner (Arbeitsschritt 8).
- Beispiel : Frage:
Welcher Kooperationspartner kommt für welche Maßnahme im Bereich Gewalt gegen Frauen in Frage?
Ergebnis:
- für Rechtsberatung Anwaltsverein, Sozialamt
- für Beratungsstelle Sozialamt, Selbsthilfezentrum, Pastor
- für Informationen Selbsthilfezentrum, Ärzte, Rechtsanwälte, Sozialamt
- etc.
Festlegung:
Bildung eines Arbeitskreises aller zur Kooperation geeigneten und bereiten Einrichtungen/Personen.

- ARBEITSSCHRITT 10: Festlegung und Konkretion der einzelnen Maßnahmen.
- Frage : Was soll wie in welcher Zeit von wem getan werden?
- Lösungsweg : Konkrete Beschreibung der einzelnen Maßnahmen (jeder!) hinsichtlich
- der Ziele
 - der Durchführung
 - der Zeitplanung
 - des Personal- und Sachmitteleinsatzes.



IKOL e.V.
Institut für kooperatives Lernen
in Forschung, Fortbildung und Beratung

Programm zur Intensivierung der
Gesundheitserziehung durch den
Öffentlichen Gesundheitsdienst
("ÖGD-Programm")

Ergebnisse des Projektes
"Gesundheitsrahmenplan"

Teil II: Konsequenzen für die Arbeit
und die Organisation des
Öffentlichen Gesundheits-
dienstes

November 1990

Gottfried Weber
Marco Kellerhof
Dr. Wilhelm Thiele

Auftraggeber:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Einleitung	1
1. Möglichkeiten und Grenzen der Erneuerung im Gesundheitsamt	2
1.1 Die Notwendigkeit der Veränderung	3
1.2 Die OTTAWA-CHARTA zur Gesundheitsförderung	6
1.3 Das Gesundheitsamt als Träger von Gesundheitsförderung	9
2. Die Realität der Institution Gesundheitsamt	11
2.1 Das Gesundheitsamt als Teil öffentlicher Verwaltung	
2.2 Die vertikale Leitungsstruktur	
2.3 Die Dominanz der Medizin	14
2.4 Parteinahme versus Neutralität	15
2.5 Konfliktfähigkeit versus Konsensbedürfnis	
2.6 Die "Komm-Struktur"	16
2.7 Der Konflikt zwischen traditionellem und neuem Aufgabenverständnis	
3. Perspektiven für eine neue Organisationsstruktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	19
3.1 Zusammenfassung des bisherigen Gedankenganges	
3.2 Das "Amt für Gesundheitsschutz"	21
3.3 Das "Gesundheitszentrum"	23

EINLEITUNG

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übernahm das IKOL im Frühjahr 1988 die Beratung zweier Gesundheitsämter bei der Entwicklung eines Gesundheitsrahmenplanes, der am in der CHARTA von OTTAWA formulierten Gesundheits- und Gesundheitsförderungsverständnis orientiert sein sollte.

Über die Kooperationsprozesse mit den beiden Gesundheitsämtern und gemeinsam durchgeführte Projekte wurde je ein ausführlicher Bericht^{*)} verfaßt. Der Bericht über die Zusammenarbeit mit dem zweiten Amt enthält auch Handlungsanleitungen für die Gesundheitsplanung.

In dem hier vorgelegten zweiten Bericht werden

- die z.Zt. gegebenen organisatorischen, strukturellen und institutionellen Bedingungen beschrieben.
- diese dem neuen Aufgabenverständnis wie es sich aus dem Paradigmenwechsel von einer "public health policy" hin zu einer "healthy public policy" ergibt gegenübergestellt und
- Perspektiven für eine an diesem Verständnis orientierte Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes entwickelt.

+) für ein Gesundheitsamt gibt es nur einen internen Bericht

1. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER ERNEUERUNG IM GESUNDHEITSAMT

Die Aufgaben der Gesundheitsämter sind in der Bundesrepublik Deutschland uneinheitlich festgelegt. Während es in Bayern, Berlin und Schleswig-Holstein spezielle Gesetze gibt, wird in anderen Ländern weiterhin nach den (Rest-)Bestimmungen der 3. Durchführungsverordnung (DVO) vom 30.03.1935 zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) vom 03.07.1934 verfahren. Sowohl in den "Spezialgesetzen" als auch in der 3. DVO fehlt es allerdings an eigenen Regelungen für die Aufgabe der Gesundheitsförderung. Die Auseinandersetzung mit der Praxis der Gesundheitsförderung der Gesundheitsämter kann daher nicht von ihrem normativen Rahmen ausgehen (der weitgehend erst zu schaffen wäre), sondern muß ihre Beurteilungskriterien aus der Praxis selbst beziehen.

Gesundheitsförderung ist nicht eindeutig definiert. Es gibt aber eine allgemeine Forderung, die Gesundheitsförderung stärker als bisher in den Mittelpunkt der Tätigkeit zu stellen (s. GMK-EntschlieÙung vom Dezember 82). Um ihr zu entsprechen, ist in den Gesundheitsämtern eine Tendenz verbreitet, möglichst viele der herkömmlichen Tätigkeiten als Gesundheitsförderung auszugeben. Dies gilt z.B. für alle beratenden Tätigkeiten im sozial-psychiatrischen oder schulärztlichen Bereich. Angesichts der Fülle präzise vorgegebener gesetzlicher Aufgaben etwa in der Seuchenhygiene, im amtsärztlichen und sozial-psychiatrischen Bereich, aus denen wegen der allgemeinen Stellenknappheit keine Personen für Gesundheitsförderung "herausgeschnitten" werden können und mit denen man voll ausgelastet ist, wird ein solches Verhalten verständlich.

Die partielle Freistellung einer Arbeitskraft für Gesundheitsförderung erfordert in der Tat zusätzlichen Zeitaufwand und persönliches Engagement.

Die reale Bedeutung der Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß hierfür amtsintern bisher in der Regel keine eigenständigen Arbeitsstrukturen entwickelt sind oder/und eingerichtet werden, wie z.B. für Seuchenhygiene, schulärztlichen Dienst usw..

Begreift man Gesundheitsförderung enger als spezielle Tätigkeiten, die für bestimmte Anlässe und Personengruppen durchgeführt werden, um Krankheiten zu vermeiden und Gesundheit zu fördern, so ist der Anteil dieser Tätigkeiten im Gesundheitsamt nach wie vor eher marginal.

Tatsächlich wird das Aufgabenspektrum des GAS von amtsärztlichen und Kontrollaufgaben bestimmt. Kompetenzen für die Bereiche Konzeptentwicklung, Planung, Koordination und Beratung für sozial und/oder gesundheitlich durch ihre Lebenssituation benachteiligte Menschen können sich unter diesen Bedingungen nur schwer entwickeln.

Angesichts des neuen an der Lebenswelt orientierten Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsförderung und daraus abzuleitenden und abgeleiteten sozialen Präventionsaufgaben muß man deshalb fragen, unter welchen Bedingungen die öffentliche Ressource Gesundheitsamt diesem neuen Verständnis und den daraus abzuleitenden Aufgaben dienen kann. Es gilt mithin, die Veränderungsmöglichkeiten und die Veränderungsbereitschaft bei den hierfür Zuständigen auf den verschiedenen Entscheidungsebenen zu untersuchen.

