



Landesgesundheitskonferenz NRW

Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität.

Aktualisierte Handlungsgrundlage.

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des
Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 02 11/31 01-0
Telefax 02 11/31 01-11 89
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Redaktion

Wolfgang Werse, LIGA.NRW
Monika Nellen im Auftrag des MAGS.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Die Aktualisierung des Handlungskonzeptes erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Lenkungsgruppen der Landesinitiativen. Insbesondere sind hier zu nennen:

Dr. Andrea Icks, Sabine Schindler-Marlow
(Ärztekammer Nordrhein),
Dr. Dagmar Starke (KV Nordrhein),
Dr. Heike Zimmermann (KV Nordrhein),
Dr. Rüdiger Butz (Zahnärztekammer Nordrhein),
Karl-Josef Steden (AOK Westfalen-Lippe),
Thomas Wagemann (BKK-LV NRW),
Karin Franke (ginko Mülheim) sowie
PD Dr. Dr. Christine Graf
(Deutsche Sporthochschule Köln).

Layout: LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des LIGA.NRW.

Düsseldorf, März 2009

Inhalt

1. Einführung	5
1.1. Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen und die Strukturen ihrer Zusammenarbeit	5
1.1.1. Landesgesundheitskonferenz und Vorbereitender Ausschuss	5
1.1.2. Kommunale Gesundheitskonferenzen.....	6
1.1.3. Gesundheitsberichterstattung	6
1.1.4. Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 2005 bis 2010.....	6
1.1.5. Umsetzung der Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung, der primären und sekundären Prävention.....	7
1.2 Struktur und Grundlagen des Landespräventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen	7
1.2.1. Landesinitiativen	7
1.2.2. Lenkungsgruppen.....	8
1.2.3. Arbeitsgruppen.....	8
1.2.4. Inhalte und Umsetzungswege	8
1.2.5. Übergreifende Grundlagen und Begriffsbestimmungen	9
1.2.6. Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen	11
1.2.7. Weitere Partner und deren Aufgabenbereiche	11
2. Landesinitiativen	12
2.1. Leben ohne Qualm (LoQ)	12
2.1.1. Ausgangslage	12
2.1.2. Zur Epidemiologie und Datenlage.....	12
2.1.3. Präventionsziele.....	14
2.1.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven.....	14
2.1.5. Finanzierung	16
2.1.6. Koordination	16
2.2. Gesundheit von Mutter und Kind	17
2.2.1. Ausgangslage	17
2.2.2. Zur Epidemiologie und Datenlage.....	18
2.2.3. Präventionsziele.....	20
2.2.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven.....	20
2.2.5. Finanzierung	21
2.2.6. Koordination	21

2.3. Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter	23
2.3.1. Ausgangslage	23
2.3.2. Zur Epidemiologie und Datenlage.....	23
2.3.3. Präventionsziele.....	25
2.3.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven.....	26
2.3.5. Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung.....	27
2.3.6. Finanzierung	28
2.3.7. Koordination	28
2.4. Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung bei Seniorinnen und Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität	29
2.4.1. Ausgangslage	29
2.4.2. Zur Epidemiologie und Datenlage.....	29
2.4.3. Präventionsziele.....	30
2.4.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven.....	30
2.4.5. Finanzierung	31
2.4.6. Koordination	31
2.5. Erweiterung der Landesinitiativen durch weitere Beiträge der Präventionsträger	33
2.5.1. Grundsätze.....	33
2.5.2. Vorläufige Kriterien für Maßnahmen der Primärprävention	33
2.5.3. Verfahren.....	34
2.6. Weitere Initiativen	34
3. Präventionsberichterstattung	35
3.1. Aufgaben und Umsetzung	35
3.2. Online-Datenbank gesundheitsfördernder und präventiver Projekte in Nordrhein-Westfalen	37
4. Literatur	38

Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen

– eine Investition in Lebensqualität –

1. Einführung

Ziel der Landesgesundheitspolitik Nordrhein-Westfalens im Bereich der Gesundheitsförderung ist es seit Jahren, die vielfältigen Ansätze der Gesundheitsberatung, -aufklärung, -erziehung und der gesundheitlichen Prävention zu bündeln und umzusetzen. Gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens werden prioritäre Ziele und Handlungsstrategien vereinbart.

Konzepte und Aktivitäten werden auf der Basis gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt. Diesen liegen Daten aus der Gesundheitsberichterstattung¹ sowie Expertenwissen und Gutachten, z.B. zur besseren Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Zielgruppen², zugrunde. Standards aus den Bereichen der geschlechterdifferenzierten Betrachtung³ und des Gender Mainstream sowie Kriterien des »Leitfaden Prävention«⁴ oder Erfahrungen im Zusammenhang mit praxiserprobten Modellen oder Wettbewerbsbeiträgen (z.B. »Gesundes Land Nordrhein-Westfalen«) werden bei der Ermittlung von Handlungsbedarf und bei der Entwicklung aller Maßnahmen berücksichtigt.

Die Handlungsgrundlage für das »Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – Eine Investition in Lebensqualität«, das im Jahr 2005 durch die Entschließung der **14. Landesgesundheitskonferenz** verabschiedet wurde, wird nunmehr in einer aktualisierten und erweiterten Form vorgelegt. Durch das Präventionskonzept werden im Rahmen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen Schwerpunkte in zunächst vier Landesinitiativen gesetzt.

Im Folgenden wird die Struktur der Zusammenarbeit der Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen in diesem Feld beschrieben, daran anschließend der jeweils aktuelle Stand bei der Umsetzung der Landesinitiativen dargestellt.

1.1. Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen und die Strukturen ihrer Zusammenarbeit

Durch die Landesgesundheitskonferenz (LGK) wurde 1991 eine neue Kultur gemeinsamen Handelns und der Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen begründet. Inzwischen hat sich daraus eine tragfähige Struktur für Koordination, Abstimmungen und institutionsübergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen entwickelt.

1.1.1. Landesgesundheitskonferenz und Vorbereitender Ausschuss

Ziele der Landesgesundheitskonferenz und der gemeinsamen Beratungen sind zum Beispiel:

- Beratung gesundheitspolitischer Fragen von übergreifender Bedeutung und zur gesundheitspolitischen »Weichenstellung«,
- Verabschiedung von Entschlüssen und Selbstverpflichtung zur Umsetzung,
- Abstimmung von Zusammenarbeit, gemeinsamer Zielfindung und bereichsübergreifender Versorgung und
- Vereinbarung von Umsetzungskonzepten.

Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz (LGK) sind:

- Sozialversicherungsträger,
- Verfasste Ärzte- und Zahnärzteschaft,
- Psychotherapeuten,
- Apotheker,
- Krankenhausgesellschaft,
- Arbeitgeber und Gewerkschaften,
- Wohlfahrtsverbände,
- Kommunale Spitzenverbände,
- Landschaftsverbände,
- Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des

1 Vgl.: Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die KIGGS-Studie des RKI und Publikationen des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (ehemals Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW)

2 Vgl.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Bonn 2005

3 Vgl.: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW: Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004

4 »Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V«, Stand: 02. Juni 2008 – http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf, Zugriff am 20.02.2009

Patientenschutzes,
 → Gesundheitliche Selbsthilfe,
 → Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA NRW), insbesondere in der Funktion als »fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst« mit Beratungs- und Unterstützungsauftrag.
 Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) tagt mindestens ein Mal im Jahr unter dem Vorsitz des Landesgesundheitsministers.
 Arbeitsausschuss und damit auch beratendes Forum der LGK ist ihr Vorbereitender Ausschuss (VA), dessen Teilnehmer durch die Mitgliedsorganisationen der LGK benannt werden. Bei Bedarf kann der VA zusätzlich externe Kompetenz zu Rate ziehen. Beratungsanlässe und Empfehlungen werden vor der Entschließung in der LGK durch diesen Ausschuss vorbereitet⁵.

1.1.2. Kommunale Gesundheitskonferenzen

Spiegelbildliche Strukturen wurden auf kommunaler Ebene durch die flächendeckende Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK)⁶ geschaffen. Die Geschäftsführung obliegt den unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämtern), zu deren Aufgaben auch die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung gehört. Die Mitglieder der KGK stammen – analog zur LGK – ebenfalls aus den Bereichen der Leistungsträger und -anbieter, der Kostenträger, Selbsthilfegruppen usw. Auch die KGK hat die Möglichkeit, externen Sachverstand hinzuzuziehen. Ihre Ziele und Aufgaben entsprechen grundsätzlich den Landeszielen. Die Festsetzung der jeweiligen kommunalen Arbeitsschwerpunkte resultiert aus den vor Ort vorhandenen Themen und dem sich daraus ergebenden Bedarf. Die unteren Gesundheitsbehörden werden bei ihren Koordinierungsaufgaben und beim Management der KGK durch das LIGA.NRW⁷ unterstützt. Durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sind sowohl die LGK als auch die KGK rechtlich normiert.

1.1.3. Gesundheitsberichterstattung

Ein wesentliches Instrument für gesundheitspolitische Diskussions- und Entscheidungsprozesse und dadurch auch eine Grundlage für die Gestaltung von Beratungsanlässen der Gesundheitskonferenzen ist die Gesundheitsberichterstattung (GBE). Die GBE beschreibt und bewertet den Gesundheitszustand der Bevölkerung und den Stand ihrer gesundheitlichen Versorgung. Durch die GBE wird die bestehende Situation dargestellt und analysiert. Sie liefert die Grundlagen zur Festlegung politischer Prioritäten und realistischer Ziele.
 Der Stellenwert der GBE in Nordrhein-Westfalen muss im besonderen Zusammenhang mit der Rolle und dem Selbstverständnis der LGK gesehen werden. Das Gesundheitsministerium hat im Mai 2007 ein Konzept für eine Weiterentwicklung der Landes-Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen auf den Weg gebracht, das vom Vorbereitenden Ausschuss der LGK mitgetragen wird (Konzept der Landesgesundheitsberichterstattung NRW, www.liga.nrw.de).
 In Nordrhein-Westfalen ist unter anderem das LIGA.NRW in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsberichterstattung im Auftrag des MAGS.NRW tätig.

1.1.4. Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 2005 bis 2010

Die Gesundheitsziele sind inhaltlich und organisatorisch eng mit der LGK, ihren Arbeitsgremien und mit dem Landespräventionskonzept verbunden.
 Nach der Auswertung der Erfahrungen des ersten Gesundheitszielezeitraums⁸ verabschiedete die 13. Landesgesundheitskonferenz unter der Überschrift »Kontinuität und Innovation« 2004 die »Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 2005 bis 2010«. Das Konzept besteht aus je fünf struktur- und krankheitsbezogenen Zielen, die auf der Grundlage besonderer Relevanz⁹ definiert wurden. Insbesondere das übergreifende Ziel »Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen« wird durch das Landespräventionskonzept und die ersten vier Landesinitiativen konkretisiert.

5 Weitere Informationen unter: www.gesundheit.nrw.de; Gesundheitsportal; LGK NRW

6 Weitere Informationen z.B. unter: www.liga.nrw.de; Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein-Westfalen)

7 LIGA.NRW: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, ehemals Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) und Landesanstalt für Arbeitsschutz (LAFa)

8 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 1995 bis 2005: Eine Bestandsaufnahme. Hrsg.: Ministerium für Gesundheit und Arbeit NRW. Bielefeld: Iögd 2005

9 Vgl.: Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010: Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Hrsg.: MAGS.NRW. Bielefeld: Iögd 2005

1.1.5. Umsetzung der Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung, der primären und sekundären Prävention

Angesichts demografischer Entwicklungen und des damit einhergehenden Anstiegs von vermeidbaren chronischen Erkrankungen kommt allen Maßnahmen im Umfeld früher Prävention eine größere Bedeutung zu. Dringend erforderlich ist es deshalb, die gewachsene Schwerpunktsetzung in den Bereichen der kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung um ein tragfähiges Fundament von Gesundheitsförderung und Prävention zu ergänzen, das in und für alle Versorgungsbereiche Bedeutung hat.

Diese Aktivitäten sollten frühzeitig einsetzen und miteinander verzahnt werden. Da in dem gesamten Umfeld verschiedene berufliche Disziplinen und Leistungsbereiche betroffen sind, ist ein abgestimmtes und an quantifizierbaren Zielen ausgerichtetes Handeln in Schwerpunktbereichen und in verschiedenen Ebenen erforderlich. Dabei ist es unerheblich, ob die einzelnen Maßnahmen aus dem Bereich der Verhaltens- oder Verhältnisprävention, der primären oder sekundären Prävention stammen, sofern sie zum Erreichen der jeweiligen Ziele beitragen.

Eine verbindliche Vereinbarung von hohen Qualitätsanforderungen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evidenzbasierung von Gesundheitszielen auf der Basis von Bedarfsermittlung, Wirksamkeit und Relevanz, die Partizipation und das Empowerment der Zielgruppen sowie die gegenseitige Akzeptanz aller Beteiligten zählen zu den wesentlichen Voraussetzungen für den Erfolg der Maßnahmen.

Eine Konzentration auf die Bedürfnisse von sozial benachteiligten Zielgruppen ist erforderlich. Diese haben einen niedrigen sozio-ökonomischen Status, können nicht an allen gesundheitlichen Angeboten teilhaben und sind erfahrungsgemäß in einem geringeren Maß für gesundheitliche Gefährdungen sensibilisiert. Sie haben auch einen erschwerten Zugang zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Der auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Zugang über Setting-Maßnahmen hat sich für diese Gruppen als Erfolg versprechend erwiesen. Hier richtet sich die Gesundheitsförderung nicht an einzelne Menschen, sondern an ein gesamtes System, eine Organisation wie z.B. einen Kindergarten oder eine Schule, die mit einbezogen werden. Unter aktiver Beteiligung

aller Betroffenen werden Gesundheitspotenziale und -risiken ermittelt sowie Veränderungen angeregt und unterstützt.

In Nordrhein-Westfalen wird aus diesem Grund beispielsweise das 1. Strukturziel¹⁰. »Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention« unter Berücksichtigung von fünf Teilzielen angestrebt:

- Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrukturen entwickeln und stärken,
- Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Settings (bzw. Lebenswelten) aufbauen,
- lebensstilbedingte Gesundheitsrisiken und chronische Krankheiten durch Prävention senken,
- betriebliche Gesundheitsförderung stärken,
- Früherkennung weiterentwickeln und Akzeptanz in der Bevölkerung für eigene Gesundheitsverantwortung, Vorsorge und Früherkennung verbessern.

1.2. Struktur und Grundlagen des Landespräventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen

In Zusammenarbeit der genannten Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen und unter Nutzung der beschriebenen Strukturen ist das Präventionskonzept ein zentrales Instrument zur Umsetzung der im Land beschlossenen Gesundheitsziele. Die Umsetzung des Präventionskonzeptes erfolgt auf der Basis einer Handlungsgrundlage, die im Juni 2006 vom Vorbereitenden Ausschuss der LGK verabschiedet worden ist. Die vorliegende Schrift aktualisiert, ergänzt und ersetzt die Fassung vom 05.07.2006.

