

## **UNTERRICHTUNG**

durch die Landesregierung

**Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention  
in Mecklenburg-Vorpommern**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
1. Einleitung	2
2. Grundlagen	4
2.1 Begriffliche Orientierung zur Gesundheitsförderung und Prävention	4
2.2 Akteure und Partner	5
2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen	6
2.4 Bezüge zu internationalen und nationalen Programmen	7
3. Problem- und Ausgangslage	9
3.1 Soziodemographische Ausgangslage	9
3.2 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung	12
3.3 Ressourcen in Mecklenburg-Vorpommern	13
4. Strategische Handlungsansätze	14
4.1 Leitbild und Zielstellung	15
4.2 Allgemeine Handlungsleitlinien	16
4.3 Handlungsleitlinien zur Zielgruppenorientierung	17
5. Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten	19
5.1 Setting Kommune	20
5.2 Setting Kindertagesförderung	24
5.3 Setting Schule	28
5.4 Setting Betrieb/ Arbeitswelt	34
6. Lebensweltübergreifende Handlungsempfehlungen und Bezüge zu Landesprogrammen	39
6.1 Kindergesundheitsziele „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“	40
6.2 Allianz für Familien	41
6.3 Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“	44
7. Steuerung	46
7.1 Kooperations- und Koordinationsstrukturen zur Umsetzung des Landesaktionsplanes	46
7.2 Evaluation für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention	49
8. Zusammenfassung und Ausblick	50

## Anhang

1. Begriffe
2. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention
3. Netzwerke in Mecklenburg-Vorpommern
4. Setting-Projekte in Mecklenburg-Vorpommern
5. Landesprogramme
6. Instrumente zur Evaluation
7. Literaturverzeichnis

## 1. Einleitung

### **„Der Anfang ist die Hälfte des Ganzen“ Aristoteles**

Mecklenburg-Vorpommern hat sich das Ziel gestellt, Gesundheitsland Nummer 1 zu werden. Auf diesem Weg wurde schon viel erreicht: Die Gesundheitswirtschaft, speziell der Gesundheitstourismus, hat sich rasant entwickelt und in der medizinischen Versorgung wurden im Land innovative Modelle entwickelt, die überregionale Beachtung finden. Die Entwicklung zum Gesundheitsland bedeutet aber auch, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger<sup>1</sup> des Landes im Blick zu behalten. Daten der Gesundheitsberichterstattung belegen, dass Mecklenburg-Vorpommern im Hinblick auf zahlreiche Gesundheitsindikatoren im Vergleich zu anderen Bundesländern nachrangige Positionen einnimmt. Dabei handelt es sich überwiegend um Indikatoren, die durch Gesundheitsförderung und Prävention gut beeinflussbar sind.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen und weitere Experten schätzen ein, dass die gesundheitspolitischen und auch ökonomischen Potentiale von Gesundheitsförderung und Prävention bisher bei weitem nicht ausgeschöpft werden (Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, 2005, 2007).

In Ziffer 25 des Sachverständigengutachtens aus dem Jahr 2005 heißt es dazu:

„Ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustands und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert geht weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurück. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation beläuft sich, je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen und auch in Abhängigkeit vom Geschlecht, auf ca. 10 - 40 %. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Verbesserungen in den Lebensbedingungen bzw. -stilen. Damit haben außer der expliziten, d. h. der als solche bezeichneten und von Gesundheitsministerien verantworteten Gesundheitspolitik, verschiedene andere Politikfelder eine prinzipielle Bedeutung für die Primärprävention:

- Wirtschafts- und Sozialpolitik, darunter Arbeitsmarktpolitik,
- Bildungspolitik, darunter Schulpolitik,
- Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,
- Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und
- Umweltpolitik.

Eine effektive und nachhaltige Primärprävention setzt unter diesen Voraussetzungen einen gemeinsamen Zielhorizont, Konsens über die Eignung von Strategien sowie eine enge inter- und intrasektorale Kooperation der Akteure in unterschiedlichen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus.“

---

<sup>1</sup> Der besseren Lesbarkeit wegen werden im Laufe des Textes zum Teil nur die weiblichen oder die männlichen Bezeichnungen verwendet.

Deshalb haben die Koalitionspartner der Landesregierung vereinbart, einen Landesaktionsplan zur gesundheitlichen Prävention<sup>2</sup> zu erarbeiten. In Ziffer 228 der Koalitionsvereinbarung wurde dazu folgendes vereinbart:

„Die Koalitionspartner werden einen Landesaktionsplan zur gesundheitlichen Prävention von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen erarbeiten. Hierbei werden die vielfältigen Möglichkeiten und Erfahrungen im Rahmen der Forschungsarbeit unserer Hochschulen, insbesondere des Institutes für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, einfließen. Die Stärkung gesundheitsfördernder Ansätze in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen stellt einen wichtigen Schritt zu einem kinder- und familienfreundlichen Land dar. Dem Ziel der Kindergesundheit dient die weitere Entwicklung von übergreifenden Präventionsangeboten aller Akteure.“

Statt immer wieder die Frage nach den Ursachen von Krankheiten, Suchtverhalten und Risikofaktoren zu stellen, soll der Landesaktionsplan den Blick stärker auf die Frage richten, welche Faktoren die Gesundheit fördern, schützen und erhalten. Bei der näheren Beschäftigung mit dieser Frage wird deutlich, dass Gesundheit wesentlich durch Anerkennung im sozialen und gesellschaftlichen Umfeld, Lebensfreude, die Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung sowie zu einer ausgewogenen Balance zwischen An- und Entspannung bestimmt wird. Bei der Erstellung des Landesaktionsplanes war deshalb der Grundsatz der interdisziplinären und integrierten Herangehensweise handlungsleitend. Dieses findet sichtbaren Ausdruck in der Gründung einer interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Prävention“ (IMAG), in der alle Ressorts der Landesregierung vertreten sind. Diese IMAG hat die Erarbeitung des Landesaktionsplanes begleitet.

Ergänzend sind in einem Arbeitskreis mit wichtigen Akteuren und wissenschaftlichen Partnern Empfehlungen für die Gesundheitsförderung in den Lebensbereichen Kommune, Kindertagesförderung, Schule und Betrieb/Arbeitswelt erarbeitet worden.

Ziel ist der Aufbau eines breiten Aktionsbündnisses für mehr Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern. Ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln aller wichtigen Entscheidungsträger und Akteure kann dazu beitragen, die Effektivität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern erheblich zu erhöhen. Dazu müssen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

- auf gemeinsame Ziele und Strategien ausgerichtet werden und
- auch unter dem Blickwinkel knapper personeller und finanzieller Ressourcen besser koordiniert und abgestimmt werden.

Diese Abstimmung muss kontinuierlich fortgeführt werden. Der Landesaktionsplan ist deshalb als offenes Programm angelegt, dem sich weitere Kooperationspartner mit ergänzenden Aktivitäten anschließen können.

Die Umsetzung des Landesaktionsplanes erfolgt im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel. Die im Plan benannten Maßnahmen haben keinen den Haushalt präjudizierenden Charakter.

---

<sup>2</sup> Der Begriff „gesundheitliche Prävention“ geht zurück auf den Gesetzentwurf für ein Präventionsgesetz aus dem Jahr 2002 und umfasst Gesundheitsförderung und Prävention.

Der vorliegende Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention soll auch eine Handreichung für alle in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteure sein. Deshalb wird im Text auf Bezüge zu ergänzenden Aktivitäten hingewiesen und die Anlage enthält Übersichten zu bestehenden themenbezogenen Netzwerken, Programmen und großen Projekten.

Wichtigste wissenschaftliche Grundlage für die Arbeit an dem vorliegenden Landesaktionsplan waren Aussagen der Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen aus den Jahren 2005 und 2007.

## **2. Grundlagen**

### **2.1 Begriffliche Orientierung zur Gesundheitsförderung und Prävention**

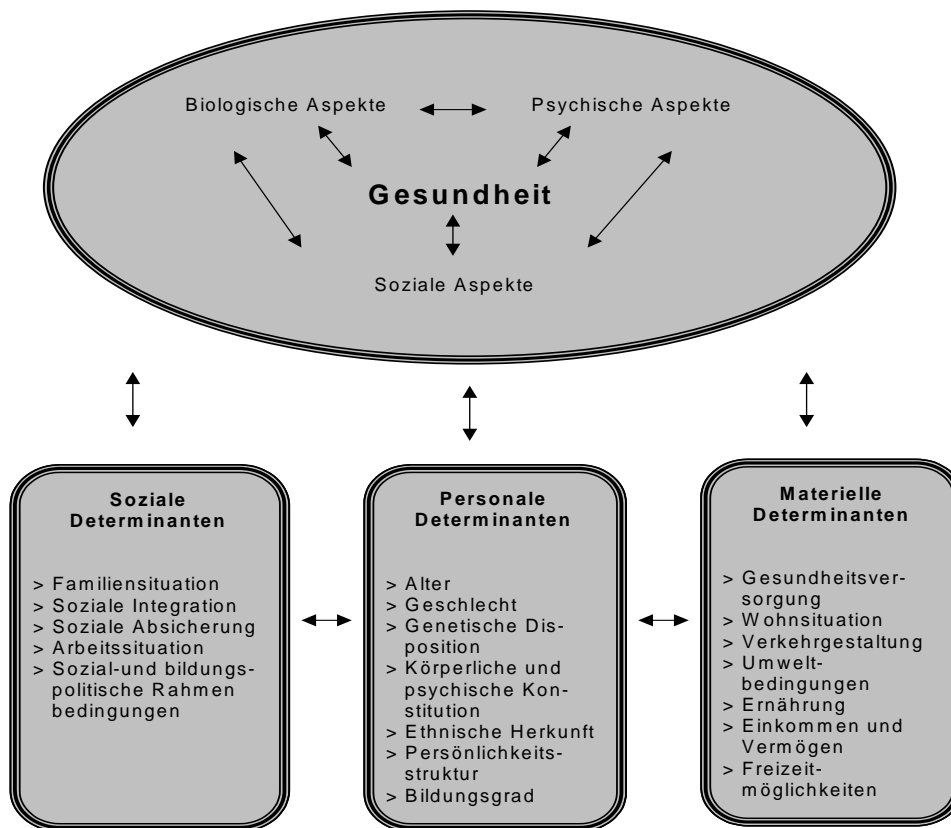
Die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Partner erfordert eine gemeinsame Sprache. Obwohl sich die Gesundheitswissenschaften zunehmend an den Hochschulen in Deutschland etablieren, haben die Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht zu einem selbstverständlichen einheitlichen Sprachgebrauch gefunden.

Dem Landesaktionsplan liegt ein ganzheitliches bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis basierend auf der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>3</sup> zu Grunde.

Gesundheit und Krankheit werden danach als komplexe bio-psycho-soziale Prozesse betrachtet, die durch eine Vielzahl von Determinanten beeinflusst werden. Diese Determinanten beinhalten sowohl Ressourcen (Protektivfaktoren) als auch Belastungen.

---

<sup>3</sup> [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).



Sowohl die unterschiedliche Ausstattung mit sozialen, personalen und materiellen Ressourcen als auch Unterschiede in der Belastung durch Lebensbedingungen und Verhaltens- und Konsummuster beeinflussen die Gesundheitschancen und das Krankheitsrisiko der Menschen.

**Gesundheitsförderung** ist ein Prozess, der Menschen beim Aufbau und bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten unterstützt. Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe und umfasst Maßnahmen auf mehreren Ebenen.

<b>Ebene</b>	<b>Ziel</b>	<b>Beispiele</b>
Politische Ebene:	Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die sich nicht auf das klassische Gesundheitsressort beschränkt, sondern andere Lebensbereiche und Politikfelder berücksichtigt	- Gesetzliche Rahmenbedingungen - aktive Arbeitsmarktpolitik
Lebensbereiche (Setting):	- Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten (Setting), Neuorientierung der Gesundheitsdienste	- Entwicklung gesundheitsfördernder Bedingungen in Schulen, Betrieben - Gesundheitsförderndes Krankenhaus
Individuelle Ebene:	- Entwicklung und Stärkung gesundheitsrelevanter persönlicher Kompetenzen in allen Lebensphasen	- AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**Prävention** ist auf die Vermeidung von Erkrankungen durch

- Aufklärung, Unterstützung und medizinische Maßnahmen (Primärprävention),
- Früherkennung von Erkrankungen (Sekundärprävention) sowie
- Abschwächung von Krankheitsfolgen (Tertiärprävention) ausgerichtet.

Auf die detaillierten Begriffsbestimmungen in der Anlage 1 wird verwiesen.

## 2.2 Akteure und Partner

In allen Politik- und Verwaltungsbereichen des Landes gibt es eine Vielzahl von Entscheidungen, die direkt oder indirekt die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen können.

Deshalb gehören der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Prävention“ alle Ressorts der Landesregierung, die Staatskanzlei und das Büro der Parlamentarischen Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung an. Die IMAG hat die Erarbeitung des Landesaktionsplans zur Gesundheitsförderung und Prävention begleitet und soll in der Zukunft die Abstimmung und Vernetzung der Ressorts bei der Umsetzung sicherstellen.

Um das Thema Gesundheit in alle Lebensbereiche der Menschen, zum Beispiel in die Kindertagesförderung, Schulen, Stadtteile und Unternehmen zu integrieren, sind schon in die Erarbeitungsphase wichtige Partner einbezogen worden.

Dazu gehören insbesondere:

- der Landkreistag und der Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern,
- das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern,
- die Universitäten Rostock und Greifswald,
- die Hochschule Neubrandenburg,
- die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG),
- die Landeskoordinierungsstelle zur Suchtprävention Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LAKOST),
- die Gesetzlichen Krankenkassen:
  - AOK Mecklenburg-Vorpommern,
  - Landesvertretung des VdAK und AEV Mecklenburg-Vorpommern,
  - IKK- Landesverband NORD,
  - BKK-Landesverband NORD,
- die Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern,
- die Deutsche Rentenversicherung Nord,
- die Ärzte- Apotheker- und Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
- die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,
- die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- der Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Sektion Mecklenburg-Vorpommern,
- die Neue Verbraucherzentrale Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- das Büro Gesundheitswirtschaft bei BioCon Valley Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) - Bezirk Nord,
- die Vereinigung der Unternehmensverbände für Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. Landesverband Mecklenburg-Vorpommern.

### 2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

In Vorbereitung eines Präventionsgesetzes hat die Bundesregierung 2002 ein Gutachten zur Frage der Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland in Auftrag gegeben. Auf die vorliegende Expertise der Medizinischen Hochschule Hannover wird hier verwiesen (U. Walter, 2002, 2003). Sie gibt einen Überblick über präventionsorientierte Regelungen im Sozialrecht und geht dabei näher ein auf

- die Arbeitsförderung (SGB III),
- die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V),
- die Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI),
- die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII),
- die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),
- die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) und
- die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).

In der Expertise wird die Notwendigkeit eines übergreifenden Präventionsgesetzes betont, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Bevölkerung nachhaltiger und wirksamer gestalten zu können.

Auf Landesebene sind es die Landes- und Kommunalverfassung, die den Bürgern und Bürgerinnen des Landes Rahmenbedingungen für den Schutz und die Förderung ihrer Gesundheit garantieren.

Spezielle Regelungen finden sich im **Gesundheitsbereich** vorrangig im:

- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - ÖGDG M-V) vom 19. Juli 1994 (GVOBl. M-V S. 747),
- Nichtraucherschutzgesetz Mecklenburg-Vorpommern (NichtRSchutzG M-V) vom 12. Juli 2007 (GVOBl. M-V, S. 239),
- Gesetz zur Errichtung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 19. Dezember 2005 (GVOBl. M-V, S. 634).

**Außerhalb des Gesundheitswesens sind insbesondere folgende Regelungen von Bedeutung:**

- Gesetz zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege (Kindertagesförderungsgesetz - KiföG M-V) vom 1. April 2004 (GVOBl. M-V, S. 146),
- Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Schulgesetz - SchulG M-V) vom 13. Februar 2006 (GVOBl. M-V, S. 41),
- Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur zur Gesundheitserziehung, Sucht- und Gewaltprävention an den Schulen des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 20. November 2007 (Amtsbl. M-V, S. 582),
- Verordnung zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in Schulen in Mecklenburg-Vorpommern (Qualitätsentwicklungsverordnung - QualiVO M-V) vom 2. August 2006 (GVOBl. M-V, S. 6840),
- Verordnung über die Schulentwicklungsplanung in Mecklenburg-Vorpommern (Schulentwicklungsplanungsverordnung - SEPVO M-V) vom 4. Oktober 2005 (GVOBl. M-V, S. 540),
- Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung in Mecklenburg-Vorpommern (Landes-UVP-Gesetz - LUVPG M-V) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. November 2006 (GVOBl. M-V, S. 814),
- Gesetz zur Sportförderung in Mecklenburg-Vorpommern (Sportförderungsgesetz - SportFG M-V) vom 9. September 2002 (GVOBl. M-V, S. 574).

## 2.4 Bezüge zu internationalen und nationalen Programmen

Bei der Erarbeitung und künftigen Umsetzung dieses Landesaktionsplanes ist zu beachten, dass es eine Vielzahl von präventiven Programmen und Initiativen auf der nationalen, aber ebenso auf der internationalen Ebene gibt, die für Mecklenburg-Vorpommern eine Bindungswirkung entfalten. Oft sind konkrete, quantifizierbare Ziele benannt, die auch in unserem Land zu erreichen sind.

Das betrifft im Wesentlichen folgende Programme und Initiativen:

### Internationale Ebene:<sup>4</sup>

- Tabakrahenkonvention der WHO<sup>5</sup>

Hauptziel: Schutz vor Passivrauchen an Arbeitsplätzen und geschlossenen öffentlichen Orten,

- Strategie der EU bis 2012 im Kampf gegen Alkoholmissbrauch

Hauptziel: Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden,

- Weißbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Ernährung, Übergewicht und Adipositas: Eine Strategie für Europa

Hauptziele: Verbesserung der Verbraucherinformationen, Versorgung mit gesunden Lebensmitteln, Bewegungsförderung,

- Europäische Plattform zur Unterstützung einer Aktion für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit

Hauptziel: Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung,

- Weißbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Gemeinsam für die Gesundheit - ein strategischer Ansatz der Union für 2008 - 2013

u. a. Ziel: Gesundheit als Thema in allen politischen Bereichen verankern,

- Programm für Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (im Rahmen dieses Programms ist Mecklenburg-Vorpommern seit mehreren Jahren mit dem Bordernet-Projekt zur grenzüberschreitenden HIV- und AIDS-Prävention beteiligt)

Hauptziele: Stärkung von Gesundheitsinformation und gesunder Lebensführung sowie Abwehr von Gesundheitsbedrohungen,

---

<sup>4</sup> Dokumente: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

<sup>5</sup> Framework Convention on Tobacco Control, FCTC.

- Weißbuch Sport der Kommission der Europäischen Gemeinschaften

Hauptziel: Verbesserung der Gesundheit durch körperliche Aktivität.

#### Nationale Ebene:

- Gesundheitsziele.de<sup>6</sup>

Hauptziel: nationaler Prozess zur Festlegung und Weiterentwicklung von Gesundheitszielen und prioritären Handlungsfeldern als Grundlage einer zielorientierten Gesundheitspolitik, um mit abgestimmten Strategien Gesundheitsgefahren zu begegnen,

- Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates für Nationale Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention

Hauptziel: Bündelung und Umsetzung aller Maßnahmen zur nachhaltigen Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums und zur Verringerung der substanzassoziierten Schäden,

- Plattform Ernährung und Bewegung<sup>7</sup>

Ziel: Förderung eines gesunden Lebensstils, der ausgewogene Ernährung und viel Bewegung, aber auch Genuss und Entspannung umfasst,

- Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Erkrankungen<sup>8</sup>

Hauptziel: Prävention von Fehlernährung, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten.

---

<sup>6</sup> [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de).

<sup>7</sup> Initiative des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2004 gegründet, [www.ernaehrung-und-bewegung.de](http://www.ernaehrung-und-bewegung.de).

<sup>8</sup> gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Fertigstellung voraussichtlich Dezember 2008.

### **3. Problem- und Ausgangslage**

Zur Analyse der Problem- und Ausgangslage in Mecklenburg-Vorpommern wurden im Wesentlichen folgende Daten herangezogen:

- Aktuelle geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung des Landes (z. B. mit der Darstellung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen),
- Kindergesundheitsbericht Mecklenburg-Vorpommern,
- SHIP<sup>9</sup>-Studie des Forschungsschwerpunktes Community Medicine der Universität Greifswald,
- Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS-Studie),
- Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD 2007).

Im Folgenden sollen die vorhandenen Daten nicht detailliert dargestellt, sondern vielmehr nur einige große Trends und Problemkreise umrissen werden.

#### **3.1 Soziodemografische Ausgangslage**

Die soziodemografische Situation ist in Mecklenburg-Vorpommern seit Jahren durch erhebliche Veränderungen gekennzeichnet:

2006 lebten in Mecklenburg-Vorpommern 1,69 Millionen Einwohner, davon 840.000 Männer und 854.000 Frauen.

Nach der Bevölkerungsprognose der Landesregierung (mittlere Variante) wird die Bevölkerung gegenüber 2002 um 10 % auf 1,57 Millionen Einwohner im Jahr 2020 zurückgehen.<sup>10</sup>

Die regionale Bevölkerungsentwicklung verläuft dabei sehr unterschiedlich. Während die Planungsregionen „mittleres Mecklenburg/Rostock“ und „Westmecklenburg“ in diesem Zeitraum voraussichtlich 4,5 bzw. 9,6 % ihrer Bevölkerung verlieren werden, wird der Bevölkerungsverlust in den Planungsregionen „Vorpommern“ und „Mecklenburgische Seenplatte“ etwa 20 % betragen.

#### **Alterszusammensetzung der Bevölkerung**

Die Zahl der Geburten hat sich in Mecklenburg-Vorpommern von 23.300 im Jahr 1990 zunächst drastisch auf 8.900 im Jahre 1994 verringert. Im Zeitraum 1995-1999 stieg die Zahl der Geburten wieder kontinuierlich auf etwa 12.500 an, um seit 2000 zwischen 12.500 und 13.300 auf relativ konstantem Niveau zu verharren.

Durch diese Entwicklung, die steigende Lebenserwartung und den Wegzug von jungen Menschen hat sich der Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) von 11 % im Jahr 1990 auf 20,6 % im Jahr 2006 erhöht. 10,4 % der Einwohner waren 2006 unter 15 Jahre alt.

<sup>9</sup> „Study of Health in Pomerania“, Greifswalder Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, seit 1996.

<sup>10</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 3. Landesprognose, überarbeitete Fassung 2007.

Nach der Bevölkerungsprognose wird die Geburtenzahl bis zum Jahr 2020 kontinuierlich auf etwa 9.000 pro Jahr zurückgehen und das Land wird nochmals etwa 127.000 Einwohner durch Wanderungsbewegungen verlieren. Beide Aspekte bewirken eine weitere relative Alterung der Bevölkerung. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Anteil älterer Menschen über 65 Jahre auf etwa 27 % erhöhen und damit einen besonders hohen Wert im bundesweiten Vergleich einnehmen.

### **Sozioökonomische Lage**

Obwohl die Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter 2007 gestiegen ist, bleibt die hohe Arbeitslosigkeit ein wesentlicher Faktor, der gesundheitsrelevante Belastungen für die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern hervorrufen kann. In Mecklenburg-Vorpommern betrug die Arbeitslosigkeit 2007 im Jahresdurchschnitt 16,5 % (5 % SGB III; 11,5 % SGB II). Sie ist je nach Wirtschaftskraft der Region unterschiedlich verteilt.<sup>11</sup>

Die Arbeitslosenquote der Frauen lag 2006 in den kreisfreien Städten (außer Wismar) deutlich unter der Quote der Männer, in den Landkreisen war sie dagegen fast gleich hoch. Die Langzeitarbeitslosenquote der Frauen war dagegen in allen Landkreisen höher als die der Männer.

Insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit schränkt die sozioökonomischen Gestaltungsmöglichkeiten der Betroffenen und ihrer Familien ein. Das ist nicht nur ein vorrangiges wirtschafts- und sozialpolitisches Problem, sondern auch eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Beim Primäreinkommen erreichte Mecklenburg-Vorpommern 2005 nur 67,6 % des Bundesdurchschnittes. Dabei tritt landesintern ein deutliches West-Ost- sowie Stadt-Land-Gefälle auf. In den östlichen Landkreisen war der Anteil der empfangenen Sozialleistungen am verfügbaren Einkommen mit 44 – 51 % besonders hoch.

### **Lage der Familien**

2006 lebten in 60 % der Haushalte in Mecklenburg-Vorpommern keine ledigen Kinder.<sup>12</sup>

Von den Haushalten mit ledigen Kindern entfielen 60 % auf Ehepaare, 28 % auf Alleinerziehende und 12 % auf Lebensgemeinschaften.

Der überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind allein erziehende Mütter. In Städten ist der Anteil Alleinerziehender doppelt so hoch wie in Gemeinden unter 5000 Einwohnern. Fast die Hälfte der Alleinerziehenden war 2005 erwerbslos bzw. nicht erwerbstätig.

---

<sup>11</sup> Bundesagentur für Arbeit.

<sup>12</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern.

Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf werden in Mecklenburg-Vorpommern überwiegend (ca. 70 %) in der eigenen Häuslichkeit betreut. Von den 51.168 Pflegebedürftigen im Jahr 2005 waren 33.664 Frauen und 17.504 Männer. Nahezu vier Fünftel (78,8 %) aller Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter.<sup>13</sup>

### **Geschlechtsspezifische Besonderheiten<sup>14</sup>**

Zu den Besonderheiten in Mecklenburg-Vorpommern gehört das unterschiedliche Abwanderungsverhalten von Männern und Frauen in jüngeren Altersgruppen. Im Saldo verlor Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum 1990 bis 2006 143.000 Menschen, 61.000 Männer und 82.000 Frauen durch Abwanderung; darunter 45.000 Männer und 70.000 Frauen im Alter unter 25 Jahren.

Für die Bevölkerungsentwicklung des Landes ist die überproportionale Abwanderung der weiblichen Bevölkerung in den Altersgruppen unter 25 Jahren besonders schwerwiegend, da durch den Wegzug dieser jungen Frauen auch potentielle Geburten im Land ausbleiben. Durch diese Abwanderung kommt es zu einem Männerüberschuss in jüngeren Altersgruppen: In 15 % der Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern lag in der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen der Frauenanteil unter 40 % (Landesdurchschnitt 47 % Frauenanteil).

In diesem Zusammenhang sind geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bildung anzusehen, die als eine Ursache für das Abwanderungsverhalten der jungen Frauen zu betrachten sind.