1.1 Die Notwendigkeiten der Veränderung.

Die Notwendigkeit zur Veränderung des Aufgabenspektrums und der Art der Aufgabenerfüllung ergibt sich einerseits aus einem veränderten Krankheitsspektrum, andererseits ist eine Neudefinition der Aufgaben des ÖGD in der Bundesrepublik Deutschland überfällig.

1.1.1 Veränderung des Krankheitsspektrums.

Industrialisierung, Kommerzialisierung und Verstädterung unserer Lebensumwelten haben sich auf die Gesundheit unserer Bevölkerung ambivalent ausgewirkt.

Einerseits führte diese Veränderung zu einer Hebung des allgemeinen Lebensstandards und zur Bereitsstellung von Infrastruktur des privaten und öffentlichen Lebens und war insofern wesentliche Voraussetzung für die weitgehend erfolgreiche Eindämmung zahlreicher Seuchen, die bis in das erste Drittel unseres Jahrhunderts hinein das Krankheits- und Todesursachenspektrum in unserer Bevölkerung dominierten. Die Entwicklung von Gesundheitsämtern in den Kommunen und Kreisen ist davon wesentlich mitbestimmt worden; der Zusammenhang mit der Armutspolitik ist unverkennbar. Die Organisations- und Arbeitsstrukturen der Gesundheitsämter zeigen das auch heute noch.

Andererseits führten Industrialisierung, Kommerzialisierung und Verstädterung unserer Lebensumwelten zu einer Reihe von neuen gesundheitlichen Folgeerscheinungen in unseren Bevölkerungen. Heute stehen Krankheiten des HKL-Systems, Krebs, Unfälle und Gewalteinwirkungen, Folgen von Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie Suizidalität im Vordergrund. Diesen Krankheiten gemeinsam ist ihre in der Regel vielgestaltige Einbindung in die Lebenszusammenhänge der Betroffenen sowie

ihre Chronizität bzw. Irreversibilität. Die Auswirkungen und Folgen sind in der Regel nicht zu kurieren, wohl aber gilt es, den Betroffenen und sein soziales Umfeld so zu stärken, daß mit der Störung auf eine "gesunde" Weise umgegangen werden kann.

Der Begriff der Prävention erhält im neuen Verständnis eine andere Dimension im Vergleich zum bisherigen Verständnis der Individualmedizin; hier lautet die Frage:

"Wie erkennen wir möglichst früh, daß ein Individuum erkrankt und was können wir dann dafür tun, um den individuellen Krankheitsprozeß zu stoppen...?"

Im Verständnis der sozialen Prävention ist zu fragen "unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund bzw. geht die Inzidenz der wichtigen Krankheiten zurück, und was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten?"¹

Soziale Prävention zielt also auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen der Lebensweise von Bevölkerungen und muß sich insofern auch instrumentell und methodisch abgrenzen vom Präventionsverständnis der Individualmedizin, die monokausal an einzelnen Wirkungszusammenhängen orientiert ist.

1.1.2 Neudefinition der Rolle des ÖGD.

Das Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter läßt sich verallgemeinernd in Aufgaben der Gesundheitsaufsicht und solche des Gesundheitsschutzes aufteilen. Während die Aufgaben der Gesundheitsaufsicht seit Jahrzehnten im wesentlichen gleich geblieben sind und zum Teil durch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen ("Vergreisung", Sozialhilfe, Flüchtlinge) mengenmäßig an Bedeutung gewonnen haben, hat der Öffentliche Gesundheitsdienst Aufgaben des Gesundheitsschutzes zunehmend an private Leistungsanbieter abgeben müssen (z.B. Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsberatung, Zahngesundheitspflege, Impfprophylaxe). Weitere Aufgabengebiete stehen zur Disposition (z.B. Einschulungsuntersuchung). Begründet wurden diese Verlagerungen in der Regel einmal mit dem Argument, dieselbe Leistung könnten die privaten Anbieter kostengünstiger erbringen und damit die angespannten öffentlichen Finanzen ohne Nachteile für Betroffene entlasten und zum anderen mit dem Hinweis auf das "Subsidiaritätsprinzip", das staatliche Aktionen eben nur da für erforderlich und legitim hält, wo die vorgelagerten Ebenen gesellschaftlicher Hilfe nicht zum Zuge kommen.

¹ Rolf Rosenbrock, Gesundheit als Herausforderung - Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Referat AOK/WHO-Kongress, Hamburg 1989

Diese Entwicklungen haben zu einer personalen aber auch motivationalen Auszehrung des ÖGD geführt, eine "Bunker-" oder Verteidigungsmentalität der Beschäftigten in diesen Bereichen gefördert und die notwendigen Innovationen, die auch zu einer Aufwertung des ÖGD führen wurden, behindert.

Die Neubestimmung der Aufgaben des ÖGD im Bereich des Gesundheitsschutzes muß orientiert an den dargestellten unterschiedlichen Präventionsverständnissen, dem individualmedizinischen und dem sozialen, erfolgen:

Das gesundheitliche Versorgungssystem der Bundesrepublik ist mediziner- und medizin-dominiert. Es richtet sich auf die Kuration von "Fällen". Die komplexen Lebenszusammenhänge, in denen die Individuen stehen, die sich hinter diesen "Fällen" verbergen und in denen sich Krankheit realisiert, werden der Betriebs- und Behandlungslogik der Medizin entsprechend eher systematisch ausgeblendet.

Beschränkt sich also die medizinische Kuration auf "Behandlung des Falles", so ist der ÖGD in die Lage zu versetzen, das Individuum in seinen sozialen Zusammenhängen zu erkennen und auf der Basis dieser Erkenntnisse mit anderen gemeinsam (s. Kapitel 3) Maßnahmen sozialer Prävention zu entwickeln und durchzuführen. Die soziale Prävention ist vor allem auszubauen, um den chronischen und Volkskrankheiten entgegentreten zu können. Die Leistungsangebote der Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung unterliegen, wie wissenschaftlich gut untersucht, schichtenspezifischen Zugangsbarrieren. Man könnte auch hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung von der Gefahr der Entwicklung einer 2/3-Gesellschaft sprechen.

Der ÖGD hat hier spezifische Angebote und Angebotsformen zu entwickeln, die einer solchen Entwicklung kompensatorisch entgegentreten. Diese Aufgabe kann der ÖGD nur erfüllen, wenn er die Leistungsangebote privater Leistungserbringer evaluiert und eigenständig aktiv werden kann. Der Auftrag des ÖGD, wie ihn schon die 3. DVO formuliert, für die Sicherung der Volksgesundheit Sorge zu tragen, ist in diesem Sinne zu konkretisieren.

1.2 Die OTTAWA-CHARTA zur Gesundheitsförderung.

Die OTTAWA-CHARTA, von der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im November 1986 verabschiedet, ist der programmatische Versuch, für die Umorientierung der Gesundheitspolitik von der individualisierten Krankheitsversorgung zur sozialen und öffentlichen Gesundheitsbewegung einen konzeptionellen Rahmen zu geben. Die CHARTA ist damit auch als Orientierungshilfe für eine Neuordnung der Aufgaben des Gesundheitsschutzes im ÖGD anzusehen.