1.2.1. Landesinitiativen

Die 14. Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat am 7. Dezember 2005 einstimmig die EntschlieÙung »Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität« verabschiedet. Diese Initiative verfolgt das Ziel, in mehreren Schwerpunkten nachhaltig zum Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung beizutragen, und wird aktuell durch vier Landesinitiativen (LI) umgesetzt:

¹⁰ Vgl.: Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010: Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Hrsg.: MAGS.NRW. Bielefeld: Iögd 2005

- »Gesundheit von Mutter und Kind«,
- »Leben ohne Qualm«,
- »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« und
- »Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren«.

Eine sinnvolle Vernetzung der Landesinitiativen untereinander, wie beispielsweise der Landesinitiative »Leben ohne Qualm« und der Landesinitiative »Gesundheit von Mutter und Kind«, ist erwünscht und wird durch die Verantwortlichen angestrebt. Die konkreten Maßnahmen der Landesinitiativen werden durch Lenkungsgruppen vorbereitet.

1.2.2. Lenkungsgruppen

Für jede Landesinitiative wird eine Lenkungsgruppe (LG) gebildet, deren Mitglieder durch den Vorbereitenden Ausschuss (VA) bestimmt werden.

Über den Vorsitz einer Lenkungsgruppe, die Dauer des Vorsitzes und den jeweiligen Sitzungsmodus entscheiden der Vorbereitende Ausschuss oder dessen Mitglieder in der Lenkungsgruppe im Konsens. Mit dem Vorsitz einer Lenkungsgruppe sind organisatorische und koordinierende Aufgaben verbunden, wie zum Beispiel:

- Ausrichtung und Moderation der Beratungstreffen
- Einladungsverfahren und Vorschläge für Tagesordnungen
- Protokolle und Vorbereitung von Beratungsunterlagen für die LGK.

Die Lenkungsgruppen vereinbaren Ziele und erarbeiten konkrete Handlungsschwerpunkte auf der Basis des NRW-Zielekatalogs. Die Ergebnisse werden anschließend dem VA der LGK vorgestellt und bei Bedarf von diesem verabschiedet. Mit der Beschlussfassung im VA werden die Lenkungsgruppen autorisiert, wie vereinbart zu handeln und erforderliche Maßnahmen einzuleiten.

An den Lenkungsgruppen sind die Organisationen und Institutionen beteiligt, die finanziell oder durch geldwerte Leistungen zur Umsetzung der Landesinitiativen beitragen (Präventionsträger). Den Lenkungsgruppen können weitere Institutionen und Experten angehören, denen eine eher beratende Funktion zukommt. Die Lenkungsgruppen streben an, die Schwerpunkte des Handelns und Kriterien für die Aufnahme von Projekten

in die Landesinitiativen und ggf. deren Förderung¹¹ im Konsens zu vereinbaren. Die Entscheidung über die Art und Größenordnung einer Leistung bleibt den jeweiligen Präventionsträgern vorbehalten.

In den folgenden Beschreibungen der einzelnen Landesinitiativen werden jeweils der Vorsitz der Lenkungsgruppe und das Finanzierungskonzept aufgeführt.

1.2.3. Arbeitsgruppen

Die Lenkungsgruppen können darüber entscheiden, für die Bearbeitung einzelner Handlungsschritte bei Bedarf zusätzliche Arbeitsgruppen einzurichten (ad hoc oder langfristig eingesetzt). Die Arbeitsgruppen setzen sich aus Mitgliedern der Lenkungsgruppen und ggf. aus weiteren Experten zusammen.

1.2.4. Inhalte und Umsetzungswege

Die Handlungsschwerpunkte und die Grundlage der Arbeit der Landesinitiativen werden, wie zuvor beschrieben, durch den Vorbereitenden Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz festgelegt und in den Lenkungsgruppen konkretisiert.

Das Präventionskonzept konzentriert sich in seiner Arbeit auf Interventionsmaßnahmen für epidemiologisch relevante Krankheitsbilder.

Die Interventionsmaßnahmen und deren einzelne Elemente müssen so angelegt sein, dass eine Stigmatisierung von Zielgruppen verhindert wird¹².

Es wird jeweils geprüft, ob eine geschlechtsspezifische Ansprache und Intervention erforderlich ist.

Auch Zahnärztinnen und Zahnärzten fällt bei der allgemeinen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine wichtige Rolle zu und sie sind bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen des Präventionskonzeptes einzubeziehen, da es Zusammenhänge zwischen oralen Infektionen und Diabetes, Herzleiden, Schlaganfall, Atemwegserkrankungen und ungünstigem Schwangerschaftsausgang gibt.

Beispiele für Maßnahmenarten im Rahmen einer Landesinitiative und deren Finanzierung sind:

¹¹ Vgl.: Förderkriterien, Kapitel 2.5.2

¹² Vgl.: Förderkriterien, Kapitel 2.5.2

- Umsetzung neuer Konzepte, die durch die Lenkungsgruppen vorgeschlagen, erarbeitet oder beauftragt und nach Vereinbarung durch die Präventionsträger finanziert werden. Für die Finanzierung sind unterschiedliche Modelle möglich¹³;
- Übertragung erprobter Konzepte (»Modelle guter Praxis«) anderer Träger oder aus anderen Bundesländern, die nach Vereinbarung der Lenkungsgruppen zum Bestandteil der Landesinitiativen werden sollen und ggf. durch die Präventionsträger und/oder das Gesundheitsministerium finanziert werden;
- Maßnahmen und Projekte der Mitglieder der Lenkungsgruppen oder anderer Träger in deren Eigenverantwortung;
- Einzelprojekte auf kommunaler Ebene.

Die Anforderungen, die diese Projekte erfüllen müssen, werden von den jeweiligen Beteiligten in den Landesinitiativen bzw. Lenkungsgruppen festgelegt. Grundsätzliche Rahmenbedingungen und Kriterien werden in Kapitel 2.5. beschrieben.

Alle Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz bzw. der Lenkungsgruppen verfolgen zudem das Ziel, im Rahmen ihrer Einflussmöglichkeiten die Inhalte der Landesinitiativen und die Umsetzung auf kommunaler Ebene oder in Settings zu unterstützen und zu fördern.

Auch die kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen haben wichtige Steuerungsaufgaben bei der Planung und Umsetzung des Präventionskonzeptes. Durch diese Gremien ist es unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, lokalen Experten und Einrichtungen möglich, Betroffene adäquat, gezielt und in ihrem Lebensumfeld anzusprechen.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) unterstützt die inhaltliche und organisatorische Umsetzung des Landespräventionskonzeptes im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen¹⁴ (MAGS.NRW).

Strukturen, Methoden wie auch Inhalte des Landespräventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen entsprechen den Planungen und Entwicklungen, die im Rahmen der

Überlegungen zum Präventionsgesetz auch im Bund erfolgt sind.

1.2.5. Übergreifende Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Im Mittelpunkt des Präventionskonzeptes NRW stehen Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention. Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention kann das Bewusstsein der Bevölkerung für gesunde Lebensweisen geprägt werden. Durch sekundärpräventive Maßnahmen können Krankheiten in frühen Stadien beeinflusst und Folgeerkrankungen sowie Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung hinausgezögert oder verhindert werden. Da das Interesse der Bevölkerung an Präventionsangeboten häufig in Verbindung mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen steht, werden auch Maßnahmen der Sekundärprävention im Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen berücksichtigt.

Folgende Definitionen werden zugrunde gelegt: Unter **Primärprävention** werden gezielte Maßnahmen verstanden, die den Eintritt einer Erkrankung verhindern oder hinauszögern. Die Interventionen haben das Ziel der Gesunderhaltung von (noch) Gesunden. Sie sind entweder kausal mit der Verhütung einer bestimmten Krankheit verbunden (z.B. Schutzimpfung) oder sie tragen zur Verhütung von multifaktoriell bedingten Krankheiten bei (Aufklärung über gesunde Lebensweisen). Diese Maßnahmen sind überwiegend universell, d.h. ohne besondere Berücksichtigung von spezifischen Risiken ausgerichtet.

Unter **Sekundärprävention** werden Interventionen in frühen Stadien von Erkrankungen verstanden. Das Fortschreiten überwiegend symptomloser Vor- und Frühstadien von Erkrankungen wird durch Früherkennung und -behandlung aufgehalten. Durch geeignete Maßnahmen soll die Entwicklung einer manifesten Krankheit verhindert oder verlangsamt werden. Diesen Maßnahmen liegt eine selektive oder spezifische Sichtweise zugrunde, d.h. sie sind auf bestimmte Risikofaktoren ausgerichtet.

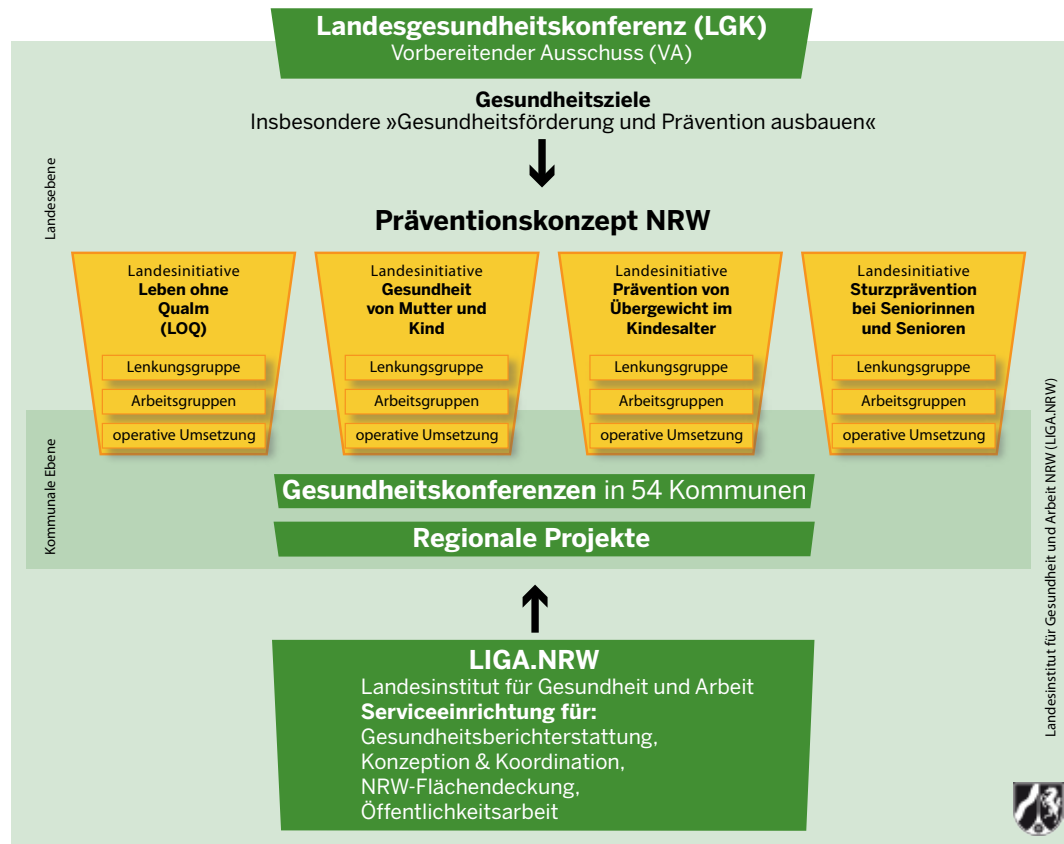
Durch die Kampagnen und Maßnahmen im Rahmen des Präventionskonzeptes NRW werden zunächst alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen angesprochen und informiert. Verhaltenspräventive Botschaften zielen dabei vor allem auf Veränderungen gesundheitsgefährdender Gewohnheiten und Lebensstile ab. Rahmenbedingungen und Lebensumstände können wiederum durch

¹³ Beispiele: Kostenübernahme durch einen Träger, anteilige Finanzierung durch mehrere oder alle Träger, Kostenübernahme durch Sponsoren oder »Patent«.

¹⁴ Schwerpunkte der Arbeit sind zurzeit die Präventionsberichterstattung, die Öffentlichkeitsarbeit (Internetseite »Präventionskonzept.nrw.de«), der Aufbau und die Pflege einer Online-Datenbank sowie die Koordination der Landesinitiative »Gesundheit von Mutter und Kind«.

Präventionskonzept NRW – eine Investition in Lebensqualität

Struktur und Akteure



begleitende und ergänzende verhältnispräventive Maßnahmen beeinflusst werden. Als Beispiel für das Ineinandergreifen von Verhältnis- und Verhaltensprävention sei hier das am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Nichtraucherschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (NiSchG NRW) genannt: Mit diesem Gesetz gilt in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens ein konsequentes Rauchverbot. Besonders Anliegen des Gesetzgebers war es, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Passivrauchens zu verbessern. So schafft das generelle Rauchverbot an Schulen gute Rahmenbedingungen für die Landesinitiative »Leben ohne Qualm« (LoQ). Unterschiedliche gesellschaftliche Gruppierungen haben verschiedene Lebensstile und Gewohnheiten, deshalb müssen sie ebenso differenziert angesprochen werden. Durch das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen werden aus diesem Grund sowohl geschlechtsspezifische Besonderheiten, die Bedürfnisse von Menschen aus sozial

benachteiligten Gruppen sowie von Migrantinnen und Migranten¹⁵ berücksichtigt.

Interventionsstrategien werden entsprechend zielgruppenspezifisch konzipiert. Angebote sollen auch beide Geschlechter erreichen. Hierauf wird bei der Konzeption und auch bei der späteren Umsetzung geachtet. Zu weiteren übergreifenden Grundsätzen des Landespräventionskonzeptes gehört es, nach einer Bedarfsermittlung und Sachstandserhebung insbesondere die Maßnahmen zu fördern, die definierten Qualitätskriterien genügen. Sie sollen übertragbar sein und ein flächendeckender Einsatz soll ermöglicht werden. Einzelvorhaben tragen leicht zu einem unübersichtlichen »Flickenteppich« bei und können Transparenz oder Vernetzung behindern.

¹⁵ Hierzu bedarf es weiterer, z.B. interkultureller Kompetenz, die bei den Planungen auf Landesebene und bei den Konkretisierungen und Umsetzungen vor Ort einfließen muss.

1.2.6. Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen

Die Aktivitäten des Kooperationsverbunds »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (Regionaler Knoten NRW) sollen künftig verstärkt mit dem Präventionskonzept verzahnt werden. Der Kooperationsverbund wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Ziel initiiert, die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung zu stärken, die Vernetzung und Strukturbildung zu unterstützen, die Qualitätsentwicklung zu fördern und Wissensressourcen zur Verfügung zu stellen.

In Nordrhein-Westfalen wird der Kooperationsverbund im Regionalen Knoten vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) getragen.