Seit 1995 ist eine Tendenz zu höheren Schulabschlüssen zu verzeichnen, wobei diese Tendenz bei Frauen stärker ausgeprägt ist als bei Männern.

2006 haben in Mecklenburg-Vorpommern 2.768 Schülerinnen und Schüler (11,7 % der Absolventen) die Schulen ohne Hauptschulabschluss verlassen, davon sind zwei Drittel Jungen.

Der Anteil der Frauen mit Hochschulbildung ist seit 1991 kontinuierlich gestiegen, liegt aber immer noch bei nur etwa 10 % der Bevölkerung ab 25 Jahre. Bei Männern liegt die Quote bei etwa 14 %.

---

<sup>13</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Pflegestatistik 2005.

<sup>14</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern und eigene Berechnungen.

### 3.2 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

Die Lebenserwartung ist erfreulicherweise seit 1990 für Frauen um 6 und für Männer um etwa 7 Jahre gestiegen. Sie betrug 2006 für Frauen 81,9 und für Männer 75,2 Jahre. Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegt Mecklenburg-Vorpommern allerdings noch im unteren Drittel der Rangfolge. Die Lebenserwartung der Männer bildet das Schlusslicht in der Bundesstatistik.<sup>15</sup>

Unter den großen Herausforderungen für das Gesundheitswesen ist die Zunahme lebensstilbedingter chronischer Erkrankungen, sogenannter Zivilisationskrankheiten, an erster Stelle zu nennen. Bewegungsmangel, Fehlernährung und Adipositas sind maßgeblich an der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Rücken- und Gelenkbeschwerden beteiligt.

Bundesweit verzeichnet die Gesetzliche Krankenversicherung für Mecklenburg-Vorpommern mit 367 EUR/Versicherten (Jan. bis Sept. 2007) die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben bei Arzneimitteln, was wiederum auf eine hohe Krankheitslast hinweist.

Die aktuellen Gesundheitsdaten deuten darauf hin, dass es vielen Menschen nicht oder nicht ausreichend gelingt, ihre Eigenverantwortung in Bezug auf eine gesundheitsfördernde Lebensweise in erforderlichem Umfang wahrzunehmen.

So hat Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich die meisten Menschen mit Übergewicht, dabei sind mehr Männer als Frauen betroffen. Bewegung und Ernährung stellen deshalb wesentliche Handlungsfelder präventiver Interventionen dar.

Zu den großen Problemen in Mecklenburg-Vorpommern gehört auch der Suchtmittelkonsum. Begünstigt durch die soziodemografische Situation verzeichnet Mecklenburg-Vorpommern von allen Bundesländern die höchste Rate an Tabakrauchern und sehr hohe Raten der Menschen, die in gesundheitsriskanter Weise Alkohol trinken. Beide Verhaltensweisen tragen in einem hohen Maß zum Todesgeschehen bei: 23 % der Todesfälle im Alter ab 35 Jahren sind in Mecklenburg-Vorpommern auf Tabakrauchen oder gesundheitsriskanten Alkoholkonsum zurückzuführen.<sup>16</sup> Damit sind Tabakrauchen und Alkoholmissbrauch neben Übergewicht die größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken. Besorgniserregend ist die Zunahme der Zahl der Raucherinnen. Daten der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen aus dem Jahr 2007 zeigen, dass 49 % der Schülerinnen und 43 % der Schüler der 9. und 10. Klassen rauchten. Dieses sensible Alter prädestiniert in besonders starker Weise zur Gewöhnung und Abhängigkeit von Nikotin.

Tabakrauchen und gesundheitsriskanter Alkoholkonsum belasten auch das Gesundheitswesen im Land in enormem Ausmaß. In ländlichen Regionen wiesen 8 % der Allgemeinkrankenhauspatienten eine Alkoholabhängigkeit und weitere 15 % einen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum auf, in eher städtischen Regionen waren dies 3 % mit Alkoholabhängigkeit und weitere 17 % mit gesundheitsriskantem Alkoholkonsum.

<sup>15</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

<sup>16</sup> Quelle: Suchtforschungszentrum der Universität Greifswald.

Gesundheitsriskanter Alkoholkonsum kommt bei arbeitslosen Patienten häufiger vor als bei denen, die im Arbeitsleben stehen. Schwerster schädlicher Konsum tritt besonders bei Männern unter 30 Jahren auf.<sup>17</sup> Neben den körperlichen und psychischen Schäden verursacht der Suchtmittelkonsum bei den Menschen und ihren Familien erhebliche soziale Probleme.

Die Zielsetzung des Landesaktionsplanes, zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen, wird besonders durch die 2007 veröffentlichten Ergebnisse der bundesweiten Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) untermauert. Die Daten zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern durchweg in allen. Kinder aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status haben weniger personale, soziale und familiäre Ressourcen. Man findet in dieser Gruppe eine Häufung von Risikofaktoren, von Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und häufigere psychische Auffälligkeiten.

### 3.3 Ressourcen in Mecklenburg-Vorpommern

Um den eingangs erwähnten Ansatz - die gesundheitsfördernden Faktoren zu stärken - konsequent zu verfolgen, müssen jedoch nicht nur die Probleme und Risiken betrachtet, sondern vielmehr auch die Stärken des Landes einbezogen werden. Mecklenburg-Vorpommern hat erhebliche Potenziale, die zur Förderung der Gesundheit genutzt werden können:

Die hervorragenden natürlichen Bedingungen, die klimatischen Verhältnisse, die über 1.500 Kilometer lange Ostseeküste und eine sehr gute touristische Infrastruktur bieten ideale Möglichkeiten der Entspannung und Erholung. Die geringe Besiedelung, wenig umweltbelastende Industrieanlagen und die zahlreichen wasser- und waldreichen, naturnahen Lebensräume sind die Grundlage für sehr gute Umweltbedingungen. Die Luftqualität ist ausgezeichnet, Smog und Ozonwertüberschreitungen kommen kaum vor. Eine sehr gute Badegewässerqualität und eine hervorragende Trinkwasserqualität mit einem Anschlussgrad von mehr als 98 % an die öffentliche sehr gut überwachte Versorgung sind ein weiteres Aushängeschild.

Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass durch ein gutes Kontrollsystem die Lebensmittelsicherheit im Land auf hohem Niveau gesichert wird.

---

<sup>17</sup> Stellungnahme des Suchtforschungszentrums der Universität Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Prof. Dr. U. John, 2008.

Hinzu kommt eine vorbildliche Gesundheitsinfrastruktur, die im Einzelnen auch im aktuellen Gesundheitsbericht des Landes dargestellt ist. Hier seien nur beispielhaft genannt:

- 2.455 niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und 1.260 Zahnärzte/Zahnärztinnen, das entspricht einer mittleren Arztdichte und einer hohen Zahnarztdichte im deutschlandweiten Vergleich<sup>18</sup>,
- 33 modernisierte Krankenhäuser,
- 66 hervorragend ausgestattete und gelegene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- 58 Kur- und Erholungsorte mit umfassenden gesundheitsfördernden Angeboten.

Diese Einrichtungen des Gesundheitswesens bilden zusammen mit einer modernen Ernährungswirtschaft und ökologisch orientierten Landwirtschaft (789 ökologisch wirtschaftende Betriebe), Bio- und Medizinforschung und -technologie das Rückgrat einer leistungsfähigen Gesundheitswirtschaft, in der bereits in einem hohen Maße Netzwerke gebildet wurden.

Ausdrücklich zu erwähnen ist auch die vorbildliche Kooperationsbereitschaft der Fachkräfte des Gesundheitswesens: interdisziplinäre Behandlungen in Tumorzentren, Vernetzungen des ambulanten und stationären Versorgungssektors oder die Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in die interdisziplinäre Arbeit seien hier beispielhaft erwähnt. Diese Kooperationsbeziehungen wurden schon auf Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens ausgeweitet. Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und die flächendeckend bestehenden kommunalen Arbeitskreise des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind ein Beispiel für gesamtgesellschaftliches Engagement für die Gesundheitsförderung.

Auch im Bildungs- und Sozialbereich gibt es eine Infrastruktur, die gute Ansätze für Gesundheitsförderung erlaubt. Im Einzelnen ist dies im Kapitel 5 für die jeweiligen Settings dargestellt.

Darüber hinaus bietet der Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e. V. mit seinen 48 Landesverbänden und etwa 1.900 Sportvereinen eine Vielzahl interessanter und abwechslungsreicher Möglichkeiten für eine sportlich aktive Freizeitbetätigung.

Die wichtigste Ressource dieses Landes sind die Menschen, die hier leben. Nach einer aktuellen infas-Umfrage<sup>19</sup> im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung identifizieren sich 25 % der Bürgerinnen und Bürger in erster Linie mit ihrem Land Mecklenburg-Vorpommern, das ist der höchste Wert bundesweit. Noch größer ist die Verbundenheit der Menschen mit ihren Gemeinden und Städten, hier beträgt der Anteil sogar 41 %.

---

<sup>18</sup> Stand: Dezember 2007.

<sup>19</sup> Quelle: [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de).

#### 4. Strategische Handlungsansätze

Die Analyse der Problem- und Ausgangslage ergibt einen erheblichen Handlungsbedarf für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen. Dafür stehen nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund kommt es besonders darauf an, Konzepte zu entwickeln, mit denen auch Menschen in schwierigen Lebenssituationen und mit erhöhter Vulnerabilität (Verletzlichkeit) erreicht werden und die nachhaltige Erfolge versprechen. Das erfordert klare Zielstellungen, Zielgruppenorientierung und wirksame Strategien, die auf die Stärkung der Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe ausgerichtet sind.

##### 4.1 Leitbild und Zielstellung

Die Interministerielle Arbeitsgruppe hat im Rahmen der Erarbeitung des Landesaktionsplanes folgendes Leitbild für ein gesundes Mecklenburg-Vorpommern erarbeitet:

Auf allen politischen Ebenen kommt der Förderung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger große Aufmerksamkeit zu.

Innovative Entwicklungen finden nicht nur im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft, sondern auch in der Gesundheitsförderung und Prävention statt.

Im Land und in den Kommunen wird durch eine Vernetzung der Sozial- und Gesundheitspolitik mit allen anderen Politikbereichen die Grundlage für eine gute Lebensqualität für Jung und Alt gelegt, unabhängig vom sozialen Status. Die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche befördern ein gesundes Aufwachsen. In der Arbeitswelt ist betriebliche Gesundheitsförderung fest verankert.

Durch vielfältige Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit werden die Rückstände bei bestimmten Gesundheitsindikatoren, z. B. der Lebenserwartung, gegenüber dem Bundesdurchschnitt schrittweise abgebaut.

Die alle Lebensphasen und Lebenswelten einschließenden gesundheitsfördernden Aktivitäten tragen wesentlich dazu bei, dass Mecklenburg-Vorpommern sich zum führenden Gesundheitsland in Deutschland entwickelt und ein kinder- und familienfreundliches Land ist.

Zur Verwirklichung dieses Leitbildes werden nachstehende Ziele verfolgt:

- **Lebensqualität, Gesundheit und selbstbestimmte Teilhabe lebensbegleitend fördern und bis ins hohe Alter erhalten**

Die wichtigsten Grundlagen für ein Leben in Gesundheit werden in besonderer Weise durch die Lebensbedingungen in der Kindheit geschaffen. Deshalb muss dem gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit zukommen. Das hat Auswirkungen bis ins hohe Lebensalter und kann bereits dazu beitragen, die Phase des Alt-Werdens und des Alt-Seins möglichst lange gesund erleben zu können.

- **Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern**

Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und des Landes Mecklenburg-Vorpommerns belegen, dass die Chancen für ein langes und gesundes Leben ungleich verteilt sind.

Deshalb ist es besonders wichtig, Menschen mit geringeren Gesundheitschancen und einem erhöhten Krankheitsrisiko zu erreichen. Diese erhöhte Vulnerabilität kann sich aus der sozialen Lage, dem Alter, dem Geschlecht oder der Familiensituation ergeben.

#### **4.2 Allgemeine Handlungsleitlinien**

Um die generellen Ziele dieses Landesaktionsplanes zu erreichen, soll die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden.

Unter Zugrundelegung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation (1986) sowie der Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen aus den Jahren 2005 und 2007<sup>20</sup> sind folgende Handlungsleitlinien dafür die Voraussetzung:

- **Ganzheitliches bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis zugrunde legen**

Gesundheit ist ein komplexer mehrdimensionaler Prozess und das Ergebnis der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und schützenden Faktoren (Ressourcen) im Menschen und seiner Umwelt. Die Balance zwischen den unterschiedlich stabilen und zeitlich veränderbaren Risiko- und Protektivfaktoren bestimmt das jeweilige Gesundheitsniveau.

Gesundheitsförderung und Prävention müssen diese Komplexität des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens beachten und sowohl die Förderung personaler, sozialer und materieller gesundheitsbezogener Ressourcen als auch Belastungssenkungen zum Ziel haben.

---

<sup>20</sup> Bundestagsdrucksache 15/5670 und [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).

- **Gesundheitsförderung und Prävention sollen auf die Stärkung von Selbstbestimmung, Aktivierung, und Persönlichkeitsentfaltung ausgerichtet sein (salutogener Ansatz)**

Eine Reihe wissenschaftlicher Studien belegt, dass eine wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person sind, ihr eigenes Leben selbst zu gestalten und zu kontrollieren (Empowerment).

Deshalb sind Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention umso erfolgversprechender, je mehr sie auf Hilfe zur Selbsthilfe ausgerichtet sind und Kompetenzen stärken, die dieses ermöglichen. Dabei kommt es darauf an, nicht die Defizite zu betrachten, sondern vorrangig die vorhandenen Gesundheitsressourcen und das Selbstwertgefühl zu stärken.

- **Zielgruppen ausreichend beteiligen (Partizipation)**

Dass Menschen im Hinblick auf die Entwicklung von Kompetenzen, Wissen sowie Verhalten umso erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihren Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende praktisch ausprobieren und selbst entwickeln können, ist aus den Erziehungswissenschaften bekannt.

Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung hat sich bestätigt, dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen umso erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Zielgruppe oder die Einzelperson an der Problemeinschätzung, dem Aufstellen von gesundheitsbezogenen Zielstellungen und der Entwicklung von Konzepten zu deren Umsetzung beteiligt ist.

- **Lebensumfeld der Menschen einbeziehen (Sozialraumorientierung, Setting-Ansatz)**

Die Gesundheit der Menschen wird sehr wesentlich durch ihr unmittelbares Lebensumfeld beeinflusst, d. h. durch Bedingungen (Belastungs- und Protektivfaktoren) in der Wohnumgebung, in der Kindertagesstätte, in der Schule, im Stadtteil, im Betrieb oder im Freizeitbereich. Zu diesen Bedingungen gehören auch die relativ stabilen sozialen Zusammenhänge, die das Spielen, Lernen, Arbeiten und Wohnen kennzeichnen. Solche durch soziale Beziehungen geprägten Lebenswelten werden als „Setting“ bezeichnet.

Im Setting-Ansatz werden die gesundheitsförderlichen Potenziale einer Lebenswelt genutzt, um Gesundheitsbelastungen sowie Anreize zu riskantem Gesundheitsverhalten zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken. Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Setting-Ansatz haben den Vorteil, dass auch die Menschen erreicht werden, die sich in schwierigen sozialen Lebenslagen befinden, ohne dass eine Stigmatisierung stattfindet.

- **Verhaltensprävention mit gesundheitsfördernder Gestaltung der Rahmenbedingungen verknüpfen**

Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention sollen zur Verbesserung ihrer Wirksamkeit nicht nur auf mehrere sich gegenseitig beeinflussende Faktoren (z. B. Bewegung, Ernährung, Umgang mit Stress) ausgerichtet werden, sondern zusätzlich mit einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Rahmenbedingungen verknüpft werden (integrierter Ansatz).

## - **Kontinuität und Nachhaltigkeit in der gesundheitlichen Prävention sichern**

Einstellungs- und Verhaltensänderungen benötigen Zeit. Kurzfristige oder einmalige Aktionen sind deshalb in den meisten Fällen unzureichend. Nur mit Kontinuität und Nachhaltigkeit, d. h. mit zeitlicher und räumlicher Konstanz, lassen sich langfristige Veränderungen erzielen.

### **4.3 Handlungsleitlinien zur Zielgruppenorientierung**

Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen auf die Lebenssituation der Zielgruppen ausgerichtet sein. Das ist eine entscheidende Voraussetzung für ihre Wirksamkeit. Deshalb soll in Mecklenburg-Vorpommern mit Handlungsleitlinien aus vier Perspektiven die erforderliche Zielgruppenorientierung sichergestellt werden:

#### **Soziale Perspektive:**

⇒ Werden Menschen in sozial schwierigen Lebenssituationen erreicht?

#### **Altersperspektive:**

⇒ Erfolgt in angemessenem Umfang eine Altersdifferenzierung?

#### **Geschlechterperspektive:**

⇒ Wird die Geschlechterdifferenzierung ausreichend berücksichtigt?

#### **Familienperspektive:**

⇒ Finden in angemessenem Umfang familienfördernde und unterstützende Elemente Beachtung?

### **Soziale Perspektive**

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitsdefiziten ist wissenschaftlich erwiesen. Menschen mit niedrigem Einkommen und/oder ohne Arbeitsplatz sind jedoch nicht von vornherein als „sozial schwach“ anzusehen. Vielmehr soll das Augenmerk bei Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepten auf Menschen in schwierigen sozialen Lebenssituationen gerichtet werden.

Dazu können gehören:

- Menschen mit Armutsrisiko,
- Langzeitarbeitslose,
- Alleinerziehende,
- Suchtbelastete Menschen,
- Ältere Alleinlebende,
- Menschen mit Migrationshintergrund.

Bei allen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention soll deshalb geprüft werden, ob und wie in angemessener Weise Menschen in sozial schwierigen Lebenssituationen erreicht werden.

### **Altersperspektive**

Wie bereits ausgeführt, sind bei einer grundsätzlich auf den ganzen Lebenszyklus ausgerichteten Gesundheitsförderungs politik zwei Zielgruppen im besonderen Blickpunkt: Heranwachsende und ältere Menschen. Diese Prioritätensetzung ist aufgrund der dargestellten demografischen Herausforderungen erforderlich. Sowohl Kinder und Jugendliche als auch alte Menschen weisen darüber hinaus eine besondere Vulnerabilität hinsichtlich der Gesundheit auf - Gesundheitsförderung und Prävention müssen deshalb in diesen Lebensphasen einen besonders hohen Stellenwert erhalten.

### **Geschlechterperspektive**

Das Geschlecht hat Einfluss auf den Gesundheitszustand, das gesundheitsrelevante Verhalten und den Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem.

Frauen sind anders krank als Männer, diese Erkenntnis hat sich nicht zuletzt durch die aktive Frauengesundheitsbewegung der letzten Jahrzehnte durchgesetzt. Die unterschiedlichen Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheitsprobleme von Frauen und Männern erfordern aber auch eine geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung. In der Praxis wird dieser Gesichtspunkt noch häufig vernachlässigt.

Schon in der Kindheit sind geschlechterdifferenzierte Ansätze in der Gesundheitsförderung erforderlich. So zeigen Daten der Schuleingangsuntersuchungen deutliche Unterschiede im Ausmaß der Bewegungsstörungen oder psychischen Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse der Basisstudie des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen, dass die Jungen bei Verhaltensauffälligkeiten überrepräsentiert sind. 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen sind verhaltensauffällig. Der Unterschied ist in allen Altersgruppen zu finden.

Aber auch im Gesundheitsverhalten Jugendlicher gibt es erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich in Präventionsstrategien widerspiegeln müssen: Bei jungen Männern ist das ausgeprägte Risikoverhalten hierfür ein Beispiel. Von Mangelernährung sind wiederum mehr Mädchen als Jungen betroffen. Die Nationale Verzehrstudie<sup>21</sup> zeigte, dass der Anteil unterernährter Mädchen zwischen dem 14. und dem 17. Lebensjahr von vier auf fast zehn Prozent ansteigt.

---

<sup>21</sup> Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel, 2008.

## Familienperspektive

Familienstrukturen haben auf die Gesundheit der Menschen einen erheblichen Einfluss. Die meisten Menschen erhalten neben Wärme und Geborgenheit in der Familie Unterstützung bei Problemen, Belastungen und Krankheiten über die Generationen hinweg. Die Familie stellt ein besonderes emotionales und soziales Netzwerk dar, in dem füreinander Verantwortung übernommen wird. Ein gutes Klima in der Familie stärkt diesen Zusammenhalt, eröffnet persönliche Entwicklungsspielräume und legt die Grundsteine für Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten. Diese Eigenschaften prägen die Familien, in denen Kinder aufwachsen, über alle Lebensformen hinweg.

Das Familienbild gestaltet sich äußerst dynamisch. Neben der traditionellen Ehe haben sich vielfältige andere Familienformen entwickelt (nicht eheliche Lebensgemeinschaften, Patchworkfamilien, Alleinerziehende, Familien mit Pflegekindern usw.).

Das Handeln aller Politikbereiche soll künftig noch stärker auf Kinder- und Familienfreundlichkeit ausgerichtet sein und die Zusammenarbeit von Akteuren und Institutionen unter Nutzung der lokalen Bündnisse für Familie in einem Gesamtkonzept gefördert werden. Ziel ist eine „Allianz für Kinder und Familien“, die Mecklenburg-Vorpommern zum kinder- und familienfreundlichsten Bundesland entwickeln soll. Deshalb ist es auch bei allen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention geboten, familienunterstützende und familienfördernde Elemente in angemessenem Umfang vorzusehen.

### 5. Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Die Vertreter und Vertreterinnen der Verbände und Institutionen haben gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen der Ministerien und der Hochschulen in vier Arbeitsgruppen zu den Lebensbereichen

- Kommune,
- Kindertageseinrichtungen,
- Schulen,
- Betrieb/Arbeitswelt.

wichtige Empfehlungen erarbeitet.

Für die Darstellung der Ergebnisse wurde folgende Systematik gewählt:

- Problemstellung/Ausgangslage im Setting,
- Leitbild bzw. Zielstellung, Grundsätze,
- Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppen.

**Aus den jeweiligen Empfehlungen der Arbeitsgruppen leitet die Interministerielle Arbeitsgruppe Handlungsschwerpunkte ab, die im Text besonders gekennzeichnet sind. Diese Handlungsempfehlungen umfassen Maßnahmen, die initiiierend für weiterführende Aktivitäten sein sollen.**

## 5.1 Setting Kommune<sup>22</sup>

**„Wer an den Dingen der Stadt keinen Anteil nimmt,  
ist kein stiller, sondern ein schlechter Bürger.“  
Perikles**

Das Land Mecklenburg-Vorpommern besteht aus insgesamt 849 politisch selbständigen Städten und Gemeinden. 6 Städte sind kreisfrei und 843 Städte und Gemeinden gehören den 12 Landkreisen an. 28 % der Menschen leben in den größeren Städten (mehr als 50.000 Einwohner), 72 % in ländlichen Regionen, davon 25 % in kleineren Städten (5.000 - 50.000 Einwohner).<sup>23</sup>

Viele materielle Determinanten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, z. B. die Wohnsituation, die Gesundheitsversorgung, der Umweltschutz und die Infrastruktur haben sich in der Zeit seit 1990 erheblich verbessert. Die Städte und Gemeinden verfügen über eine Vielfalt von Betreuungs-, Freizeit- und Bildungsangeboten.

Alle 18 Volkshochschulen und zahlreiche Träger der Weiterbildung bieten Interessierten Kurse zur Gesundheitsförderung an. 18 Stadt- und Kreisportbünde und nahezu 1.900 Sportvereine ermöglichen allen Altersgruppen eine gesundheitsorientierte sportliche Betätigung. 55 Vereine verfügen über das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ ([www.lsb-mv.de](http://www.lsb-mv.de)).

In den Kommunen gibt es eine Vielzahl von Beratungsstellen, die größtenteils durch das Land gefördert werden. Sie bieten den Bürgerinnen und Bürgern zu gesundheitsbezogenen Frage- und Problemstellungen Rat und Unterstützung an. Dazu gehören u. a. 25 Suchtberatungsstellen, 5 Aids-Beratungsstellen, 40 Beratungsstellen für Schwangere, 55 Einrichtungen für die allgemeine Sozialberatung, 45 Beratungsstellen für Behinderte, 28 Schuldner-/Verbraucherinsolvenzberatungsstellen, 8 Selbsthilfekontaktstellen, Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten und 21 integrative Familienberatungsstellen.

Die 17 Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte bieten auf der Grundlage des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, des Gesundheitsschutzes sowie Gesundheitshilfen und -beratung an. Die Arbeitskreise für Gesundheitsförderung vernetzen auf der regionalen Ebene verschiedene Partner und Akteure, die die Einwohner in ihrer Selbstverantwortung für ihre Gesundheit unterstützen.

Die ärztliche Versorgung ist mit einem derzeitigen Versorgungsgrad von 275 Einwohnern je berufstätigem Arzt oder berufstätiger Ärztin ausreichend abgesichert, allerdings bestehen Probleme bei der Besetzung freier Hausarztstellen im ländlichen Raum.<sup>24</sup> 33 Krankenhäuser und 66 Rehabilitationskliniken stehen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.

<sup>22</sup> Landkreise, kreisfreie Städte, Städte, Stadtteile, Gemeinden, Orte.

<sup>23</sup> Stand: 1. Oktober 2006.

<sup>24</sup> Masterplan zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Landtags-Drs. 4/11774 und 5/216.

Mecklenburg-Vorpommern hat eine gute Infrastruktur in der Pflege. Dazu gehören fast 400 ambulante Dienste, 45 teilstationäre Einrichtungen mit 608 Plätzen und 215 stationäre Einrichtungen mit insgesamt 16.245 Plätzen. In den vergangenen Jahren haben sich vielfältige Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen entwickelt. Das entspricht der wachsenden Nachfrage nach ambulanten Betreuungsangeboten und dem vermehrten Wunsch nach mehr Selbstbestimmtheit. So sind zahlreiche Angebote für betreute Wohngemeinschaften, Mehrgenerationswohnungen, Hausgemeinschaften für Demenzkranke und Pflegewohnungen im Wohnquartier entstanden. Der überwiegende Teil der Plätze in stationären Einrichtungen wurde nach 1990 saniert, rekonstruiert oder neu gebaut.

Bis Ende 2007 sind in Deutschland 500 Mehrgenerationenhäuser entstanden. Die ersten 23 Mehrgenerationenhäuser<sup>25</sup> haben bereits in Mecklenburg-Vorpommern ihre Arbeit aufgenommen.