1.2.1 Definition der Gesundheitsförderung.

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie mit ihrer Umwelt umgehen, bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als das einzige Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise soziale, persönliche und biologische Faktoren umfaßt. Gesundheitsförderung fällt deshalb nicht nur in die Verantwortlichkeit spezieller Gesundheitsdienste und zielt über gesunde Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin." ²

In Weiterführung sozialmedizinischer Erkenntnisse, wie sie zuerst von R. Virchow und später von A. Großjahn formuliert worden sind, definiert die OTTAWA-CHARTA sodann Rahmenbedingungen jedweder Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Diese sind:

Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System und soziale Gerechtigkeit. Nach der WHO ist Gesundheit ein "Ensemble individueller, interaktioneller und institutioneller Phänomene und Beziehungsmuster". ³

² Charta von Adelaide.

³ Horn/Beier/Wolf: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen 1983. S. 47.

Gesundheitsförderung hat in diesem Sinn folgende Wege der Umsetzung zu entwickeln:

- Partei ergreifen und Interessen vertreten.

Gesundheit benötigt Interessenvertretung. Der ÖGD, im Unterschied zu den anderen Institutionen des Gesundheitswesens, ist prinzipiell frei von partikularen Interessen. Er ist somit die geeignete Einrichtung, um als "Anwalt für Gesundheit", die Interessen der Bevölkerung an gesunden Lebensbedingungen zu formulieren und zu vertreten.

- Vermitteln und Weitergeben.

Gesundheitsförderung verlangt das koordinierte Zusammenwirken vieler Einrichtungen und Verbände, einzelner Bürger, Selbsthilfegruppen oder Vereine weit über den Gesundheitssektor hinaus.

Der ÖGD versucht schon heute, diese Koordination zu leisten. Die verschiedenen Arbeitsgemeinschaften sind ein erster Schritt in diese Richtung. Wichtig erscheint, daß man den Weg von einer einrichtungs- bzw. trägerorientierten Koordination hin zu einer Aufgaben- bzw. Projektkoordination energisch beschreitet.

- Befähigen und ermöglichen.

Gesundheitsförderung soll gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen. Um die gleichen Chancen für Gesundheit sicherzustellen, sind soziale Unterschiede aufzunehmen und die Menschen jeweils in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit und die Faktoren, die darauf einwirken, also ihre sozialen Bedingungen zu verändern und selbst zu gestalten.

In diesem Sinn hat der ÖGD schichtenspezifische Angebote und Angebotsstrukturen zu entwickeln.

- An der Lebenswelt ausrichten.

Gesundheit verwirklicht sich im Alltag. Soziale Prävention muß sich an den relevanten Lebensbereichen dieses Alltags (z.B. Wohnen, Arbeit, Freizeit ...) ausrichten und die dort stattfindenden Lebensprozesse auf ihre belastenden oder/und hilfreichen Aspekte hin analysieren und in die Präventionskonzeption aufnehmen.

- Ressourcen in sozialen Netzen erschließen.

Gesundheit findet zwischen Menschen statt. Gesundheitsförderung richtet ihr Augenmerk nicht mehr nur auf den einzelnen, sondern auf kleine und kleinste soziale Einheiten (soziale Netze). Sie trachtet danach, in den sozialen Netzen Ressourcen zu erschließen, ohne deren Einbezug Veränderungen, z.B. im Bereich des Verhaltens, nicht möglich sind.

1.2.2 Ziele der Gesundheitsförderung.⁴

Die OTTAWA-CHARTA formuliert folgende Ziele der Gesundheitsförderung:

- Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten,
- Stärkung gesundheitsbezogener, (schichtspezifischer, d. Red.) Bürgeraktivitäten,
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Gesundheitsförderung, entsprechend der OTTAWA-CHARTA zielt also darauf ab, Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, die sicher, anregend, befriedigend, friedvoll und damit gesundheitsfördernd sind. Dabei sind sowohl die Selbsthilfe als auch die soziale Unterstützung zur Erreichung dieser Lebensbedingungen zu stärken. Die Möglichkeiten öffentlicher Teilhabe und Mitbestimmung sind zu verbessern. Das bezieht sich auch auf das Gesundheitssystem, zu dem die Gesundheitsämter gehören.

Diese - verkürzende - Beschreibung der Gesundheitsförderung soll die Unterschiede zu Gesundheitsinformation und -erziehung, wie sie heute in den Gesundheitsämtern weitgehend noch betrieben wird, deutlich machen. Deren Charakteristika sind - ebenso vereinfachend - mit den Stichworten "Informationsvermittlung", "Orientierung an einzelnen Risiken" sowie "Verhaltensappelle" zu beschreiben.

Gesundheitserziehung kann nicht als Variante oder Vorform von Gesundheitsförderung angesehen werden, deren Ausbau und Intensivierung quasi zwangsläufig zur Gesundheitsförderung führt, sondern es handelt sich um grundsätzlich unterschiedliche, auf unterschiedlichem Gesundheitsverständnis beruhende Ansätze. Gesundheitsförderung und soziale Prävention im dargestellten Sinne bedürfen bei der Umsetzung in die Praxis adäquater Methoden und Instrumentarien sowie entsprechender fachlicher Kompetenz. Sie sind vor allem nicht von den Gesundheitsämtern isoliert zu betreiben.

⁴ Siehe hierzu: WHO 1986: OTTAWA-CHARTA For Health Promotion, S. 5

1.3 Das Gesundheitsamt als Träger von Gesundheitsförderung.

Unsere Aufgabe war es, an Beispielen zu prüfen, inwieweit Gesundheitsämter in der Lage sind, Gesundheitsförderung im hier skizzierten Sinn als Amtsaufgabe wahrzunehmen bzw. unter welchen Bedingungen sie dazu in der Lage sind. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Schleswig-Holstein schreibt diese Aufgabe grundsätzlich den Gesundheitsämtern zu. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß im Sprachgebrauch der hiermit befaßten Mediziner, Verwaltungen und Politiker Gesundheitserziehung und -förderung meist als Synonyma verstanden werden. Die Gesundheitsministerkonferenz hat noch in ihrer EntschlieÙung im Dezember 1982 die Gesundheitsämter aufgefordert, die Gesundheitserziehung als Teil einer umfassenden Prävention stärker zu berücksichtigen.

Wie dargestellt, geht es bei Gesundheitserziehung und bei Gesundheitsförderung jedoch um unterschiedliche Ansätze, aus denen sich unterschiedliche Aufgaben ergeben. Gesundheitserziehung knüpft an das Risikofaktorenkonzept an wie es aus der naturwissenschaftlichen Medizin entstanden ist. Die Definitionsmacht haben hier Mediziner. Da das Gesundheitsamt von Medizinern geführt wird, ist die Akzeptanz dieses Ansatzes hoch. Die Übernahme entsprechender aus der kurativen Individualmedizin abgeleiteten Präventionsstrategien fällt leicht. Gesundheitsförderung knüpft dagegen an den allgemeinen Lebensbedingungen und ihren Voraussetzungen an. Definitions- und Gestaltungsmacht liegt hier primär nicht bei einer Wissenschaft - schon gar nicht bei der traditionellen Medizin -, sondern bei den gesellschaftlich agierenden Kräften, insbesondere bei Gemeinde-, Kreis- und Landespolitikern. Die Definition der Ziele der Gesundheitsförderung, sofern sie erfolgt, wird deshalb vom Gesundheitsamt folgerichtig als von außen auferlegt wahrgenommen und nur zögernd akzeptiert.