Die Einbindung des Regionalen Knotens NRW bedeutet für das Präventionskonzept u.a.:

- Mehr Transparenz und Austausch über Entwicklungen und Projekte in Nordrhein-Westfalen
- wechselseitige Nutzung von Datenbankstrukturen
- Nutzung von Entwicklungen in anderen Bundesländern und regelmäßige Abstimmung mit Initiativen bundesweiter Reichweite und
- Verstärkung des Blicks auf zielgruppenspezifische Maßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen.

Weitere Hinweise unter

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>.

1.2.7. Weitere Partner und deren Aufgabenbereiche

Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

Obwohl nicht Teil des Präventionskonzeptes sind die »Landesinitiative Gesundes Land NRW« (ehemals »Projektverbund Gesundes Land NRW«) und der damit einhergehende »Gesundheitspreis NRW«¹⁶ eng mit dem Präventionskonzept verbunden. Durch innovative Projekte soll das Gesundheitswesen weiterentwickelt und die Umsetzung von Gesundheitszielen gefördert werden.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) unterstützt die inhaltliche und organisatorische Umsetzung des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen: Schwerpunkte der Arbeit sind derzeit die

Präventionsberichterstattung, die Öffentlichkeitsarbeit (Internetseite www.praeventionskonzept.nrw.de), der Aufbau und die Pflege einer Online-Datenbank und die Koordination der Landesinitiative »Gesundheit von Mutter und Kind«.

Das LIGA.NRW ist ein Zusammenschluss des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) und der Landesanstalt für Arbeitsschutz (LArA), der am 1. Januar 2008 erfolgt ist. Das Institut berät und unterstützt die Landesregierung, die Behörden und Einrichtungen des Landes sowie die Gemeinden und Gemeindeverbände in Fragen der Gesundheit, der Gesundheitspolitik sowie der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt. Weitere Informationen finden sich unter www.liga.nrw.de.

Die ginko-Stiftung für Prävention in Mülheim an der Ruhr arbeitet seit 1983 als Landeskoordinierungsstelle für suchtvorbeugende Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen. ginko hat die Aufgabe der operativen Tätigkeiten im Rahmen der Landesinitiative »Leben ohne Qualm« (LoQ). Hierzu gehören die Betreuung der Webseite und die Öffentlichkeitsarbeit von LoQ, die Organisation und Durchführung von Maßnahmen und Wettbewerben.

In den Lenkungsgruppen oder deren Arbeitsgruppen arbeiten weitere engagierte Institutionen, Selbsthilfegruppen und Expertinnen und Experten mit, die von den Mitgliedern des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz zur Mitarbeit gewonnen werden konnten. So engagierten sich zum Beispiel in der Lenkungsgruppe »Gesundheit von Mutter und Kind« die Gemeinsame Elterninitiative plötzlicher Säuglingstod (GEPS) und die Gesellschaft der Kinderkliniken zur Prävention des Säuglingstodes und zur Erforschung des Schlafes (GEKIPS) sowie der Hebammenbund Nordrhein-Westfalen; in der Arbeitsgruppe »Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« der Landesinitiative Übergewicht und Adipositas ist die Sportjugend des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen aktiv.

¹⁶ Weitere Informationen unter: http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/2_Versorgung/gesundheitspreis/index.php, Zugriff am 20.02.2009

2. Landesinitiativen



2.1. Leben ohne Qualm (LoQ)

2.1.1. Ausgangslage

Vier Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen rauchen. Der Tabakkonsum birgt neben den bekannten Gesundheitsrisiken ein Suchtpotenzial, das lange Zeit unterschätzt wurde. Wer früh mit dem Rauchen anfängt, entwickelt leichter eine Abhängigkeit und ist zudem gefährdeter, auch andere Suchtstoffe wie Alkohol und Cannabis zu konsumieren. Bereits im Kindesalter wird das spätere Verhalten gegenüber dem Tabakkonsum beeinflusst. Der Beginn des Tabakkonsums unterliegt einem dynamischen Zusammenspiel von

- soziodemografischen Faktoren (u.a. sozioökonomischer Status, Geschlecht, Alter, Entwicklungsphase),
- Umweltfaktoren (u.a. gesellschaftliche Normen, soziale Unterstützung, rauchende Freundinnen und Freunde, rauchende Eltern und Familienangehörige, Zigarettenwerbung),
- verhaltensbezogenen Faktoren (u.a. Intention zum Rauchen, frühes Experimentieren, andere Risikoverhaltensweisen) und
- personellen Faktoren (u.a. Einstellungen, Überzeugungen, funktionale Bedeutung des Tabakkonsums, Selbstwertgefühl, psychisches Wohlbefinden).

Durch die seit 2002 arbeitende Landesinitiative sollen Kinder und Jugendliche durch ein vielfältiges Bündel an Maßnahmen zu einem kritischen Umgang mit dem Tabakkonsum angeleitet werden. Die Philosophie von LoQ ist es, alle Initiativen und Maßnahmen – auch die einzelner Institutionen – unter einem gemeinsamen Dach zusammenzuführen. Schulische Maßnahmen zur Tabakprävention erscheinen besonders geeignet, um gesundheitlichen Risiken und Suchtgefährdungen durch den Tabakkonsum vorzubeugen. So ist das seit Januar 2008 an Schulen geltende generelle Rauchverbot eine wichtige Maßnahme, um das Rauchverhalten von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen. Erfahrungen zeigen allerdings, dass ein Verbot erst dann nachhaltig wirksam ist, wenn es in ein Gesamtkonzept von Präventionsmaßnahmen eingebunden ist. Die schulische Ta-

bakprävention ist – neben weiteren Settings – auch in 2008 ein Schwerpunkt der Arbeit der Initiative.

2.1.2. Zur Epidemiologie und Datenlage

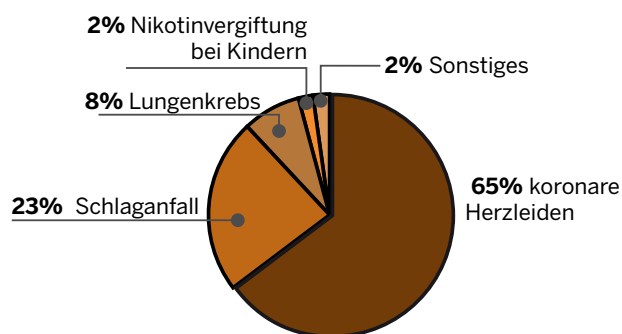
Rauchen war bis Ende des 20. Jahrhunderts sozial weitgehend akzeptiert. Nach der Verbreitung medizinischer Kenntnisse über gesundheitsschädliche Folgen des Rauchens hat sich die allgemeine Einstellung zum Rauchen stark zum Negativen gewendet. Die individuelle Entscheidung, aus medizinischen Erkenntnissen persönliche Konsequenzen zu ziehen, unterscheidet sich bei den Geschlechtern und wird wahrscheinlicher mit höherem Bildungsniveau: Mehr Männer als Frauen suchen den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit. Der Anteil von Raucherinnen und Rauchern in höheren Bildungsschichten ist deutlich niedriger als in weniger gebildeten Schichten. Für Deutschland galt in 2003, dass 37% der Männer über 15 Jahre mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 700 € rauchten, hingegen nur 27% der Männer mit einem darüber liegenden Einkommen (RKI, 2005). Studienergebnisse weisen außerdem aus: Es rauchten 68% der 18- bis 29-jährigen Männer mit Hauptschulabschluss gegenüber 44% unter den Abiturienten (RKI, 2005).

Je nach Geschlechtszugehörigkeit unterscheiden sich die **Motive** für den Einstieg in das Rauchen sowie die Konsummuster und die gesundheitlichen Risiken. So werden z.B. Mädchen und junge Frauen noch stärker als Jungen vom Rauchverhalten der Eltern und der sogenannten »peer-group« beeinflusst.

Der Anteil rauchender Mädchen und Frauen wächst und damit erhöhen sich auch die durch das Rauchen verursachten Erkrankungen und die Sterblichkeit. Während die Zahl der durch das Rauchen verursachten Lungenkrebskrankungen bei Männern konstant blieb, ist sie bei Frauen gestiegen.

Tabakrauch ist die häufigste Beeinträchtigung der Luftqualität in Innenräumen, Passivrauch gilt als Wohngift. Der Aufenthalt von drei bis vier Stunden Dauer in einem von Zigarettenrauch gefüllten geschlossenen Raum (z.B. in Diskotheken und Kneipen) entspricht dem aktiven Rauchen von vier bis neun Zigaretten. Passivrauch reizt akut die Atemwege und kann zu allen Krankheiten führen, denen auch aktive Raucherinnen und Raucher ausgesetzt sind. Die Belastung von Kindern durch **Passivrauch** geht mit einer verzögerten geistigen und körperlichen Entwicklung einher (DKFZ, 2005). Nach

wissenschaftlichen Studien sterben jährlich etwa 3.300 nicht rauchende Menschen durch Passivrauchen, davon 2.140 an einer koronaren Herzkrankheit, 770 an Schlaganfall, 260 an Lungenkrebs und 60 Kinder an Nikotinvergiftung (DKFZ, 2005).



Gesundheitsgefahren durch Rauchen sind epidemiologisch zweifelsfrei belegt. Der Tabakkonsum gilt als der größte Einzelfaktor für vermeidbare Morbidität und vorzeitige Mortalität. Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die drei häufigsten Todesursachen von Menschen: Die kardiovaskulären Erkrankungen, die Krebserkrankungen und die Atemwegserkrankungen. Mehr als 25 einzelne Krankheiten und Todesursachen werden ursächlich auf die Wirkung bzw. Mitwirkung von Tabakrauch zurückgeführt, insbesondere Lungenkrebs und andere Krebslokalisationen wie Kehlkopf, Mundhöhle, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Niere, Magen und Gebärmutter.

So sind z.B. 90% aller an Lungenkrebs Erkrankten Raucherinnen und Raucher. Die durchschnittliche Lebenserwartung von rauchenden gegenüber nichtrauchenden Menschen ist etwa 10 Jahre geringer. Für Nordrhein-Westfalen werden jährlich ca. 23.000 Todesfälle in Folge von Rauchen geschätzt.

Rauchen kann auch eine Parodontitis auslösen: Ein Raucher, der über einen Zeitraum von 20 Jahren 20 Zigaretten pro Tag raucht, hat ein 20-fach höheres Risiko, an Parodontitis zu erkranken.

Tabak hat ein hohes Abhängigkeitspotenzial und ist eine bedeutende »Einstiegsdroge«. Personen, die regelmäßig Tabak konsumieren, sind gefährdeter, auch von anderen Drogen wie Alkohol und Cannabis abhängig zu werden.

Rauchen führt häufig zur Suchtentwicklung. **Rauchen in der Schwangerschaft** gefährdet den Embryo durch Beeinträchtigung der Sauerstoffversorgung (Schaffer et al., 2001). Die Folge ist ein erhöhtes Risiko für Fehl-

bildungen, Mangelentwicklungen und Frühgeburt. 25% der Neugeborenen von Müttern, die durchschnittlich 20 Zigaretten und mehr pro Tag rauchen, haben ein Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm. Rauchen während der Schwangerschaft verdoppelt das Risiko des plötzlichen Säuglingstods (SIDS) (Voigt et al., 2003).

Der **Anteil jugendlicher Raucherinnen und Raucher** liegt in Deutschland auf einem hohen Niveau von etwa 30% und übersteigt damit den Anteil rauchender Jugendlicher in vielen anderen Ländern (Richter 2005). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt, dass die Raucherprävalenz bei Kindern und Jugendlichen im Altersgang von unter 2% bei den 10- bis 12-Jährigen auf mehr als 40% bei den 17-Jährigen ansteigt (Lampert und Thamm 2007). Die neueste Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Januar und Februar 2007 zeigt, dass der Anteil rauchender Jugendlicher in Deutschland seit 2001 (28%) kontinuierlich gesunken ist und 2007 (18%) einen historischen Tiefststand erreicht hat. Dies spricht auch für den Erfolg der in den letzten Jahren verstärkt unternommenen Präventionsmaßnahmen.

Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Tabakkonsum liegt deutschlandweit bei 13,6 Jahren (BZgA-Drogenaffinitätsstudie 2004). Nachweislich gilt: Je früher Jugendliche mit dem Tabakkonsum beginnen, desto geringer ist die Ausstiegswahrscheinlichkeit.

Befinden sich unter den 11-Jährigen noch überwiegend Gelegenheitsraucherinnen und -raucher, so steigt ab dem 13. Lebensjahr der Anteil der regelmäßig rauchenden Jugendlichen drastisch an. Das Suchtpotenzial des Tabaks zeigt sich deutlich unter den 15-Jährigen, von denen 22,4% der Mädchen und 16,9% der Jungen regelmäßig rauchen. Bei den Mädchen zeigt sich eine deutlich höhere Affinität zum Rauchen als bei den Jungen.

Dies belegen auch die HBSC-Daten (Health Behaviour of School-aged Children von 1994, 1999, 2002, 2006) aus den vergangenen Surveys in Nordrhein-Westfalen. Zwar ist der Anteil der Raucher unter den 15-jährigen Jungen in den letzten Jahren (2002 bis 2006) von 32% auf 18% und der der Raucherinnen bei den Mädchen von 32% auf 22% gesunken, es zeigt sich jedoch ein signifikant höherer Anteil rauchender Mädchen.

In den letzten Jahren zeichnete sich bei Jugendlichen zudem der Trend zum Wasserpfeiferauchen (Shisharachen) ab: 38% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren gaben an, schon einmal Wasserpfeife geraucht

zu haben (Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Eine Repräsentativbefragung der BZgA, Köln). Das Gefährdungspotenzial beim Wasserpfeiferauchen ist mit dem des Tabakrauchens vergleichbar.

Daten zum Rauchverhalten in Nordrhein-Westfalen liegen ab der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen in Erhebungen zum Mikrozensus vor. Da die Haushaltsvorstände zum Raucherverhalten aller Familienmitglieder befragt werden, sind die Angaben rauchender 10- bis 14-Jähriger jedoch unterrepräsentiert und nicht valide. Die von der WHO initiierte HBSC-Studie (Health Behaviour of School-aged Children 1994, 1999, 2002, 2006) ergibt allerdings aussagefähigere Daten zum Rauchverhalten Jugendlicher. Darüber hinaus liegen Daten aus der EUREGIO Maas-Rhein (2001 – 2002) vor, die durch eine Wiederholungsbefragung 2006 in der Region Aachen ergänzt werden.

Der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung für die Jahre 2000 bis 2005 reicht für die Übersicht über die epidemiologische Lage in Nordrhein-Westfalen hingegen nicht aus (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005). Dies gilt auch für die zusätzlichen repräsentativen Studien, die die BZgA 2003, 2005 und 2007 zum Tabakkonsum bei Jugendlichen durchgeführt hat (Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Eine Repräsentativbefragung der BZgA, Köln). Als wichtige Datenquelle könnte der Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes (RKI) für Nordrhein-Westfalen dienen, sofern der Stichprobenumfang für eine regionale Betrachtung ausreichend ist.