Dennoch gibt es Probleme, die die Kommunalpolitik vor große Herausforderungen stellt. Die rasant verlaufenden soziodemografischen Veränderungen treffen einige Kommunen besonders hart. Das trifft sowohl auf die unterschiedlich verteilte Arbeitslosigkeit zu als auch auf die relative Alterung der Bevölkerung.

Durch Selektionseffekte verschärfen sich in einigen Städten soziale Problemlagen. Zwischen Arbeitslosigkeit, Armut, Gewalt, Suchtproblemen und Kriminalität gibt es hier starke Zusammenhänge.

Durch die dünne Besiedlung ländlicher Regionen und häufig unvermeidbare Schließungen wohnortnaher Einrichtungen entstehen für die Einwohnerinnen und Einwohner zunehmende Entfernungen zu den Bildungseinrichtungen, zur Gesundheitsversorgung, zu sozialen Einrichtungen und zu haushaltsbezogenen Dienstleistungen, die insbesondere älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität Probleme bereiten.

Vor diesem Hintergrund wurde durch die Arbeitsgruppe folgendes **Leitbild** erarbeitet:

Die kommunalen Gebietskörperschaften engagieren sich für die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Bürgerinnen und Bürger und integrieren diese Zielstellung in alle kommunalen Entscheidungsprozesse. In Kooperation mit vielen Akteuren werden Prozesse angestoßen und Strukturen und Netzwerke initiiert, die die Menschen in ihrer Eigenverantwortung stärken und unterstützen und der nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Einwohnerinnen und Einwohner dienen.

Besonderes Augenmerk gilt dabei der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Stärkung und Unterstützung von Familien, der Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und für eine selbstbestimmte Teilhabe älterer und von Behinderung betroffener Menschen.

<sup>25</sup> Stand: April 2008.

## **Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe „Setting Kommune“:**

### **Gesundheit als kommunalpolitische Aufgabe etablieren**

- ⇒ Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe stärker in Stadtteil- bzw. Kommunalentwicklung integrieren,
- ⇒ Gesundheit in den Zielkatalog der Kommune aufnehmen,
- ⇒ integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung und auf dieser Basis fachübergreifende Zusammenarbeit zu gesundheitsbezogenen Problemen koordinieren,
- ⇒ durch „Gesundheitsziele-Prozesse“ wichtige Partner und Akteure zusammenführen, Potenziale für Gesundheitsförderung identifizieren und nutzen.

### **Beteiligung an bewährten integrierenden Programm-Planungen**

- ⇒ Programm „Gesunde Städte“ ([www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)),
- ⇒ Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ ([www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de)),
- ⇒ Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ ([www.apug.de](http://www.apug.de)).

### **Kooperation in Netzwerken**

- ⇒ durch Stärkung oder Erweiterung von Netzwerken vorhandene Ressourcen erschließen und koordinieren,
- ⇒ Arbeitskreise für Gesundheitsförderung stärken und neue Partner integrieren, Schwerpunkt der Arbeit der Arbeitskreise noch stärker auf das Erreichen von gesundheitlicher Chancengleichheit ausrichten, insbesondere mit Institutionen aus dem Sozialbereich und der Jugendhilfe kooperieren.

### **Niedrigschwellige und wohnortnahe Hilfen für Menschen in schwierigen Lebenssituationen**

- ⇒ soziale Stützfunktion für Menschen schaffen, für die andere soziale Unterstützungssysteme z. B. in der Familie oder im Betrieb weggebrochen sind, und die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden,
- ⇒ niedrigschwellige aufsuchende Angebote, z. B. durch Familienhebammen oder aufsuchende Hilfen durch das Gesundheitsamt ermöglichen,
- ⇒ für ältere Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, Zugangswege für präventive Interventionen finden, z. B. „präventiver Hausbesuch“ durch eine Pflegefachkraft,
- ⇒ ärztliche und zahnärztliche Betreuung in Alten- und Pflegeheimen oder in der häuslichen Umgebung verbessern,
- ⇒ soziale Kontakte als eine wesentliche Ressource für mehr Gesundheit fördern, z. B. durch Begegnungsstätten für bestimmte Zielgruppen.

**Potenziale der Selbsthilfe, des bürgerschaftlichen Engagements und einer aktiven Seniorenarbeit nutzen**

- ⇒ gute Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement schaffen,
- ⇒ aktive Seniorenarbeit unterstützen,
- ⇒ generationenübergreifende Ansätze fördern,
- ⇒ Bürgerstiftungen mit lokal ausgerichteter Wirkung und aktiver Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an gemeinwohlorientierten Gestaltungsprozessen für die Einbindung in Netzwerke zur Gesundheitsförderung nutzen.

**Potenziale der regionalen Gesundheitseinrichtungen nutzen**

- ⇒ Haus-, Zahn-, Kinder-, Frauenärzte und -ärztinnen sowie Hebammen/Entbindungspfleger sind wichtige Ansprechpartner für präventive Arbeit, sie benötigen aber noch bessere Rahmenbedingungen für die Erbringung präventiver Leistungen, z. B. zur Frühintervention bei suchtgefährdeten Menschen,
- ⇒ Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken z. B. durch Kooperation mit Beratungsstellen und Selbsthilfeverbänden zu Gesundheitszentren entwickeln,
- ⇒ Zusammenarbeit mit örtlichen Kindergärten, Schulen, Sportvereinen oder anderen sozialen Einrichtungen zur gesundheitlichen Aufklärung, aber auch zur Bewegungsförderung oder Ernährungsberatung.

**Öffentlichen Gesundheitsdienst als Koordinator und wichtigen Akteur stärken**

- ⇒ fachliche Kompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Koordination nutzen,
- ⇒ Wissen der Gesundheitsämter zur regionalen gesundheitlichen Lage und bewährte Zusammenarbeit mit den Schulen und Kindergärten ausbauen.

**Fort- und Weiterbildung aller verantwortlichen und beteiligten Mitarbeiter**

- ⇒ Arbeit in Netzwerken mit dem Ziel, die Gesundheit der Einwohnerinnen und Einwohner zu fördern, erfordert eine entsprechende Fort- und Weiterbildung aller verantwortlichen und beteiligten Mitarbeiter.

**Diese Empfehlungen der Arbeitsgruppe nimmt die Interministerielle Arbeitsgruppe zur Kenntnis und leitet daraus folgende Handlungsschwerpunkte ab:**

- Die Stärkung und Entwicklung problem- und zielgruppenorientierter regionaler Netzwerke soll Ressourcen für mehr Prävention und Gesundheitsförderung erschließen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure fördern. Wichtige Partner sind dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Krankenkassen, ambulante und stationäre Leistungserbringer im Gesundheitswesen, soziale Einrichtungen sowie die Beratungsstellen.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Arbeitskreise für Gesundheitsförderung sollen im Sinne ihrer koordinierenden Funktion gestärkt werden.
- Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung koordiniert die Arbeit der kommunalen Arbeitskreise für Gesundheitsförderung, der „Regionale Knoten-Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ unterstützt die stärkere Ausrichtung ihrer Arbeit auf gesundheitliche Chancengleichheit.
- Die ehrenamtliche Arbeit für eine aktive Seniorenpolitik wird im Rahmen des Landesprogramms „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“<sup>26</sup> durch die Landesregierung unterstützt.
- Mecklenburg-Vorpommern verfügt über eine durch das Land geförderte flächendeckende Beratungslandschaft. Diese Ressourcen sollen noch effektiver für die gesundheitsbezogene Beratung genutzt werden. Das kann zum Beispiel durch die Verknüpfung sozialer und gesundheitsbezogener Beratung und die Entwicklung niedrigschwelliger wohnortnaher Angebote geschehen.
- Die Landesregierung fördert weiterhin ein Netz von Selbsthilfekontaktstellen und die Landesarbeitsgemeinschaft zur Selbsthilfe Behinderter, um gute Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe zu schaffen.
- Die Städtebauförderung trägt dazu bei, dass die Siedlungsstruktur den Anforderungen an gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen entspricht. Insbesondere das Förderprogramm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die Soziale Stadt“ unterstützt durch den integrativen Ansatz verschiedener Handlungsfelder die Gesundheitsförderung.
- Die regionalen Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten der Städte und Gemeinden unterstützen. Das kann z. B. durch entsprechende Angebote der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Apotheken erfolgen, aber auch durch Einzelinitiativen von Ärzten/Ärztinnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in Kindertagesstätten und Schulen.
- Die Landeskrankenhausesellschaft macht verstärkt das Netzwerk „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ bekannt und bietet den Krankenhäusern bei entsprechenden Entwicklungen Unterstützung an.
- Bürgerschaftliches Engagement wird durch die Landesregierung in vielfältiger Weise unterstützt.

<sup>26</sup> Siehe Abschnitt 6.3.

## 5.2 Setting Kindertagesförderung

**„Kinder sind wie Blumen. Man muss sich zu ihnen  
nieder beugen, wenn man sie erkennen will.“  
Friedrich Froebel**

Die ersten Lebensjahre stellen eine besondere Entwicklungsphase dar, in der sich wichtige Basiskompetenzen und Verhaltensweisen herausbilden. In diesem Lebensabschnitt werden die entscheidenden Weichen für die Entwicklung der Persönlichkeit und für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt.

Kindern durch ein positives und ihnen zugewandtes Lebensumfeld ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist vorrangig Aufgabe der Eltern. Dazu brauchen Eltern gute Rahmenbedingungen. Ein ausreichendes Angebot der Kindertagesförderung in hoher Qualität unterstützt als erstes Glied in der institutionellen Bildungskette die Eltern bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe und muss in Fällen einer Überforderung der Eltern subsidiär handeln und Hilfsangebote vermitteln.

Die komplexen Bedingungen in der Kindertagesförderung haben einen erheblichen Einfluss auf die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern. Dabei kommt es nicht nur darauf an, gute, auf die Bedürfnisse der Kinder und Erzieherinnen und Erzieher ausgerichtete räumliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen. Viel stärker als bisher müssen auch die sozialen Beziehungen zwischen Kindern, Eltern und Erzieherinnen/Erziehern ins Blickfeld rücken. Sie haben entscheidenden Einfluss darauf, dass sich die Mädchen und Jungen in der Einrichtung wohlfühlen. Das ist die wichtigste Voraussetzung für ein Bildung und Gesundheit förderndes Klima.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es etwa 1.050 Kindertageseinrichtungen. Dort sind etwa 7.500 Erzieherinnen und 100 Erzieher beschäftigt. Rund 93 % aller Mädchen und Jungen zwischen dem vollendeten dritten Lebensjahr und dem Schuleintritt werden dort betreut. Von den unter Dreijährigen besuchten 2007 in Mecklenburg-Vorpommern rund 44 % eine Kindertageseinrichtung - im Bundesdurchschnitt waren es lediglich 15,5 %.<sup>27</sup>

Im Kindertagesförderungsgesetz (KiföG M-V) ist festgelegt, dass frühkindliche Bildung die Förderung einer gesunden Lebensweise einschließt. Im Rahmen der Anleitung zur gesunden Lebensführung werden spielerisch gesundheitsbezogene Kompetenzen vermittelt. Dabei werden in enger Zusammenarbeit mit den Eltern die individuellen Entwicklungsvoraussetzungen sowie die geschlechts- und kulturspezifischen Besonderheiten der Kinder berücksichtigt.

Zahlreiche Einrichtungen und auch Kindertagespflegestellen haben bereits Schwerpunkte der Prävention und der Gesundheitsförderung in ihre Bildungskonzeptionen aufgenommen und setzen diese erfolgreich um. Eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern, Kinder- und Jugendzahnärzten und -ärztinnen unterstützt diese Prozesse.

<sup>27</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2007.

In der Zukunft wird es verstärkt darauf ankommen, das Setting „Kindertagesstätte“ mit seinen komplexen Bedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten. Dabei muss der salutogene Ansatz Vorrang haben. In diesem Prozess muss auch der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher ausreichend Aufmerksamkeit zukommen.

Die Arbeitsgruppe „Setting Kindertagesförderung“ erarbeitete folgendes **Leitbild**:

Ziel ist die Gestaltung eines anregenden an den Bedürfnissen der Kinder ausgerichteten Umfelds, das die individuellen Ressourcen und die Persönlichkeitsentwicklung fördert und die Einbeziehung aller Beteiligten bei der Organisationsentwicklung der Kindertageseinrichtung sicherstellt. Das bedeutet:

- Stärkung sozialer Gesundheitsressourcen, Schaffung eines für Bildung und Gesundheit förderlichen Klimas, das durch gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung gekennzeichnet ist,
- Stärkung der Chancengleichheit von Mädchen und Jungen,
- Unterstützung und Partnerschaft mit den Eltern, um die Chancen der Elternbeteiligung zu nutzen,
- eine stärkere Einbindung des Gesundheitssystems (Kinder- und Jugendzahnärzte und -ärztinnen, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst im ÖGD) in den Lebensbereich Kindertagesstätte,
- Einbindung in regionale Netzwerke, z. B. Kooperationen mit Schulen, Sportvereinen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe,
- Erhöhung der Motivation des Personals durch Verbesserung der Gesundheit der Erzieherinnen/Erzieher und der Qualifizierungschancen,
- Nutzen von Qualitätssicherungselementen in der Arbeit.

### **Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe „Setting Kindertagesförderung“:**

#### **Verankerung der Gesundheitsförderung im Konzept jeder Kindertageseinrichtung und in der Kindertagespflege**

- ⇒ Bildungs- und gesundheitsfördernde Gestaltung der Bedingungen in der Kindertagesstätte durch Anwendung des Settingansatzes,
- ⇒ Partizipation und Aktivierung aller Beteiligten (Eltern, Träger, Kommune),
- ⇒ Sicherung der Chancengleichheit für jedes Kind durch individuelle Förderung,
- ⇒ Schaffung gesundheitsfördernder räumlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen.

#### **Verbesserung der Zusammenarbeit mit regionalen Partnern, Nutzung von Netzwerken**

- ⇒ Angebote der Krankenkassen für die Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V im Setting Kindertageseinrichtung stärker nutzen,
- ⇒ Nutzung und Ausbau vorhandener regionaler Netzwerke (z. B. Sportvereine, Schulen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Netzwerk Kind-Familie-Sucht),
- ⇒ themenspezifische Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtungen und Tagespflegepersonen.

**Folgende Präventionsziele sollen in den Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege vorrangig verfolgt werden:**

- ⇒ Förderung eines aktiven Bewegungsverhaltens,
- ⇒ Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens,
- ⇒ Stärkung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung,
- ⇒ Verbesserung der Mundgesundheit,
- ⇒ Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung.<sup>28</sup>

**Entwicklung eines Konzepts zur Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen**

- ⇒ Nutzen der Instrumente eines betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- ⇒ Arbeitsgestaltung zur Reduzierung des Lärmpegels und zum Abbau der körperlichen Belastungen,
- ⇒ Nutzung der Supervision für Erzieherinnen, Erzieher und Kindertagespflegepersonen,
- ⇒ Fortbildungen zu Gesundheitsthemen, z. B. Schulung der Beschäftigten zur körper- und bewegungsgerechten Arbeit,
- ⇒ Anwendung flexibler Arbeitszeitmodelle, besonders für ältere Beschäftigte,
- ⇒ Verbesserung des Informationsflusses in Kindertageseinrichtungen durch Implementierung moderner Kommunikationsmethoden.

**Fortbildungen für Erzieherinnen, Erzieher und Tagespflegepersonen verstärkt zu gesundheitsbezogenen Themen anbieten**

- ⇒ Schwerpunkte: Anleitung der Kinder zum hygienischen Verhalten, gesunde Ernährung, Bewegung und Sport, Konfliktbewältigung, Erkennen von Entwicklungsstörungen, geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention,
- ⇒ Zusammenarbeit mit den Eltern, Unterstützung der Elternbildung,
- ⇒ Unterstützung des fachlichen Austauschs im Rahmen von regionalen und überregionalen Fachtagungen.

**Verbesserung medizinisch ausgerichteter präventiver Maßnahmen**

- ⇒ Unterstützung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V (Vorlage des U-Untersuchungsheftes und Überprüfung des Impfausweises bei Aufnahme eines Kindes in die Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege, ggf. Angebote von Vorsorgeuntersuchungen in der Kita) und Einführung einer zusätzlichen Untersuchung zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr, um Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen,
- ⇒ Verbesserung der Gruppenprophylaxe zur Förderung der Zahngesundheit im Bereich der Kindertagesförderung.

---

<sup>28</sup> Siehe auch Abschnitt 6.1 Kindergesundheitsziele.

## **Entwicklung und Implementierung von Qualitätsstandards für die Mittagsversorgung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege**

⇒ Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) sich in Entwicklung befindlichen Qualitätsstandards für die Mittagsversorgung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege werden nach Veröffentlichung den Einrichtungen empfohlen.

### **Diese Empfehlungen der Arbeitsgruppe nimmt die Interministerielle Arbeitsgruppe zur Kenntnis und leitet daraus folgende Handlungsschwerpunkte ab:**

- In die neue Bildungskonzeption für Kinder im Alter bis zu 10 Jahren werden die Aspekte der Gesundheitsförderung aufgenommen.
- Das Land Mecklenburg-Vorpommern setzt zur Erreichung maximaler Chancengleichheit auf die individuelle Förderung aller Kinder. Dazu werden durch modellhafte Erprobung geeignete Verfahren zur Beurteilung der Entwicklung der Kinder konzipiert. Bei der Förderung der Kinder wird eine enge Kooperation verschiedener Einrichtungen und der Familien angestrebt.<sup>29</sup>
- Alle Kinder sollen im Rahmen der Kindertagesförderung die Möglichkeit haben, an einer qualitätsgesicherten Mittagsversorgung teilzunehmen. Die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für die Mittagsversorgung in Kindertageseinrichtungen sollen zeitnah umgesetzt werden. Die Einrichtung einer Servicestelle "Schulverpflegung" und die Einbeziehung des Bereiches Kindertagesförderung mit Unterstützung des Bundes und Dritter wird geprüft.
- Erfolgreiche Projekte im Setting Kindertagesförderung werden fortgeführt<sup>30</sup>:
  - Bewegte Kinder (Förderung von Kooperationen zwischen Sportvereinen und Kindertagesstätten für zusätzliche Bewegungsangebote zur Verbesserung der sportmotorischen, koordinativen und Sozialkompetenzen),
  - Chancengleich gesund aufwachsen im Setting Kindertagesförderung (Modellprojekt der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Kindertagesstätten),
  - Papilio (Trainerausbildung von pädagogischem Fachpersonal in Kindertagesstätten),
  - Jährlicher Kindergartentag der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung.
- Die Hygienegrundsätze für Kindertageseinrichtungen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales aktualisiert und allen Einrichtungen der Kindertagesförderung zur Verfügung gestellt.
- Zur Unterstützung einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in der Kindertagesförderung werden von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. Handreichungen zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten durch Setting-Arbeit und zur Partizipation von sozial benachteiligten Kindern und Familien erarbeitet und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Dazu wird das Internetportal [www.kita-portal-mv.de](http://www.kita-portal-mv.de) genutzt.

<sup>29</sup> Lt.Drs. 5/1288.

<sup>30</sup> Eine Beschreibung der Projekte befindet sich in der Anlage 4.

- Vor dem Hintergrund der Altersstruktur und der Belastungen von Erzieherinnen und Erziehern muss ihrer Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zukommen. Deshalb soll in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse ein Konzept zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher erstellt werden.
- Die Weiterführung des Modellstudiengang „Early Education - Bildung und Erziehung im Kindesalter“ an der Hochschule Neubrandenburg wird nach der Evaluation 2008 geprüft.

### 5.3 Setting Schule

**„Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen, erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit. Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.“  
(Desmond o’Byrne, WHO)**

Die Schule als Institution ist ein soziales System mit einem sehr starken Einfluss auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrerinnen und Lehrer. Die komplexen Bedingungen in den Schulen wirken auf die Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen, nicht nur in Bezug auf die Bildung, sondern auch in Bezug auf die Gesundheit, wobei beide Aspekte in einem untrennbaren Zusammenhang stehen. Gute Schulen sind gesunde Schulen und Gesundheit ist sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis von erfolgreichem Lernen und Arbeiten.

Deshalb ist die Entwicklung "guter und gesunder Schulen"<sup>31</sup> ein wichtiges Instrument für gleiche Bildungs- und Gesundheitschancen.

Gesundheitsförderung mit der Orientierung auf die Entwicklung „guter gesunder Schulen“ geht von der pädagogischen Schulentwicklung aus und hat eine wirksame Steigerung der Schul- und Bildungsqualität zum Ziel. Dabei kann insbesondere die Entwicklung eines durch Vertrauen und Partizipation gekennzeichneten Schulklimas nachhaltig zur Verbesserung der Schüler- und Lehrgesundheit beitragen.

Die Situation an den Schulen in Mecklenburg-Vorpommern ist durch spezielle Probleme gekennzeichnet.

Der gravierende Rückgang der Schülerzahlen zwingt auch aus Qualitätsaspekten zu einer Konzentration der Schulstandorte. Das kann nicht nur längere Schulwege für die Schülerinnen und Schüler zur Folge haben, sondern auch dazu führen, dass Lehrerinnen und Lehrer ggf. Unterricht an mehreren Schulstandorten erteilen müssen.

Vor dem Hintergrund des Lehrpersonalkonzeptes sind über viele Jahre kaum junge Lehrerinnen und Lehrer eingestellt worden, was zu einem hohen Altersdurchschnitt (2007: 47,2 Jahre) geführt hat. Forschungsergebnisse der Universität Potsdam zur Beanspruchungssituation der Lehrerinnen und Lehrer in Mecklenburg-Vorpommern<sup>32</sup> zeigten zudem, dass der Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer große Aufmerksamkeit zukommen muss.

<sup>31</sup> Der Begriff „gute gesunde Schule“ geht auf das Projekt „anschub.de“ der Bertelsmann Stiftung zurück und soll hier verwandt werden, weil er die Zielrichtung sehr anschaulich verdeutlicht.

<sup>32</sup> Schaarschmidt et.al., 2003.

Gleichzeitig belegen die aktuellen Daten aus dem ersten Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie die Ergebnisse der Schuluntersuchungen, dass Kinder und Jugendliche zunehmend Störungen des bio-psycho-sozialen Gleichgewichts aufweisen, die in einer Zunahme von Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht, verminderter motorischer Leistungsfähigkeit sowie Suchtverhalten deutlich werden. Schon vielen Kindern und Jugendlichen gelingt es nicht mehr, eine Balance zwischen An- und Entspannung zu finden.

Dabei ist eine deutliche Abhängigkeit des Gesundheitszustandes vom Sozialstatus der Eltern erkennbar.

Vor diesem Hintergrund ist es von großer Bedeutung, Gesundheitsförderung in die Schulentwicklung zu integrieren, um für Kinder und Jugendliche und für Lehrerinnen und Lehrer in der Schule Belastungen zu senken und gesundheitsbezogene Ressourcen zu stärken.

Die Arbeitsgruppe „Setting Schule“ erarbeitete dazu folgendes Leitbild:

Eine gesunde Schule entfaltet eine Kultur der Anerkennung und Wertschätzung, in der Menschen mit ihren Stärken und Schwächen zu gemeinsamen Problemlösungen ermutigt werden. Alle Schülerinnen und Schüler sind willkommen und werden in ihrer Individualität angenommen. Entscheidungen werden gemeinschaftlich getroffen und transparent gestaltet. Die gesunde Schule erkennt Konflikte als Teil des Schulalltags und sieht in deren Lösung eine Chance zur Entwicklung von Toleranz, gegenseitiger Rücksichtnahme und Respekt voreinander.

Unter dem Gesichtspunkt der individuellen Ressourcenstärkung unterstützt eine gesunde Schule die Persönlichkeitsentwicklung, indem sie

- Selbständigkeit und Selbstverantwortung fördert,
- Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen stärkt,
- zur Konfliktfähigkeit hinführt und die Frustrationstoleranz erhöht,
- die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit entwickelt,
- die emotionale Erlebnisfähigkeit fördert,
- die Bereitschaft zum Lernen, Denken und Arbeiten und zu einer sportlich aktiven Lebensweise fördert.

Eine gesunde Schule entwickelt Konzepte zur Verbesserung der Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer. Sie arbeitet aktiv mit den Eltern zusammen, bezieht auch die regionalen Partner in die Gestaltung und Entwicklung der Schule mit ein und gibt ihnen die Möglichkeit, die Schule als soziale, kulturelle und freizeitorientierte Begegnungsstätte für den Stadtteil/die Gemeinde zu nutzen.

Die Umsetzung dieses Leitbildes bedeutet:

- ⇒ **Die gesunde Schule wird von einer Schulleitung geführt, die Leadership als wichtiges Führungsprinzip in die eigene Arbeit integriert.** Professionelles Führungsverhalten sorgt für eine kooperative Wahrnehmung der Gesamtverantwortung. Die Stärkung der Teamarbeit, die Optimierung schulorganisatorischer Abläufe und eine transparente Personalentwicklung führen für alle Beteiligten zu mehr Zufriedenheit und Motivation.
- ⇒ **Im Schulprogramm wird das Leitbild einer gesunden Schule dauerhaft verankert** und somit integraler Bestandteil eines eigenen Leitbildes und attraktiven Schulprofils. Das stärkt das Image der Schule nach außen und die Identifikation der Schüler/Schülerinnen, Eltern und Lehrkräfte mit der eigenen Schule. Die Schule bezieht alle Partner gleichberechtigt in die konzeptionelle Entwicklung und Gestaltung der Schule mit ein und gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Ressourcen und Erfahrungen in die Entwicklung der Schule einzubringen.
- ⇒ **Eine gesunde Schule arbeitet an der Schaffung einer gut funktionierenden Schulorganisation.** Dabei werden gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigt. Die Stundenplanung, der Unterrichtsrhythmus, der Personaleinsatz, die Pausenverteilung und Fragen der Arbeitssicherheit sind wesentliche Faktoren, die zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit beitragen.
- ⇒ **Eine gesunde Schule unterstützt Eltern in ihrer Erziehungsarbeit und arbeitet dazu eng mit ihnen** zusammen. Die Potentiale des ehrenamtlichen Engagements der Eltern werden durch die Schule für die Schulentwicklung genutzt.
- ⇒ **Eine gesunde Schule stärkt die Chancengleichheit von Mädchen und Jungen** und fördert dazu Mädchen und Jungen individuell. Geschlechtsspezifische Besonderheiten werden im Unterricht bewusst berücksichtigt.
- ⇒ **Eine gesunde Schule ist in Netzwerke eingebunden und arbeitet mit anderen Schulen und weiteren Partnern in der Region zusammen.** Dazu gehören u. a. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sportvereine und Präventionsräte.
- ⇒ **Eine gesunde Schule nutzt die Instrumente und Techniken eines Qualitätsmanagements.** Die Evaluation ist zentrales Element des Qualitätsmanagements und damit Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Die gesundheitsfördernde Schule nutzt gezielt gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse.