Die bisher geringe Entwicklung der Gesundheitsförderung - nicht der Gesundheitserziehung - kann aber nicht primär den Gesundheitsämtern angelastet werden. Sie ist Ergebnis des Fehlens einer konzeptionellen Durchdringung der Gesundheitspolitik und der damit verbundenen geringen Definitionstiefe und -macht bei der Festlegung von Gesundheitszielen durch Politiker und Verwaltungen.

Gesundheitsförderung setzt die Definition von Zielen voraus. Sie kann sich nicht allein aus medizinisch-kurativen Zusammenhängen ableiten, sondern muß vielmehr die allgemeine Lebensumwelt und deren Rahmenbedingungen einbeziehen. Dies ist eine originäre Aufgabe der Gesundheitspolitik. Die Definition von Zielen durch die Gesundheitspolitik ist die Voraussetzung zur Entwicklung von Gesundheitsplänen durch die Gesundheitsämter, die den Weg zur Realisierung dieser Ziele beschreiben.

Es ist also eine Verlagerung der Verantwortung, wenn von Gesundheitsämtern die Erarbeitung von Plänen zur Realisierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung verlangt wird, bevor bzw. ohne daß die Ziele von der Politik definiert sind. Dieser Ansatz muß scheitern.

Der so "programmierte Mißerfolg" diskreditiert Gesundheitsförderung als "unklar", "nicht machbar" etc. und stärkt traditionelle Gesundheitserziehung.

2. DIE REALITÄT DER INSTITUTION GESUNDHEITSAMT

2.1 Das Gesundheitsamt als Teil öffentlicher Verwaltung.

Dienststellenbeschreibungen, Zuständigkeiten, Dienstanweisungen, Dienstwege, Beurteilungsverfahren, Aufstiegsregelungen prägen das Handeln und die Einstellungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern.

Für den beruflichen Alltag bedeutet dies:

- Das Handeln ist gesetzlich definiert und dementsprechend auf "Notwendigkeiten" festgelegt;
- berufliche Kompetenzen werden in diesem abgesteckten gesetzlichen Rahmen erworben;
- auch die berufliche Laufbahn ist gesetzlich geregelt und vorgegeben;
- viele sind abhängig von wenigen;
- Informationen werden unten gesammelt und auf institutionell festgelegten Wegen nach oben gegeben;
- oben wird entschieden, unten wird ausgeführt;
- Verantwortung wird oben übernommen;
- die Informationswege sind geregelt (Umlaufverfahren, Berichtspflicht, Aktenführung, Ablageordnung etc.);
- eigenständige Entwicklung von Neuem ist unter diesen Bedingungen nur ausnahmsweise anzutreffen und mit Risiken verbunden ("aus dem Fenster hängen", "zurückgepfiffen werden").

Das Kommunikationssystem der öffentlichen Verwaltung ist äußerst sensibel. Jeder einzelne hat seinen, jede Gruppe ihren Platz in diesem System und behauptet ihn. Verhaltensweisen sind eingeübt, man weiß z.B. wie man mit den Eigenarten von Vorgesetzten umzugehen hat, welcher Kollege zu welcher Clique gehört, wann und bei wem man seinen Ärger loswerden kann.

Jede Intervention von außen - eine davon bildet das hier beschriebene Vorhaben - bedroht das Gleichgewicht dieses Systems und erzeugt Widerstände und Ängste bei den Mitarbeitern.

Einige Beispiele hierfür aus einer Befragung:

-
- Gerüchte über Rationalisierungsmaßnahmen gehen um, man sieht das Wirken des IKOL-Teams in diesem Zusammenhang.
 - Eigeninitiative ist gefährlich, es gibt die Erfahrung, daß man zurückgepfiffen wird;
 - die beruflichen Endpositionen sind erreicht, warum sollte man sich zusätzlich und auch noch für Neues engagieren;
 - in einem Amt, das vor allem mit gesetzlich festgelegten Aufgaben betraut ist, entwickelt sich Routine. Das neue GF-Verständnis, um dessen Entwicklung es in diesem Vorhaben geht, stellt die Routine in Frage.
-

Die Zuständigkeiten für bestimmte Inhalte sind klar geregelt und bestimmten Abteilungen zugeordnet. Die Abteilungsgrenzen zu überschreiten, um in bestimmten Aufgaben zusammenzuarbeiten, bedeutet zusätzliche Belastung. Eine Änderung der Prioritäten im Aufgabenspektrum, die sich aus dieser Kooperation ergeben könnte, brächte das Zuständigkeitssystem durcheinander.

(Die hohe Anzahl von Halbtagsbeschäftigten, die in besonderer Weise voll ausgelastet sind, stellt eine objektive Erschwernis jeder Kooperation dar.)

2.2 Die vertikale Leitungsstruktur.

Das folgende Schaubild stellt vereinfachend drei Ebenen mit ihren unterschiedlichen und spezifischen Handlungsanforderungen und Qualifikationen dar:

Ebene 1	Amtsleitung, Generalist das Ganze im Blick
Ebene 2	Abteilungsleitung noch Generalist, aber auch Spezialist
Ebene 3	Sachbearbeiter Spezialist

Ebene 1, die Amtsleitung: Sie hat das Ganze im Blick, muß Generalist sein, macht Politik für das Amt, für seine Aufgaben und Inhalte. Sie entscheidet über Ziele. Die Positionsinhaber sind nicht Spezialisten, auch wenn sie dies früher waren. Spezialist sein, widerspricht der Rolle und Aufgabe des Generalisten, "der Amtsarzt der Zukunft wird ... koordinierender Universaldilettant sein müssen ..." ⁵

Seine Qualifikation besteht u.a. in:

- fachlichem und gesundheitspolitischem Weit- und Überblick
- transparentem Führungsverhalten (s. Seite 14)
- Planungs- und
- Entscheidungskompetenz
- der Fähigkeit zur Motivation der Mitarbeiter.

Ebene 2, die Abteilungsleiter: Sie sind zugleich Generalist und Spezialist, aber beides nur in Teilbereichen. Sie vertreten die Entscheidungen von oben nach unten, sind für die Entwicklung zieladäquater Maßnahmen zuständig und für deren Durchführung.

Ihre Qualifikation besteht u.a. in:

- Konfliktfähigkeit
- Konfliktregelungskompetenz
- Planungskompetenz
- transparentem Führungsstil
- kooperativem Verhalten.

Ebene 3, die Sachbearbeiter: Hier sind in den verschiedenen Abteilungen Spezialisten unterschiedlicher fachlicher Kompetenz tätig. Ihre Aufgabe besteht in der sachkundigen Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen und von den Ebenen 1 und 2 vorgegebenen Aufgaben.

Ihre Entscheidungskompetenz bezieht sich auf das Praxisfeld, in dem sie tätig sind.

Vom Führungsverhalten der Mitarbeiter der Ebenen 1 und 2 (Amtsleitung und Abteilungsleitungen) hängen Arbeitsklima, Effizienz und die Motivation, neue Aufgaben wahrzunehmen, entscheidend ab. Das Verhalten kann konsequent und transparent oder inkonsequent und intransparent sein. Die Folgen für das Betriebsklima lassen sich wie folgt beschreiben.