2.1.3. Präventionsziele

Die Ziele werden in der Lenkungsgruppe diskutiert, gegebenenfalls revidiert und fortgeschrieben. Folgende Ziele werden u.a. im Rahmen des jährlichen Monitoring der Landesinitiative überprüft:

- Der Anteil jugendlicher Raucherinnen und Raucher in Nordrhein-Westfalen wird weiterhin sinken.
- Die Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen zur Prävention des Tabakrauchens in Schulen und weiteren Settings (siehe Punkt 2.1.4.) wird intensiviert, die Ansprachen sollen dabei geschlechtsspezifisch differenziert sein.
- Der Anteil von Einrichtungen, die ein ausgewogenes Bündel von verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Maßnahmen umsetzen, steigt.

2.1.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven

Die Landesinitiative präsentiert sich seit 2002 auf der Homepage www.loq.de. Diese ist sowohl für Jugendliche als auch für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren konzipiert.

Für Jugendliche bietet die »Kids-Area« Informationen und News zu aktuellen Wettbewerben und Aktivitäten, Musik und Software zum Downloaden, Aufhör-Tipps und Entwöhnungshilfen, E-Cards, ein Tabakquiz sowie Spiele und Unterhaltssames. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können sich über die »Multiplikatoren-Area« schwerpunktmäßig über das Projekt »Rauchfreie Schule« informieren, ein entsprechendes E-Mail-Beratungsangebot in Anspruch nehmen sowie Anregungen und Unterstützung bei der Konzept- und Projektplanung finden. Über www.loq.de sind Informations- und Öffentlichkeitsmaterialien kostenlos zu beziehen.

Seit Bestehen der Initiative werden jährlich landesweite Wettbewerbe durchgeführt. Hierzu gehört insbesondere der bereits im fünften Jahr durchgeführte HipHop-Wettbewerb für Kinder und Jugendliche zum Thema »Nichtrauchen«. Für die Gewinnerinnen und Gewinner des Wettbewerbs veranstaltet die Landesinitiative jährlich eine Preisverleihung.

Seit 2004 ist die schulische Tabakprävention ein Schwerpunkt der Landesinitiative. In diesem Jahr wurde eine »motivierende Befragung« in Kooperation mit der Universität Bielefeld an allen weiterführenden Schulen in fünf Modellregionen durchgeführt. Die Befragung wurde 2005 auf weitere fünf Modellregionen, 2006 auf ganz Nordrhein-Westfalen ausgeweitet und seitdem jährlich

Internetauftritt: LoQ – Leben ohne Qualm

The screenshot shows the LoQ website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Home', 'Die Initiative', 'Kontakt', and 'Links'. The main content area is divided into several colored blocks:

- LoQ - Leben ohne Qualm Die Landesinitiative in NRW**: A blue block with a cartoon character.
- Schnauze voll**: A green block.
- KIDS-Area**: A yellow block with a 'HipHop Wettbewerb 2008' logo and a list of activities: 'Aktivität', 'Beobachtungsausschuss', 'Poster', 'Koffer zum Aufhängen', 'Sticker', 'Was Tabakgehalt', 'Party-Lexikon'.
- Multiplikatoren-Area**: A green block with a list of resources: 'Anleitung', 'Rauchfreie Schule', 'LoQ-Poster / Plakate', 'Präsentation', 'Antragstellungsbogen', 'Antrag-Werkstatt', 'Partner'.

Below these is a large blue banner for the **HipHop Wettbewerb 2008 eröffnet!** with a DJ turntable graphic. It includes the dates 'Start: 22.04.2008' and 'Ende: 30.11.2008' and a 'Jetzt abspielen' button. Below the banner is a navigation bar with 'Anfragen', 'Feedback', and 'STAND-BY'.

The bottom section is titled **LoQ-Mittel / Materialien** and includes a 'Multiplikatoren-Area' header. It lists various materials for download:

- Aktivität**
- Rauchfreie Schule**
- Lehrplan**
- Projekt**
- Werkstattmaterialien**
- Hilfs-Werkzeuge**
- Partner**

It also mentions 'Download | Newsletter' and provides instructions on how to use the LoQ campaign materials. A list of downloadable materials includes: Logo, Schriftzug 'LoQ', Schriftzug 'Leben ohne Qualm', Plakatmotiv 'Schnauze voll', Plakatmotiv 'Nase voll', Plakatmotiv 'Aufförn', HipHop-Hier 2008 (210KB), Infolyer der Landesinitiative (426KB), and Infolyer 'Informationen für Eltern' (571KB). It also notes that logos and text are available in Braille for visually impaired users.

durchgeführt. Details wie auch die teilnehmenden Regionen sind beim ginko Mülheim abrufbar. Durch die Einbeziehung von Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Schulleitungen wird innerhalb der Schule nicht nur ein Diskussionsprozess in Gang gesetzt, sondern auch das Engagement aller Beteiligten für die Prävention von Tabakkonsum erhöht. Insgesamt zeigten die befragten Schulen eine hohe Bereitschaft, sich dafür einzusetzen

und den »Weg zur rauchfreien Schule« zu gehen.

Parallel wurden Arbeitsunterlagen durch eine Gruppe von Expertinnen und Experten entwickelt. Im weiteren Verlauf des evaluativen Verfahrens erfolgte anhand der Befragungsergebnisse die Entwicklung und Bereitstellung phasenspezifischer Unterstützungsangebote in Form konkreter Umsetzungshilfen. Ziel ist es unter anderem, den Schulen Unterstützung bei der Umsetzung eines schulischen Konzeptes zur Tabakprävention zu geben. Hierzu gehört es auch, Lösungen für Probleme bei der Umsetzung des Rauchverbots zu erarbeiten. So kommt es beispielsweise oft durch die »Flucht« der rauchenden Schülerinnen und Schüler vom rauchfreien Schulgelände zu Verlagerungen, die den Ansatz der rauchfreien Schule konterkarieren.

Seit 2006 steht das von der Landesinitiative entwickelte Konzept allen Schulen in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Hierzu gehört auch das oben erwähnte Service- und Beratungsangebot auf www.loq.de (Rauchfreie Schule).

Die Landesinitiative LoQ wird auch zukünftig Schulen dabei unterstützen, rauchfrei zu werden. Aufgrund der epidemiologischen Erkenntnisse wird ein Schwerpunkt auf Hauptschulen und Schulen in Stadtgebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf zu legen sein. Mit einem jährlichen »Monitoring« werden die Veränderungsprozesse in den befragten Schulen ermittelt.

2006 wurde ein Landessymposium durchgeführt, das Schulen ermutigen sollte, den Weg zur rauchfreien Einrichtung konsequent (weiter) zu verfolgen und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sicherzustellen. Weiterhin werden Unterstützungsmöglichkeiten besonders für schwierige Phasen im Umsetzungsprozess aufgezeigt.

Die auf die Schulen bezogenen Maßnahmen wurden im Jahr 2007 durch verschiedene Fortbildungsangebote für (Beratungs-)Lehrerinnen und Lehrer, Prophylaxefachkräfte und Schulleitungen flankiert.

Vor dem Hintergrund aktueller Erkenntnisse und analog zum erfolgreichen Vorgehen »Rauchfreie Schule« wurde auch 2008 die Übertragbarkeit auf die Entwicklung rauchfreier Einrichtungen in der Kinder- und Jugendhilfe geprüft.

Vorgesehen ist die modellhafte Durchführung von Entwöhnungskursen (Just4U) in einer Jugendhilfeeinrichtung im Kreis Aachen.

Weitere Aktivitäten:

- Preisverleihung HipHop-Wettbewerb
- Eröffnung des neuen HipHop-Wettbewerbs,
- 10 wettbewerbsbegleitende Einsätze »HipHop-

Workshop«,

- Kooperation mit der BZgA: Jugendfilmtage (Beteiligung an Programm und Mitmach-Aktionen),
- 10 Einsätze der Mitmachausstellung »LoQ-Parcours« für 5. bis 7. Klassen (Der LoQ-Parcours soll Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften Impulse vermitteln, sich mit dem Thema Tabakrauchen verstärkt auseinander zu setzen. Mädchen und Jungen werden dabei auch gezielt differenziert angesprochen),
- Tagesseminar »Rauchfreie Schule« für Schulleitungen von Gymnasien und Gesamtschulen,
- Tagesseminar »Rauchfreie Schule« für berufsbegleitende Schulen,
- Fortbildung »Anti-Rauchkurs« für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Broschüre und Öffentlichkeitsmaterialien zur Tabakprävention, auch geschlechtsspezifisch differenziert sowie
- Aktionen zum Weltnichtrauchertag.

In die Landesinitiative sind erprobte Projekte eingebunden, wie zum Beispiel »Be smart – Don't start«, in dem sich u.a. die AOK engagiert.

2.1.5. Finanzierung

Für die Finanzierung der verschiedenen Rahmenaktivitäten wurde ein Finanzierungspool gebildet, der sich aus jährlichen Beiträgen der Partner der Landesinitiative zusammensetzt. Die Partner verständigen sich im Rahmen ihrer Beratungen über den Verwendungszweck. Zusätzlich finanziert das MAGS.NRW die Personal- und Sachkosten für die Gesamtkoordination der Landesinitiative bei der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (ginko-Stiftung für Prävention).

2.1.6. Koordination

Die Landesinitiative wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen in enger Abstimmung mit dem Ministerium für Schule und Weiterbildung und der Landesgesundheitskonferenz ins Leben gerufen. Partner sind insbesondere die Landesverbände der Krankenkassen und Krankenkassen mit Landesverbandsfunktion, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern und die Deutsche Krebshilfe. Verschiedene Einrichtungen und Institutionen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und der Suchtprävention in Nordrhein-Westfalen arbeiten in dieser Gemeinschaftsinitiative mit. Dabei kommt den Suchtprophylaxefachkräften auf der kommunalen Ebene in Abstimmung mit den örtlichen Gesundheitskonferenzen eine wichtige steuernde Funktion zu. Das Entscheidungsorgan der Landesinitiative ist die Lenkungsgruppe, deren Mitglieder durch die Partner der Landesinitiative eingesetzt wurden. Das operative Geschäft ist Aufgabe von ginko.



Präventionskonzept NRW

– eine Investition in Lebensqualität –

Die Struktur der Landesinitiative

Landesinitiative	Leben ohne Qualm – LoQ
Vorsitz der Lenkungsgruppe	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)
Teilnehmer	Mitgliedsinstitutionen der Landesgesundheitskonferenz (LKG) und weitere zum Thema berufene Einrichtungen und Experten mit überwiegend beratender Funktion.
Arbeitsgruppe	zurzeit keine
operative Umsetzung	ginko - Stiftung für Prävention Mülheim

2.2. Gesundheit von Mutter und Kind

2.2.1. Ausgangslage

Das Land Nordrhein-Westfalen setzte Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre erfolgreich das Landesprogramm zur »Gesundheit von Mutter und Kind« um. Vor dem Hintergrund der aktuellen soziodemografischen, medizinischen und strukturellen Entwicklungen wurde das Thema erneut zu einem Handlungsschwerpunkt. Die Landesinitiative initiiert Maßnahmen, die insbesondere die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und der Kinder im ersten Lebensjahr fördern. In ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Kinder sollen dabei natürlich auch die Väter angesprochen werden. Die Landesinitiative benennt aber nur die Mütter im Titel, da ihnen durch die Schwangerschaft und potenzielle Stillfähigkeit eine besondere Rolle und zusätzliche Verantwortung zukommt. Natürlich sind hier auch Väter und andere Personen aus dem familiären Umfeld ebenfalls als Partner und Fürsorgende gefordert.

Die Landesinitiative hat auch die besondere Situation von Kindern alleinerziehender Mütter und Väter aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten zu berücksichtigen und dabei auch die Lebens- und die gesundheitliche Situation des alleinerziehenden Elternteils zu reflektieren.

Durch die Landesinitiative sollen sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene die bestehenden Präventionspotenziale weiter ausgebaut werden. Ein Schwerpunkt wird auf der Umsetzung von Maßnahmen liegen, mit denen sozial benachteiligte Familien sowie Schwangere und Kinder mit Migrationshintergrund erreicht werden. Andere kulturelle Voraussetzungen, auch im Bereich der Versorgung von Säuglingen und andere Familienstrukturen sind hier zu beachten.

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und (inter-)nationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Die Situation in Nordrhein-Westfalen ist im Vergleich zu anderen Bundesländern nicht befriedigend: Seit dem ersten Landesprogramm sind zwar sowohl die Zahl der Sterbefälle im ersten Lebensjahr insgesamt als auch der Fälle des Plötzlichen Säuglingstods (SIDS) gesunken. Allerdings setzte sich diese Entwicklung in den letzten Jahren nicht fort. Nordrhein-Westfalen lag 2007 über dem Bundesdurchschnitt und wies mit 4,8‰ die zweit-

höchste Säuglingssterblichkeit im Bundesvergleich auf (LIGA.NRW, kurz und informativ).

Eine nachhaltige Senkung der Säuglingssterblichkeit ist ein Schwerpunkt der Landesinitiative. Die Senkung soll durch ein Handlungskonzept mit verschiedenen Interventionssträngen erreicht werden.

Die Initiative greift darüber hinaus weitere konkrete Problembereiche in Zusammenhang mit der Gesundheit von Müttern und ihren Kindern auf, in denen Risiken und Defizite zu erkennen sind und Handlungsbedarf besteht. Im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt, im Neugeborenenalter und späterem Säuglingsalter, sind die Gesundheit von Mutter und Kind eng miteinander verknüpft. Aufeinander abgestimmte gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sind in all diesen Lebensabschnitten von besonderer Bedeutung. Eine gute Vernetzung medizinischer Angebote in den Übergangsbereichen der Versorgungsstrukturen und die Anbindung an soziale Versorgungssysteme sind gerade in Problemlagen notwendig. Eine Verzahnung der Landesinitiative für die Gesundheit von Mutter und Kind mit anderen Landesinitiativen, wie »Leben ohne Qualm« oder »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« wird deshalb Bestandteil der Maßnahmen sein.

Die Maßnahmen der Landesinitiative sind auf Langfristigkeit angelegt. Eltern und andere Bezugspersonen sollen immer wieder dem jeweiligen Alter und Geschlecht der Kinder entsprechend adäquat angesprochen werden.

2.2.2. Zur Epidemiologie und Datenlage

Alle Schwangeren und Mütter mit Kleinkindern haben die Möglichkeit, Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, um Gesundheitsgefahren für Mutter und Kind zu vermeiden bzw. vorzubeugen. Diese Vorsorgeuntersuchungen werden vor allem bei Schwangerschaften mit sozialer Belastung weniger in Anspruch genommen, wodurch Frühgeburten und Wochenbettkomplikationen zunehmen. Eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung und Prävention kommt den ambulant tätigen Hebammen zu, die auch aufsuchende Leistungen anbieten.