## **Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe „Setting Schule“:**

### **Rahmenbedingungen**

- ⇒ Verlässliche Rahmenbedingungen durch hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein der Schulpolitik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene schaffen,
- ⇒ Schulen selbständiges Handeln ermöglichen,
- ⇒ Erfahrungen nutzen, die in zahlreichen guten Projekten, wie Anschub.de, Audit „Gesunde Schule“ oder „Klasse 2000“ gesammelt wurden,
  - Analyse der wichtigsten Gesundheitsrisiken in der Schule wie Bewegungsmangel, Fehlernährung und den Tabakkonsum der Schülerinnen/Schüler und Lehrkräfte,
  - Bedingungen analysieren, die durch die sozialen Beziehungen zwischen Schülerinnen und Schülern, deren Eltern und Lehrerinnen und Lehrern und das Wohnumfeld geprägt werden,
  - „Steuerkreis Gesundheit“ einrichten, der Einzelaktivitäten zusammenführt und Schwerpunkte setzt,
  - wichtiger Erfolgsfaktor ist die Beteiligung aller Partner in der Schule, ein transparentes Vorgehen und die Begleitung und Beratung durch externe Moderatorinnen/Moderatoren.
- ⇒ Implementierung der Gesundheitsförderung in die Schulprogramme,
- ⇒ Einführung einer Unterrichtseinheit „Lebenskunde“ (Biologie/Gesundheit), Sportunterricht stärker auf Gesundheitsförderung ausrichten, keine Erhöhung der Gesamtstundenzahl,
- ⇒ Schulgesundheitsbeauftragte der Kreise stärker vernetzen,
- ⇒ Unterstützung der Arbeit der Gesundheitsbeauftragten an den Schulen,
- ⇒ Angebot von Fortbildungen für Lehrer/Lehrerinnen zum Thema „Supervision zur Selbstreflexion“,
- ⇒ Netz von Ganztagschulen ausbauen und Konzepte für mehr Gesundheit integrieren,
- ⇒ Klassenbildung optimieren, um Förder- und Differenzierungsbedingungen für alle Schülerinnen und Schüler zu verbessern.

### **Arbeitssicherheit und Unfallprävention**

- ⇒ Durch Schulträger, Schulämter und Schulleiter/Schulleiterinnen sollte eine stärkere Wahrnehmung der Verantwortung für Arbeitssicherheit und Unfallprävention erfolgen.
- ⇒ Die arbeitsmedizinische Betreuung der Lehrkräfte durch einen Betriebsarzt oder eine Betriebsärztin ist sicherzustellen.

⇒

### **Ernährung**

- ⇒ Für alle Kinder sollte ein gesundes Schulessen angeboten werden.
- ⇒ Die Empfehlungen und Richtlinien der DGE e.V. sollten flächendeckend umgesetzt werden. Für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der Essenanbieter bietet die DGE e.V. die Zertifizierung an - das DGE-Logo.
- ⇒ Für die Unterrichtsgestaltung werden Lehrerinnen/Lehrern und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen jährlich Workshops, Seminare oder Fachtagungen zu verschiedenen aktuellen Themen im Bereich Ernährung angeboten.

## **Bewegung, Stressbewältigung**

- ⇒ Der Sportunterricht soll auch im Sinne der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden gestaltet werden. Die Schülerinnen und Schüler sollen erfahren, dass Bewegung Spaß macht und zur Entspannung beiträgt.

## **Suchtprävention**

- ⇒ Schulische Suchtprävention soll bei Kindern und Jugendlichen eine kompetente Haltung gegenüber Suchtmitteln vermitteln mit dem Ziel, die Sensibilität für einen kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und illegalen Drogen wirksam zu erhöhen.
- ⇒ Schulische Suchtprävention soll fächerübergreifend erfolgen. Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten bestehen unter Beteiligung außerschulischer Einrichtungen in Projektwochen, die auf unterschiedliche Schultypen zugeschnitten sein sollten.
- ⇒ Lehrer und Lehrerinnen haben auch die Aufgabe, Suchtprobleme rechtzeitig zu erkennen und Hilfsangebote zu vermitteln.

## **Sexuelle Gesundheit**

- ⇒ Sexualerziehung wird als fächerübergreifendes Prinzip verstanden, das heißt, von der Grundschule an sollen in Gemeinschaftskunde, im Ethik- und Religionsunterricht, später in Biologie, in Deutsch und anderen Fächern sexualpädagogische Themen aufgegriffen werden. Dabei soll es nicht nur um die Vermittlung von biologischem und anderem Faktenwissen gehen, sondern um eine ganzheitliche Erziehung zu selbstbestimmtem und verantwortlichem geschlechtlichen Verhalten.
- ⇒ Eine geschlechtersensible Bearbeitung der Themen wie partnerschaftliche Sexualität, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, Aids und Formen des Sexualverhaltens unter Berücksichtigung emotionaler und entwicklungspsychologischer Aspekte ist im Rahmenplan zur Gesundheitserziehung berücksichtigt und muss in allen Schulen umgesetzt werden.
- ⇒ Die schulinternen Lehrerfortbildungen in Zusammenarbeit mit externen Partnern (Mobiles AIDS-Team) befähigen die Lehrerinnen und Lehrer, neue Arbeitsweisen zu erproben und Methoden zu entwickeln, diese Thematik jugendgerechter anzusprechen.

## **Mundgesundheit**

- ⇒ Die risikospezifische Gruppenprophylaxe (Haupt- und Sonderschulen) durch das Fachhelferinnenprojekt im ÖGD der Landkreise/Städte sollte fortgesetzt und weiterentwickelt werden.
- ⇒ Niedergelassene Zahnärzte/Zahnärztinnen sollten für Netzwerke mit dem ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst) gewonnen werden, um Kinder und Jugendliche mit hohem Kariesrisiko speziell betreuen zu können.
- ⇒ Die altersspezifische Gruppenprophylaxe sollte differenziert nach Milchgebiss, Kariesgeschehen und Versorgungsgrad erfolgen.
- ⇒ Der Prävention von kieferorthopädischen Anomalien sollte mehr Aufmerksamkeit zukommen.

## **Verbesserung der Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer**

- ⇒ Mit Unterstützung von Krankenkassen und gesetzlicher Unfallversicherung sollte ein Gesamtkonzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch das Bildungsministerium erarbeitet werden.
- ⇒ Krankheitsbedingte Fehlzeiten der Lehrkräfte sollten zentral erfasst werden, um Handlungsschwerpunkte für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung setzen zu können und ein aktives Reha-Management zu ermöglichen.
- ⇒ Für angehende Lehramtsstudierende sollten die Eingangstests erweitert und Praxisphasen während des Studiums vorgesehen werden.
- ⇒ Den Schulen sollten bei Bedarf Supervisoren (für Einzel- und Gruppensupervisionen) zur Verfügung gestellt werden (Schulpsychologen und -psychologinnen), Schulberater und Schulberaterinnen für Lehrergesundheit, die von der Universität Greifswald ausgebildet wurden, einsetzen.

### **Diese Empfehlungen der Arbeitsgruppe nimmt die Interministerielle Arbeitsgruppe zur Kenntnis und leitet daraus folgende Handlungsschwerpunkte ab:**

- Im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 39 a des Schulgesetzes Mecklenburg-Vorpommern soll die Implementierung der Gesundheitsförderung in die Schulprogramme erfolgen und eine Schwerpunktsetzung entsprechend der schul- und standortspezifischen Bedingungen vorgenommen werden.
- Das Projekt „Anschub.de-Programm für die gute gesunde Schule Mecklenburg-Vorpommern“ wird als Landesprogramm weitergeführt. In diesem Rahmen wird eine Handlungsanleitung für die Entwicklung zu einer gesunden Schule erarbeitet und über die Internetplattform des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur allen Schulen zugänglich gemacht.
- Die Gesundheitskompetenzen der Schülerinnen und Schüler sollen im Unterricht stärker entwickelt werden. Dazu sollen ab Klasse 5 pro Schuljahr Unterrichtseinheiten im Gesamtumfang von 40 Stunden zur Verfügung stehen. Ziel dieses Unterrichtes ist die Entwicklung lebensnaher Kompetenzen mit Bezug zur Gesundheit. Die 40 Stunden ab Klasse 5 sind frei für die Schulen verfügbar und können mit den Fächern Biologie, Sozialkunde, Sport und weiteren geeigneten Unterrichtsfächern verknüpft werden oder unabhängig von diesen Fächern als Fach „Lebenskunde und Gesundheit“ vermittelt werden. Der Gesamtumfang des Unterrichts pro Klassenstufe darf dabei nicht erhöht werden. Dazu wird bis Frühjahr 2009 ein Rahmenkonzept erstellt. Die Prüfung der Einführung einer dritten Sportstunde wird in dieses Konzept einbezogen.
- Alle Kinder sollen im Rahmen ihres Schulbesuchs die Möglichkeit erhalten, an einer qualitätsgesicherten Mittagsversorgung teilzunehmen. Das ist ein wichtiges Ziel der Landesregierung. Dazu sollen die Qualitätsstandards der DGE für die Mittagsversorgung in Schulen zeitnah umgesetzt werden. Die Einrichtung einer Servicestelle „Schulverpflegung“ mit Unterstützung des Bundes und Dritter wird geprüft. Sie soll in einem ersten Schritt eine Analyse zur Teilnahme der Kinder an der Schulverpflegung und zu ihrer Qualität an den Grundschulen durchführen.

- Die Schulen werden bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes durch eine gemeinsame Informations- und Präventionskampagne des Aktionsbündnisses gegen das Rauchen unter der Schirmherrschaft des Sozialministers unterstützt.
- Das Landesamt für Gesundheit und Soziales erarbeitet im Anschluss an eine Untersuchung zum Einfluss umwelthygienischer Faktoren<sup>33</sup> (z. B. Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Beleuchtung, Lärm) auf die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern Empfehlungen, die zur Verbesserung der Lernleistungen und der Gesundheitsvorsorge beitragen sollen.
- Vor dem Hintergrund der Altersstruktur und der Belastungen kommt der Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer große Aufmerksamkeit zu. Deshalb erfolgt die Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch das Bildungsministerium in Zusammenarbeit mit Partnern.
- Der Einsatz von Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern wird durch die Landesregierung weiter unterstützt. Dabei wird eine stärkere Vernetzung mit den Akteuren der Gesundheitsförderung angestrebt.
- Die Kooperation der Schulen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird fortgeführt und ausgebaut. Präventive Maßnahmen zu speziellen Handlungsschwerpunkten werden durch die Schulen unterstützt. Entsprechende Angebote für die Schulen werden auf der Internetplattform des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur veröffentlicht.

#### 5.4 Setting Betrieb/Arbeitswelt

**„Geh in Deiner Arbeit auf und nicht unter.“  
Jaques Tati**

Die Arbeitswelt ist durch zunehmende Komplexität, die Reorganisation von Arbeitsprozessen und Globalisierung gekennzeichnet. Damit verbunden sind Leistungsverdichtung sowie eine wachsende Unsicherheit in Bezug auf die Entscheidungsprozesse für die Lebensplanung und zukünftigen Arbeitsaufgaben.

Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz in dieser komplexen und hoch technisierten Arbeitswelt führen dazu, dass sich Arbeitnehmer über die gesamte Spanne des Arbeitslebens weiterbilden müssen. Dabei bewirkt der demografische Faktor, dass immer weniger gut qualifizierte jüngere Arbeitnehmer nachwachsen und sich so der Fortbildungsdruck auch bei älteren Arbeitnehmern erhöht.

Die Arbeitswelt fordert von den Menschen zunehmende Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und -bereitschaft sowie Mobilität. Damit verbunden ist das tendenzielle Zerschlagen tradierter sozialer Strukturen (Familien, Freundes- und Bekanntenkreis).

---

<sup>33</sup> In Kooperation mit dem Institut für angewandte Informatik im Bauwesen e. V. Wismar und anderen Partnern.

Die Entstehung und der Verlauf von psychischen, psychosomatischen und somatischen Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen ist in der Regel nicht nur in der Arbeitswelt begründet, sondern stellt ein Resultat von Einflüssen aus unterschiedlichen Lebenswelten dar. Dazu gehören Stärken der Problembewältigungsfähigkeiten und des sozialen Engagements sowie die Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitswelten. Maßnahmen des Gesundheitsmanagements in der Arbeitswelt müssen deshalb insbesondere auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen und zum Ziel haben, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Kompetenz zu einem (psychisch) gesunden Leben zu vermitteln. Dabei sollte im Sinne der Vereinbarkeit von Lebenswelten Bezug auf die unterschiedlichen Lebensbereiche genommen werden, um ein möglichst hohes Maß an Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit zu erzielen.

Viele Betriebe haben inzwischen erkannt, dass das Engagement für mehr Gesundheit zu einer nachhaltigen Stabilisierung und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und damit zu einer Verminderung des Krankenstandes und der Fluktuationen beitragen kann. Eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit hat auch positive Auswirkungen auf die Motivation und damit auf die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens.

### **Rechtliche Rahmenbedingungen**

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention werden durch rechtliche Rahmenbedingungen im Fünften, Siebten und Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V, SGB VII, SGB IX) vorgegeben und gestaltet.

Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben und unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 a und b SGB V). Ziel ist es, unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation zu verbessern. Dazu sollen die Krankenkassen untereinander und mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammenarbeiten und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsprozess bestehen besondere rechtliche Vorschriften im SGB IX. Durch das Zusammenwirken des Arbeitgebers mit der Schwerbehindertenvertretung, dem Betriebsrat, dem Integrationsamt und ggf. den Integrationsfachdiensten sollen bei auftretenden Schwierigkeiten alle Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses geprüft werden.

Ein betriebliches Eingliederungsmanagement soll Arbeitnehmer, die länger als 6 Wochen innerhalb eines Jahres durch Krankheit arbeitsunfähig waren, Leistungen der Rehabilitationsträger ermöglichen, die zum Erhalt des Arbeitsplatzes beitragen. Insbesondere kommt hier die stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) in Betracht, bei der noch nicht wieder voll arbeitsfähige Menschen allmählich und ggf. mit erforderlicher Betreuung die Arbeit wieder aufnehmen. Auch hier sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände untereinander regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Das Arbeitsschutzgesetz und das SGB VII verpflichten die Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu treffen, um die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten zu sichern.

Dem Optimieren der Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern, Bund und Ländern dient die „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“, deren rechtliche Voraussetzungen zur Zeit geschaffen werden. Ziele sind u. a.

- betriebliche Intervention für Gesundheit und wirtschaftlichen Erfolg sowie das
- Bündeln von Ressourcen, Kooperation und Abstimmung  
(Beschluss der 83. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November 2006).

Die Haftung der Unternehmerin/des Unternehmers als Arbeitgeberin/Arbeitgeber bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren wird durch die von ihm finanzierte gesetzliche Unfallversicherung nach dem SGB VII beschränkt. Gegen diese Gefahren müssen die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln nach § 14 Abs. 1 SGB VII präventiv tätig werden.

Die Beschäftigten haben dabei eine Mitwirkungspflicht und müssen nach ihren Möglichkeiten sowie entsprechend der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen.

Für Arbeitslose ist die Bundesagentur für Arbeit durch § 8 SGB IX verpflichtet, den Bedarf an medizinischer Rehabilitation zu prüfen und die entsprechenden Träger einzuschalten. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen auch Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur seelischen Stabilisierung sowie Kontakte zu örtlichen Selbsthilfemöglichkeiten beinhalten (§ 34 Abs. 8 SGB IX).

### **Einschätzung der Situation in Mecklenburg-Vorpommern**

Die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen betreffen in Mecklenburg-Vorpommern mit Stand 10. April 2008 ca. 563.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Die Wirtschaftsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern ist geprägt von nur wenigen großen und zahlreichen kleinen Betrieben, die sich über eine weite Fläche verteilen. Letzteres führt zu längeren Wegen für Erwerbstätige und Wirtschaftsgüter.

Im Einzelnen gibt es im Jahr 2006 in Mecklenburg-Vorpommern Betriebe in folgender Größe:

60 Großbetriebe	mit über 500 Mitarbeitern,
6.000 mittlere Betriebe	mit 20 bis 499 Mitarbeitern,
58.000 kleinere Betriebe	mit unter 20 Mitarbeitern,
30.000 Selbständige	ohne Mitarbeiter.

Der Schwerpunkt der Erwerbstätigkeit liegt mit 72,1 % der Erwerbspersonen bei den Dienstleistungen: 25,2 % arbeiten im Handel, Gastgewerbe und Verkehr, 46,9 % verdienen Geld mit sonstigen Dienstleistungen. Im produzierenden Gewerbe sind es hingegen nur 23,2 %, in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei arbeiten 4,6 %<sup>34</sup>. Der immer größer werdende Anteil älterer Menschen in Mecklenburg-Vorpommern hat auch Auswirkungen auf die Altersstruktur der Beschäftigten.

Diese Gegebenheiten muss betriebliche Gesundheitsförderung berücksichtigen.

Zusammenfassende Berichte zur betrieblichen Gesundheitsförderung der AOK, IKK und DAK sowie der Unfallkasse u. a. liegen dem Ministerium für Soziales und Gesundheit vor. Die Aktivitäten sind vielgestaltig, aber nicht durchgehend quantifizierbar. Es finden statt:

- Gesundheitstage,
- Analysen der Gesundheitssituation der Beschäftigten,
- Analysen der Altersstruktur,
- Gesundheitskurse,
- Seminare/Workshops,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Ganzheitliche Projekte zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Ergänzt werden die Maßnahmen beispielsweise durch die Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LAKOST), die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Sektion Mecklenburg-Vorpommern (DGE). Einige Projekte werden in Zusammenarbeit mit den Universitäten und Hochschulen im Lande durchgeführt.

Um die begrenzten Möglichkeiten kleinerer und mittlerer Unternehmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz effektiv zu nutzen und dabei Unterstützungsleistungen externer Partner zu bündeln, beabsichtigen Leistungserbringer in Netzwerken zusammenzuarbeiten.

In Mecklenburg-Vorpommern gab es mit Stand April 2008 etwa 133.000 arbeitslose Menschen, deren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nicht nur in fachlicher Hinsicht unterstützt werden muss. Die hohe Arbeitslosigkeit wirft viele Probleme auf, die sowohl ökonomische, gesellschafts-, sozial- und gesundheitspolitische Dimensionen umfassen. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit bedeutet für die Betroffenen eine Gefährdung ihrer „sozialen Identität“ und ist mit hohen körperlichen und seelischen Gesundheitsrisiken verbunden. Ansätze der Prävention müssen sich deshalb auch mit dem gesellschaftspolitisch relevanten Thema der Arbeitslosigkeit befassen.

---

<sup>34</sup> Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern.

**Die Arbeitsgruppe Setting Betrieb/Arbeitswelt hat folgendes Leitbild erarbeitet:**

Ausgehend von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis müssen sich Präventionsansätze in der Arbeitswelt sowohl auf die einzelnen Individuen (Verhaltensprävention) als auch auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen (Verhältnisprävention) beziehen. Betriebliche Gesundheitsförderung geht von einem positiven - salutogenen - Gesundheitsbegriff aus: Präventive Maßnahmen haben die nachhaltige Verminderung von Gesundheitsrisiken und die Erhöhung von gesundheitsförderlichen Ressourcen zum Ziel. Dabei nimmt die Förderung von Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit einen zentralen Platz ein.

Auch Arbeitslosen sind nicht nur Maßnahmen der Vermittlung und Qualifizierung, sondern zusätzlich der Gesundheitsförderung anzubieten, um ihnen eine höhere Kompetenz zu einem gesunden und selbstbestimmten Leben zu ermöglichen. Ziel ist es, auch durch eine bessere Vereinbarkeit der Lebenswelten, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und wiederherzustellen.

Eine nachhaltige außer- und innerbetriebliche Gesundheitsförderung dient nicht nur humanitären Zwecken, sondern ist eine notwendige Antwort auf den demografischen Wandel und geänderte Bedingungen in den Lebenswelten.

*Empfehlungen der Arbeitsgruppe***Salutogenen Ansatz in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärken**

- ⇒ Zentrale Elemente gesundheitsfördernder Strategien sind die Verminderung gesundheitlicher Belastungen (z. B. unangemessene Arbeitsanforderungen, Mobbing) und die Stärkung und Mobilisierung gesundheitserhaltender und gesundheitsfördernder Ressourcen (z. B. Problembewältigungsstrategien und Einbindung in soziale Netzwerke).
- ⇒ Um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu erhöhen, müssen vorrangig die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt durch die Nutzung gesundheitsstabilisierender und -fördernder organisatorischer und personaler Ressourcen ausgeschöpft werden.
- ⇒ Als geeignetes Instrument wird das betriebliche Gesundheitsmanagement angesehen. Es kann auch einen entscheidenden Beitrag zur Festigung der Gesundheit älterer Arbeitnehmer leisten. Ziel ist es, die gesundheitsförderlichen Kompetenzen des Einzelnen zu stärken und belastende Arbeits- und Umweltbedingungen im Unternehmen und anderen Lebenswelten zu verringern.

## **Interventionen zur Reduzierung der Zahl von psychosomatischen und psychischen Befindlichkeitsstörungen/Erkrankungen**

⇒ Die zunehmende Komplexität der Arbeitswelt fordert von den Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern ständige Weiterbildung und Umstellungsfähigkeit. Sorge um den Arbeitsplatz, zeitliche und fachliche Überforderung und ein Mangel an Erholung begünstigen das Entstehen von psychischen und psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen, die eine zunehmende Ursache für Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte vorzeitige Verrentung darstellen<sup>35</sup>. Deshalb müssen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements in der Arbeitswelt psychosoziale Aspekte stärker als bisher berücksichtigen.

### **Akteure breiter vernetzen und Zusammenarbeit fördern**

- ⇒ Die erforderliche Stärkung und Neuausrichtung in der betrieblichen Gesundheitsförderung erfordert ein starkes Netzwerk der Akteure. Ein wichtiges Ziel ist dabei ein breiteres Engagement aller Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber in der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- ⇒ Die Bildung der gesetzlich vorgesehenen regionalen Arbeitsgemeinschaften für betriebliche Prävention und Rehabilitation kann einen wesentlichen Beitrag zur Vernetzung leisten.
- ⇒ Sinnvoll ist auch das Verknüpfen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement als Gesamtstrategie für gesunde Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern (bspw. auch unter Einbeziehung des hierfür mitverantwortlichen Integrationsamtes als Landesbehörde).

### **Gesundheitsziele für „Gesunde Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern“ entwickeln**

- ⇒ Die Erarbeitung und Vereinbarung von Gesundheitszielen für gesunde Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern als Gesundheitsland Nummer 1 durch alle beteiligten Akteure kann der Erarbeitung einer Gesamtstrategie für gesunde Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern dienen.

### **Vorbildwirkung der öffentlichen Hand**

- ⇒ Es sollte ein Rahmenkonzept für ein Gesundheitsmanagement in der Landes- und Kommunalverwaltung (einschl. Schulen) unter Einbeziehung der Chancengleichheit von Männern und Frauen mit dem Ziel erarbeitet werden, durch die Vorbildwirkung andere Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber zu motivieren.

### **Verbesserung von Aus- und Weiterbildung sowie Forschung**

- ⇒ Weiterbildungen für die Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement sollen verstärkt angeboten werden.
- ⇒ Forschung und Lehre an den Universitäten und Hochschulen in Mecklenburg-Vorpommern auf den Gebieten der Arbeitsmedizin, Prävention und des Gesundheitsmanagements soll stärker unterstützt werden.

---

<sup>35</sup> Statistiken der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und der Unfallkasse.

### **Ansprechpartner für Unternehmen schaffen**

⇒ Besonders für die Klein- und Mittelunternehmen sollte geprüft werden, einen zentralen und neutralen Ansprechpartner (Kooperation der Sozialversicherungsträger) in Mecklenburg-Vorpommern für Fragen der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen (Beratung durch Praxisbüro Arbeit und Gesundheit).

### **Besondere Situation von Langzeitarbeitslosen beachten**

⇒ Die gesundheitliche Prävention bei Arbeitslosen muss in erster Linie auf die Beseitigung der schädigenden Bedingung (der Arbeitslosigkeit) ausgerichtet sein. In diesem Zusammenhang sind Maßnahmen der Vermittlung, aber auch der Qualifizierung zu intensivieren. Darüber hinaus sollten gesundheitsförderliche Maßnahmen angeboten und implementiert werden, die den Arbeitslosen eine höhere Kompetenz zu einem gesunden und selbstbestimmten Leben ermöglichen.

⇒ Insbesondere zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt kann es hilfreich sein, die Betroffenen zu individuellem gesundheitsförderlichen Verhalten anzuleiten und sie in der Bewältigung von psychosozialen Anpassungsprozessen zu unterstützen.

### **Diese Empfehlungen der Arbeitsgruppe nimmt die Interministerielle Arbeitsgruppe zur Kenntnis und leitet daraus folgende Handlungsschwerpunkte ab:**

- Unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit wird als eine erste Vernetzungsstruktur ein „Runder Tisch zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ eingerichtet, der die zahlreichen Initiativen verschiedener Träger, insbesondere der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen und der Sozialpartner zusammenführt und den Aufbau der gesetzlich vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften unterstützen soll.
- Da der Erfolg und die Nachhaltigkeit klassischer präventiver Maßnahmen entscheidend von ihrer Einbettung in ganzheitliche Konzepte zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Arbeitsatmosphäre abhängt, soll eine Informationskampagne zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden.
- Im Sinne der Vorbildwirkung der Öffentlichen Hand wird ein Rahmenkonzept für ein Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung unter Einbeziehung der Chancengleichheit von Männern und Frauen erarbeitet.
- Zur Verbesserung der Forschung und der ärztlichen Ausbildung werden die Universitäten und das Land Möglichkeiten zur Errichtung eines Lehrstuhls für Arbeitsmedizin im Rahmen der zwischen dem Land und den Universitäten getroffenen Zielvereinbarungen prüfen.
- In die Fort- und Weiterbildung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte werden Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker einbezogen.
- Aktivitäten, die das Ziel haben, Arbeiten in Mecklenburg-Vorpommern attraktiver zu gestalten (z. B. weiche Faktoren stärken, der Überalterung entgegenwirken), werden unterstützt.

Die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. für die Betriebsverpflegung werden über bestehende Netzwerke bekannter gemacht und ihre Umsetzung unterstützt.

- Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass mit dem Ziel der Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen (Hilfe zur Selbsthilfe) verstärkt gesundheitsbezogene Inhalte in Weiterbildungsmaßnahmen für Arbeitslose integriert werden.