⁵ P.V. Lundt, zitiert nach P. Moritzen, Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein - Heute und morgen - 11/89

konsequent-transparent

Die Mitarbeiter sind in der Lage, sich auf den Führungsstil einzustellen, sie können sich auf geltende Spielregeln verlassen, wissen immer, woran sie sind, was sie dürfen, vor allem auch, was sie nicht dürfen. Ihr Verhalten ist eher reaktiv, weil anweisungsgelbunden, Eigeninitiative wird entwickelt, wenn sie von oben erwartet wird.

Schwierigkeiten werden dem jeweiligen Vorgesetzten mitgeteilt und wo nötig von ihm geregelt. Die Identifikation mit der Organisation ist möglich. Sie ist als Ganzes für ihre Nutzer einschätzbar. Der Chef stellt sich im Konfliktfall vor die Mitarbeiter. Der Chef bekennt sich zu seinem Stil.

inkonsequent-intransparent

Die Mitarbeiter können sich auf den Führungsstil nicht einstellen. Es gibt keine verlässlichen Spielregeln, sie müssen erahnt werden, man weiß nie, woran man ist. Überlebensstrategien: nicht auffallen, informelle Kontakte, Cliquenbildung. Eigeninitiative ist gefährlich, Schwierigkeiten darf es möglichst nicht geben, auf Vorgesetzte ist kein Verlaß. Identifikation mit der Organisation ist kaum möglich.

Die Organisation insgesamt wird für ihre Nutzer unberechenbar. ⁶

2.3 Die Dominanz der Medizin.

In den Gesundheitsämtern sind in der Regel die Leitungspositionen (Ebene 1 und 2) von Ärzten besetzt. Alle anderen Berufsgruppen (Gesundheitsingenieure, Sozialarbeiter etc.) werden den Ärzten nachgeordnet (dies zeigt sich auch im Gehaltsniveau).

Eine Ausnahme bilden die Berliner Bezirksgesundheitsämter. Hier sind in der Ebene 2 Sozialarbeiter als Abteilungsleiter Ärzten gleichgestellt, wenn auch nicht gleich bezahlt.

Mit dieser Dominanz der Ärzte bestimmt eine inhaltliche Komponente das Verwaltungshandeln:

Das traditionelle, kurative, schulmedizinische Denken herrscht vor. Es orientiert sich am einzelnen Kranken bzw. an seinen Krankheitssymptomen und bringt spezialisierte, arbeitsteilige, ausschließlich analytisch begründeten Therapievorstellungen ein.^{6a)} Für den Lebensweltansatz bedeutet diese Nachrangigkeit anderer Fachkompetenzen eine Engführung im Entscheidungsbereich auf das jeweils vorherrschende medizinische Denken.

⁶ G. Weber, Interne und externe Rahmenbedingungen für die Gesundheitserziehung, in: Perspektiven und Zielsetzungen in der Gesundheitserziehung, Workshop Leonberg 11/89

- 6 a) Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß sich Gesundheitsämter (und hier auch Ärzte) in einer Reihe von Arbeitsbereichen bereits mit der Erhaltung und Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensverhältnisse befassen, z.B. beim Trinkwasserschutz und anderen umweltrelevanten Fragestellungen.

Damit hängt wohl auch zusammen, daß bei an den neuen Aufgaben engagierten Gesundheitsämtern, wie den am Projekt beteiligten, Gesundheitserziehung mit am Individuumorientierten Angeboten (Aufklärung in Schulen, Fortbildungsangebote, Informationen über Risiken) Vorrang hat.

Der Körper Mensch ist dem Arzt bekannt, die Folgen von Einwirkungen einigermaßen vorhersehbar. Der "Körper" Gemeinde ist ihm fremd. Die Wirkung von Interventionen ist hier nicht vorhersehbar. Wenn ein Gesundheitsamt etwa auf gesundheitsbedrohende Umweltbelastungen durch eine Fabrik, von der ein Großteil der Bevölkerung lebt, öffentlich aufmerksam macht, ist schwer abzuschätzen, wie das Gemeinwesen oder einzelne Gruppen darin reagieren.

2.4 Parteinahme versus Neutralität.

Solange bei vielen der Aktivitäten des GAS das Individuum im Zentrum steht, solange der einzelne für sein Verhalten und die Qualität seiner Lebensprozesse und damit für seine Gesundheit allein verantwortlich ist oder gemacht wird, kann der Arzt und mit ihm das GA die zu seinem Selbstverständnis gehörende Neutralität gegenüber Interessenkonflikten etwa im Umwelt- oder im sozialen Bereich wahren.

Der neue Ansatz von Gesundheitsförderung erfordert dagegen eine Benennung gesundheitsschädigender Verhältnisse. Da im Zentrum der Aktivität nicht das Verhalten des einzelnen, sondern gesellschaftliche Rahmenbedingungen stehen, ist das GA gefordert, *gegen* diese Verhältnisse und die Personen, Einrichtungen oder Strukturen, die dahinterstehen, Partei *für* die Gesundheit zu ergreifen (s. Feld IV, S. 17).

Als Beispiel hierfür ein Auszug aus dem Protokoll einer Arbeitsgruppe in einem am Projekt beteiligten Gesundheitsamt:

"Wenn das GA kreisgesundheitspolitisch aktuelle Probleme aufgreift und im Sinne des Schutzes der Bevölkerungsgesundheit relevante Umweltbelastungen erhebt und benennt, dann ergeben sich sofort viele Fragen bezüglich des Umgangs mit den Verursachern dieser Belastungen (z.B. Bauern, Industrie, Autofahrer) und mit der betroffenen Öffentlichkeit. Die Arbeit des GAS läuft Gefahr, kreispolitisch zu polarisieren und dadurch parteipolitisch benutzbar zu sein. Diese Gefahr besteht für einen "Anwalt" immer. Ein GA kann sie jedoch nur dann in Kauf nehmen, wenn es den politischen Auftrag hat, die konflikträchtige Anwaltsrolle im Kreis einzunehmen."

2.5 Konfliktfähigkeit versus Konsensbedürfnis.

Parteinahme erfordert Konfliktfähigkeit. Auch sie ist nicht eingeübt. Verwaltungshandeln muß reibungslos sein. Konflikte, Widersprüche werden intern in der Regel durch Anweisung beseitigt, extern geht es um die Herbeiführung von Konsens, auch wenn dies auf Kosten eigener oder fremder Interessen geht.

Konsensbereitschaft wie Neutralität sind tief verinnerlichte Werte, sie bestimmen das Selbstbild und damit die Rolle, die Vertreter des Amtes in der Öffentlichkeit zu spielen haben. Das gilt umso mehr, als die Öffentlichkeit von denselben Werten ausgehend eine solche Rolle erwartet.

2.6 Die "Komm-Struktur".

Zum Amtsverständnis gehört auch, daß der Bürger zum Amt kommt, nicht, daß Vertreter des Amtes zum Bürger gehen.

Individuen können in das Amt kommen, soziale Probleme oder Umweltschäden müssen vor Ort erkundet, festgestellt und angegangen werden. Der neue Ansatz erfordert deshalb auch hier tiefgreifende Verhaltensänderungen: Das Amt ist präsent an sozialen Brennpunkten, es ergreift dort Partei für bestimmte Interessen gegen andere und gerät damit in die öffentliche Diskussion.