Der Anteil der **rauchenden Schwangeren** beträgt gegenwärtig 13 bis 20% (Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW, 2004). Stillen und Muttermilchernährung bedeuten für Säuglinge gesundheitliche Vorteile. 1997/98 lagen in einer bundesweiten Studie die Stillquoten in Kliniken bei 91%. Sie sinken nach einigen Wochen stark ab, aktuelle Erhebungen aus Nordrhein-Westfalen liegen nicht vor (Kersting et al., 2002).

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann das Wachstum stören und zum fetalen Alkoholsyndrom bei 1 bis 3 je 1.000 Lebendgeborenen führen. Die Inzidenz von Neuralrohrdefekten, die durch eine angemessene Folatversorgung in der Frühschwangerschaft gesenkt werden kann, liegt bei ca. 1,5 je 1.000 Schwangerschaften (Hausstein, 2000). Ferner gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und untergewichtigen Frühgeburten (Offenbacher, 1998; Lopez, 2002).

Seit 1980 ist die Säuglingssterblichkeit in NRW von 14,6 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene auf 4,6 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene im Jahr 2006

gesunken. Dies entspricht einem Rückgang um insgesamt 68%.

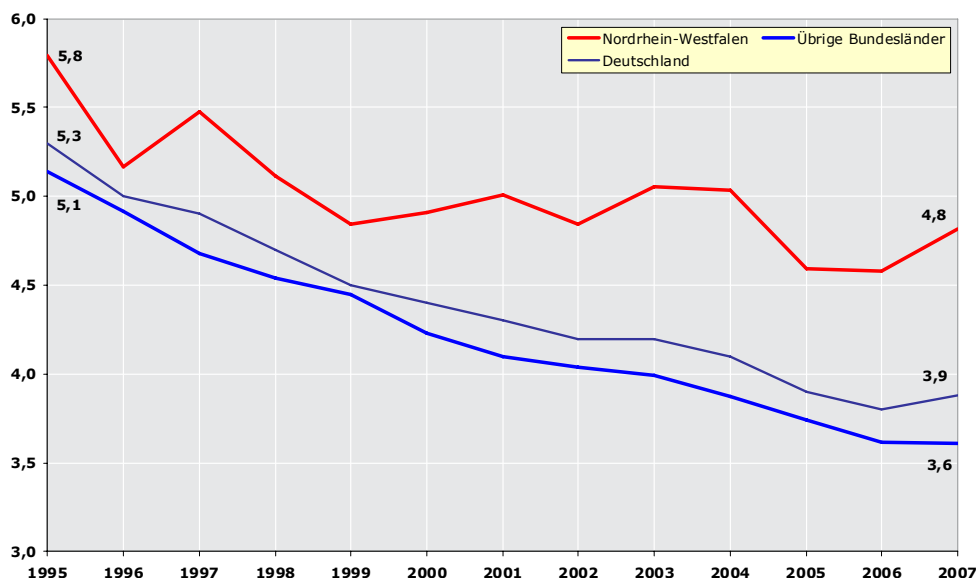
Im Jahr 2007 ist die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen auf nunmehr 4,8‰ angestiegen. Die Zahlen für den Bund insgesamt liegen im Moment nur bis einschließlich November 2007 vor, danach ergibt sich ein Anstieg des Bundeswertes von 3,8‰ auf 3,9‰. Vergleicht man die Rate Nordrhein-Westfalens jedoch mit der Summe der übrigen Bundesländer, sieht man, dass der Anstieg im Bund ausschließlich auf den Anstieg in Nordrhein-Westfalen zurückzuführen ist. Die übrigen Bundesländer haben einen Rückgang von 3,62‰ in 2006 auf 3,57‰ in 2007 zu verzeichnen.

Für die folgende differenzierte Betrachtung liegen die 2007er-Daten noch nicht vor, hier erfolgte die Darstellung bis 2006:

Die Postneonatalsterblichkeit konnte innerhalb von 26 Jahren den deutlichsten Rückgang verzeichnen. Vom Jahr 1980 bis zum Jahr 2006 ist die Anzahl der gestorbenen Säuglinge um 78% gesunken (von 956 auf 212 Gestorbene). Auch die frühe und die späte Neonatalsterblichkeit konnten seit 1980 einen Rückgang um jeweils 70% bzw. 64% verzeichnen. Die wenigsten Sterbefälle waren durchgehend in der späten Neonatalsterblichkeit zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch im Jahr 2006 der Anteil der Säuglinge, die zwischen dem 7. und 27. Lebensstag gestorben sind, von 0,6 auf 0,8 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene gestiegen.

Die Anzahl der Totgeburten sank seit 1980 um 41%, die perinatalen Sterbefälle gingen um 57% zurück.

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit (je 1000 Lebendgeborene), 1995 - 2007



Quelle: Gesundheit in NRW, NRW – kurz und informativ, LIGA.NRW 4/2009

Im Jahr 2006 war die Säuglingssterblichkeit bei **Mädchen** niedriger als die bei Jungen. In Nordrhein-Westfalen sind in dem Jahr 316 Mädchen und 371 Jungen gestorben. Die Säuglingssterblichkeit betrug damit bei den Mädchen 4,33‰ und bei den Jungen 4,83‰. Perinatale Ursachen sind im Jahr 2006 noch immer die häufigsten Todesursachen bei beiden Geschlechtern, gefolgt von angeborenen Fehlbildungen und dem Plötzlichen Säuglingstod. Als Perinatalperiode bezeichnet man dabei den Zeitraum zwischen der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Entbindung. Bei den **Jungen** machten die perinatalen Ursachen 50% der Todesursachen aus, hierbei insbesondere ein niedriges Geburtsgewicht (123 Fälle). Aufgrund von angeborenen Fehlbildungen starben 79 von 371 Jungen (Anteil: 21%). Der Plötzliche Säuglingstod hatte bei den Jungen einen Anteil von 17% an den Todesursachen des Jahres 2006. Auch bei den Mädchen zählte ein niedriges Geburtsgewicht in 91 Fällen zu den häufigsten perinatalen Todesursachen, die im Gegensatz zu den Jungen 42% der Todesursachen ausmachten. Der Anteil der angeborenen Fehlbildungen an den Todesursachen des Jahres 2006 war jedoch um 7% höher als bei den Jungen. Der Plötzliche Säuglingstod hatte im Vergleich zu den Jungen wiederum einen um 7% niedrigeren Anteil. Im Gegensatz zu den perinatalen Ursachen und den angeborenen Fehlbildungen gibt es zur Vermeidung des Plötzlichen Säuglingstodes gezielte Präventionsmaßnahmen.

Die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes zum 1. Januar 2000 hat dazu geführt, dass seither der überwiegende Teil der **Kinder ausländischer Eltern** als Deutsche geboren werden: Durch Geburt im Inland wird ein Kind Deutsche bzw. Deutscher, wenn mindestens ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland bzw. seit drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat. Entsprechend ist die Zahl der Lebendgeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen im Jahr 1999 von 28.378 bis zum Jahr 2006 um 72% gesunken (2006: 7.821). Im Vergleich zum Vorjahr wurde jedoch ein Anstieg um 2% verzeichnet. Betrachtet man die Anzahl der Lebendgeborenen in Nordrhein-Westfalen nach der Staatsangehörigkeit der Mutter, so ist diese im Jahr 2005 bei Kindern mit ausländischen Müttern sogar um 12% höher als diejenige aus dem Jahr 1999 (2005: 31.793). Die Abgrenzung zwischen deutsch und ausländisch ist deshalb von Interesse, da die Säuglingssterblichkeit in

den beiden Bevölkerungsgruppen sehr stark differiert. Lag die Säuglingssterblichkeit unter deutschen Lebendgeborenen in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2006 bei 4,3‰, so betrug sie bei ausländischen Neugeborenen 10‰. Im Vergleich zum Vorjahr ist sie bei der ausländischen Bevölkerung jedoch um 3,4‰ gesunken, bei der deutschen Bevölkerung dagegen um 0,2‰ angestiegen. Somit konnte bei der ausländischen Bevölkerung ein deutlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit innerhalb eines Jahres verzeichnet werden.

Die Inanspruchnahme von **Früherkennungsuntersuchungen** bei Säuglingen und Kleinkindern (U3 - U6) liegt im Durchschnitt bei 91% in Nordrhein-Westfalen und sinkt vor allem bei der U9 (4 - 5 Jahre) auf 85% ab. Speziell in kreisfreien Städten und Kreisen des Ruhrgebietes liegen die Raten wahrgenommener U3 bis U6-Untersuchungen nur zwischen 86% und 91% (Indikatoren 7.5 und 7.6 des Indikatorensatzes NRW, Daten 2005, www.liga.nrw.de).

Nach wie vor ist die Datenlage zur Gesundheit von Mutter und Kind landesweit zu verbessern und die Güte einzelner Daten zu überprüfen. Ziel muss sein, konkrete Probleme der gesundheitlichen Lage und Versorgung auch in geschlechtsspezifischer Differenzierung darstellbar zu machen, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und gesundheitspolitische Maßnahmen zu planen. Für dieses Themenfeld der Gesundheitsberichterstattung sind Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung »Geburtshilfe und Neonatalerhebung NRW« von besonderer Bedeutung.

Gegenwärtig ist erkennbar, dass der Ballungsraum des Ruhrgebietes ein Schwerpunkt sozialer Belastungsfaktoren und schlechterer Gesundheitskennziffern in Nordrhein-Westfalen ist. Um Familien mit einem niedrigen Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund stärker unterstützen zu können, bedarf es im ersten Schritt sowohl einer kleinräumigen Berichterstattung als auch einer Verbesserung der Datenlage über Versorgungsstrukturen und integrierte Versorgungsmodelle mit dem Jugend- und Sozialbereich.

Das LIGA.NRW unterstützt die **Gesundheitsberichterstattung** der kreisfreien Städte und der Kreise, indem es auf kommunaler Ebene verfügbare Daten zum Themenkomplex bereitstellt und bei Fragen der Datenaufbereitung Unterstützung anbietet. Ziel ist die Erstellung handlungsorientierter Berichte, die es ermöglichen, das Thema »Gesundheit von Mutter und Kind« zum Gegenstand der Beratung in den Kommunalen Gesundheits-

konferenzen zu machen, vor Ort umsetzbare Handlungsempfehlungen zu begründen und die Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zu unterstützen.

2.2.3. Präventionsziele

Folgende Ziele werden in der Lenkungsgruppe diskutiert, gegebenenfalls revidiert und fortgeschrieben:

- Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft und im frühen Kindesalter werden verbessert. Dies geschieht unter Einbeziehung wichtiger Multiplikatorengruppen wie Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Krankenhäuser und weiteren (kommunalen) Institutionen und Personen, die mit der Gesundheitsfürsorge von Kindern betraut sind.
- 2004 hatte das Iögd (jetzt LIGA.NRW) eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Nordrhein-Westfalen auch zum Thema Mutter und Kind durchgeführt. Hierin wurden Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft nur zu 80 % bzw. 70 % von den Befragten als Risikofaktoren für das ungeborene Kind benannt. Dies verdeutlicht, dass immer noch Informationsbedarf besteht. Dies gilt gerade für den Bereich sozial benachteiligter Gruppen. Bis zum Jahr 2010 soll deshalb diese Informationsquote in der erwachsenen Bevölkerung weiter deutlich gesteigert werden. Eine gesteigerte Aufklärungsrate macht es wahrscheinlicher, dass es im Umfeld aller Schwangeren Multiplikatoren gibt, die zur Aufklärung und Unterstützung beitragen.
- Die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen wird weiter gesenkt. Auf der Grundlage der beschriebenen Hauptursachen – kurze Schwangerschaftsdauer und Untergewicht sowie Plötzlicher Säuglingstod und dem Faktor ausländische Staatsangehörigkeit des Kindes – lässt sich für Nordrhein-Westfalen ein Präventionspotenzial benennen, das zur Senkung der Säuglingssterblichkeit führen kann. Hierbei soll der aktuelle Bundesdurchschnitt erreicht werden.
- In Nordrhein-Westfalen werden künftig alle Kinder erfasst, die an U-Untersuchungen teilgenommen haben. Dies ermöglicht Rückschlüsse auf die Familien, die diese Untersuchungen nicht wahrgenommen haben. Im Verbund mit diesem Positivmeldeverfahren werden flankierende kommunale Maßnahmen initiiert. In Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Bevölkerung, insbesondere

der Anteile sozial benachteiligter Gruppen und Migranten, werden spezifische Maßnahmen erforderlich sein, um diese Gruppen anzusprechen.

2.2.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven

In der Landesinitiative »Gesundheit von Mutter und Kind« werden die bisherigen Planungen zum Schwerpunkt Prävention des Plötzlichen Kindstods fortgeführt. Zur Senkung der Säuglingssterblichkeit sind ergänzende Maßnahmen zur Verringerung der Mortalität bei Frühgeborenen sowie bei Säuglingen mit Migrationshintergrund vorgesehen. Darüber hinaus werden weitere Akzente gesetzt. Im besonderen Blickfeld wird dabei die Prävention in der Schwangerschaft stehen. Ein weiterer Schwerpunkt soll in Maßnahmen und Programmen liegen, mit denen die Früherkennung und rechtzeitige Intervention bei (drohender) Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern geleistet wird. Konkrete Handlungsschwerpunkte in den nächsten Jahren sind:

- Fortsetzung und Ausweitung der Informationskampagne zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstods mit dem Aktionsschwerpunkt »Babyschlafsack-Kampagne in Kliniken«.
- Kommunale Veranstaltungen für Berufsgruppen im Gesundheitswesen, schwerpunktmäßig in Regionen mit einer hohen Säuglingssterblichkeitsquote. Diese Veranstaltungen zielen darauf ab, die lokale Datenlage darzustellen, die örtlichen Besonderheiten zu beschreiben und Handlungsmöglichkeiten transparent zu machen.
- Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft: Weiterführung der Kampagne »Zigaretten und Alkohol – Nicht mit uns!« zur Prävention von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.
- Die in 2008 begonnene Produktion von mehrsprachigen Videospots zu den Themen der Landesinitiative zur Distribution über das Internet und DVDs wird fortgesetzt. Durch diese Medien sind insbesondere die Zielgruppen erreichbar, die keine Printmedien nutzen.
- Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen der U8 und U9, insbesondere von Kindern aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten. Mit Blick auf die psychische Gesundheit sind gegebenenfalls bewährte Ergänzungen einzubeziehen, wie zum

Beispiel die Erkennung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Hier ist auch die Konzeption des »Kita-Vorsorgebogens« zur Vorlage bei der U8 und U9 (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Bundesverband der Betriebskrankenkassen) bei den weiteren Überlegungen zu berücksichtigen.