## **6. Lebensweltübergreifende Handlungsansätze und Bezüge zu Landesprogrammen**

In den letzten Jahren hat die Landesregierung eine Reihe von Landesprogrammen beschlossen, die in wesentlichen Teilen zielgruppenbezogene Handlungsfelder zur Förderung der Gesundheit aufzeigen. Im Rahmen dieses Landesaktionsplanes sollen diese Programme mit settingbezogenen Vorhaben verknüpft und ggf. aktualisiert werden. Dabei kommt es auch darauf an, begrenzte Ressourcen zu bündeln und Parallelstrukturen zu vermeiden.

### **6.1 Kindergesundheitsziele „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“**

In Mecklenburg-Vorpommern wurden Gesundheitsziele für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen entwickelt und 2003 von der ersten Kindergesundheitskonferenz unter dem Motto „Chancengleich gesund aufwachsen“ verabschiedet. Damit ist ein Prozess in Gang gesetzt worden, mit dem alle Akteure in die Pflicht genommen werden, ihren Beitrag zur Verbesserung der Kindergesundheit in unserem Land zu leisten. Dabei wurde vorrangig auf Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt. Im Einzelnen wurden folgende zehn Ziele festgelegt:

1. Entwicklung von Bewegungsangeboten zur Reduzierung des Bewegungsmangels,
2. Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens,
3. Stärkung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung,
4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen,
5. Unterstützung von Vorsorgeuntersuchungen im Kinder- und Jugendalter,
6. Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen,
7. Verbesserung der Inanspruchnahme von Impfungen,
8. Verbesserung der Behandlung und Betreuung von chronisch (allergie-)kranken Kindern,
9. Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Kindes- und Jugendalter,
10. Stärkung der Gesundheit im Säuglingsalter und Senkung der Frühgeburtenrate.

In den vergangenen fünf Jahren sind viele Aktivitäten ausgelöst worden. Das betrifft z. B. die Kindertageseinrichtungen, da durch das Kindertagesförderungsgesetz der Auftrag der Einrichtungen zur Gesundheitserziehung verankert wurde. Aber auch in den Schulen in Mecklenburg-Vorpommern wurde der Stellenwert der Gesundheitsförderung deutlich gesteigert. In einigen Zielbereichen konnten messbare Erfolge verzeichnet werden, so z. B. bei der Verbesserung der Zahngesundheit, der rückläufigen und im internationalen Vergleich sehr niedrigen Säuglingssterblichkeit oder beim guten Durchimpfungsgrad.

Genauere Informationen können den Zwischenberichten über den Umsetzungsstand aus den Jahren 2004, 2006 und 2007 entnommen werden.<sup>36; 37; 38</sup>

Die aktuellen Auswertungen von Untersuchungen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen belegen, dass hier weiterhin Handlungsbedarf besteht. Vor allem Fehlernährung und Bewegungsmangel, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten und der frühzeitige Einstieg in den Konsum von Suchtmitteln stehen nach wie vor im Mittelpunkt präventiver Bemühungen.

Die Vereinbarung von Gesundheitszielen wird nach wie vor für ein geeignetes Instrument gehalten, um die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern, so wie es die 72. GMK bereits 1999 beschlossen hat. Gesundheitsziele sollen zusätzlich zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik etabliert werden und durch die Zusammenarbeit aller Akteure zur Bündelung von Ressourcen beitragen.

**Folgende Handlungsschwerpunkte werden vereinbart:**

- Die Kindergesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern bleiben grundsätzlich gültig und werden gemeinsam mit den beteiligten Partnern weiter verfolgt.
- Die im Landesaktionsplan dargelegten allgemeinen Grundsätze und Handlungsleitlinien werden auch bei der Umsetzung der Gesundheitsziele konsequent angewendet.
- Die Aspekte der Sucht-, Unfall-, Gewalt- und Kriminalitätsprävention werden in geeigneter Weise in die Gesundheitszielbereiche aufgenommen. Hierbei müssen besonders integrative Ansätze (Gesundheitsförderung/Verhaltensprävention und Verhältnisprävention) angewendet werden.
- Im Zielbereich Gesundheit im Säuglingsalter wird in Verbindung mit dem Zielbereich Vorsorgeuntersuchungen der Schwerpunkt künftig auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen schon in der Schwangerschaft und die Installation von Frühwarnsystemen bei Kindeswohlgefährdungen im Säuglings- und Kleinkindalter gelegt.
- Eine weitere Anpassung der Gesundheitsziele soll im Einklang mit nationalen Gesundheitszielen und in enger Abstimmung mit den im Land beteiligten Akteuren erfolgen. Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsziele sollen noch stärker Parameter bestimmt werden, anhand derer die Zielerreichung messbar wird.
- Die Gesundheitsberichterstattung wird die Gesundheitszielerreichung kontinuierlich analysieren.
- Die Umsetzung der Gesundheitsziele soll mit der Realisierung der Empfehlungen des Landesaktionsplanes für die Settings Kindertagesförderung, Kommune und Schule verknüpft werden.

<sup>36</sup> Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern, 2004.

<sup>37</sup> Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern 2006.

<sup>38</sup> Gesundheitsziele im Föderalismus, GVG 2007.

## 6.2 Allianz für Familien

Ein Schwerpunkt der Landesregierung ist die Familienpolitik: Politische Initiativen der Landesregierung sollen auf ihre Familien- und Kinderfreundlichkeit überprüft werden.

In Mecklenburg-Vorpommern entwickelt sich eine Allianz für Familien. Durch eine nachhaltige Familienpolitik wird der Bewusstseinswandel hin zu mehr Kinder- und Familienfreundlichkeit im Bündnis mit Akteuren aus der Wirtschaft, den Kommunen, den Gewerkschaften, den Lokalen Bündnissen für Familien, den Kirchen und anderen gesellschaftlichen Organisationen vorangetrieben.

Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, ist in erster Linie Aufgabe der Eltern. Hier gehört es zur gesamtstaatlichen Verantwortlichkeit, sie zu unterstützen und ihre Erziehungskompetenz durch Familien- und Elternbildung in verschiedenen Formen zu fördern.

Unterstützung finden Familien in ca. 60 Familienzentren/Familienbildungsstätten sowie in zahlreichen Mehrgenerationenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Diese Einrichtungen wenden sich mit offenen und niedrigschwelligen Beratungs-, Bildungs-, Betreuungs- und Begegnungsangeboten generationsübergreifend an alle Mitglieder der Familie. In einem Trainingsprogramm zur Erhöhung der Erziehungskompetenz für Eltern wurden seit 2001 ca. 120 Trainerinnen und Trainer ausgebildet, die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung unterstützen.

Mit der Bundesinitiative „Lokale Bündnisse für Familie“ sollen Akteure in den Kommunen angeregt werden, sich Partner aus Politik, Verwaltung, Vereinen und Verbänden, Institutionen und Unternehmen, Kirchen und Einrichtungen zu suchen, um gemeinsam vor Ort die Bedingungen für Familien zu verbessern. 15 lokale Bündnisse sind gegenwärtig in Mecklenburg-Vorpommern aktiv ([www.familienbotschaft-mv.de](http://www.familienbotschaft-mv.de)).

Besondere Herausforderungen ergeben sich für Familien, die sich in sozial schwierigen Lebenssituationen befinden. Dazu ist es notwendig, den Hilfe- und Unterstützungsbedarf beginnend in der Schwangerschaft zu erkennen und die besondere Verantwortung und Schlüsselrolle der Ärzte/Ärztinnen, Hebammen/Entbindungspfleger und der Fachkräfte in den Beratungsstellen, speziell den Schwangerschafts-/ Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sowie weiterer Kontaktpersonen zu stärken.

Es werden vernetzte, niedrigschwellige Angebote zur Gesundheitsförderung und aufsuchende Hilfen benötigt. Das trifft hauptsächlich für Familien zu, die ein Kind erwarten. Eine Begleitung der Familie von Beginn der Schwangerschaft an kann der Entwicklung von elterlicher Überforderung und daraus erwachsenden Gesundheitsrisiken für die Kinder frühzeitig vorbeugen.

Für Unternehmen und Betriebe wird es immer wichtiger, im Rahmen einer familienfreundlichen Personalpolitik, ihre Beschäftigten darin zu unterstützen, Familie und Privatleben mit der Erwerbstätigkeit besser vereinbaren zu können. Das gilt insbesondere im Bereich der Arbeitszeitgestaltung, Informations-, Kommunikations-, Personalentwicklung, der Führungskompetenz, der Geldwertleistungen und des Service für Familien. In einem familienfreundlichen Betrieb sollten Unternehmensinteressen und Familienbelange ausgewogen sein.

Auch Familien, in denen keine Kinder im Kindes- und Jugendalter leben, sollen unterstützt werden, besonders dort, wo Familienmitglieder mit Behinderungen und/oder Pflegebedürftigkeit leben und die dadurch hohe Belastungen zu tragen haben.

**Folgende Handlungsschwerpunkte werden vereinbart:**

- Der Sozialminister beruft 2008 einen Familienbeirat berufen, der die Landesregierung, insbesondere das Ministerium für Soziales und Gesundheit, in grundsätzlichen Angelegenheiten der Familienarbeit in Mecklenburg-Vorpommern berät.
- 2008 wird erstmals ein Familienparlament im Landtag Mecklenburg-Vorpommern über Belange von Kindern und Familien beraten.
- Das Landesprogramm „Eltern-stark-machen“ wird weiterentwickelt und mit gesundheitsfördernden Angeboten verknüpft.
- Die Familienzentren und Familienbildungsstätten in Mecklenburg-Vorpommern beziehen als wesentliche Unterstützungssysteme für Familien auch Gesundheitsthemen in ihre Arbeit ein. Die Förderung von Familienerholungsmaßnahmen soll zukünftig nur unter der Voraussetzung der Teilnahme an empfohlenen Früherkennungsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen) erfolgen. Hierzu wird ein Gutscheinsystems entwickelt.
- Als einen zentralen Baustein zur Förderung des Kindeswohls und Frühintervention bei Kindeswohlgefährdung richtet die Landesregierung eine Servicestelle beim Landesamt für Gesundheit und Soziales zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ein. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde auf den Weg gebracht.
- Das Land fördert den Einsatz von Familienhebammen, die insbesondere Familien, welche unbegründet den Früherkennungsuntersuchungen fernbleiben, über den von der Krankenkasse gewährten medizinischen Betreuungszeitraum hinaus in Abstimmung mit den örtlichen Gesundheits-/Jugendämtern beraten, informieren und unterstützen.
- Unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit vernetzt eine Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen für Mutter und Kind“ präventive Aktivitäten verschiedener Institutionen und Berufsgruppen. Sie erarbeitet Empfehlungen zur besseren Zusammenarbeit von Frauenärztinnen und -ärzten, Hebammen/Entbindungspfleger, Beratungsstellen für Schwangere und Geburtskliniken.
- In diesem Sinne unterstützt die Landesregierung auch die Bildung und Arbeit von regionalen interprofessionellen Qualitätszirkeln, in denen diese Berufsgruppen und regionale Akteure zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge sowie zur Verbesserung des Kinderschutzes zusammenarbeiten.
- Bei den Wettbewerben „Familienfreundlichste Kommune“ und „Familienfreundlichster Betrieb“ oder bei der Zertifizierung „Familienfreundlicher Betrieb“ durch das Land werden Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention bei den Prüfkriterien besonders berücksichtigt.

- Unterstützung von Unternehmen bei der Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Förderung innovativer Maßnahmen und Projekte durch die Landesregierung.
- Das Finanzvolumen der Stiftung „Hilfen für Frauen und Familien“ setzt sich aus Landes- und Bundesmitteln zusammen. Mit Bundesmitteln werden unkompliziert und schnell fast 46 % der Schwangeren in Mecklenburg-Vorpommern, die sich in einer finanziellen Notlage befinden, unterstützt. Mit Landesmitteln unterstützt die Stiftung „Hilfen für Frauen und Familien“ jährlich ca. 100 Familien, Frauen und Alleinerziehende, die in eine existenzielle Notsituation geraten sind.

### 6.3 Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

Das Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ aus dem Jahr 2006 sieht zusammenfassend folgende Handlungsfelder vor:

- Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege im Alter,
- Altersgerechte Wohnformen und gesundheitsförderndes Wohnumfeld,
- Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben,
- Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen
- Lebenslanges Lernen,
- Objektive Sicherheit und subjektives Sicherheitsbefinden Älterer,
- Re-Integration älterer Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer in den Arbeitsmarkt.

Alle genannten Handlungsfelder haben einen Bezug zur Gesundheit. Gleichzeitig ist die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und Wohlbefinden im Alter. Deshalb hat die Frage nach der Gesundheit im Alter eine erhebliche Bedeutung für die Lebensqualität jedes Einzelnen und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine große gesundheitsökonomische Dimension.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weisen dabei auf große noch zu wenig genutzte Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte hin.

Altern wird größtenteils mit einem kontinuierlich fortschreitenden und nicht umkehrbaren Verlust an körperlichen und geistigen Fähigkeiten gleichgesetzt. Dagegen werden Stärken und Chancen des Alters häufig übersehen. Eine solche einseitige Betonung von Einbußen und Verlusten in der Gesellschaft wirkt sich auch negativ auf das Gesundheitsverhalten älterer Menschen aus. Solange beim einzelnen Menschen die Überzeugung besteht, dass sich Begleiterscheinungen des Älterwerdens nicht durch Verhalten beeinflussen ließen, ist auch die Wahrscheinlichkeit gering, dass sich dieser gezielt auf das eigene Alter vorbereitet und Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge in vollem Umfang nutzt.

Aus diesem Grund ist die gezielte Information über den Verlauf und die Gestaltbarkeit von Alternsprozessen ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Realisierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert gesundes Altern als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit. Wohlbefinden, körperliche Fitness, kognitive Leistungsfähigkeit, soziale Aktivität, Mobilität, Selbständigkeit, Selbstverantwortlichkeit sowie soziale Partizipation werden als wesentliche Merkmale eines gesunden Alterns angesehen. Dabei ist die Fähigkeit, mit Funktionseinschränkungen und Krankheit sinnerfüllt zu leben und ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit von besonderer Bedeutung.<sup>39</sup>

Deshalb kommt es grundsätzlich darauf an, ältere Menschen in ihrer selbständigen, selbstverantwortlichen und persönlich sinnerfüllten Lebensgestaltung zu unterstützen. Die gerontologische Forschung<sup>40</sup> zeigt, dass entsprechende Interventionen auch bei Hochbetagten noch wirkungsvoll sein können, wenn auch größere Effekte dann zu erwarten sind, wenn Prävention und Gesundheitsförderung bereits in früheren Lebensabschnitten beginnen. Dabei kommt es insbesondere darauf an, die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber belastenden Faktoren zu erhöhen und aktive Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Wichtige Ressourcen, die es zu erschließen gilt, sind die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, eine positive Lebenseinstellung, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl.

Bedeutsame soziale Ressourcen haben ihre Quellen in der Familie, in den Beziehungen zu Freunden und Nachbarn, aber auch in der Gemeinschaft Gleichgesinnter in Verbänden und Sportvereinen. Menschen in hohem Lebensalter können auf Grund von Mobilitätseinschränkungen auf diese Quellen oft nicht mehr zurückgreifen. Dann muss ein stabiles Netz von Gesundheits-, Pflege- und Sozialdiensten unterstützend tätig werden. Ziel muss dabei sein, das Leben im eigenen häuslichen Umfeld solange wie möglich zu unterstützen.

Auch für das Gesundheitsverhalten vieler älterer Menschen gibt es ein erhebliches Veränderungspotenzial. Zur gezielten Förderung der Gesundheit älterer Menschen werden vor allem wohnortnahe Angebote für Bewegung, Ernährung und mentales Training benötigt.

Leider nehmen insbesondere ältere Menschen die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen, z. B. Impfungen, oft nicht wahr, obwohl sie häufigere Kontakte zum Gesundheitswesen haben, die für gesundheitsbezogene unterstützende Information und Beratung genutzt werden können. In erster Linie sind es die Hausärzte und Hausärztinnen sowie professionell Pflegende, die durch Informationen zur Lebensweise sowie zu Möglichkeiten und Angeboten der Früherkennung, der Prävention und Rehabilitation dazu beitragen können, gesundheitsbezogene Kompetenzen zu erweitern. Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen auch verstärkt auf entsprechende Angebote der Krankenkassen, Volkshochschulen, Institutionen der Selbsthilfe und Seniorenverbände hinweisen.

---

<sup>39</sup> WHO: Active Ageing- A Policy Framework, Geneva 2002.

<sup>40</sup> u.a. Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen 2007.

**Folgende Handlungsschwerpunkte werden vereinbart:**

- Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung, an der sich möglichst viele Partner beteiligen, soll ein positives Bild vom Altern vermittelt und über Chancen der Gesundheitsförderung und –vorsorge informiert werden.
- Die Landesregierung unterstützt die Umsetzung der von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. erarbeiteten „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“<sup>41</sup>.
- Die Landesregierung wirkt darauf hin, dass in den Einrichtungen des Gesundheitswesens präventive Angebote für ältere Menschen einen höheren Stellenwert erhalten. Als Initialmaßnahmen kommen z. B. Impfaktionen für Senioren in Betracht.
- Die Landesregierung stärkt in Zusammenarbeit mit der Ärzte- und Zahnärztekammer präventive und rehabilitative Inhalte in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsfachberufe.
- Für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sind aufsuchende Hilfen erforderlich. Die Landesregierung setzt sich auf Bundesebene dafür ein, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine aufsuchende präventiv ausgerichtete pflegerische, ärztliche und zahnmedizinische Betreuung verbessert werden. Sie unterstützt die Überführung des AGnES<sup>42</sup>-Projektes in die Regelversorgung.
- Die Landesregierung unterstützt den Ausbau von seniorenreinem Wohnraum, eine aktive Seniorenarbeit, die Förderung der Selbsthilfe und wohnortnahe Beratungsangebote (siehe auch Abschnitt 5.1). Sie wirkt darauf hin, dass Alten- und Pflegeeinrichtungen die Gesundheitsförderung (speziell Bewegung, Ernährung und mentale Gesundheit) in ihre Konzepte integrieren.

<sup>41</sup> Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, 2008.

<sup>42</sup> AGnES steht für: Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention.

## 7. Steuerung

Ein wesentliches Ziel des Landesaktionsplanes ist eine bessere Vernetzung der Akteure, die Bündelung von Ressourcen und die Verbesserung der Kooperation.

### 7.1 Kooperations- und Koordinationsstrukturen zur Umsetzung des Landesaktionsplanes

#### **Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“**

Die ressortübergreifende Arbeit hat sich bei der Erarbeitung des Landesaktionsplanes bewährt und soll auch bei der künftigen Umsetzung unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit fortgesetzt werden.

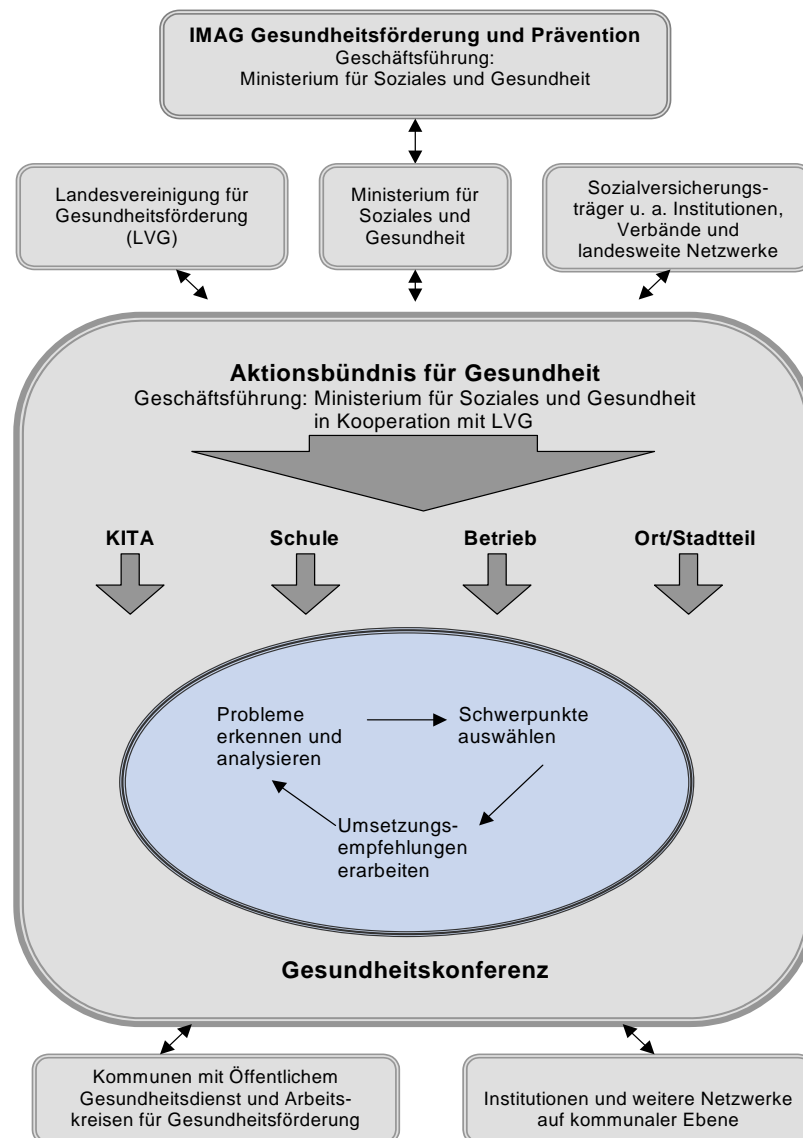
Zu den Aufgaben der IMAG gehören:

- ⇒ Informationsaustausch über den Umsetzungsstand zum Landesaktionsplan,
- ⇒ Abstimmung über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der Landesregierung (Koordinierung und Vernetzung von Ressourcen).

#### **Gründung eines Aktionsbündnisses für Gesundheit**

Für die Erarbeitung des Landesaktionsplanes war es erforderlich, mit Institutionen außerhalb der Landesverwaltung zu kooperieren, die entweder als Sachverständige oder im weiteren Sinne selbst als Präventionsträger fungierten. Diese Zusammenarbeit wird auch bei der Umsetzung dieses Landesaktionsplanes für unerlässlich erachtet.

Deshalb wird ein **Aktionsbündnis für Gesundheit** gegründet. Die bisher Beteiligten und weitere interessierte Akteure werden eingeladen, hieran mitzuwirken. Die Federführung obliegt dem Ministerium für Soziales und Gesundheit in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung.



Zu den Aufgaben des Aktionsbündnisses für Gesundheit gehören:

- ⇒ Koordination, Abstimmung von komplexen Vorhaben,
- ⇒ Einschätzung des Umsetzungsstandes zum Landesaktionsplan,
- ⇒ Einrichtung und Pflege einer Internetplattform im Rahmen des Gesundheitsportals Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere zur Bereitstellung aktueller Informationen über Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention,
- ⇒ Durchführung von jährlichen Gesundheitskonferenzen, die folgende Zielrichtungen haben:
  - Abstimmung der Interventionen in den Settings,
  - Erarbeitung von Empfehlungen zur Fortentwicklung von landesspezifischen Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention,
  - Erfolgskontrolle.

## **Koordinierungsstelle Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG)**

Mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung existiert in Mecklenburg-Vorpommern ein gut funktionierendes Netzwerk für Gesundheitsförderung, Koordination und Kommunikation, das institutionell durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit gefördert wird. Etwa 50 Institutionen sind Mitglied der Landesvereinigung, viele davon sind auch potentielle Partner für das Aktionsbündnis für Gesundheit. Die Geschäftsstelle der LVG soll vorbehaltlich der Entscheidungen über die künftigen Landeshaushalte weiterhin durch das Land gefördert werden.

Die LVG unterstützt die Landesregierung bei der Geschäftsführung für das Aktionsbündnis für Gesundheit und bei der Umsetzung des Landesaktionsplanes.

Der „Regionale Knoten-Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>43</sup> wird weitergeführt. Er unterstützt im Hinblick auf die zentrale Zielstellung der Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit die Arbeit des Aktionsbündnisses für Gesundheit. In diesem Rahmen soll der Regionale Knoten weiterhin eine Bewertung und Verbreitung von regionalen und überregionalen best-practice Beispielen der Gesundheitsförderung erstellen und in Form einer online-Datenbank allen Akteuren zugänglich machen. Dabei ist durch eine Verknüpfung mit der Internetplattform des Aktionsbündnisses für Gesundheit darauf zu achten, dass keine Doppelarbeit geleistet wird.

## **Verbindliche Kooperation**

Neben der LVG gibt es in Mecklenburg-Vorpommern eine Vielzahl von Institutionen, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu speziellen Handlungsfeldern durchführen. Dazu gehören die Landeskoordinierungsstelle für Suchtfragen, das Mobile Aufklärungsteam zu Sexualität und AIDS, der Landessportbund, die Sektion Mecklenburg-Vorpommern der deutschen Gesellschaft für Ernährung<sup>44</sup>.

Es kommt in Zukunft darauf an, diese Strukturen so miteinander zu vernetzen, dass die verschiedenen Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung besser aufeinander abgestimmt werden können, um Synergieeffekte zu erzielen. Dies soll im Wesentlichen durch die Zusammenarbeit und den regelmäßigen Informationsaustausch im Aktionsbündnis für Gesundheit erfolgen.

Das Land verpflichtet Empfänger von Zuwendungen für Maßnahmen und Projekte mit einem starken Bezug zur Gesundheitsförderung zur Kooperation mit dem Aktionsbündnis für Gesundheit.

Die bestehenden Arbeits- oder Expertengruppen zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele, des Landesprogramms „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ oder der Allianz für Familien sollen mit dem Aktionsbündnis für Gesundheit kooperieren.

Weitere im Land bestehende Bündnisse mit präventiven Zielstellungen werden dazu aufgerufen, ihre Erfahrungen und Empfehlungen in das Aktionsbündnis für Gesundheit einzubringen.

<sup>43</sup> [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

<sup>44</sup> Weiterführende Informationen: Anlage 2.

## **Umsetzung des Landesaktionsplanes auf kommunaler Ebene**

Die Verzahnung der Interventionen auf Landesebene mit denen auf der kommunalen Ebene ist ein entscheidendes Erfolgskriterium für diesen Landesaktionsplan.

Die kommunalen Arbeitskreise für gemeindenahe Gesundheitsförderung bieten eine gute strukturelle Basis für die Umsetzung der Empfehlungen des Landesaktionsplanes auf der kommunalen Ebene. Es wird angeregt, diese kommunalen Arbeitskreise unter Federführung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als transparente Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention fortzuführen. Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung unterstützt die Kooperation der kommunalen Arbeitskreise und koordiniert den fachlichen Austausch.