2.7 Der Konflikt zwischen traditionellem und neuem Aufgabenverständnis.

Die im Regelfall bestehende Hierarchie (Ärzte oben, alles andere ordnet sich nach) führt dazu, daß die im ärztlichen Berufsauftrag definierten Leistungen wie Begutachtung, Überwachung und Kontrolle, das vorherrschende kurative Denken und das daraus abgeleitete Selbstverständnis der Ärzte den beruflichen Alltag und das berufliche Selbstverständnis auch der übrigen Berufsgruppen bestimmen.

Dies widerspricht dem ganzheitlichen lebensweltorientierten Gesundheitsverständnis und der damit verbundenen neuen Aufgabendefinition für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeit und Parteinahme für "gesunde Lebensbedingungen", "gesunde Städte", "gesunde Bevölkerung", "gesundes Wasser", etc. ist etwas anderes als die Sorge um die Vermeidung oder die Bekämpfung individueller Krankheiten.

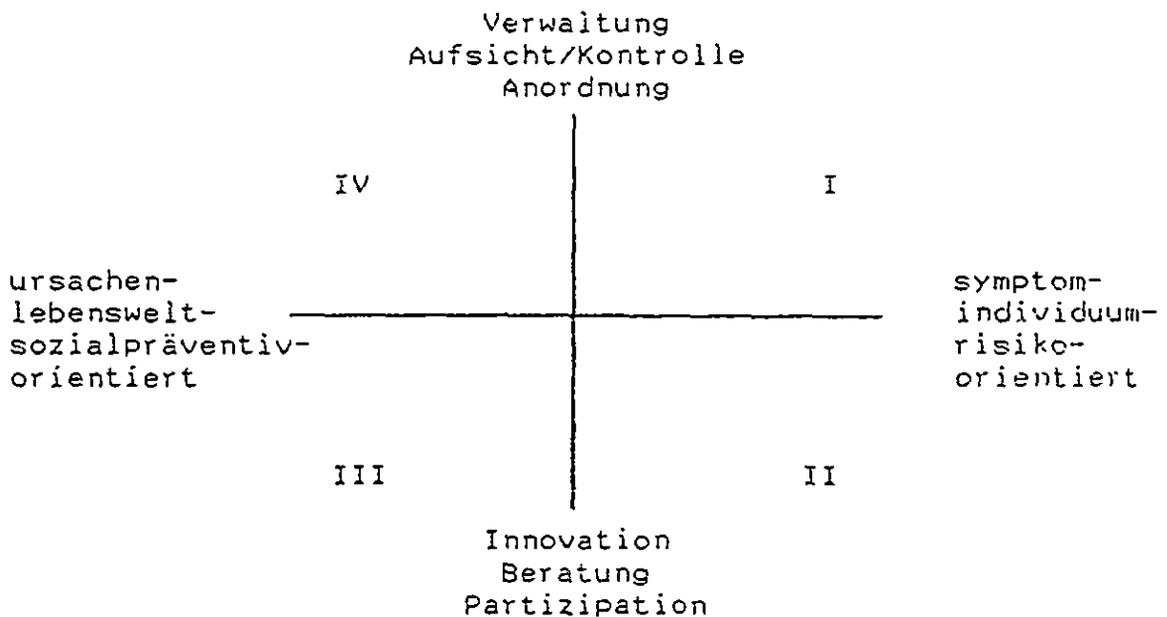
Um diesem neuen Verständnis gerecht zu werden, müssen mit unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen versehene Mitarbeiter (Sozialarbeiter, Umweltingenieure, Ärzte etc.) gleichberechtigt zusammenarbeiten und es muß die Kooperation mit anderen (Ämtern, Verbänden, Gruppen usw.) gesucht werden.

Das folgende Konfliktmodell zeigt das Spannungsfeld, in das ein Amt gerät, das sich mit den hier dargestellten neuen Aufgaben zu beschäftigen beginnt.

In der Horizontalen stehen sich konfliktreich gegenüber auf der rechten Seite die Symptom-, Individuum- und Risikoorientierung, auf der linken die Ursachen-, Lebenswelt- und Sozialpräventionsorientierung.

In der Vertikalen stehen sich konfliktreich gegenüber oben Aufsichts- und Kontrollaufgaben, unten Aufgaben im Bereich Innovation, Beratung und Partizipation.

DAS KONFLIKTMODELL



Die Felder I bis IV kennzeichnen die vier Prototypen des zur Diskussion stehenden möglichen Selbstverständnisses von Gesundheitsaufsicht/-aufklärung/-erziehung und -förderung im Amt.

I

Das herkömmliche klassische Verständnis von isoliert zu bearbeitender Risikovermeidung durch Kontrolle, Impfen, Reihenuntersuchungen etc.

II

Das herkömmliche klassische Konzept wird ergänzt durch Fortbildungsmaßnahmen, Aufklärungskampagnen für bestimmte Zielgruppen. Dieses Feld nimmt Teile des neuen Verständnisses (Innovation, Beratung, Partizipation) bereits auf. Es erweitert die Kooperation.

III

Hier wird das herkömmliche klassische Konzept im Grundsatz verlassen. Es geht nicht um Symptombekämpfung, um Einfluß auf individuelle Verhaltensweisen in erster Linie.

Im Vordergrund stehen:

- Sozialprävention im Sinne der Veränderung der Lebenswelt. Hierzu gehören die Erhebung und Bekämpfung krankmachender Ursachen, wozu das GA beitragen, was es aber nicht isoliert leisten kann.
- Die Entwicklung von Interventionsinstrumenten zur Einwirkung auf die erhobenen Lebensweltsituationen mit dem Ziel der Aktivierung von Selbsthilfe- und Selbstheilungskräften in den betreffenden Lebenswelten (Förderung der Partizipation).
- Die Kooperation mit verschiedenen Hilfeanbietern im Feld und ggf. deren Koordination.

Die bisherige Kontroll-/Aufsichtsfunktion des Amtes tritt in diesem Konzept in den Hintergrund bzw. ist im Sinne von IV neu zu definieren. Hier übernimmt es die Rolle des Untersuchers, des Innovators, des Beraters und des Bereitstellers von Ressourcen zur Selbsthilfe.

IV

Aufsicht und Kontrolle werden hier verstanden als Instrumente einer aktiven Kommunal-, Wirtschafts-, Umweltpolitik. Im Interesse der Bewohner, der Bürger im Zuständigkeitsbereich des Amtes, werden z.B. Umweltbelastungen nicht nur geprüft, sondern auch Maßnahmen gegen die Verursacher zur Beseitigung der Belastung getroffen.

Dieser Ansatz erfordert Konfliktfähigkeit gegenüber Politikern, der Wirtschaft, der Interessenverbände etc. Die Voraussetzungen wären gesetzlich abgesicherte Sanktionsmöglichkeiten. Kurzum, im Feld IV sind die weitestgehenden, auch gesetzlichen Veränderungen gegenüber bisherigen Aufgaben des Amtes notwendig. ⁷

I und II haben wir in den Ämtern vorgefunden. um Perspektiven für organisatorische Rahmenbedingungen im Sinne der Felder III und IV geht es im folgenden.