Maßnahmen in diesem Kontext sind mit der Umsetzung der von der Landesregierung eingeführten positiven Meldepflicht der Kinderärzte für Vorsorgeuntersuchungen (Aktion »Gesunde Kindheit«) zu verbinden. Geplant sind hier zunächst eine Dokumentation bestehender Programme zur Erhöhung der Teilnahmemotivation, die Anbindung des Themas an erzieherische Interventionen oder die Werbung für die Vorsorgeuntersuchungen z.B. durch Videospots.

- Kooperation mit dem Projekt »Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien« des Familienministeriums. Hierdurch sollen durch Kooperationen von Fachkräften bei öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und von anderen familienbezogenen Dienstleistern riskante Lebenssituationen bei Kindern und Familien noch früher wahrgenommen werden und zu notwendigem Handeln führen.
- Besondere Maßnahmen gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern (Veranstaltungen, Handreichung für Fachkräfte) unter Beteiligung der örtlichen Jugendämter und mit Nutzung der von diesen entwickelten Maßnahmen.
- Zusammenstellung aktueller, geschlechtsspezifisch differenzierter Daten und deren Aufbereitung in Berichtsform. Das LIGA.NRW erstellt einen Bericht zur Gesundheit von Mutter und Kind für die Reihe »Gesundheitsberichte Spezial« des MAGS.NRW. Über eine Arbeits- und Planungshilfe auf der Grundlage dieses Berichts sollen die Inhalte der Landesinitiative, Umsetzungsbeispiele und entwickelte Materialien durch das LIGA.NRW an die Kommunalen Gesundheitskonferenzen vermittelt und diese zur Mitwirkung angeregt werden. Durch einen Workshop für die Geschäftsstellen der KGK soll dieses Verfahren begleitet und unterstützt werden.
- Veröffentlichung von Materialien zur Unterstützung einer kleinräumigen Gesundheits- und Sozialberichterstattung unter Einbindung der Schuleingangsuntersuchungen.

→ Mittelfristig soll auch eine Kampagne zur Förderung des Stillens realisiert werden.

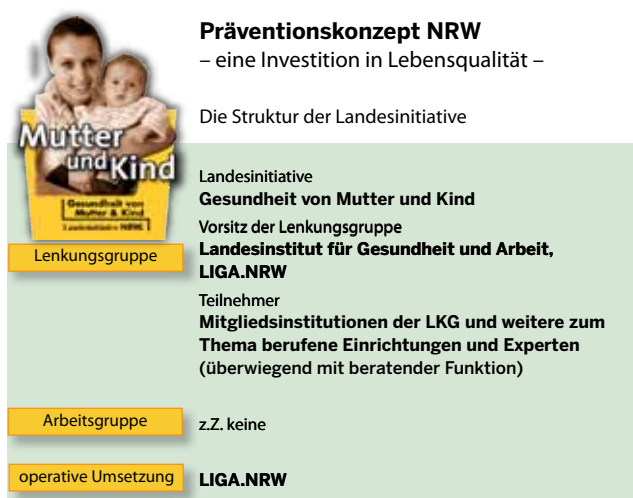
Details zu den laufenden Aktivitäten wie auch zu den realisierten Medien liefert die Internetseite www.praeventionskonzept.nrw.de.

2.2.5. Finanzierung

Die für die Koordination notwendigen Personalressourcen und Sachmittel werden vom LIGA.NRW zur Verfügung gestellt. Die Finanzierung der verschiedenen Rahmenaktivitäten übernimmt das MAGS.NRW. Die Förderung einzelner Kampagnen und Projekte erfolgt mit Unterstützung einzelner oder mehrerer Präventionsträger. Näheres wird anlassbezogen in der Lenkungsgruppe vereinbart.

2.2.6. Koordination

Die Koordination liegt bei der Lenkungsgruppe, die sich aus Mitgliedern des Vorbereitenden Ausschusses der LGK und Experten zusammensetzt. Die Organisation und Umsetzung wird vom LIGA.NRW unterstützt.





Gesundheit von Mutter & Kind
Landesinitiative NRW

Sicherer Schlaf für mein Baby

Diese Klinik macht mit bei der Aktion »Sicherer Schlaf für mein Baby«. Für alle Fragen zum richtigen Einsatz von Schlafsäcken ist für das Pflegepersonal eine Hotline geschaltet.

Rufen Sie kostenlos an: 0800/1234567
Montags bis freitags von 16.00 – 17.00 Uhr!

www.mags.nrw.de




Gesundheit von Mutter und Kind
Informationen für Multiplikatoren

Alkohol in der Schwangerschaft
Rauchen in der Schwangerschaft
Der Plötzliche Säuglingstod

www.mags.nrw.de

Landesinitiative Gesundheit von Mutter und Kind

Bisherige Bilanz – Medien, Aktionen und Maßnahmen:

- Broschüre »Sicherer Schlaf für mein Baby« in mehreren Sprachen zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstods, landesweite Streuung an Kinderärzte, Geburtskliniken, Hebammen etc.,
- Materialien zu Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft und landesweite Streuung,
- Fachtagung »Gesundheit von Mutter und Kind«,
- Multiplikatorenbrochure zu den aktuellen Themen der Landesinitiative,
- Leitfaden »Gewalt gegen Kinder« mit elektronischem Serviceteil zu Adressen und Kontakten Nordrhein-Westfalen www.gewalt-gegen-kinder.de,
- Streuung der Materialien »Sicherer Schlaf« über Apotheken in Nordrhein-Westfalen
- Durchführung der Babyschlafsack-Kampagne in Kliniken in Nordrhein-Westfalen (Aufaktveranstaltung, Medien für junge Eltern und Fachpersonal, Beratungs-Hotline) und
- Durchführung kommunaler Multiplikatorenveranstaltungen in Kommunen mit hoher Säuglingssterblichkeit. Besonderer Fokus: Regionale Maßnahmen, Ansprache sozial Benachteiligter, Migranten.

2.3. Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter

2.3.1. Ausgangslage

Die Zunahme von Übergewicht und Fettsucht (Adipositas) bei Kindern und Jugendlichen ist zu einer bedeutenden gesundheitspolitischen Herausforderung geworden. Ein niedriger sozialer Status, eine genetische Veranlagung und die Lebensbedingungen sind die entscheidenden Einflussfaktoren (Müller et al, 2006).

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zeigt erhebliche regionale, soziale und ethnische Unterschiede. Viele Risikofaktoren könnten frühzeitig erkannt werden. Sekundäre Folgeerscheinungen der Adipositas im Kindesalter sind besorgniserregend: Erhöhte kardiovaskuläre Risikofaktoren, Stoffwechselerkrankungen, steigende Karies- und Parodontalerkrankungen, orthopädische und psychosoziale Probleme. Die Entwicklung eines gesunden Lebensstils mit gesunder Ernährung und die Förderung ausreichender Bewegung von Anfang an ist für alle Kinder wichtig, auch für diejenigen, die kaum gefährdet sind, eine Adipositas zu entwickeln. Bewegungsmangel ist eine der Hauptursachen. Die stärkere Nutzung von Fernsehen, elektronischem Spielzeug und Computern im Kindesalter führt zu reduzierter körperlicher Bewegung und nicht-aktiven Freizeitaktivitäten. Ein solches Verhalten wird u.a. dadurch begünstigt, dass für Kinder und Jugendliche, gerade in Gebieten mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Familien, oftmals keine adäquaten und anregenden Möglichkeiten zu Spiel und Sport zur Verfügung stehen.

Ungünstiges Ernährungsverhalten im Kindesalter weist viele Entstehungs- und Bedingungsfaktoren auf und ist u.a. durch veränderte familiäre Konstellationen (größerer Anteil an Alleinerziehenden, Familien mit Berufstätigkeit beider Elternteile ohne ausreichende Möglichkeit von Kinderbetreuung, Schichtarbeit) und daraus resultierende Konsequenzen für das familiäre Essverhalten bedingt.

Die häufige Aufnahme energiedichter und fettreicher Nahrungsmittel sowie kalorienreicher Süßgetränke kann wesentlich zu einer erhöhten Energieaufnahme beitragen. Sie geht oft mit dem verminderten Konsum von Gemüse, Obst oder anderer faserhaltiger Nahrung einher. Durch diese Faktoren wird ein Ungleichgewicht von Kalorienaufnahme und -verbrauch begünstigt. Der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas liegt somit eine komplexe Problematik zugrunde, die auch

durch strukturelle und verhaltensbedingte Faktoren beeinflusst wird.

Der Gesundheitsförderung und der frühen Prävention kommt dabei zum Beispiel durch Anleitung zur gesunden, wohlschmeckenden Ernährung und durch Bewegungsförderung besondere Bedeutung zu. Die Wirksamkeit von Primärpräventionsmaßnahmen in diesem Umfeld, beispielsweise bezüglich der konkreten Zusammenhänge von Nahrungsmittelbestandteilen und ihrer langfristigen Wirkung auf die Gesundheit oder von ernährungsphysiologischen und geschlechtsspezifischen Zusammenhängen, ist noch weitgehend unerforscht. Eine Bewertung der Güte von Programmen zur Prävention kindlichen Übergewichtes erfolgt auf der Basis von jeweils aktuell vorliegenden und evidenzbasierten Qualitätskriterien.

Unbestritten ist, dass gesunde Ernährungskonzepte mit der Anleitung zu einer zahngesunden Ernährung nahezu übereinstimmen.

2.3.2. Zur Epidemiologie und Datenlage

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) sind zu einer Epidemie in westlichen Industrienationen geworden. Während Übergewicht im Sinne des SGB V noch nicht als Krankheit anzusehen ist, gilt Adipositas als (chronische) Erkrankung.

Aktuell wird das Vorliegen von Übergewicht und Adipositas auch im Kindes- und Jugendalter mit Hilfe des BMI (= Body Mass Index) bzw. Normogrammen, so genannten Perzentilen bestimmt (siehe auch www.a-g-a.de und www.mybmi.de). Übergewicht liegt demnach vor, wenn ein BMI-Wert größer bzw. gleich der 90. Perzentile ist, von Adipositas spricht man, wenn der Wert größer oder gleich der 97. Perzentile ist; Untergewicht ist kleiner der 10. Perzentile. Zwar ist es auf der aktuellen Datenbasis nicht möglich, einem BMI-Wert ein konkretes Gesundheitsrisiko zuzuweisen. Allerdings besteht bei einem erhöhten BMI-Wert ein erhöhtes Risiko, an Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus bis hin zum Vollbild des metabolischen Syndroms zu erkranken (Wabitsch, 2004). Schätzungen zufolge erkranken pro Jahr in Deutschland 210 Kinder und Jugendliche zwischen fünf und neunzehn Jahren aufgrund von Übergewicht und Adipositas neu an Diabetes mellitus Typ 2. Über 6 % der adipösen Jugendlichen sind bereits von einer Störung des Glukosestoffwechsels betroffen.

Erfreulich ist, dass rund 85 Prozent deutscher Kinder und Jugendlicher noch immer normalgewichtig sind. Es



sind die nachweisbaren Trends, dass das Übergewicht in den Industrienationen insgesamt ansteigt, die den Handlungsbedarf begründen.

Nach aktuellen Daten des bundesweiten deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys KIGGS (RKI, 2006) geht man in Deutschland von 15 Prozent übergewichtigen Kindern und Jugendlichen aus, davon sind 6,3 % adipös.

Die Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen ergaben 2006, dass zu jenem Zeitpunkt 6,5% der Kinder übergewichtig und 4,6% adipös waren. Die Daten von **Jungen und Mädchen** unterscheiden sich dabei kaum (LIGA.NRW, 2008). 1993 lagen die Werte noch bei 5,4% bzw. 3,7%. In Nordrhein-Westfalen liegt eine erhebliche regionale Schwankungsbreite der Prävalenz dieser Befunde vor. Untergewicht wurde 2006 bei 5,9%, deutliches Untergewicht bei 3,1% der Kinder festgestellt.

Die Befunde von Schulentlassungsuntersuchungen von 9871 vorwiegend an Hauptschulen untersuchten Kindern im Jahre 2006 sind zwar nicht repräsentativ, verdeutlichen jedoch die Gesamtentwicklung. Im Alter von etwa 15 Jahren weisen 11,4% der Jungen Übergewicht und 11,6% Adipositas auf. Etwas höher sind die Anteile bei Mädchen (12,1% übergewichtig und 12,3% adipös). Dem gegenüber stehen 7,9% Jungen und 5,7% Mädchen, die untergewichtig oder ausgeprägt untergewichtig sind.

Ursächlich für diese Entwicklung sind neben einer genetischen Disposition Fehlernährung, Bewegungsmangel und insbesondere der sozioökonomische Status der Kinder bzw. der Eltern.

Auch die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) bestätigen aktuell, dass Adipositas häufiger in der **unteren sozialen Schicht** auftritt. Zu erklären ist dies unter anderem damit, dass Angehörige niedrigerer sozialer Schichten sich beispielsweise aus ökonomischen Gründen weniger gesund ernähren.

Hier sei auch auf die Ergebnisse der nationalen Verzehrstudie verwiesen, die u.a. beschreibt, dass bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren unter den männlichen Hauptschülern doppelt so viele Fettleibige zu finden sind wie unter Gymnasiasten, bei den Mädchen liegt dieser Anteil sogar drei Mal höher. (Nationale Verzehrstudie 2008).

Auch Unterschiede zwischen Kindern mit **Migrationshintergrund** und Nicht-Migranten konnten gezeigt werden. Nach den KIGGS-Ergebnissen konsumieren türkischstämmige Kinder am meisten eher als ungesund

einzu stufende Lebensmittel wie Schokolade, Knabberartikel und gebratene oder frittierte Kartoffeln (Mensink et al., 2007).

Im KIGGS wurde auch festgehalten, dass Kinder aus niedrigeren sozialen Schicht wesentlich weniger Sport treiben. In dieser Gruppe gehen 40,4% der Mädchen und 36,2% der Jungen seltener als einmal pro Woche zum Sport (Lampert et al., 2007).

Weitere Bedingungsfaktoren können psychische Störungsbilder und Erkrankungen sein. Unbewältigte Trennungskonflikte im familiären Umfeld, depressive Symptome, spezifische Ängste und auch Zwangssymptome beeinflussen häufig das Essverhalten.

Mütterliches Übergewicht und Adipositas zählen ebenso wie ungünstiges Ernährungsverhalten im frühen Kindesalter wie z.B. zu kurze Stilldauer zu den Risikofaktoren für die Entwicklung von Übergewicht oder Adipositas bei Kindern. Das Risiko adipöser Kinder, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein, ist erhöht. Hinzu kommt ein weiterer Risikofaktor: Diabetes mellitus steht auch mit Parodontitis in einer komplexen Wechselwirkung. Schon bei Kindern und Jugendlichen wird durch Übergewicht und Adipositas nicht nur für den Diabetes-Typ 2 der Boden bereitet, sondern auch das Risiko einer aggressiven Parodontitis vor dem 35. Lebensjahr kann erhöht werden.