Bestehende Präventionsräte auf kommunaler Ebene (Sucht-, Kriminalitätsprävention) sollten wie auf der Landesebene miteinander und mit den kommunalen Arbeitskreisen kooperieren.

Auf der Ebene der Verwaltungen der kreisfreien Städte und Landkreise sollte ebenso eine enge Zusammenarbeit in der ressortübergreifenden Gesundheitsförderung gepflegt werden.

### **7.2 Evaluation für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention**

Eine effektive gesundheitliche Prävention bedarf der Qualitätssicherung und Evaluation. Dafür sollen einheitliche und verbindliche Kriterien auf Bundesebene<sup>45</sup> entwickelt werden, die selbstverständlich auch auf Landesebene anzuwenden sind.

Die Evaluation für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die zur Umsetzung des Landesaktionsplanes in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt werden, soll entsprechend dem Stand der Wissenschaft zwei Zielen dienen:

1. der Qualitätsentwicklung,
2. dem Wirksamkeitsnachweis.

Zur Evaluation gehört die Untersuchung der

- a) Konzeptqualität,
- b) Strukturqualität,
- c) Prozessqualität,
- d) Ergebnisqualität.

Die im Zusammenhang mit diesem Landesaktionsplan durchgeführten Projekte und Maßnahmen sollen eine Evaluation und Empfehlungen zur Verstetigung und/oder Weiterverbreitung im Land einschließen. Hinweise auf geeignete Evaluationsprogramme sind im Anhang zusammengefasst.

---

<sup>45</sup> 1t. Satzung durch die Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung und Prävention oder durch gesetzliche Regelung im geplanten Präventionsgesetz.

Bei Förderentscheidungen durch das Land ist durch den Projektträger ein schlüssiges Konzept voranzustellen. Dabei sind auch die unter 4.2 und 4.3 dargelegten Handlungsleitlinien anzuwenden. Bei komplexen Vorhaben soll der Sachverstand der IMAG oder der LVG einbezogen werden.

Die Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen kann oft nicht direkt gemessen werden. Gerade bei setting- oder bevölkerungsbezogenen Initiativen ist es nicht einfach, die komplexen Zusammenhänge mit angemessenem Aufwand zu erfassen und Wirkungen nachzuweisen. Im Sinne des Sachverständigen-Gutachtens 2007 sollen deshalb neben erwiesenen wirksamen (proven interventions) auch plausible Interventionen (promising interventions) durchgeführt werden können.

Maßnahmen und Projekte zur Prävention sollen in der Regel nur gefördert werden, wenn deren Wirksamkeit bereits nachgewiesen wurde.

Für die Erfolgskontrolle des Gesamtvorhabens „Förderung der Gesundheit der Bevölkerung“ bildet die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Grundlage. Sie beschreibt auf der Basis vorhandener Daten den Gesundheitszustand der in Mecklenburg-Vorpommern lebenden Bevölkerung und die Leistungen des Gesundheitswesens. Dadurch liefert sie Grundlagen für politische Entscheidungen und trägt zum Aufzeigen von Präventionspotenzialen bei. Deshalb soll die Gesundheitsberichterstattung des Landes systematisch für die Beurteilung der Ergebnisqualität genutzt werden. Darüber hinaus werden im Sinne einer Präventionsberichterstattung spezielle Daten erfasst und ausgewertet.

Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse sollen kontinuierlich in die Überprüfung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention in Mecklenburg-Vorpommern einfließen. Dabei wird eine enge Kooperation zwischen den Universitäten und Hochschulen des Landes und dem Aktionsbündnis für Gesundheit für förderlich gehalten. Im Rahmen von Diplomarbeiten, Dissertationen und der weiteren Forschungstätigkeit können so wertvolle Beiträge zur Evaluation von Präventionsaktivitäten geleistet werden.

## 8. Zusammenfassung und Ausblick

1. Die Landesregierung sieht in der Förderung der Gesundheit und Lebensqualität der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern eine zentrale politische Aufgabenstellung und eine wesentliche Bedingung für die Entwicklung zu einem führenden Gesundheitsland. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder, die Stärkung und Unterstützung von Familien und die selbstbestimmte Teilhabe älterer Menschen.

Initiativen und Pläne zur Stärkung der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern schließen Maßnahmen der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ein. Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Forschung der Universitäten und Hochschulen ist zu verstärken.

2. Durch die Zusammenarbeit aller Politikbereiche sollen vorhandene Ressourcen gebündelt und die verschiedenen Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden. Die IMAG „Gesundheitsförderung und Prävention“ wird die Zusammenarbeit innerhalb der Landesregierung koordinieren.

Die Vernetzung mit den Aktivitäten der Kommunen, der Krankenkassen, der Sozialpartner, den Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen und vieler weiterer Partner wird durch ein Aktionsbündnis für Gesundheit unterstützt. Das Bündnis wird jährlich Gesundheitskonferenzen zu bestimmten Schwerpunktthemen durchführen und die Umsetzung des Landesaktionsplanes begleiten.

3. Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention werden durch die konsequente Anwendung von Handlungsleitlinien auf wissenschaftlicher Basis gewährleistet.

Vier Leitfragen sollen sicherstellen, dass Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention auf die Lebenssituation der Zielgruppen ausgerichtet werden:

- Werden Menschen in sozial schwierigen Lebenssituationen erreicht?
  - Erfolgt in angemessenem Umfang eine Altersdifferenzierung?
  - Wird die Geschlechterdifferenzierung ausreichend berücksichtigt?
  - Finden in angemessenem Umfang familienfördernde und unterstützende Elemente Beachtung?
4. Die Gesundheit der Menschen wird maßgeblich durch ihr unmittelbares Lebensumfeld beeinflusst. Deshalb sieht die Landesregierung in der gesundheitsfördernden Gestaltung der Wohnumgebung, von Freizeitbereichen, der Kindertagesförderung, der Schulen und Betriebe einen entscheidende Quelle für Gesundheit. Dabei sollen gesundheitsfördernde Ansätze in laufende und geplante Entwicklungsprozesse integriert werden. Das gilt zum Beispiel für die Städtebauentwicklung, die Entwicklung von Ganztagschulen und die Qualitätsentwicklung in der Kindertagesbetreuung.

5. In den Städten und Gemeinden werden in Kooperation mit vielen Akteuren Prozesse angestoßen und Strukturen und Netzwerke initiiert, die der nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Einwohnerinnen und Einwohner dienen. Unterstützende Einrichtungen und Maßnahmen geben Menschen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden, Hilfen zur Selbsthilfe.
6. In der Kindertagesförderung wird die Entwicklung eines für Bildung und Gesundheit positiven Lebensumfeldes unterstützt. In die neue Bildungskonzeption für Kinder bis zu 10 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern werden Aspekte der Gesundheitsförderung aufgenommen.

Alle Kinder sollen im Rahmen der Kindertagesförderung die Möglichkeit haben, an einer Mittagsversorgung teilzunehmen, die den Grundsätzen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht.

Zur Unterstützung einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in der Kindertagesförderung werden Handreichungen zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten erarbeitet und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

7. Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern werden bei der aktiven Gestaltung gesundheitsfördernder Bedingungen an den Schulen des Landes unterstützt. Die Gesundheitskompetenzen der Schülerinnen und Schüler werden fächerübergreifend gestärkt. Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 39 a des Schulgesetzes Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Implementierung der Gesundheitsförderung in die Schulprogramme. Das Projekt „Anschub.de-Programm für die gute gesunde Schule Mecklenburg-Vorpommern“ wird als Landesprogramm weitergeführt. In diesem Rahmen wird eine Handlungsanleitung für die Entwicklung zu einer „gesunden Schule“ erarbeitet.
8. Die Einrichtung eines „Runden Tisches zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit wird als eine erste Vernetzungsstruktur die Partner zusammenführen, die Unternehmen in ihrem Engagement für mehr Gesundheit unterstützen können.

Im Sinne der Vorbildwirkung der Öffentlichen Hand wird ein Rahmenkonzept für ein Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung erarbeitet.

9. Die Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung und eine Kooperation mit Medienpartnern sollen dazu beitragen, dass mehr Menschen über die Möglichkeiten und Chancen einer gesundheitsfördernden Lebensweise informiert und Beispiele guter Praxis bekannt werden. Hierfür wird auch das Gesundheitsportal genutzt.

- 10.** Die Gesundheitsberichterstattung des Landes wird im Rahmen der Evaluation systematisch für die Beurteilung der Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen.

Eine enge Kooperation zwischen den Universitäten und Hochschulen des Landes und dem Aktionsbündnis für Gesundheit sichert, dass gesundheits- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse kontinuierlich in die Überprüfung und Weiterentwicklung des Landesaktionsplanes Gesundheitsförderung und Prävention einfließen.

## Anlage 1

**Begriffe**

Im Rahmen der Erarbeitung des Landesaktionsplanes haben sich deshalb alle Beteiligten auf die Verwendung folgender Begriffe geeinigt.

**Gesundheit**

Es gibt eine Vielzahl von Modellen zur Erklärung des Begriffs Gesundheit. In den letzten Jahren hat sich in der wissenschaftlichen Betrachtung von Krankheit und Gesundheit ein Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zum bio-psycho-sozialen Modell vollzogen. Gesundheit, Krankheit und Krankheitsbewältigung werden durch ein komplexes Zusammenwirken von physischen, psychischen und sozialen Faktoren bestimmt und als Prozess verstanden, der durch menschliches Verhalten und die ihn umgebenden Lebensverhältnisse beeinflusst wird.

Der Begriff geht zurück auf die Ottawa Charta als wichtiges Grundsatzprogramm der WHO (1986) zur Gesundheitsförderung.

**Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung wird verstanden als ein Prozess, der Menschen

- beim Aufbau und bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und
- beim Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten unterstützt.

Gesundheitsförderung ist ein Ansatz, mit dem sowohl die Lebensverhältnisse von Menschen als auch individuelle Verhaltensweisen in Richtung der Erhaltung und Stärkung von Gesundheit beeinflusst werden sollen. Gesundheitsförderung geht von einem positiven - salutogenen - Gesundheitsbegriff aus und ist auf ein höheres Maß an informierter und kompetenter Selbstbestimmung ausgerichtet. Im Sinne von Gender Mainstreaming nimmt die Gesundheitsförderung die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern wahr.

Zentrale Elemente gesundheitsfördernder Strategien sind die Verminderung gesundheitlicher Belastungen (Stress u. a. belastende Arbeits- oder Umweltbedingungen) und die Stärkung und Mobilisierung gesundheitserhaltender und gesundheitsfördernder Ressourcen (z. B. Problembewältigungsstrategien und Einbindung in soziale Netzwerke). Im Rahmen der Gesundheitsförderung sollen persönliche und soziale Gesundheitskompetenzen gestärkt und gesunde Lebensbedingungen geschaffen werden. Diese Ansätze sollten eingebunden sein in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten abzielt.

**Salutogenese**

Der salutogene Ansatz ist eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung und ist dadurch gekennzeichnet, dass primär die Frage gestellt wird, wie die Gesundheit gestärkt werden kann. Er steht dem überwiegend pathogenetischen Ansatz der Medizin gegenüber.

Gesundheit und Krankheit werden aus salutogenem Blickwinkel nicht als einander ausschließende, nicht als alternative Zustände gesehen. Sie gelten als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und entlastenden oder schützenden Faktoren im Menschen und seiner Umwelt. Die Balance zwischen den unterschiedlich stabilen und zeitlich veränderbaren Risiko- und Protektiv-/Schutzfaktoren bestimmt das jeweilige Gesundheitsniveau.

Gesundheitsförderung im Sinne der Salutogenese setzt primär bei der Stärkung der personellen, sozialen und materiellen Gesundheitsressourcen an. Wesentliches Ziel ist ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit.

**Prävention**

Vermeidung von Erkrankungen durch

- Aufklärung, Unterstützung, medizinische Maßnahmen (**Primärprävention**),
- Früherkennung von Erkrankungen (**Sekundärprävention**),
- Abschwächung von Krankheitsfolgen (**Tertiärprävention**).

**Primäre Prävention<sup>46</sup>**

Die primäre Prävention ist ausgerichtet auf die gezielte Vermeidung von Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen und umfasst

- Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen,
- Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -belastungen vor Krankheitseintritt,
- medizinische Maßnahmen zur Abwehr von Gesundheitsrisiken und -belastungen.

**Sekundäre Prävention**

Die sekundäre Prävention hat zum Ziel, Krankheiten und gesundheitsriskantes Verhalten möglichst frühzeitig zu erkennen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten. Es werden krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen sowie Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums soll durch Früherkennung und -behandlung verhindert werden.

---

<sup>46</sup> Der Begriff Primärprävention wird z. T. auch als zusammenfassender Begriff für Gesundheitsförderung und primäre Prävention verwendet, z. B. in den Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen.

- Tertiäre Prävention** Die tertiäre Prävention richtet sich an Menschen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier ist das Ziel die Vermeidung oder Abmilderung von Folgeschäden und Chronifizierungen sowie die Verhütung von „Rückfällen“. Sie umfasst:
- Aufklärung und Beratung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Belastungen, die sich infolge von Erkrankungen ergeben,
  - Unterstützung bei der Entwicklung individueller Verhaltensweisen zur Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder Behinderungen sowie der Vorbeugung von Folgeerkrankungen,
  - medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Leistungen der Krankenbehandlung und Rehabilitation,
  - Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe,
  - pflegerische Maßnahmen, um die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten;
- Verhaltensprävention** Verhaltensprävention zielt darauf ab, durch eine Veränderung gesundheitsrelevanter individueller Verhaltensweisen, gesundheitsbezogene Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken und gesundheitliche Risiken zu vermindern.
- Verhältnisprävention** Verhältnisprävention ist ein Sammelbegriff für Strategien, die auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und auf das Vermeiden von Gesundheitsrisiken ausgerichtet sind.
- Setting-Ansatz:** Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention werden in den konkreten Lebenswelten (Setting) erbracht. Lebenswelten sind in diesem Sinne für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens. Dabei müssen sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten der Menschen in dieser Lebenswelt als auch die konkreten gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen gleichermaßen Beachtung finden. Eine wesentliche Voraussetzung ist die aktive Mitwirkung der Zielgruppen (Partizipation).
- Der Setting-Ansatz ist eine Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Er richtet sich in seinen Interventionen auf soziale Systeme, d. h. auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und individuelles Gesundheits-/Risikoverhalten. Interventionen setzen am sozialen System an und verändern vor allem Kommunikationsstrukturen, insbesondere Prioritäten in Entscheidungsprozessen und Regeln im System.

**Gesundheitswirtschaft** Gesundheitswirtschaft umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Die früher rein sozialpolitische Betrachtung (=Gesundheitswesen) wird um die wirtschafts- und beschäftigungspolitische Betrachtung ergänzt (=Gesundheitswirtschaft).

## Anlage 2

**Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention****1. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e.V.**

Wismarsche Straße 170, 19053 Schwerin, Tel: 0385-7589894

Mitglieder:  
Verbände,  
Versicherungsträger,  
Bildungseinrichtungen,  
Wohlfahrtsverbände,  
Landkreise, Körperschaften

Vorstand:  
Frau Dr. Angelika Baumann,  
Krankenkassen,  
Unfallkasse, Ärztekammer,  
Rentenversicherung Nord,  
LAGuS, Landkrestag

Landesvereinigung für  
Gesundheitsförderung  
e.V.

(Gründung 8. Juni 1990)

Zweck:  
- Anregung, Unterstützung,  
Koordination und Durchführung von  
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für  
die Bevölkerung des Landes Mecklenburg-  
Vorpommern  
- Koordinierung und Unterstützung der  
regionalen Arbeitskreise Gesundheits-  
förderung

Finanzierung:  
Institutionelle  
Förderung durch das  
SM und die Deutsche  
Rentenversicherung  
Nord,  
Mitgliedsbeiträge

Geschäftsstelle:  
Geschäftsführerin:  
- Frau Dr. Gundula Moldenhauer,  
- wissenschaftliche Mitarbeiterin,  
- Projektmitarbeiterin für den  
Regionalen Knoten im nationalen  
Kooperationsverbund zur  
Gesundheitsförderung bei sozial  
Benachteiligten und für die  
Koordinierungsstelle „Gesunde  
Kindertagesstätten“

**2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Sektion M-V**

Wismarsche Straße 170, 19053 Schwerin, Tel. 0385-5213455

Mitglieder:  
Hochschule  
Neubrandenburg,  
Landtagsfraktionen,  
Ministerien (SM, LM),  
ÖGD,  
Krankenkassen,  
Verbraucherzentrale,  
Berufsschulen  
IHK,  
LVG

Sektionsleiter:  
Herr Prof. Dr. Jörg Meier  
(Hochschule Neubrandenburg)

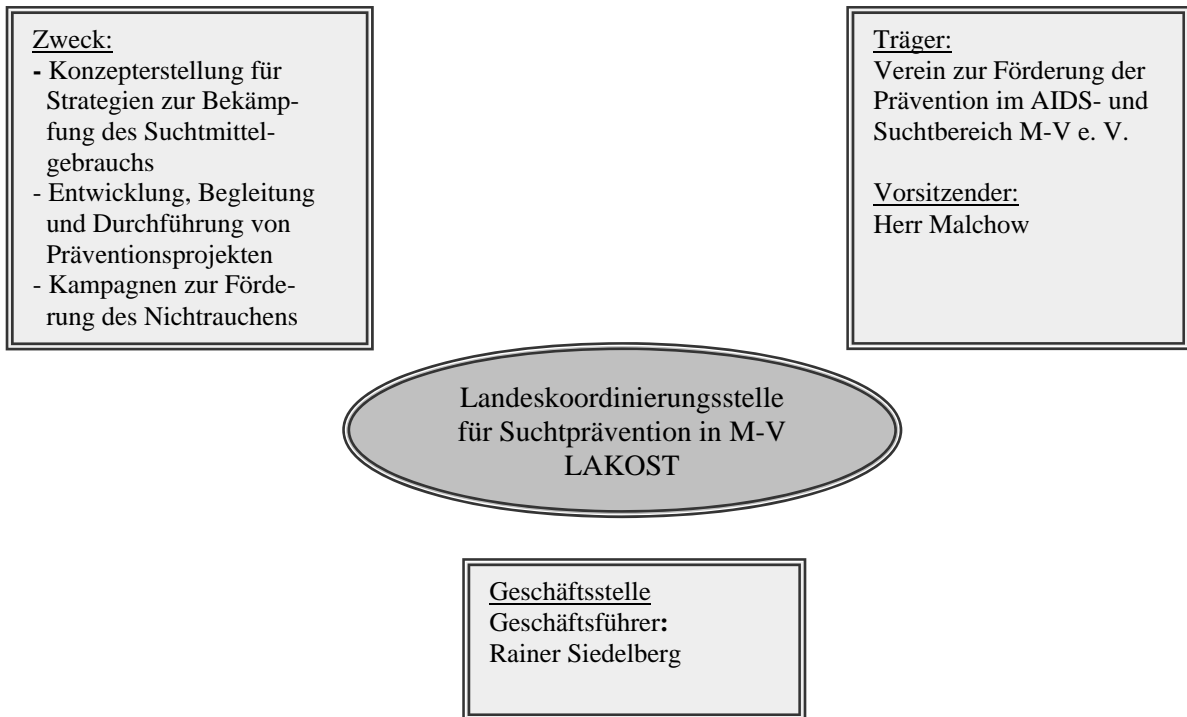
Deutsche Gesellschaft  
für Ernährung Sektion  
M-V e.V.

Zweck:  
Förderung eines  
gesunden  
Ernährungsverhaltens,  
Unterstützung der  
ernährungswissenschaftl  
ichen Forschung,  
Entwicklung von  
Qualitätsstandards in der  
Gemeinschafts-  
verpflegung

Geschäftsstelle:  
Geschäftsführerin:  
Frau Gladasch,  
Förderung: Ministerium für  
Landwirtschaft, Umwelt und  
Verbraucherschutz

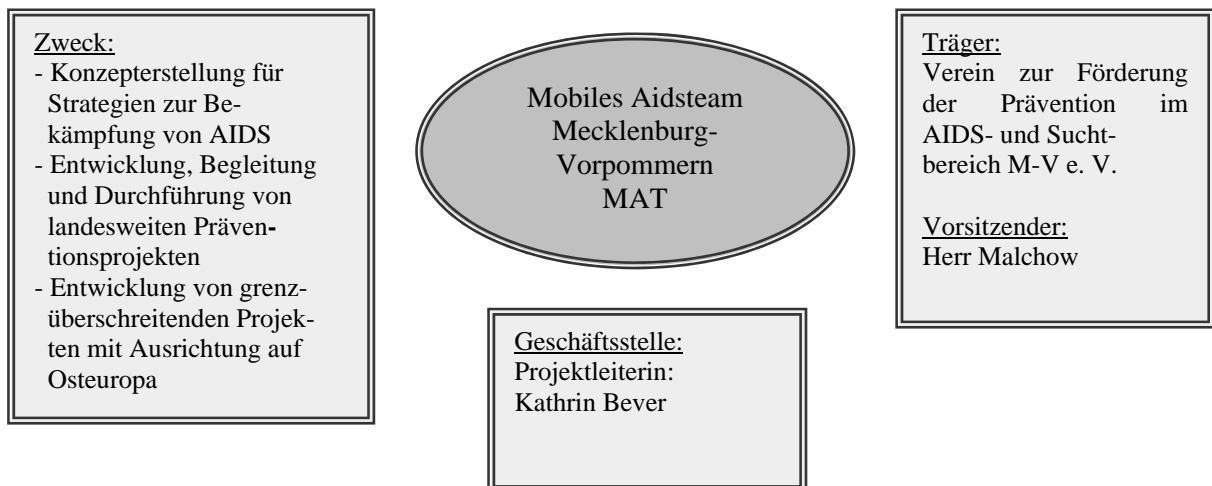
### 3. Landeskoordinierungsstelle für Suchtprävention (LAKOST)

Voßstrasse 15a, 19053 Schwerin, Tel.0385-7851560



### 4. Mobiles Aufklärungs-Team zu Sexualität und AIDS (MAT) in M-V

Wokrenter Straße 3, 18055 Rostock, Tel.0381-4923463



### 4. Kommunale Arbeitskreise für gemeindenahere Gesundheitsförderung

Zusammenschlüsse von regionalen Partnern in den Landkreisen und kreisfreien Städten zur Umsetzung von gemeindenaheren Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Koordination der Arbeitskreise erfolgt durch die Gesundheitsämter, die fachlich von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung unterstützt werden.

## Anlage 3

**Netzwerke in Mecklenburg-Vorpommern**

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten</b>
Name	<b>Aktionsbündnis pro Kita</b>
Ziel:	Fortbildungsangebote für Erzieherinnen/Erzieher
Kontakt	Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern Herr Richter
Zielgruppe	Erzieherinnen und Erzieher von Kindertagesstätten
Beteiligte:	Unfallkasse, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sportjugend e. V., Verkehrswacht, Landesturnverband, Jambus, KontaktNetz e. V., Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung Greifswald
Kommunikationsform	halbjährliche Abstimmung

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Kindergesundheit, Vermeidung chronischer Erkrankungen</b>
Name	<b>Adipositas-Netzwerk</b>
Ziel:	Senkung des Bevölkerungsanteils Übergewichtiger und Adipöser
Kontakt	Vernetzte Gesundheit e. V. (Schnick, Christiane, Frau Siedler) Pappelallee 1, 17489 Greifswald Tel. 03834-872321 <a href="mailto:cschnick@vernetztegesundheit.de">cschnick@vernetztegesundheit.de</a>
Zielgruppe	Alle Zielgruppen
Beteiligte:	- Bio Convally - Rehabilitationseinrichtungen
Kommunikationsform	Internetplattform

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Kommunale Gesundheitsförderung</b>
Name	<b>Gesunde Städte-Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern/ Schleswig-Holstein</b> (Rostock, Greifswald, Stralsund)
Ziel:	Gesundheitsfördernde Gestaltung der Kommune als politische Verpflichtung „Gesundheit für Alle“
Kontakt	Dr. Angelika Baumann (GA HRO), Dr. Maronde (Verein für regionale Gesundheitsförderung HGW), Monika Westphal (KISS Stralsund)
Zielgruppe	Alle Zielgruppen
Beteiligte:	- Rostock - Greifswald - Stralsund
Kommunikationsform	Mitgliederversammlungen, Symposien

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Gewaltprävention</b>
Name	<b>Landesrat für Kriminalitätsvorbeugung (LfK)</b>
Ziel	Bündelung gesamtgesellschaftlichen Sachverstandes, Kommunikation u. Erfahrungsaustausch zur Kriminalprävention, Empfehlungen für die Landesregierung (Politikberatung), Unterstützung Kommunalen Präventionsräte, Förderung lokaler Präventionsprojekte, länderübergreifende Zusammenarbeit
Kontakt	Landesrat für Kriminalitätsvorbeugung, Geschäftsstelle, Innenministerium MV, Alexandrinenstraße 1, 19048 Schwerin
Zielgruppe	Staatliche und nichtstaatliche Einrichtungen mit Bezug zur Kriminalprävention, Landesregierung, Kommunale Präventionsräte, Projektträger
Beteiligte	90 staatliche und nichtstaatliche Einrichtungen und Organisationen aus MV
Kommunikationsform	regelmäßige Mitgliederversammlungen, Vorstands- und Arbeitsgruppensitzungen, Zeitschrift „ <i>impulse</i> “, Fachtagungen, Internet <a href="http://www.kriminalpraevention-mv.de">www.kriminalpraevention-mv.de</a>

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Opferschutz</b>
Name	<b>Arbeitsgruppe (AG) Opferschutz/Opferhilfe</b> des Landesrates für Kriminalitätsvorbeugung
Ziel	Vernetzung aller staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen im Opferschutz, Erarbeitung von Hinweisen und Empfehlungen, fachliche Begleitung des SM bei der Schaffung eines träger- und fachübergreifenden Opferberatungsmodells in MV
Kontakt	Landesrat für Kriminalitätsvorbeugung, AG Opferschutz/Opferhilfe, Alexandrinenstraße 1, 19048 Schwerin
Zielgruppe	Landes- und Kommunalverwaltungen, Opferberatungseinrichtungen, Kriminalitätsoffer
Beteiligte	Verschiedene staatliche und nichtstaatliche Einrichtungen mit Bezug zum Opferschutz
Kommunikationsform	regelmäßige Arbeitsgruppensitzungen

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Schüler-/Lehrergesundheit</b>
Name	<b>Netzwerk-Gesundheitsbeauftragte an den Schulen M-V</b>
Ziel:	Vernetzung der Inhalte der gesundheitsfördernden Bildung und Erziehung an den Schulen
Kontakt	Dr. Zander, L.I.S.A. M-V (Dezernentin), P. Keil, L.I.S.A.
Zielgruppe	Schüler, Lehrerinnen/Lehrer, Eltern, Erzieherinnen/Erzieher
Beteiligte:	Referenten