⁷ G. Weber, Die Bedeutung des lebensweltorientierten Präventionsverständnisses für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, in: W. Stark (Hrsg.), Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Freiburg '89

3. PERSPEKTIVEN FÜR EINE NEUE ORGANISATIONSSTRUKTUR DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES

3.1 Zusammenfassung des bisherigen Gedankenganges.

In Kapitel 1 wurde die Notwendigkeit der Veränderung der Gesundheitsämter und ihrer Aufgaben mit einem veränderten Krankheitsspektrum, aber auch mit personalen und motivationalen Auszehrungserscheinungen im ÖGD begründet. Als mögliche Entwicklungslinien wurden verstärkte sozialpräventive Anstrengungen im Hinblick auf chronische und Volkskrankheiten und ein aktives Gegensteuern gegen eine mögliche 2/3-Gesellschaft in der gesundheitlichen Versorgung vorgeschlagen. Dabei sollte das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa-Charta gefaßt ist, den Gesundheitsämtern als Leitlinie dienen.

Gesundheitsämter können wichtige Träger von Gesundheitsförderung werden - sie können aber nie deren alleiniger Träger sein. Die Definitionsmacht über Ziele der kommunalen Gesundheitsförderung liegt bei den Betroffenen, d.h. bei den jeweiligen politischen Entscheidungsträgern, die die gesundheitlichen Interessen der Bürger im Rahmen von politischen Prozessen wahrnehmen und konkrete Gesundheitsförderungsziele bestimmen.

Unter dieser Voraussetzung kann eine interne Erneuerung des Gesundheitsamtes, z.B. über den Weg der Organisations- und Konzeptberatung, Erfolg versprechen. An klassisch-gesundheitserzieherischen oder hoheitlichen Aufgaben werden diejenigen methodischen Fähigkeiten eingeübt, die ein GA in Zukunft als wichtiger Träger kommunaler Gesundheitsförderung benötigt. Dabei ist methodisch zu beachten, daß in der Orientierung an den Erfahrungen, lebensweltlichen Bezügen und Partizipationswünschen der GA-MitarbeiterInnen die zukünftige Orientierung an der Lebenswelt der Menschen im Kreis vorweggenommen und erprobt wird.

Um einen solchen Versuch ging es in der vom IKOL durchgeführten Zusammenarbeit mit den beiden genannten Gesundheitsämtern.

Kapitel 2 zeigt die Probleme auf, denen sich ein solcher, schon relativ reduzierter Innovationsanspruch im Gesundheitsamt ausgesetzt sieht. Die feste Verankerung des Gesundheitsamtes im Verwaltungshandeln mit seinen hierarchiebestimmten und eher reaktiven Arbeitsabläufen steht nötigen projektorientierten und planenden Herangehensweisen im Wege. Die starke Position von für diese Aufgaben unzureichend ausgebildeten Medizinern in dieser Hierarchie verhindert gesundheitspolitische Problemdefinitionen, die sich deutlich genug von individueller Kuration und Risikovermeidung lösen. Ängste vor dem Aufgeben der "neutralen Position", vor Interessengegensätzen und Konflikten zwischen

dem Amt und anderen relevanten Akteuren im gesundheitspolitischen Feld erschweren oder verhindern, eine Anwaltsfunktion für die Gesundheit der Kreisbevölkerung zu übernehmen.

Aus den geschilderten Erfahrungen heraus erscheinen uns deshalb die folgenden beiden Zugänge zu einer Erneuerung des bisherigen Gesundheitsamtes, die beide Gegenstand des Projektes waren, gleichermaßen aussichtslos:

- Die bloße Erweiterung des Aufgabenspektrums um Gesundheitsförderungsaktionen (ein "Auffüllen" der Felder III und IV im oben dargestellten Konfliktmodell, s. Seite 17).

Das Nebeneinander von zuständigkeitsgebundenen Verwaltungsaufgaben und anlaßbezogener Projektarbeit funktioniert schon für die Gesundheitserziehung nur unter erheblichem zusätzlichem persönlichen Engagement von Mitarbeitern für eine begrenzte Zeit. Bei Gesundheitsförderungsaktionen im neuen Sinne dürfte sich das Problem noch schärfer stellen.

- Die Umorientierung der bisherigen Arbeit mit den sie tragenden Personen auf Gesundheitsförderungsziele und -maßnahmen (eine Verlagerung von den Feldern I und II auf die Felder III und IV im Konfliktmodell, S. 17).

Wie dargestellt, werden die Führungsfunktionen im Amt ausschließlich von Medizinerinnen wahrgenommen, das bedeutet im Regelfall, daß der risiko-, symptom- und individuumorientierte Präventionsansatz vorherrscht.

Dazu kommt, daß von ihrem Aufgabenverständnis her den Mitarbeiterinnen das Heraustreten aus dem Amt in die konfliktbeladene Öffentlichkeit in der Regel ungewohnt und fremd ist.

Zukünftige Innovationsversuche im Blick auf Gesundheitsförderung im Öffentlichem Gesundheitsdienst sollten sich darum von dem Wunsch lösen, alle vier in unserem Konfliktmodell verdeutlichten Aufgabenfelder unter dem gemeinsamen Dach des klassischen Gesundheitsamtes verbinden und integrieren zu wollen. Schon die bisherige Verbindung von Kontrollaufgaben und Beratungsangeboten führt zu deutlichen Ambivalenzen im Selbstverständnis der MitarbeiterInnen, wie auch im Bild des Gesundheitsamtes bei den Bürgern. Um wieviel mehr müßte dies für ein Amt gelten, das Kontroll-, Beratungs- und Anwaltsaufgaben gleichzeitig und konsistent wahrnehmen will.

Gegenüber weiteren, auf die bisherige Institution Gesundheitsamt bezogenen Erneuerungsversuchen halten wir eine inhaltliche und organisatorische Umstrukturierung unter Einbezug anderer einschlägiger Ämter (Umweltamt, Gewerbeaufsichtsamt, Sozialamt) für erfolversprechender. Die Anforderungsdimension "Kontrolle/Aufsicht" versus "Beratung/Förde-

rung" könnte eine sinnvolle Trennlinie abgeben. Das Ergebnis wären zwei neue Institutionen mit unabhängigen, aber jeweils sehr wichtigen Aufgaben im Rahmen einer neuen öffentlichen Gesundheitspolitik.

Ein (vorläufig so bezeichnetes) "Amt für Gesundheitsschutz" hätte umfassende Aufsichts- und Übersichtsfunktionen wahrzunehmen. Ein "Gesundheitszentrum" würde daneben die gesundheitlichen Beratungsaufgaben in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellen. Die möglichen Aufgaben, Strukturen und Ressourcen dieser beiden neuen Institutionen sollen im folgenden wenigstens beispielhaft angedeutet werden.

3.2 Das "Amt für Gesundheitsschutz"

Das Organisationsziel des Amtes für Gesundheitsschutz wäre es, die gesundheitliche Lage der Stadt/Kreisbevölkerung zu überwachen und ihre gesundheitlichen Interessen kommunalpolitisch mit zu vertreten. Es nimmt zu diesem Zweck verschiedene Funktionen der Kontrolle und der Evaluation wahr.

"Kontrolle" bezieht sich nunmehr auf die Gesamtheit der Lebensbedingungen, die für die gesundheitliche Situation der Bürger von Bedeutung sind. Einzuwirken ist demzufolge auf die Planung des Wohnumfeldes, die Verkehrsplanung, die Arbeitsbedingungen, die natürlichen Lebensbedingungen (z.B. Trinkwasserüberwachung), das Waren- und Dienstleistungsangebot (z.B. Lebensmittelüberwachung). Dazu gehört ebenfalls der bisherige individuenbezogene Gesundheitsschutz, wie er etwa in der Seuchenbekämpfung durchgeführt wird.