Alle **Maßnahmen der Primärprävention** in diesem Umfeld haben das Ziel, für die Vorteile und die Bedeutung ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung zu sensibilisieren und langfristig gesundheitsgerechte Lebensgewohnheiten zu prägen. Wesentliches Anliegen ist es, damit einhergehend die Inzidenz von Adipositas zu stabilisieren (Müller et al., 2006) und dadurch langfristig auch die Prävalenz zu senken. Eine nicht weiter ansteigende Zahl von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen und eine geringere Komorbidität können bereits als Erfolg gelten. Darüber hinaus ist auch die Beeinflussung der Folgen von Essstörungen oder Fehl- und Mangelernährung beabsichtigt.

Aufgrund der Notwendigkeit und Aktualität wird eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze präventiver Maßnahmen in den verschiedenen Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen unternommen. Allerdings sind die bisherigen Erfolge von Prävention und Therapie bislang nur begrenzt (Summerbell et al., 2005). Im Vordergrund sollte nach Empfehlungen der Cochrane-Gruppe eine Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, insbesondere aber eine Reduktion der Inaktivität, vor allem des Fernsehkonsums, stehen. Erforderlich ist

es darüber hinaus, mehr Transparenz über bestehende Interventionen zu schaffen, die nur selten dokumentiert und noch seltener evaluiert werden.

Daher werden aktuell **Qualitätskriterien** für Programme zur Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von der Präventions-AG der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Deutschland formuliert.

2.3.3. Präventionsziele

Ziele und konkrete Handlungsschwerpunkte der Landesinitiative werden von den Mitgliedern der Lenkungsgruppe diskutiert, gemeinsam beschlossen und weiterentwickelt. Der Zielprozess wird im Rahmen des jährlichen Monitorings der Landesinitiative überprüft. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Themas auf der einen und der Vielfalt von Akteuren und Angeboten auf der anderen Seite definiert die Landesinitiative ihre Ziele auf einer strukturellen und einer inhaltlichen Ebene.

Ziele auf der strukturellen Ebene

Ziel der Landesinitiative ist es, möglichst viele Akteure des Gesundheitswesens und angrenzender Bereiche zu gewinnen und primärpräventive Angebote nach definierten Qualitätsstandards zu erbringen. Die Landesinitiative erstellt hierzu eine Planungshilfe zur qualitätsgesicherten Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen. Diese Planungshilfe wird unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise erarbeitet und bezieht Ergebnisse aus den Beratungen verschiedener Fachgruppen ein. Sie soll die gültigen Definitionen und Qualitätskriterien für Präventionsmaßnahmen ebenso wie praktische Hinweise für ihre Initiierung aufführen und dadurch eine Orientierung für die Umsetzung von Projekten oder ihre Prüfung sein.

Auf der Grundlage dieser Qualitätskriterien soll es ermöglicht werden, gute Projekte zu identifizieren und als Modelle »guter Praxis« zu verbreiten. Diese Maßnahmen können

- gemeinschaftliche Aktivitäten aller Mitglieder der Landesinitiative oder
- Aktivitäten eines oder mehrerer Mitglieder der Landesinitiative bzw. ihrer Institutionen sowie
- Maßnahmen weiterer Akteure sein,

sofern sie den definierten Qualitätskriterien entsprechen. Sie können als »Maßnahme der Landesinitiative« gekennzeichnet werden.

Dadurch sollen Transparenz und Vernetzung gefördert werden, um langfristig eine Flächendeckung von qualitätsgesicherten Primärpräventionsmaßnahmen zu erreichen.

Ziele auf der inhaltlichen Ebene

Im Fokus der Landesinitiative stehen zunächst Maßnahmen zur Primärprävention von Übergewicht (und Adipositas) im Kindesalter. Die Mitglieder der Lenkungsgruppe sind sich darüber einig, dass künftig auch anderen Auswirkungen von Fehl- und Mangelernährung durch geeignete Interventionsmaßnahmen begegnet werden soll.

Nicht im Fokus stehen dagegen Maßnahmen, die therapeutische Ansätze verfolgen und die Reduktion des Übergewichts zum Inhalt haben. Diese sind in der Regel aufwändiger umzusetzen und sollten nur unter genau zu definierenden Rahmenbedingungen stattfinden.

Die Landesinitiative will daran mitwirken, den Trend der Zunahme von Übergewicht und Adipositas insbesondere bei Kindern und Jugendlichen aufzuhalten. Sie wird hierzu in einer ersten Aktionsphase in Kindergärten und Kindertagesstätten zunehmend evaluierte Programme mit den Schwerpunkten »Ernährung« und »Bewegung« verbreiten.

Im Rahmen dieser Phase werden Eltern sowie Erzieherinnen und andere Multiplikatoren in Nordrhein-Westfalen über die Folgen von Fehl- und Mangelernährung, über die negativen Folgen von Übergewicht und Adipositas sowie über gesundheitsförderliche Alternativen informiert und bei der praktischen Umsetzung in den Einrichtungen unterstützt.

Erstes Projekt ist die von Mitgliedern der Landesinitiative initiierte Maßnahme »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung«, die bis Ende 2009 in allen 54 Kreisen und kreisfreien Städten in mindestens einer Einrichtung umgesetzt werden soll.

2.3.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven

Die Ziele der Landesinitiative sind durch die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensräume für Kinder unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Gruppen bzw. geschlechtsspezifischer Aspekte mittelfristig die Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zu senken. Mit dem inhaltlichen Schwerpunkt auf Übergewicht konzentriert sich die Landesinitiative zunächst auf einen Bereich aus dem Komplex Ernährungsfehlverhalten und gesundheitliche Konsequenzen. Gerade unter genderspezifischer Betrachtung dieses Themenkomplexes werden mittelfristig auch Maßnahmen zu initiieren sein, die z.B. das Untergewicht im Fokus haben und gezielt Mädchen oder Jungen ansprechen.

Im Mittelpunkt werden Maßnahmen stehen, die sich auf Settings beziehen. Die Familie, der Kindergarten oder die Schule sind Lebenswelten, die für die nachhaltige Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung günstige Rahmenbedingungen mitbringen. Zielgruppen der Landesinitiative sind insbesondere Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus, in besonderen Lebenslagen der Eltern oder mit einer Zuwanderungsgeschichte. Geschlechtsspezifische Besonderheiten im Ernährungsfehlverhalten werden – soweit bekannt – berücksichtigt, und bei Bedarf erfolgen Interventionen mit spezifischen Maßnahmen. Dies gilt auch für künftig zu ergänzende Kampagnen zu anderen Formen von Fehl- und Mangelernährung.

In Absprache und Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sollen in den sich beteiligenden Kommunen lokale Schwerpunkte – ggf. in Stadtteilen und Gemeinden – gesetzt werden. Die Einbindung vorhandener Netzwerke und Koordinationsgremien wie der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie die Nutzung der Expertise vor Ort sind dabei unerlässliche Bestandteile. Bestehende Strukturen und integrierte Konzepte in den Kommunen sind zu nutzen und zu unterstützen.

Die Ansprache definierter Zielgruppen in ihren Lebenswelten setzt fundierte Kenntnisse zum objektiven Bedarf, aber auch zu subjektiven Bedürfnissen, Gewohnheiten und Erwartungen (Krankheitsrisiken, Belastungen, Ressourcen etc.) voraus.

Mögliche Zielgruppen und Lebensräume sind mittelfristig:

- Schwangere (Zugang z.B. durch Hebammen, Schwangerenberatung, Gynäkologen),
- Familien (Zugang z.B. durch Hebammen, Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Frühförderstellen, Kindergärten und Schulen),
- Kinder (Zugang z.B. über Kindergärten, Schulen und Vereine),
- Multiplikatoren, z.B. Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer,
- Bewohner in Stadtteilen/Regionen (Zugang z.B. über Sozialarbeiter) und
- sozial benachteiligte Gruppen und Migranten (Zugang z.B. durch Quartiersmanager, Sozialarbeiter).

Bei der Umsetzung dieser Ziele werden schon bestehende Programme berücksichtigt und deren Erkenntnisse genutzt: So aus dem Landesprogramm OPUS NRW (Netzwerk Bildung und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen) und dessen Nachfolgeprojekt. Berücksichtigt werden auch die Stiftung »Partner für Schule« sowie die landesweiten Bemühungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (»Gruppenprophylaxe«). Die Initiative wird weiter mit dem Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen und anderen Programmen abgestimmt und mit der Landesinitiative für die Gesundheit von Mutter und Kind verzahnt.

Die Erhöhung der Transparenz und die Zusammenführung von Ideen, Strategien und Maßnahmen ist für die Landesinitiative gerade in dem gut besetzten Feld von Interventionsmaßnahmen zur Ernährung und Bewegung von Kindern ein zentrales Anliegen.

Das LIGA.NRW unterstützt Entscheidungsprozesse und das Monitoring von Maßnahmen durch die Auswertung der Daten zu Übergewicht und Adipositas auf der Basis der Ergebnisse von Kindergarten- und Schuluntersuchungen. Wenn diese Daten von den Kommunen kleinräumig oder für besondere Risikogruppen, z.B. Kinder mit Migrationshintergrund, dargestellt würden, wäre dies eine Grundlage für zielgerichtete Interventionen in besonders unterstützungsbedürftigen Lebenswelten. Eine Unterstützung zur Umsetzung einer solchen Gesundheitsberichterstattung liefert die vom LIGA.NRW

herausgegebene Arbeitshilfe »Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit« (LIGA.NRW, Juni 2008).

2.3.5. Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung

Erstes Projekt ist die von Mitgliedern der Landesinitiative initiierte Maßnahme »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung«. Dabei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt

der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem Landessportbund (LSB) NRW, dem Gesundheits- und dem Verbraucherschutzministerium NRW, dem Arbeits-, Gesundheits- und Sozialministeriums und der BZgA, bei dem das Konzept des »Anerkannten Bewegungskindergartens« des LSB NRW um einen Baustein zur Ernährung ergänzt wird.

Der »Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« spricht interessierte Kindergärten/Kitas mit einem hohen Anteil an Kindern aus sozial benachteiligten Familien an, um ihnen die Möglichkeit zu geben, nach entsprechenden Interventionsmaßnahmen

das Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« erwerben zu können. Diesen anerkannten Bewegungskindergärten wird ermöglicht, sich qualifiziert und nachhaltig im Bereich »Ernährung und Bewegung« als Präventionsmaßnahme gegen Übergewicht im Kindesalter weiterzuentwickeln.

Hierdurch soll das Prinzip »Bewegungs- und Ernährungserziehung« im pädagogischen Konzept der Tageseinrichtungen verankert werden. Täglich angeleitete und offene Bewegungsangebote sollen durchgeführt und, ebenso wie gesunde Ernährung, Teil des Erlebensalltags werden. Durch integrierte Elternarbeit werden die Inhalte auch in die häusliche Lebensumwelt der Kinder transportiert.

Im Rahmen der ersten Ausschreibungsrunden in 2007 und 2008 sind 36 Kindertagesstätten mit dem beschriebenen Profil aus den unten dargestellten Kreisen und kreisfreien Städten für das Projekt gewonnen worden.

Weitere Informationen zum Konzept auf der Internetseite:

<http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=35>. (Stand Dezember 2008)



2007

Düren	Ennepe-Ruhr-Kreis	Herne	Lippe	Olpe	Unna
Duisburg	Euskirchen	Köln	Münster	Recklinghausen	Viersen
Düsseldorf	Heinsberg	Leverkusen	Oberbergischer Kreis	Siegen-Wittgenstein	Wesel

2008

Kreis Borken	Gelsenkirchen	Hagen	Hamm	Kreis Herford	Hochsauerlandkreis
Krefeld	Kreis Mettmann	Kreis Minden-Lübbecke	Mönchengladbach	Oberhausen	Kreis Paderborn
Remscheid	Rhein-Erft-Kreis	Rhein-Kreis Neuss	Rhein-Sieg-Kreis	Kreis Soest	Kreis Steinfurt

Beteiligte Kommunen Ende 2008

2.3.6. Finanzierung

Die Förderung der ersten gemeinsamen Maßnahme dieser Landesinitiative, des Projekts »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung«, haben die Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen (Gemeinschaftsprojekt/Finanzierungspool) mit ihren Projektpartnern übernommen. Zusätzlicher Finanzierungsbedarf für die Landesinitiative wird erst bei Verabschiedung weiterer Projekte entstehen. Hier wird die Lenkungsgruppe rechtzeitig Finanzierungsüberlegungen anstellen.

2.3.7. Koordination

Die Koordination der Landesinitiative übernimmt eine Krankenkasse der GKV. Mit Einverständnis der Mitglieder der Lenkungsgruppe erfolgt ein jährlicher Wechsel in der Federführung, 2008 ist die AOK Rheinland/Hamburg verantwortlich, 2009 übernimmt die IKK-Nordrhein den Vorsitz. Weitere Gremien sind zurzeit eine Arbeitsgruppe, die das Projekt »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« umsetzt sowie eine Arbeitsgruppe »Planungshilfe«, die Qualitätskriterien und Orientierungshilfen formuliert.



2.4. Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung bei Seniorinnen und Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität



2.4.1. Ausgangslage

Von erheblicher Bedeutung für die Gesundheit im Alter ist die Vermeidung von sturzbedingten Verletzungen, insbesondere schweren Verletzungen wie Hüftfrakturen (»Oberschenkelhalsbrüchen«). Neben Verletzungen und eventuell eingetretener Behinderung ist eine Folge von Stürzen auch die Angst, erneut zu stürzen, die das Selbstvertrauen, selbst einfache Dinge des Alltags sicher zu tun, nachhaltig beeinträchtigen kann. Insofern leistet die Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen nicht nur einen Beitrag zur Verminderung von individuellen und sozialen Belastungen, sondern vor allem zur Erhöhung von Lebensqualität, Selbstständigkeit und Mobilität.

Die Wirksamkeit von geeigneten Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Hüftfrakturen ist belegt (Gillespie, 2003). Vor allem für betagte Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko haben sich Präventionsmaßnahmen als wirksam erwiesen. Entgegen früher weit verbreiteter Ansicht ist die Plastizität im Alter, auch in hohem Lebensalter, noch erheblich.

Unterschiede in der Inanspruchnahme sturzpräventiver Maßnahmen zwischen Männern und Frauen wurden bisher nicht systematisch publiziert. Auch über Unterschiede in der Wirksamkeit der Maßnahmen bei Männern und Frauen gibt es keine systematischen Arbeiten. Ebenso gibt es wenige Kenntnisse über die Einschätzung des Sturzrisikos bei Männern und Frauen. In England wurde bei Senioren gefunden, dass eher Männer ein Sturzrisiko realisierten und sich für präventive Maßnahmen verantwortlich sahen, während Frauen ein Sturzrisiko nicht explizit ansprachen und eher »externe« Sturzgefahren sahen als den Bedarf, selbst präventiv aktiv zu werden (Horton, 2007).