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Frauengesundheit</b>
Name	<b>Gemeinsamer Arbeitskreis Frauengesundheit - GAF -</b>
Ziel	Geschlechtsspezifische Betrachtung der Gesundheit und der Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern zur Förderung der Frauengesundheit, Sensibilisierung durch Öffentlichkeitsarbeit in M-V
Kontakt	Dr. Gundula Moldenhauer, Landesfrauenrat M-V Dr. Angelika Baumann, LVG M-V Frauenbildungsnetz M-V Heiligengeisthof 3 18055 Rostock <a href="mailto:frauengesundheit@web.de">frauengesundheit@web.de</a>
Zielgruppe	Landespolitik, Akteure in den Lebenswelten von Frauen (z. B. Bildungseinrichtungen, Arbeitswelt), Ärztinnen/Ärzte, Krankenkassen, Betreuungseinrichtungen
Beteiligte	Landesfrauenrat M-V, LVG M-V, Frauenbildungsnetz M-V, Büro der parlament. Staatssekretärin der Landesregierung, LAG der Gleichstellungsbeauftragten, LAG Selbsthilfe Behinderter, Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe, Verein Dick und Dünn, Expertinnen
Kommunikationsform	Regelmäßige Sitzungen, Durchführung von Frauengesundheitskonferenzen im Abstand von 2 Jahren

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Männergesundheit</b>
Name	<b>Expertennetzwerk „Männergesundheit“ unter dem Dach der LVG</b>
Ziel	Geschlechtsspezifische Betrachtung der Gesundheit und der Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern zur Verbesserung der Männergesundheit, Sensibilisierung durch Öffentlichkeitsarbeit
Kontakt	Ärztlicher Direktor der Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Dr. Peter Kupatz Schwaaner Chaussee 2 18209 Bad Doberan
Zielgruppe	Landespolitik, Akteure in den Lebenswelten von Männern (z. B. Bildungseinrichtungen, Arbeitswelt), Ärzteschaft, Krankenkassen, Betreuungseinrichtungen
Beteiligte	LVG M-V e. V., Techniker Krankenkasse, Universität Greifswald, Universität Rostock, Landessportbund M-V e. V.
Kommunikationsform	Regelmäßige Sitzungen, Durchführung von Männergesundheitskonferenzen und Workshops

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Koordinierung von Maßnahmen der Gesundheitswirtschaft in M-V</b>
Name	<i>Koordinierungsbüro Gesundheitswirtschaft</i>
Ziel:	Ausbau der Vernetzungsaktivitäten, Aktivierung gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen
Kontakt	Herr Andreas Szur BioCon Valley® GmbH Friedrich-Barnewitz-Straße 8 18119 Rostock / Warnemünde Tel.: 0381 / 51964950 Fax: 0381 / 51964952 Mail: asz@bcv.org www.gesundheitswirtschaft-mv.org
Zielgruppe	übergreifend
Beteiligte:	Akteure aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Gesundheitsförderung für Prävention, naturgemäße Therapien</b>
Name	<b>Gesundheitswirtschaft Warnemünde/Forum Gesundheitsförderung Rostock und Umgebung e. V.</b>
Ziel:	Präventionsangebote / Angebote für Schulen, Kindergärten
Kontakt	Herr René Portwich vital & physio Praxis Portwich Kirchenplatz 1 18119 Warnemünde Tel.: 0381 / 690111 Fax: 0381 / 5105298 Mail: info@vital-physio.de www.vital-physio.de
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	Sport- u. Erziehungswissenschaftlerinnen/-wissenschaftler, Ernährungswissenschaftlerinnen/-wissenschaftler, Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Verbesserung von Prävention und Rehabilitation in der Orthopädie</b>
Name	<i>Kompetenzzentrum Orthopädie</i>
Ziel:	orthopädische Leistungen, klinische Behandlung, medizintechnische und orthopädische Produkte, Rehabilitation mit anschließender Erholung im Hotel als eine Dienstleistung anbieten
Kontakt	Frau Marion Matthies BioCon Valley Mecklenburg-Vorpommern e. V. Friedrich-Barnewitz-Str. 8 18119 Rostock Tel.: 0381 / 5196-4959 Fax: 0381 / 5196-4952 Mail: <a href="mailto:mm@bcv.org">mm@bcv.org</a> , <a href="http://www.orthopaedie-mv.de">www.orthopaedie-mv.de</a>
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Klinik u. Poliklinik der Universität Rostock</li> <li>- Dr. Ebel Fachkliniken GmbH &amp; Co. „Moorbad“ Bad Doberan</li> <li>- Hotel NEPTUN</li> <li>- LIEBAU Orthopädietechnik GmbH</li> <li>- Medizintechnik Rostock GmbH</li> <li>- Therapietechnik Rostock GmbH</li> <li>- DOT GmbH</li> <li>- BioCon Valley e. V.</li> </ul>

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Prävention</b>
Name	<i>Medical Wellness Park</i>
Ziel:	Aufbau eines Netzwerkes für Medical-Wellness-Angebote
Kontakt	Frau Ute Wöhlmann Verein zur Förderung der Gesundheit Feldberger Seenlandschaft e. V. Buchenallee 1 17258 Feldberger Seenlandschaft Tel.: 039831 / 52461 Fax: 039831 / 52409 Mail: <a href="mailto:vzfdg@web.de">vzfdg@web.de</a> <a href="http://www.klinik-am-haussee.de">www.klinik-am-haussee.de</a>
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	Klinik am Haussee Feldberg, Hotel Bornmühle, medizinische Einrichtungen, weitere Hotels, Akteure aus Forschung- und Entwicklung, Städte, Landkreise

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Prävention; Gesundheitswirtschaft</b>
Name	<b>Vernetzte Gesundheit e. V. Greifswald</b>
Ziel:	Vernetzung, Erschließung von Synergien zu einem höchstmöglichen Nutzen der Gesundheitswirtschaft der Region
Kontakt	Frau Karin Engelke Pappelallee 1 17489 Greifswald Tel.: 03834 / 872637 Fax: 03834 / 872634 Mail: <a href="mailto:info@vernetztegesundheit.de">info@vernetztegesundheit.de</a> , <a href="http://www.vernetztegesundheit.de">www.vernetztegesundheit.de</a>
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald</li> <li>- Medigreif GmbH</li> <li>- BioCon Valley e. V.</li> <li>- Dr. Heydenreich GmbH</li> <li>- Institut für Diabetes "Gerhardt Katsch" Karlsburg e. V.</li> <li>- Vielzahl weiterer Akteure; Privatpersonen</li> </ul>

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Gesundheitsforschung</b>
Name	<b>TransferNetzwerk Community Medicine (TNC)</b>
Ziel:	Daten über Gesundheitszustand und Präventionsbedarf ermitteln, auswerten, analysieren, Entwicklung zielgruppenorientierter Produkte
Kontakt	Frau Janina Krafczyk BioCon Valley M-V e. V. c/o Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Tel.: 03834 / 867789 Fax: 03834 / 867752 Mail: <a href="mailto:jk@bcv.org">jk@bcv.org</a> <a href="http://www.bcv.org">www.bcv.org</a>
Zielgruppe	Bevölkerung, Kurgäste, Touristen, Patienten von Reha-Kliniken.
Beteiligte:	Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Ernährung</b>
Name	<b>Agrarmarketing Mecklenburg-Vorpommern e. V.</b>
Ziel:	Vermarktung einheimischer Produkte
Kontakt	Frau Jarste Weuffen Agrarmarketing Mecklenburg-Vorpommern e. V. Feldstr. 2 18182 Rostock - Bentwisch Tel.: 0381 / 252 38 71 Fax: 0381 / 252 38 72 Mail: <a href="mailto:Info@MV-Ernaehrung.de">Info@MV-Ernaehrung.de</a> , <a href="http://www.mv-ernaehrung.de">www.mv-ernaehrung.de</a>
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	Unternehmen Land- und Ernährungswirtschaft, Überregionales Ausbildungszentrum Waren, Zentrum für Lebensmitteltechnologie Neubrandenburg, Universität Rostock, weitere

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Prävention</b>
Name	<b>Gesundheitsinsel Rügen e. V.</b>
Ziel:	Erholungsurlaub mit professionellem medizinischen Service verbinden; Angebote für die Bevölkerung
Kontakt	Herr Ralf Schibbe Bahnhofstraße 15 18528 Bergen / Rügen Tel.: 03838 / 31501-67 Fax: 03838 / 31501-69 Mail: <a href="mailto:info@gesundheitsinsel-ruegen.de">info@gesundheitsinsel-ruegen.de</a> <a href="http://www.gesundheitsinsel-ruegen.de">www.gesundheitsinsel-ruegen.de</a>
Zielgruppe	alle Zielgruppen
Beteiligte:	Stationäre und ambulante Reha-Leistungsanbieter, DRK, Krankenkassen, Ernährungswirtschaft, Hotellerie

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Nichtrauchen und Nichtrauchererschutz in allen gesellschaftlichen Bereichen</b>
Name	<i>Aktionsbündnis gegen das Rauchen in MV</i>
Ziel:	Umfassender Nichtrauchererschutz, Eindämmung des Rauchens, Vermeidung von tabakbedingten Folgeschäden und Krankheiten
Kontakt	Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V / LAKOST
Zielgruppe	Alle Zielgruppen
Beteiligte:	AOK, BARMER, IKK, DAK, Unfallkasse MV, DRV Nord, Ärztekammer, LAKOST, L.I.S.A., Uni Rostock, Uni Greifswald, Sozialministerium, LV Gesundheitsförderung, Landespflanzenschutzamt, Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen, Apothekerkammer M-V, Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft, IHK, Landesjugendring M-V,
Kommunikationsform	3 x jährlich Aktionsbündnissitzungen, Fachtagungen

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Kooperierende und koordinierte Zusammenarbeit aller kommunalen Einrichtungen und professionellen Helfer die im Zusammenhang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien stehen</b>
Name	<i>Netzwerk Kind-Familie-Sucht der Hansestadt Rostock</i>
Ziel:	Frühes Erkennen von Gefahren für Kinder aus suchtbelasteten Familien, individuelle Unterstützungsangebote und abgestimmte Hilfsmaßnahmen für die Betroffenen
Kontakt	Suchtberatungsstelle der Caritas Rostock, Koordinatorin des Netzwerkes Frau Nachtigall
Zielgruppe	Suchtbelastete Eltern und deren Kinder
Beteiligte:	Ehe- und Familienberatungsstellen, Suchtberatungs-, Schuldner- und Schwangerschaftsberatungsstellen, Obdachloseneinrichtungen, Schulen, Schwerpunktärzte, Pädiater, Jugendhilfeeinrichtungen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Hansestadt Rostock

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Verstärkung der Zusammenarbeit von im Verbraucherschutz, in der Verbraucheraufklärung und Verbraucherbildung tätigen Verbände, Vereine und Institutionen, Multiplikatorenschulungen</b>
Name	<i>Verbraucherforum</i>
Ziel:	Erhöhung der Alltagskompetenz
Kontakt	Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz
Zielgruppe	Verbraucherinnen und Verbraucher
Beteiligte:	Im Verbraucherschutz, in der Verbraucheraufklärung und -bildung tätige Verbände, Vereine und Institutionen
Kommunikationsform	2 x jährlich durchgeführte Foren, 1 x monatlich Verbraucherbrief per Mail, Herstellung von Kontakten

<b>Handlungsfeld</b>	<b>Vermittlung von aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen auf den Gebieten der Ökotrophologie, der Lebensmitteltechnologie und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes</b>
Name	<i>Facharbeitskreis gesundheitlicher Verbraucherschutz auf dem Gebiet der Ernährung</i>
Ziel:	Erhöhung der Qualität der Ernährungsberatung, Ernährungsaufklärung durch Fachveranstaltungen
Kontakt	Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz
Zielgruppe	Ernährungsberaterinnen und –berater, Öffentlicher Gesundheitsdienst
Beteiligte:	Im Verbraucherschutz, in der Verbraucheraufklärung und –bildung tätige Verbände, Vereine und Institutionen
Kommunikationsform	1 bis 2 x jährlich durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen

## Anlage 4

Setting-Projekte in Mecklenburg-Vorpommern

## Kommune

Projektname	<b>Aufsuchende Sozialarbeit - Familienhebamme für Eltern und Mütter im Stadtteil Grünhufe in Stralsund</b>
Ziel:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch den Einsatz von freiberuflichen Hebammen und zweier Sozialpädagogen insbesondere Eltern/Mütter in schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen zu erreichen und diesen frühzeitig, bereits während der Schwangerschaft sowie längerfristig bis zu einem Jahr nach der Geburt ein präventives, niedrighwelliges und fachlich geeignetes Unterstützungsangebot bereit zu stellen.</li> <li>- Des Weiteren soll ein Frühwarnsystem für den Schutz des Kindeswohls aufgebaut werden.</li> <li>- Entwicklungsdefizite von Kindern früher erkennen und die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge und der Untersuchungen der Kinder zur Früherkennung von Krankheiten zu verbessern.</li> <li>- Mit allen an der gesundheitlichen, sozialen, psychischen und materiellen Versorgung der Familie interessierten und zuständigen Einrichtungen zusammen zu arbeiten, um durch die Koordination und Vernetzung der sozialen Dienste die Risiken zu minimieren, dass Mütter/Familien an ihren individuellen und sozialen Lebensumständen scheitern und dass Säuglinge, Klein- und Schulkinder vermeidbaren Gefahren für ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung ausgesetzt sind.</li> <li>- Die freiberuflichen Familienhebammen und Sozialarbeiterinnen arbeiten als Team zusammen.</li> </ul>
Projektträger:	Träger des Projektes ist die Hansestadt Stralsund, vertreten durch die SES mbH, die durch einen Beirat geleitet wird.
Förderung:	Bund-Länder-Förderprogramm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die Soziale Stadt“
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangere Alleinstehende,</li> <li>- Erstgebärende unter 18 Jahren,</li> <li>- Schwangere Frauen (insbesondere solche, die bereits mehrere Kinder geboren haben) in schwieriger psychosozialer Lage,</li> <li>- Schwangere Frauen, die in gewalttätigen Milieus oder mit gewalttätigen Männern leben,</li> <li>- schwangere Frauen mit Migrationshintergrund, bei denen zum Teil Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen bestehen,</li> <li>- Psychisch labile oder kranke Frauen,</li> <li>- Alkohol- und/oder drogenabhängige schwangere Frauen.</li> </ul>

<b>Projektname</b>	<b>Aufsuchende Sozialarbeit - Familienhebamme für Eltern und Mütter im Stadtteil Grünhufe in Stralsund</b>
Zeitraum	2007 bis 2009
Kooperationspartner:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AG Gesundheitsförderung</li> <li>- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V</li> <li>- Pro Familia</li> <li>- Frauenbildungsnetz M-V</li> <li>- Frauenärztin der Hansestadt Stralsund</li> </ul>
Anmerkungen	Modellvorhaben im Rahmen des Förderprogramms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt“ des Ministeriums für Verkehr, Bau und Landesentwicklung. Die Ergebnisse der Evaluation werden in das Gesunde- Städte- Netzwerk transferiert.

<b>Projektname</b>	<b>Evershagen - Kinderfreundlicher Ortsteil</b>
Setting	Kommune
Projekthalt	Entwicklung einer kinder- und familienfreundlichen Politik in einem Stadtteil
Ziel:	Schaffung einer Lobby für Kinder und deren Familien, Mitgestaltung eines kindgerechten Umfeldes, Stärkung von infrastrukturellen Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche, Prioritätensetzung in der Kommunalpolitik zu Gunsten von Kindern
Projektträger:	AG Kommunale Gesundheitsförderung Rostock
Förderung:	Kommune Förderung im Rahmen des Bundesmodellprojektes des Bundesministerium für Verbraucherschutz „Besser essen - mehr bewegen“
Zielgruppe	Kinder, Jugendliche, Familien
Zeitraum	2002-2009
Evaluation	im Rahmen des Bundesmodellprojektes
Kooperationspartner:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadtteilkoordinatorin/-koordinator, Ortsbeirat</li> <li>- Gesundheitsamt Rostock</li> <li>- Jugendamt Rostock</li> <li>- Schulen</li> <li>- Kitas</li> <li>- Stadtteiltisch</li> <li>- Kinderschutzbund</li> </ul>
Anmerkungen	Beispielgebend für andere Ortsteile

**Kindertagesförderung**

<b>Projektname</b>	<b>Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern im Setting Kindertagesstätte</b>
Setting	Kindertagesstätte
Projekthalt	Implementierung von Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten
Ziel:	Förderung der gesundheitsbezogenen Kompetenzen und des Gesundheitszustandes aller Beteiligten; Bündelung von Ressourcen zum gesundheitsförderlichen Ausbau der Lebenswelt Kita
Projekträger:	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Förderung:	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zielgruppe	Kinder bis zu 6 Jahren, Eltern, Personal der Kita
Zeitraum	2006 bis 2008
Evaluation	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V
Kooperationspartner:	Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Hochschule Neubrandenburg
Anmerkungen	Beteiligte Kita-Träger: Kita gGmbH Schwerin, AWO Kreisverband Uecker-Randow, DRK Kreisverband Uecker-Randow

<b>Projektname</b>	<b>Papilio</b>
Setting	Kindertagesstätten
Projekthalt	Trainerausbildung zur Fortbildung von pädagogischem Fachpersonal in Kindertagesstätten
Ziel:	Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen für Kinder in Kindertageseinrichtungen
Projekträger:	LAKOST / Volkssolidarität
Förderung:	Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V
Zielgruppe	Pädagogisches Fachpersonal aus Kindertagesstätten, Fachberater
Zeitraum	2006 bis 2007
Evaluation	Beta Institut, Augsburg
Kooperationspartner:	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V, Landkreis Uecker-Randow, LAKOST, Volkssolidarität

<b>Projektname</b>	<b>Tigerkids - Kindergarten aktiv</b>
Setting	Kindertageseinrichtungen
Projekthalt	Bundesweites Präventionsprogramm zur Bekämpfung von Übergewicht
Ziel:	Förderung der gesundheitsbezogenen Kompetenzen im Bereich Ernährung und Bewegung unter Einbeziehung von Kindern, Eltern und Erzieherinnen/Erzieher
Projekträger:	Stiftung Kindergesundheit
Förderung:	AOK-Bundesverband
Zielgruppe	Kinder von 3 - 6 Jahren
Zeitraum	2007 bis 2009
Evaluation	Maximilian-Universität München
Kooperationspartner:	AOK M-V

<b>Projektname</b>	<b>Bewegte Kinder</b>
Setting	Kindertageseinrichtungen
Projekthalt	Präventionsprogramm zur Bewegungsförderung
Ziel:	Förderung von Kooperationen zwischen Sportvereinen und Kindertagesstätten für zusätzliche Bewegungsangebote zur Verbesserung der sportmotorischen, koordinativen und Sozialkompetenzen
Projektträger:	Sportjugend M-V im Landessportbund M-V e. V.
Förderung:	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V, Gmünder Ersatzkasse, Unfallkasse, E.ON Hanse, Innenministerium M-V, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V
Zielgruppe	Kinder von 3 - 6 Jahren
Zeitraum	2000 bis 2010
Kooperationspartner:	Regionale Sportvereine, Kindertagesstätten

### Schule

<b>Projektname</b>	<b>Anschub.de</b>
Setting	Schule
Projekthalt	Schulentwicklungsprogramm zur guten und gesunden Schule
Ziel:	Förderung der gesundheitsbezogenen Kompetenzen und des Gesundheitszustandes aller am Schulalltag Beteiligten; Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen der Kooperationspartner zum gesundheitsförderlichen Ausbau der Lebenswelt Schule
Projektträger:	Bertelsmann-Stiftung, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
Förderung:	Projektträger und Kooperationspartner
Zielgruppe	Alle Schularten (Region Vorpommern 13 Schulen und ab 2008 Rostock mit 13 Schulen)
Zeitraum	2004 bis 2010
Evaluation	Institut für wirtschaftspsychologische Forschung und Beratung Osnabrück und Selbstevaluation SEIS
Kooperationspartner:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministeriums für Soziales und Gesundheit</li> <li>- AOK M-V</li> <li>- Barmer Ersatzkasse</li> <li>- Techniker Krankenkasse</li> <li>- IKK Nord</li> <li>- Unfallkasse M-V</li> <li>- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V</li> </ul>
Anmerkungen	Ausweitung vorgesehen

<b>Projektname</b>	<b>Audit Gesunde Schule</b>
Setting	Schule
Projekthalt	Zertifizierungsverfahren „Gesunde Schule“
Ziel:	Verbesserung der internen und externen Kommunikation über Gesundheit und Gesundheitsförderung, Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen, Förderung einer gesunden Schulentwicklung und Netzwerkbildung, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitszustandes
Projektträger:	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt
Förderung:	Projektträger und BKK Bundesverband
Zielgruppe	Alle Schularten
Zeitraum	Seit 2004
Evaluation	Evaluiertes Programm (Entwicklung und Erprobung 1999 bis 2004) Selbstbewertung anhand von Kriterien und Fremdbewertung durch Auditoren
Kooperationspartner:	- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V - BKK NORD

<b>Projektname</b>	<b>Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule GeKo<sup>Kids</sup></b>
Setting	Schule
Projekthalt	Etablierung und Evaluation eines modularen Präventionsprogramms in den Unterricht der 5. und 6. Klassen an Schulen im Raum Greifswald/Ostvorpommern
Ziel:	Förderung der gesundheitsbezogenen Kompetenzen und des Gesundheitszustandes der Schülerinnen und Schüler ; Durchführung einer Wirksamkeitsstudie zur Förderung der Gesundheitskompetenzen sowie des objektiven Gesundheitszustandes
Projektträger:	Universität Greifswald, mehrere Fachbereiche
Förderung:	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Zielgruppe	Alle Schularten
Zeitraum	Seit 2007
Evaluation	Universität Greifswald
Kooperationspartner:	- Ministeriums für Soziales und Gesundheit - Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur - Öffentlicher Gesundheitsdienst (Datenerhebung bei den Schuluntersuchungen)

<b>Projektname</b>	<b>Gemeinsam Sport in Schule und Verein</b>
Setting	Schule
Projekthalt	Förderung von Kooperationsprojekten zwischen Schulen und Sportvereinen zur Bewegungsförderung
Ziel	Ziel ist es, durch attraktive Sportangebote den Schülerinnen und Schülern sinnvolle Freizeitfelder zu erschließen, Freude und Spaß an körperlicher Bewegung zu vermitteln und zum lebenslangen Sporttreiben anzuhalten.
Projekträger	Sportjugend M-V im Landessportbund M-V e. V.
Förderung	Innenministerium sowie Kreise, kreisfreie Städte, Städte und Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns
Zeitraum	seit 1994
Zielgruppe	alle Schularten
Kooperationspartner	regionale Sportvereine

<b>Projektname:</b>	<b>Wir in Mecklenburg-Vorpommern - fit und sicher in die Zukunft</b>
Thema:	Schulwettbewerb zur Gewaltprävention
Projekträger	Landeskriminalamt M-V
Förderung	Kooperationspartner
Zielgruppen:	Schulen (Grundstufe und Oberstufe)
Kooperationspartner	Landessportbund, AOK, Antenne M-V
Ziele:	Identifikationsstärkung zum Schutz vor Perspektivlosigkeit, Gewalt und Kriminalität
Zeitlicher Rahmen:	seit 2001
Anmerkung:	Information unter <a href="http://www.wir-in-mv.de">www.wir-in-mv.de</a>

**Verkehrssicherheitsprojekte**

<b>Projektname:</b>	<b>Erzieherinnen/Erzieher-Fortbildung</b>
Thema:	Vorschulische Verkehrserziehung Ziele, Inhalte und Methoden der Verkehrserziehung im Kindergarten, Schulwegsicherung als Beitrag zur Verkehrserziehung von Vorschul- kindern
Projektträger	Landesverkehrswacht (LVW)
Förderung	Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
Zielgruppen:	Erzieherinnen/Erzieher/Pädagogen/Tagesmütter im Vorschulbereich in M-V
Kooperationspartner	SM, IM, BM; Unfallkasse
Ziele:	Erzieherinnen/Erzieher sollen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, warum Kinder im Straßenverkehr verunglücken,</li> <li>- die Methoden zur Verkehrserziehung kennen,</li> <li>- Spiele und Lieder zur Verkehrserziehung in der Praxis anwenden können,</li> <li>- bereit sein, Eltern über die Notwendigkeit der intensiven Vorbereitung der Kinder auf ihren Schulweg zu informieren.</li> </ul>
Zeitlicher Rahmen:	ganzjährig
Anmerkung:	2006 wurden neue Moderatorinnen für „Verkehrserziehung im Kindergarten“ ausgebildet. Grundlage ist der „Rahmenplan für die zielgerichtete Vorbereitung von Kindern in Kindertagesstätten auf die Schule“

Projektname:	<b>Geschnallt</b>
Thema:	Sicherung von Kindern in geeigneten Kinder-Rückhalte-Systemen auf allen Fahrten im Pkw
Zielgruppenbereich:	Vorschulische und schulische Verkehrserziehung
Förderung	Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
Projektträger	Landesverkehrswacht
Projektpartner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innenministerium</li> <li>- Sozialministerium</li> <li>- Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur</li> <li>- Unfallkasse</li> </ul>
Zielgruppen:	Eltern und ihre Kinder, Erzieherinnen/Erzieher, Lehrerinnen/Lehrer
Ziele:	<p>Eltern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, welches Kinder-Rückhalte-System für ihre Kinder geeignet ist,</li> <li>- sind bereit, ihre Kinder auf allen Fahrwegen immer im geeigneten Kinder-Rückhalte-System im Auto zu befördern.</li> </ul>
Organisation:	<p>Eltern und ihre Kinder werden bei Ankunft vor der Kindertagesstätte/Schule auf die Nutzung von Kinder-Rückhalte-Einrichtungen für ihre Kinder angesprochen. Für ordnungsgemäß gesicherte Kinder wird ein Präsent überreicht.</p> <p>Eltern können sich über geeignete Sicherungssysteme informieren und erhalten Tipps und Hinweise für die verkehrssichere Mitnahme ihrer Kinder im Auto.</p>
Zeitlicher Rahmen:	ganzjährig
Anmerkung:	Die Aktionstage erfolgen in Absprache mit Polizei und Kindertagesstätten und Schulen.