Insbesondere sollte das Amt aber eine fortlaufende Evaluation des Gesundheitssystems leisten, um eine gesundheitliche Chancengleichheit für die Bürger sicherzustellen. Die Angebote der medizinischen und sozialen Hilfe sind ständig daraufhin zu überprüfen, ob sie den Problemen angemessen und für jedermann zugänglich sind. Die kommunale Gesundheitsberichterstattung wäre also im Amt für Gesundheitsschutz angesiedelt.

Organisatorisch wäre ein solches Amt demnach in drei Abteilungen zu gliedern:

1. Individueller Gesundheitsschutz.
Hier sind die bisherige Seuchenhygiene, amtsärztliche Aufgaben usw. anzusiedeln.
2. Gesellschaftlicher Gesundheitsschutz.
Wichtige Bereiche : Nahrung, Arbeit, Wasser, Boden, Luft, Wohnung, Verkehr.
(Kooperation mit primär zuständigen Ämtern)

3. Gesundheitsberichterstattung.

Hier werden Informationen über die gesundheitliche Lage, die diese beeinflussenden Faktoren und die gesundheitliche Versorgung in der Region gesammelt, verdichtet und handlungsrelevant gemacht.

"Die regionale Gesundheitsberichterstattung soll Antwort auf folgende Fragen geben:

- Welche Gesundheitsprobleme gibt es in der Region?
- Wo treten sie gehäuft auf? (Nach Betrieben, nach Wohngebieten)
- Was kann dagegen getan werden (durch soziale Prävention, durch verstärkte medizinische Intervention)?
- Wer ist fachlicher, organisatorischer und politischer Träger der Intervention?"⁸

An der Spitze dieser Abteilungen stehen "Generalisten" im Sinne der oben beschriebenen Qualifikationspyramide (vgl. 2.2). Sie zeichnen sich vor allem durch Führungs- und Projektmanagementqualitäten aus (und werden in diesen fortgebildet). Die Leitung des Amtes wird von ihnen gemeinsam nach dem Kollegialprinzip wahrgenommen. Über sie läuft die Außenvertretung des Amtes und der Kontakt zur kommunalpolitischen Ebene, wo die gesundheitspolitischen Ziele des Kreises erarbeitet werden.

Die drei Abteilungen stellen demgegenüber einen "Pool von Spezialisten" dar, die

- erstens an der Ziel- und Maßnahmenplanung des Amtes jederzeit über ein geeignetes kooperatives Planungsverfahren beteiligt sind, und
- zweitens mit ihren Qualifikationen und Ressourcen jeweils anlaßbezogen in Projekten zusammenarbeiten.

Die genannten Aufgaben machen deutlich, daß hier die Qualifikationen von Naturwissenschaftlern (Toxikologen, Lebensmittelchemikern, etc.), Arbeitsmedizinern, Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens und Sozialwissenschaftlern benötigt werden.

⁸ Rolf Rosenbrock, a.a.O.

Das Amt für Gesundheitsschutz wäre mit ausreichenden Meß- und Laborkapazitäten, mit EDV, medizinischen Untersuchungseinheiten und einer Verwaltung auszustatten, um seine Aufgaben sinnvoll erfüllen zu können.

3.3 Das "Gesundheitszentrum"

Das neu zu schaffende "Gesundheitszentrum" hat die Aufgabe der Förderung gesunder Lebenswelten im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Über dem "Portal" des Zentrums könnten die Handlungsanweisungen von Ottawa stehen: Befähigen, Vermitteln, Vernetzen, Interessen vertreten. Methodisch stehen Beratungsaufgaben im Vordergrund.

Das Gesundheitszentrum wäre in vier Bereiche oder Aufgabenschwerpunkte aufzuteilen:

1. Einzelberatung

Aus dem Kanon des bisherigen Gesundheitsamtes sind hier z.B. die schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienste, die Behindertenberatung, Beratung nach Paragraph 218, Ernährungsberatung etc. aufzunehmen.

2. Gruppenberatung

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsarbeit, Stadtteilaktionen, Kontaktaufnahme zu und Gründung von Selbsthilfegruppen u.v.a. haben in diesem Bereich ihren Ort. Die Abteilung ist immer dann gefragt, wenn Menschen nicht einzeln, sondern in ihren sozialen Zusammenhängen beraten und unterstützt werden sollen.

3. Institutionsberatung

In diesem Arbeitsbereich des Zentrums werden Institutionen (z.B. örtliche Krankenkassen, Unternehmen, Vereine, ...) und Multiplikatoren (LehrerInnen, gewerbliche Ausbilder, ...) über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung beraten und bei der Initiierung, Durchführung und Evaluation unterstützt.

4. Politikberatung

"Geschäftsstelle für eine regionale und kommunale Gesundheitsplanung." ☞ In Kooperation mit dem Amt für Gesundheitsschutz wird die Umweltpolitik im Zuständigkeitsbereich koordiniert, beraten und informiert.

☞ E. Kröger, Analyse und Bewertung des ÖGD in der modernen Industriegesellschaft, in: Der Öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft, Düsseldorf März 1990

Ein Gesundheitszentrum als Anlauf- und Kontaktstelle für einzelne Bürger und Gruppen kommt außerdem kaum ohne einen abteilungsübergreifenden "Navigator" aus, der eine Lotsenfunktion in der Beratungsvielfalt einnimmt.

Wie für das "Amt für Gesundheitsschutz" würden wir auch für das Gesundheitszentrum ein kollegiales Leitungsorgan aus den vier "Abteilungsleitern" und eine projektbezogene Arbeitsweise vorschlagen.

Ein solches Zentrum braucht Gesundheitswissenschaftler (Sozialepidemiologen, Soziologen, Psychologen, Pädagogen und Mediziner).

Die MitarbeiterInnen und die Leitung sollten über gute organisatorische, didaktische und beraterische Fähigkeiten verfügen sowie konfliktfähig und kommunikativ sein.

Fortbildung und Supervision gehören zur "Ausstattung" des Gesundheitszentrums. Weitere, je nach Projekt einzusetzende Ressourcen sind eine Mediothek, Gruppenräume, Küche, Verwaltung und EDV.

Erst ein so gestaltetes kommunales Gesundheitszentrum könnte u.E. den Sprung von der klassischen Gesundheitserziehung zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung vollziehen. Weil es keine hoheitlichen Aufgaben mehr hat, ist es auch viel eher als das bisherige Gesundheitsamt in der Lage, ein lokaler Motor der Kooperation und Koordination im Sinne des GMK-Beschlusses von 1982 zu sein.

Die beiden neuen Institutionen könnten nach unserer Einschätzung zunächst ohne Stellenerweiterungen gegenüber dem jetzigen Stand gebildet werden. Vorhandene Ressourcen werden auf Kreisebene lediglich neu gruppiert. Wie schon gesagt, sind in diese Neugruppierung Umweltamt, Gewerbeaufsichtsamtsamt, Sozialamt einzubeziehen, wenn Teile der dort durchgeführten Aufgaben effizienter und politisch sinnvoller in einem "Amt für Gesundheitsschutz" oder einem "Gesundheitszentrum" mit ihrer umfassenden Zielsetzung angesiedelt wären.