<b>Projektname:</b>	<b>BREMS DICH - Schule hat begonnen</b>
<b>Thema:</b>	Schulwegsicherung für Schulanfänger
<b>Zielgruppenbereich:</b>	Vorschulische und schulische Verkehrserziehung für Kinder im Vor- und Grundschulalter und deren Eltern, Erzieherinnen/Erzieher in Kindertagesstätten und Lehrkräfte in Grundschulen, erwachsene Verkehrsteilnehmer
<b>Projektträger:</b>	Landesverkehrswacht
<b>Förderung:</b>	u. a. Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
<b>Projektpartner:</b>	Unfallkasse M-V, Gesamtverband der Versicherungswirtschaft
<b>Ziele:</b>	<p>Eltern von Schulanfängern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, wo besondere Gefahren für Schulanfänger im Straßenverkehr sind,</li> <li>- wissen, wie sie mit ihren Kindern den zukünftigen Schulweg üben können,</li> <li>- sind bereit, ihre Kinder auf eine sichere Teilnahme am Straßenverkehr vorzubereiten (auch über den Schulanfang hinaus).</li> </ul> <p>(Zukünftige) Schulanfänger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, wo es auf ihrem Schulweg besonders gefährlich sein kann,</li> <li>- können die wichtigsten Regeln einer sicheren Verkehrsteilnahme anwenden,</li> <li>- sind bereit, im Straßenverkehr stets aufmerksam zu sein.</li> </ul> <p>Erzieherinnen/Erzieher in Kindertagesstätten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, wie sie Kinder (und deren Eltern) bei der Vorbereitung auf den sicheren Schulweg unterstützen können,</li> <li>- sind bereit, über einen längeren Zeitraum hinweg, gemeinsam mit den Kindern und Eltern den sicheren Schulweg in die Kindergartenarbeit zu integrieren.</li> </ul> <p>Lehrerinnen,/Lehrer der 1. Klasse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kennen die Gefahren auf dem Schulweg ihrer Kinder,</li> <li>- sind bereit, Eltern auf Möglichkeiten der Schulwegsicherung hinzuweisen,</li> <li>- kennen das Unterrichtsmaterial zur dunklen Jahreszeit und setzen es zur Arbeit mit den Schülern und zur Information der Eltern ein.</li> </ul> <p>Erwachsene Verkehrsteilnehmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, dass Kinder auf dem Schulweg durch den Straßenverkehr in Gefahr sind,</li> <li>- sind bereit, sich rücksichtsvoll und bremsbereit zu verhalten.</li> </ul>
<b>Zeitlicher Rahmen:</b>	Schuljahr 2007/08 (April bis Oktober)
<b>Anmerkung:</b>	Es wird eine grundsätzliche Überarbeitung des Schulanfangprojektes vorgenommen. Eine Information an Eltern zukünftiger Schulanfänger über die Schulen wird in den Kindertagesstättenbereich verlegt. Das Thema „Schulweg“ wird über ein Kindergartenjahr hinweg begleitet.

<b>Projektname:</b>	<b>Sattelfest</b>
Thema:	Radfahrausbildung von Schülern der 4. Klassen
Zielgruppenbereich:	Schulische Verkehrserziehung
Förderung:	u. a. Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
Projektträger:	Landesverkehrswacht
Projektpartner:	Provinzial Versicherungen Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV)
Zielgruppen:	Schüler aller 4. Klassen in M-V, Eltern, Lehrerinnen/Lehrer der 4. Klassen (Sachunterricht)
Ziele:	<p>Die Schüler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, wie sie sich als Fahrradfahrer im Straßenverkehr verkehrssicher verhalten,</li> <li>- kennen die Verkehrsregeln, die Schutzwirkung von Fahrradhelmen und den sicheren Diebstahlschutz für Fahrräder,</li> <li>- können als Radfahrer selbstständig am Straßenverkehr teilnehmen,</li> <li>- sind bereit, die erlernten Regeln einzuhalten.</li> </ul> <p>Die Eltern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, dass ihre Kinder an der Radfahrausbildung teilnehmen,</li> <li>- erfahren, welche Schwierigkeiten ihr Kind im Umgang mit dem Fahrrad noch hat.</li> </ul> <p>Die Lehrerinnen/Lehrer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sind bereit, die Medien zur Unterstützung der Radfahrausbildung einzusetzen.</li> </ul>
Zeitlicher Rahmen:	Schuljahr 2007/2008 (ganzjährig)
Anmerkung:	„Sattelfest“ wird seit 1992 durchgeführt. Es ist fester Bestandteil der Radfahrausbildung an allen Schulen in Mecklenburg-Vorpommern.

<b>Projektname</b>	<b>Lehrer-Fortbildung „Lernwerkstatt“</b>
Thema:	Verkehrserziehung im Sachunterricht der Grundschule und im Sekundarbereich als fächerübergreifendes Prinzip
Zielgruppenbereich:	Schulische Verkehrserziehung, Lehrerinnen/Lehrer im Grund- und Sekundarbereich
Förderung:	Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
Projektträger:	Landesverkehrswacht
Ziele:	<p>Die Lehrerinnen/Lehrer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kennen Ziele und Inhalte der Verkehrserziehung (entsprechend Grund- bzw. Sekundarbereich),</li> <li>- können die Methoden im Unterricht anwenden,</li> <li>- sind bereit, Verkehrserziehung in ihre Unterrichtsgestaltung einzubeziehen.</li> </ul>

<b>Projektname:</b>	<b>Schülerlotsen</b>
Thema:	Landesschülerlotsenwettbewerb Jugendarbeit in der Verkehrswacht (Schülerlotsen, Bus-Engel, Verkehrskadetten)
Zielgruppenbereich:	Schulwegsicherung Außerschulische Verkehrserziehung
Förderung:	u. a. Land, Titel: Verkehrssicherheitskommission
Projektpartner:	Unfallkasse Deutsche Verkehrswacht
Zielgruppe:	Schülerlotsen Jugendliche in der freien Jugendarbeit der Verkehrswacht
Ziele:	Schülerlotsenwettbewerb: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auszeichnung der besten Lotsen aller Schülerlotsengruppen aus M-V,</li> <li>- Ermittlung des Teilnehmers am Bundeswettbewerb.</li> </ul> Freie Jugendarbeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung regionaler Veranstaltungen</li> </ul>
Zeitlicher Rahmen:	Landeswettbewerb im September 2007 Jugendarbeit: ganzjährig

<b>Projektname:</b>	<b>„Mein Risiko - Sicherheit für junge Fahrerinnen und Fahrer“</b>
Thema:	Erkenne dich selbst und ziehe Schlussfolgerungen für dein Verhalten im Straßenverkehr
Zielgruppenbereich:	Junge Erwachsene
Förderung:	u. a. Land, Titel: Landesverkehrswacht
Projektträger:	Landesverkehrswacht
Projektpartner:	Ostdeutscher Sparkassenverband
Zielgruppe:	Junge Erwachsene
Ziele:	Die jungen Fahrerinnen und Fahrer <ul style="list-style-type: none"> <li>- wissen, warum sie im Straßenverkehr besonders gefährdet sind,</li> <li>- kennen den Zusammenhang zwischen Lifestyle, Alkohol, Emotionen, Stress, und Verhalten im Straßenverkehr,</li> <li>- sind bereit, über sich selbst nachzudenken und Schlussfolgerungen für ihr Verhalten im Straßenverkehr zu ziehen.</li> </ul>
Zeitlicher Rahmen:	ganzjährig

**Betrieb**

<b>Projektname:</b>	<b>„Netzwerkbildung in der betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Handwerksbetrieben“</b>
Thema:	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
Zielgruppenbereich:	Betriebe von 10 bis 100 Mitarbeitern
Projektträger:	IKK- Nord
Projektpartner	Hochschule Neubrandenburg
Zielgruppe:	Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber
Ziel:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation der Situationen in den Betrieben</li> <li>- Sensibilisierung zum Gesundheitsthema</li> <li>- Erkennung von Gesundheitsbelastungen und -gefahren</li> <li>- gesunde, motivierte Mitarbeiter</li> <li>- Erhöhung der Arbeits- und Lebensqualität</li> <li>- Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten</li> </ul>
Ansprechpartner:	IKK-Nord, Claus Behrens

<b>Projektname:</b>	<b>„Job&amp;Fit – Mit Genuss zum Erfolg“ Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung</b>
Thema:	Ernährungsinformation für das Land M-V
Zielgruppenbereich:	Betriebsrestaurants, Kantinen
Projektträger:	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Projektpartner:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vereinigung der Unternehmensverbände für M-V e. V.,</li> <li>- Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz M-V,</li> <li>- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus M-V</li> <li>- Tourismusverband M-V,</li> <li>- Deutscher Hotel- und Gaststättenverband M-V e. V.,</li> <li>- Bundesagentur für Arbeit.</li> </ul>
Zielgruppe:	Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber, Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer, Mitarbeiter der GV in/für Betriebsrestaurants und Kantinen.
Ziel:	Essenangebot verbessern/optimieren, Durchführung von Gesundheitsaktionen in den Unternehmen unter Einbeziehung der Kampagnen und Qualitätsstandards der DGE e. V. und Inanspruchnahme von qualifizierten und zertifizierten Ernährungsberaterinnen/Ernährungsberater.
Ansprechpartner:	DGE e. V. Sektion M-V, Simone Gladasch

<b>Projektname:</b>	<b>„Netzwerk KMU-Kompetenz“</b>
Thema:	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Zielgruppenbereich:	Unternehmen mit 100-500 Beschäftigten
Förderung:	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Projektträger:	AOK M-V
Projektpartner:	INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit)
Zielgruppe:	Unternehmerinnen/Unternehmer, Personalverantwortliche, Betriebsräte, Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer
Ziel:	Vermittlung von Handlungskompetenz zur Steigerung von Arbeitssicherheit, Gesundheit, Mitarbeiterengagement und Arbeitsqualität
Ansprechpartner	AOK M-V, Jörg Hinz

<b>Projektname:</b>	<b>„Länderübergreifendes AOK- INQA- Kompetenznetzwerk“</b>
Thema:	Gesundheitsmanagement in Unternehmen
Zielgruppenbereich:	Betriebe von 100 bis 500 Beschäftigten
Projektträger:	AOK M-V
Projektpartner:	Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) Arbeitgeberverbände Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) Berufsgenossenschaften (BG) Klein- und mittelständische Unternehmen (KMU)- Partnerbetriebe
Zielgruppen:	Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer Arbeitnehmer 50+ Arbeitgeber
Ziel:	Nutzung von Synergieeffekten aus einzelnen Teilnetzwerken Vermittlung von Handlungskompetenz zur Steigerung von Arbeitssicherheit, Gesundheit, Mitarbeiterengagement und Arbeitsqualität in Unternehmen mit 100 bis 500 Beschäftigten
Ansprechpartner:	AOK M-V, Jörg Hinz

<b>Projektname:</b>	<b>„Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“</b>
Thema:	Stressreduktion Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern Gesundheitliche Prävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung
Zielgruppenbereich:	Angestellte des öffentlichen Dienstes
Förderung:	finanzielle Unterstützung in der Analysephase, z. B. bei der Berichterstellung, personelle Unterstützung in der aktiven Umsetzungsphase
Projektträger:	DAK zusammen mit den Arbeitgebern
Projektpartner:	Hanse - Klinikum Stralsund DRVB Stralsund Kreiskrankenhaus Demmin Landkreis Uecker - Randow Landkreis Demmin Senat Rostock Landkreis Ludwigslust Stadtverwaltung Neubrandenburg
Zielgruppe:	Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber
Ziel:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senkung des Krankenstandes</li> <li>- Stressreduzierung bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern</li> <li>- Verbesserung der Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern</li> <li>- Gesundheitliche Prävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung</li> </ul>
Ansprechpartner:	DAK, Andrea Bastek

<b>Projektname:</b>	<b>„Gesundheit am Arbeitsplatz“</b>
Thema:	1. „Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb“ 2. „Leitfaden für Betriebsbesuche zur Erkundung betrieblicher Gesundheitspolitik“
Zielgruppenbereich:	kleine und mittlere Betriebe
Förderung:	Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord)
Projektträger:	Karl-Heinz Köpke
Projektpartner:	Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord)
Zielgruppe:	Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer, Sozialversicherungsträger
Ziel:	1. - Überwindung bzw. Behebung von einschränkenden Bedingungen - Verbesserung der Erwerbsfähigkeit - Effektivere Gestaltung zwischen Prävention und Rehabilitation - Anregung für präventive Maßnahmen geben - verstärkte präventive Ausrichtung der Politik der Rentenversicherungsträger 2. - Förderung der Gestaltung betrieblicher Gesundheitspolitik - Optimierung der Zusammenarbeit von Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und Arbeitsschutz
Ansprechpartner:	DRV Nord, Karl-Heinz Köpke

## Anlage 5

Landesprogramme

Name	Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“
Zielgruppe	Seniorinnen und Senioren
Ziel:	Die im Landesprogramm aufgeführten Maßnahmen sollen dazu beitragen, älteren Menschen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in Mecklenburg-Vorpommern zu ermöglichen, die gesellschaftliche Integration der älteren Generation zu gewährleisten und die Partizipationsmöglichkeiten weiter zu verbessern. Darüber hinaus soll die Solidarität zwischen den Generationen gefördert werden.
Inhalt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbesserung der Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement,</li> <li>2. Schaffung von Angeboten auf den Gebieten Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie Aufbau von Netzwerken zu deren Vernetzung,</li> <li>3. Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben,</li> <li>4. Schaffung von Anreizen zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung älterer Menschen,</li> <li>5. Schaffung eines altengerechten Wohnumfeldes,</li> <li>6. Verbesserung der objektiven Sicherheit und des subjektiven Sicherheitsbefindens und</li> <li>7. Erschließung von Möglichkeiten für „Lebenslanges Lernen“.</li> </ol>
Federführung	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zeitraum	Seit 2006
Kooperationspartner:	Landessenorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V. und Landesring Mecklenburg-Vorpommern des Deutschen Seniorenringes e. V.
Info	Ministerium für Soziales und Gesundheit: www.sozial-mv.de (Broschüre: Sozialministerium 2006)

Name	<b>Landesprogramm „Demokratie und Toleranz - gemeinsam stärken“</b>
Zielgruppe	Das Programm richtet sich an Politikerinnen und Politiker der Kommunen und des Landes sowie Beschäftigte öffentlicher Einrichtungen, die durch ihr Agieren wesentliche Rahmenbedingungen setzen, an politische Parteien, an die Kirchen, Vereine, Verbände sowie Gremien der Wirtschaft, Kultur und Wissenschaft und Einwohnerinnen und Einwohner, die ihren Beitrag leisten wollen.
Ziel:	Entwicklung von Strategien und Maßnahmen, die Personen sensibilisieren, aktivieren und befähigen, sich in ihrem persönlichen und beruflichen Umfeld in zivilgesellschaftliche und demokratie-stärkende Prozesse einzubringen und diese zu gestalten, Verbesserung der Rahmenbedingungen für demokratisches Engagement und Zurückdrängung der Einflüsse rechtsextremer Aktivitäten
Inhalt	Entwicklung integrierter lokaler Strategien / lokale Aktionspläne; Modellprojekte zur Demokratieerziehung; Aufbau von Beratungsstrukturen (Einrichtung von Regionalzentren)
Federführung	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zeitraum	Laufendes Programm, Programmverabschiedung durch den Landtag 2006
Kooperationspartner:	Alle Ressorts, insbesondere Innenministerium, Landeszentrale für politische Bildung, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Finanzministerium, Staatskanzlei, Träger von demokratie-stärkenden Maßnahmen
Info	Ministerium für Soziales und Gesundheit

Name	<b>Kinder- und Jugendprogramm</b>
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Ziel:	Die Lebensverhältnisse und Perspektiven für Kinder und Jugendliche sind zu verbessern. Jedes Kind und jeden Jugendlichen in seiner Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu fördern und Chancengerechtigkeit zu gewährleisten.
Inhalt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Kinder sollen optimal gefördert werden und gesund aufwachsen.</li> <li>2. Die Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern sollen zu zukunftsfähigen, frühkindlichen Bildungsstätten und zu Orten einer gesunden Lebensweise entwickelt werden.</li> <li>3. Schülerinnen und Schüler sollen bei dem verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit unterstützt werden und sowohl die aktive Gesundheitsaufklärung als auch die Drogen- und Suchtprävention sollen verstärkt werden.</li> <li>4. Junge Menschen sollen für die Belange von Sicherheit und Gesundheit sensibilisiert und Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erlangung einer gesundheitlichen Kompetenz entwickelt werden.</li> <li>5. Im Freizeitbereich sollen Gesundheitsressourcen gestärkt und Gesundheitsrisiken gemindert werden.</li> </ol>
Federführung	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zeitraum	Seit Juni 2006 bis zur Mitte der Legislatur, danach Fortschreibung
Kooperationspartner:	Akteure der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit
Info	Broschüren: Ministerium für Soziales und Gesundheit: Kinder- und Jugendprogramm der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern 2006 <a href="http://www.sozial-mv.de">www.sozial-mv.de</a>

Name	<b>Gesundheitsziele Mecklenburg-Vorpommern - Chancengleich gesund aufwachsen -</b>
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Ziel:	Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche zur Bündelung der Aktivitäten der Akteure
Inhalt	<p>Gemeinschaftliche Verabschiedung von 10 Gesundheitszielen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entwicklung von Bewegungsangeboten zur Reduzierung des Bewegungsmangels</li> <li>2. Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens zur Reduzierung von Fehlernährung</li> <li>3. Stärkung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung</li> <li>4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention in den Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen</li> <li>5. Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter</li> <li>6. Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen</li> <li>7. Steigerung der Beteiligung an den Impfungen</li> <li>8. Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Kindes- und Jugendalter</li> <li>9. Verbesserung der Behandlung und Betreuung von chronisch (allergie-) kranken Kindern</li> <li>10. Verbesserung der Säuglingsgesundheit und Senkung der Frühgeburtenrate</li> </ol>
Federführung	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zeitraum	seit 2003
Kooperationspartner:	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e. V., Akteure in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung
Info	<p>Broschüren:  Landesvereinigung für Gesundheitsförderung - Chancengleich gesund aufwachsen; <a href="http://www.lvg-mv.de">www.lvg-mv.de</a>  Ministerium für Soziales und Gesundheit: Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Mecklenburg-Vorpommern 2006  <a href="http://www.sozial-mv.de">www.sozial-mv.de</a></p>

Name	<b>Konzeption zur Förderung der Integration von Migrantinnen und Migranten in Mecklenburg-Vorpommern</b>
Zielgruppe	alle am Integrationsprozess beteiligten Personen und Institutionen, Migrantinnen und Migranten, einheimische Bevölkerung
Ziel:	Schaffung von Rahmenbedingungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten in allen Lebensbereichen und deren aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben
Inhalt	<p>Förderung der Integration in den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Partizipation und gesellschaftliches Engagement von Migrantinnen und Migranten,</li> <li>- Familie, Frauen, Kinder und Jugendliche,</li> <li>- vorschulische und schulische Bildung und Erziehung,</li> <li>- Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung,</li> <li>- Eingliederung in den Arbeitsmarkt und berufliche Selbständigkeit,</li> <li>- Seniorenarbeit und Altenhilfe,</li> <li>- Wohnen,</li> <li>- Gesundheit,</li> <li>- Kultur und Sport</li> <li>- und Religion.</li> </ul>
Federführung	Ministerium für Soziales und Gesundheit
Zeitraum	seit 2006
Kooperationspartner	Ressorts der Landesregierung, Landesintegrationsbeirat
Info	<p>Broschüren:  Ministerium für Soziales und Gesundheit:  Integration von Migrantinnen und Migranten in Mecklenburg-Vorpommern - Leitlinien und Konzeption, 2006</p>

**Anlage 6****Instrumente zur Evaluation**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat international und national bewährte Ansätze zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zusammengetragen und für die Veröffentlichung im Landesaktionsplan zur Verfügung gestellt.

Unabhängig vom konzeptionellen Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention geht es um die sieben zentralen W - Fragen:

- ⇒ Was sind die Ausgangsbedingungen? (Situationsanalyse)
- ⇒ Was soll erreicht werden? (Ziele)
- ⇒ Wie kann es erreicht werden? (Interventionskonzept)
- ⇒ Wer arbeitet (mit welcher Qualifikation) mit? (Personal)
- ⇒ Wer unterstützt das Vorhaben? (Kooperationen)
- ⇒ Wie wird die (Teil-) Zielerreichung überprüft? (Evaluation)
- ⇒ Wie gehen die Ergebnisse in die Weiterentwicklung ein? (Qualitätsentwicklung)

**Internationale Beispiele:****EQHIP: European Quality Instrument for Health Promotion**

- ⇒ Konsensusprojekt der europäischen Gesundheitsförderungs-Agenturen (2005 bis 2006),
- ⇒ Zweck: Projektbeantragung und -bewertung, Selbstevaluation,
- ⇒ [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action1/docs/2003\\_1\\_15\\_a10\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf).

**PREFFI 2.0: Health PRomotion EEffectiveness Fostering Instrument**

- ⇒ Entwicklung 1994 – 2003, Einführung ab 2000,  
inzwischen von einem erheblichen Teil der Projekte in den Niederlanden genutzt,
- ⇒ Zweck: Selbstevaluation, Projektbeantragung,
- ⇒ [http://www.nigz.nl/index\\_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54](http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54).

**quint-essenz.ch (Schweiz)**

- ⇒ Entwicklung seit Mitte der 90er-Jahre, heute weit verbreitetes Instrumentarium in der Schweiz,
- ⇒ Zweck: Projektentwicklung, Selbstevaluation, Projektprüfung für Finanzierungsentscheidungen,
- ⇒ [www.quint-essenz.ch/de](http://www.quint-essenz.ch/de).

## **Beispiele aus Deutschland:**

### **Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe**

- ⇒ Materialienreihe des BMFSFJ entwickelt von Dr. Wolfgang Beywl u. a., Institut für Evaluation „Univation“, zur Qualitätssicherung für Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, seit 1996 verfügbar,
- ⇒ Zweck: Entwicklung für internes Qualitätsmanagement, Selbstevaluation,
- ⇒ [www.univation.org](http://www.univation.org).

### **Referenzrahmen Schulische Gesundheitsförderung**

- ⇒ entwickelt durch Prof. Peter Paulus u. a., Universität Lüneburg, Institut für Psychologie (2005 bis 2006), mit und für die AG 1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit,
- ⇒ Zweck: Projektentwicklung auf dem Weg zur „gesunden Schule“, Standortbestimmung für Schulen.

### **Leitfaden der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u. 2 SGB V**

- ⇒ Entwicklung des Leitfadens seit 2000 durch Expertengruppen der Spitzenverbände der Krankenkassen als ausführlicher fachlicher Begründungsrahmen und Kriterienkatalog für drei Felder: (1) Individualansatz, (2) Betriebe und (3) Settings allgemein,
- ⇒ Zweck: Standard für kriteriengeleitete Finanzierungsentscheidungen der Krankenkassen, Qualitätsleitfaden für Fachkräfte der Kassen in projektbegleitenden Steuerkreisen.

### **Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

- ⇒ Ergänzend zu den prioritären Handlungsfeldern des Leitfadens haben die Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossen, Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln,
- ⇒ Zweck: Orientierung an messbaren Zielen in der betrieblichen und außerbetrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung für 2008 bis 2009.

**QIP - Qualität in der Prävention**

- ⇒ QIP wurde von der BZgA und am Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf unter Leitung von Prof. Koch (2003 bis 2006) entwickelt als evidenzgestütztes Informationssystem zum Qualitätsmanagement und zur strukturierten, reviewerbasierten Begutachtung von Projekten,
- ⇒ Zweck: externe Qualitätssicherung und Beratung von Projekten, Versorgungsanalyse in untersuchten Präventionsfeldern.

## Anlage 7

**Literaturverzeichnis**

**Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Dgvt-Verlag, Tübingen.

**Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006):** Leitfaden Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.

**Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2007):** Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen, Lausitzer Druck- und Verlagshaus, Bautzen.

**Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Paul-Ehrlich-Institut, Robert Koch-Institut, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2007):** Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

**Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008):** Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 1, 2008, [www.bmelv.de](http://www.bmelv.de).

**Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (2008):** Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte, [www.bvprävention.de](http://www.bvprävention.de).

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003):** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

**Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2008),** Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung, [www.jobundfit.de](http://www.jobundfit.de).

**Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670 (2005):** Unterrichtung durch die Bundesregierung, Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.

**Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V (2007):** Gesundheitsziele im Föderalismus - Programme der Länder und des Bundes, nanos Verlag.

**Göpel, E.; Schubert-Lehnhardt, V. (2004):** Kommunale Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, nanos Verlag.

**Heinze, R.; Hilbert, J. u. a. (2006):** Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010, [www.gesundheitswirtschaft-mv.org](http://www.gesundheitswirtschaft-mv.org).

**Institut für Therapieforschung München (2008):** Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD), [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

**John, U.; Meyer, C.; Ulbricht, S.; Schumann, A.; Freyer-Adam, J.; Hapke, U.; Rumpf, H.-J.; Bischof, G.; Grothues, J. & Thyrian, J. R. (2007):** Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Förderung der Intention zur Änderung gesundheitsriskanten Verhaltens, Medizinische Klinik, 102, 33-36.

**Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union** in der Fassung von Januar 2007, Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung, [www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de](http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de).

**Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006):** Gesundheitsberichterstattung des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern, Druckhaus Panzig, Greifswald.

**Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2004):** Gesundheitsziele, Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern, Obotritendruck GmbH, Schwerin.

**Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006):** Landesaktionsplan zur Suchtprävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern, Ostsee Druck Rostock GmbH, Rostock.

**Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2006):** Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Obotritendruck GmbH, Schwerin.

**Robert Koch-Institut (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).

**Schaarschmidt, U.; Arold, H.; Kieschke, U.; Heitzmann, B. Ksienzyk, B.; Spörer, N. (2003):**

Die Beanspruchungssituation von Lehrerinnen und Lehrern in Mecklenburg-Vorpommern, unveröff. Manuskript, Potsdam: Abteilung Persönlichkeits- und Differentielle Psychologie des Institutes für Psychologie der Universität Potsdam.

**Schneider, Wolfgang (2006):** Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen, „Psychotherapeut“, Heft 6.

**Schnabel, Peter-Ernst (2007):** Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren; Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Handelns, Juventa Verlag, Weinheim und München.

**Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2007):** Statistische Berichte, 3. Landesprognose (Basisjahr 2005) vom 19. April 2007 - Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2020.

**Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2007):** Statistische Berichte, Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern.

**Völzke, H.; Alte, D.; Neuhauser, H.; Moebus, S.; Löwel, H.; Kohlmann, Th.; Hoffmann, W.; Biffar, R.; John, U. (2007):** Risikopopulation Vorpommern, „Wissenschaft und Forschung“, Ausgabe 2, 2007.

**Walter, Ulla (2002, 2003):** Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland, [www.mh-hannover.de](http://www.mh-hannover.de).