Eine besonders von Stürzen und Hüftfrakturen betroffene Gruppe stellen Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen dar. Bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern handelt es sich zudem um eine Gruppe, die meist bei gesundheitsfördernden Maßnahmen unzureichend berücksichtigt wird, die aber auch wegen ihrer wachsenden Zahl eine zunehmende Bedeutung erlangt. Ferner gehören insbesondere betag-

te Frauen aufgrund relativer Einkommensarmut einem sozial benachteiligten Personenkreis an, der möglicherweise ein höheres Sturz- und Hüftfrakturrisiko trägt (Reimers, 2007; West, 2004; Jones, 2004; Bacon, 2000). In Heimen lassen sich sturzpräventive Maßnahmen nachgewiesenermaßen effektiv realisieren.

2.4.2. Zur Epidemiologie und Datenlage

Exakte Zahlen zur Häufigkeit von Stürzen fehlen, da es schwierig ist, dieses Ereignis ausreichend verlässlich zu erheben. Es wird geschätzt, dass in Deutschland von zu Hause lebenden Personen über 65 Jahren etwa 30% mindestens einmal pro Jahr stürzen. Dabei sind ältere Frauen häufiger betroffen als Männer.

Als potenzielle Risikofaktoren für Stürze sind vor allem chronische Erkrankungen (Arthrose, Demenz, Epilepsie, Osteoporose, Parkinson) zu nennen. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen wird, bedingt durch den demografischen Wandel in Nordrhein-Westfalen, deutlich zunehmen.

Es sollte auch bedacht werden, dass bestimmte Medikamente, wie z.B. Neuroleptika oder Benzodiazepine, zu einem erhöhten Sturzrisiko beitragen.

Nach internationalen Studien verursachen etwa 10% der Stürze behandlungsbedürftige Verletzungen. Schätzungsweise 5% der Stürze führen zu Knochenbrüchen und etwa 1 bis 2% zu Hüftfrakturen (proximale Femurfrakturen, »Schenkelhalsfrakturen«). Nach aktuellen Daten der Krankenhausdiagnosestatistik waren in Deutschland im Jahr 2004 rund 115.000 Personen von mindestens einer Hüftfraktur betroffen, von denen über 90% über 65 Jahre alt waren. In Nordrhein-Westfalen erlitten im Jahr 2004 rund 25.000 Personen mindestens eine Hüftfraktur. Jenseits der 60 sind Frauen deutlich häufiger von Hüftfrakturen betroffen als Männer. Berücksichtigt man die veränderte Altersstruktur mit dem heute höheren Anteil älterer Menschen, so fand sich bei der Zahl der Personen mit mindestens einer Hüftfraktur zwischen 2004 und 2005 insgesamt ein Anstieg von rund 5%. Von der Steigerung waren insbesondere ältere Männer betroffen (Icks, 2007).

Im Jahr 2003 lebten in Nordrhein-Westfalen 742.739 Bürgerinnen und Bürger im Alter von 80 und mehr Jahren, davon wurden 98.479 in Pflegeeinrichtungen betreut. Das entspricht 13,3% dieser Altersstufe. 87,3% davon sind Frauen.

Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner haben ein besonders hohes Sturzrisiko; vermutlich

stürzt mehr als die Hälfte mindestens einmal pro Jahr. Auch das Risiko, eine Hüftfraktur zu erleiden, ist in dieser Personengruppe überproportional hoch. Exakte Zahlen zur Inzidenz von Hüftfrakturen in Heimen in Deutschland fehlen, es ist jedoch davon auszugehen, dass auch hier Frauen ein höheres Risiko haben als Männer.

Die individuellen wie auch die gesellschaftlichen Folgen von Stürzen und Hüftfrakturen sind erheblich. Nach internationalen Studien sterben bis zu einem Drittel der Menschen im hohen Alter, die wegen einer Hüftfraktur stationär behandelt werden müssen, innerhalb eines Jahres. Dabei ist nach internationalen Studien die Sterblichkeit bei Männern höher als bei Frauen (höhere Komorbidität bei Männern mit Hüftfraktur-Ereignis). Bei Betrachtung der Überlebenden unterscheiden sich Komplikationen und funktionelle Kompetenzen zwischen Männern und Frauen eher nicht, teils werden ungünstigere Verläufe bei Frauen beschrieben (z.B. Hawkes, 2006).

Rund 50% der Patientinnen und Patienten erlangen nach einer Hüftfraktur ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück, und etwa 20% werden ständig pflegebedürftig. Die Hüftfraktur ist eine der häufigsten Ursachen für eine Heimaufnahme. Es wird geschätzt, dass in Deutschland durch Hüftfrakturen direkte Kosten von 2,77 Milliarden Euro pro Jahr entstehen, wobei indirekte Kosten nicht mit eingerechnet sind (Weyler, 2007). Hinzu kommt die Angst, erneut zu stürzen, die Selbstvertrauen und Handeln im Alltag dauerhaft beeinträchtigen kann.

2.4.3. Präventionsziele

Die Ziele werden in der Lenkungsgruppe diskutiert, bei Bedarf revidiert und fortgeschrieben.

- In einem 3-Jahres-Zeitraum sollen 20% der Heime in Nordrhein-Westfalen einen »Landes-Button Sturzprävention« erlangt haben, um den sich Einrichtungen bewerben können, die den Expertenstandard in der Pflege mit internem Audit eingeführt haben.
- Modellvorhaben zum Thema Sturzprävention in Heimen sollen zusammengestellt, Erfahrungen daraus beschrieben sein. Gegebenenfalls soll über die Umsetzung in die Routineversorgung diskutiert werden.
- Hüftfrakturen bei Senioren und betagten Menschen in Nordrhein-Westfalen (Altersgrenzen nach internationalen Erhebungen: Über 65 bzw. über 80 Jahre)

sollen um 10 bis 20% zurückgehen (Evaluation auf Basis von Daten der Krankenhausdiagnosestatistik). Die Inzidenz von Hüftfrakturen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen sollen unter 3 bis 4 pro 100 Bewohnerjahre liegen (Evaluation auf Basis von Daten der Kranken- und Pflegekassen).

2.4.4. Handlungsschwerpunkte – Perspektiven

Vorgesehen sind zunächst konkrete Maßnahmen zur Sturzprävention im Setting Alten- und Pflegeheim.

Da es zur Sturzprävention in Heimen Standards und Evaluationsergebnisse aus Modellvorhaben gibt, soll der Schwerpunkt der Arbeiten im Rahmen der Landesinitiative die Umsetzung vorliegenden Wissens in die flächendeckende Routine sein.

Grundlagen sind:

- Der Expertenstandard in der Pflege zum Thema Sturzprävention des Deutschen Netzwerk Qualitätsentwicklung in der Pflege und
- auf evaluierten Modellen basierende Projekte und Modellvorhaben zum Thema.

Expertenstandard in der Pflege

Der Expertenstandard in der Pflege wurde im Jahr 2004 verabschiedet und dient als Basis für Qualitätssicherungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen der Altenpflege.

Im Rahmen der Landesinitiative sollen Einrichtungen der Altenpflege dazu motiviert werden aufzuzeigen, dass und wie sie den Expertenstandard einschließlich interner Auditierung umgesetzt haben. Einrichtungen, bei denen Umsetzung oder Auditierung ausstehen, sollen dazu motiviert werden.

Das Projekt »Landesbutton Sturzpräventives Heim und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen in NRW«

Heime und Pflegeeinrichtungen, die nach dem allgemein anerkannten nationalen Expertenstandard arbeiten und sich dies auf freiwilliger Basis von unabhängigen Experten bestätigen lassen, können den so genannten Landesbutton »Sturzpräventive Einrichtung NRW« erwerben. Mit diesem Gütesiegel können sie für ihre qualitätsgesicherten Aktivitäten zur Sturzvorbeugung werben.

Das Projekt wird von allen Partnern der Landesinitiative getragen und vom Gesundheitsministerium und den

Kranken- und Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen finanziell gefördert. Mit der Durchführung wurde der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe beauftragt. Fachliche Unterstützung leisten insbesondere das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Ärztekammer Nordrhein. Weitere Informationen: <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=43> (Zugriff am 20.02.2009)

Modellvorhaben

Wie oben beschrieben, konnte in einer Reihe von internationalen Studien gezeigt werden, dass Sturzprävention in Heimen machbar und effektiv ist (Gillesie, 2003). Auch in Deutschland wurden kontrollierte Studien durchgeführt:

Im »Ulmer Modell«, das mittlerweile auf Baden-Württemberg ausgedehnt ist, wurde ein durch spezifisch qualifizierte Trainer durchgeführtes Gruppen-Kraft- und Balancetraining in Alten- und Pflegeheimen implementiert, flankiert von umgebungsbezogenen Maßnahmen und dem Einsatz von Hüftprotektoren. In einer kontrollierten Studie konnten das Sturzrisiko um 40% und die Häufigkeit von Hüftfrakturen um 30% gesenkt werden (Becker, 2003).

Nach einer kürzlich durchgeführten kontrollierten Studie der Universität Hamburg in 40 Hamburger Heimen ist es sinnvoll, die Einführung von Hüftprotektoren in Verbindung mit einer strukturierten Information und Schulung des Pflegepersonals zu begleiten. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Intervention konnten durch den Einsatz von Hüftprotektoren mit der strukturierten Schulung Hüftfrakturen um über 40% reduziert werden (Meyer, 2003).

In Nordrhein-Westfalen existieren größere und regionale Projekte zur Sturzprävention in stationären Einrichtungen der Altenpflege. Im Wesentlichen beruhen sie auf dem Ulmer Modell, das sie teilweise um spezifische Module ergänzen:

- »Patras«, Caritas Paderborn (zusätzliches Thema: Ernährung),
- »Fit For 100«, Universitäten Bonn und Köln,
- »Sicher und mobil im Alter«, Ärztekammer Nordrhein (zusätzlich Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner für Senioren, Angehörige und Pflegefachkräfte) und
- Kommunale Projekte.

Im Rahmen der Landesinitiative sollen vorhandene Modellvorhaben zusammengestellt, Erfahrungen gebün-

delt und dokumentiert werden.

Des Weiteren sollen im Rahmen der Landesinitiative Fortbildungen und Schulungen für versorgende Berufe, insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, verstärkt werden. Struktur und Inhalte der Fortbildungen werden in Arbeitsgruppen konzipiert.

Zu einem späteren Zeitpunkt soll die Ausdehnung der Maßnahmen zur Sturzprävention in anderen Settings im ambulanten Bereich, z.B. im häuslichen Bereich im Rahmen der ambulanten Pflege, oder in zu definierenden Settings (z.B. Seniorenbegegnungsstätten) für nicht pflegebedürftige sturzgefährdete ältere Menschen erfolgen. Näheres wird in einer noch zu bildenden Arbeitsgruppe zu besprechen sein.

2.4.5. Finanzierung

Die Umsetzung formulierter Standards wird zunächst aus vorhandenen Ressourcen erfolgen. An der Förderung der Umsetzung können sich das MAGS.NRW und andere Präventionsträger beteiligen. Näheres ist in der Lenkungsgruppe zu klären.

2.4.6. Koordination

Die Koordination und die konkrete Umsetzung der Maßnahme in Nordrhein-Westfalen sowie die zu beteiligten Akteure werden in der Lenkungsgruppe diskutiert und festgelegt.

Auf Beschluss der Lenkungsgruppe haben die Federführung zunächst der BKK Landesverband NRW (formal) und die Ärztekammer Nordrhein (fachlich) übernommen.

Die Lenkungsgruppe hat zurzeit folgende Arbeitsgruppen eingerichtet:

AG Stationäre Modelle / Curriculum

Mit dem Ziel, Trainingsmaßnahmen relevanter Modelle zu vereinheitlichen und einen Qualitätsstandard für die Ausbildung von Trainerinnen und Trainern festzulegen, wird derzeit ein Curriculum erstellt, das durch die Lenkungsgruppe verabschiedet werden soll. Zur Qualitätssicherung soll hierzu auch ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet werden.

AG Ärztliche Körperschaften

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe (ÄKNO, ÄKWL; KVNO, KVWL) haben zum Thema „Sturzprävention“ Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte zusammen-

gestellt. Darüber hinaus sind geplant: Intensivierung der Informationen über die Aktivitäten der Landesinitiative, verstärkte Fortbildung und die Einbindung des Hausarztverbandes. Aufbauend auf der Arbeit der vormaligen AG Standard zur Umsetzung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe hat die Landesinitiative Sturzprävention die Durchführung des Projektes »Landesbutton Sturzpräventives Heim und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen in NRW« beschlossen (siehe oben).

Eine Arbeitsgruppe zur ambulanten Sturzprävention ist geplant.



Präventionskonzept NRW
– eine Investition in Lebensqualität –

Die Struktur der Landesinitiative

Landesinitiative
Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung bei Seniorinnen und Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität

Lenkungsgruppe	Vorsitz der Lenkungsgruppe BKK Landesverband (formal) Ärztekammer Nordrhein (fachlich) Mitglieder Mitgliedsinstitutionen der LGK und weitere zum Thema berufene Einrichtungen und Experten (überwiegend mit beratender Funktion)
Arbeitsgruppe 1	Stationäre Modelle/Curriculum
Arbeitsgruppe 2	Ärztliche Körperschaften
operative Umsetzung	N.N.

2.5. Erweiterung der Landesinitiativen durch weitere Beiträge der Präventionsträger

2.5.1. Grundsätze

Ziel der Landesinitiativen ist es, durch geeignete Maßnahmen, die sich insbesondere an (noch) Gesunde in ihren Lebenswelten richten, den Eintritt von Erkrankungen oder Beeinträchtigungen zu verhindern oder hinauszuzögern. Sie sollten entweder kausal mit der Verhütung einer bestimmten Krankheit verbunden sein oder zur Verminderung von multifaktoriell bedingten Krankheiten beitragen. Einzelne Maßnahmen sollten überwiegend universell, d.h. ohne besondere Berücksichtigung von spezifischen, individuellen Risiken, ausgerichtet sein. Besonderer Wert wird darauf gelegt, einzelne Bevölkerungsgruppen nicht zu stigmatisieren, sondern vielmehr auf integrative Methoden zu achten, die sich gleichermaßen an betroffene und nicht betroffene Bürgerinnen und Bürger richten. Die Ausrichtung auf die Bedürfnisse von sozial Benachteiligten sowie die Berücksichtigung von Gender-Aspekten sollte immer im Fokus stehen. Ein langfristiges Ziel ist es, bewährte Maßnahmen nicht nur punktuell, sondern möglichst flächendeckend in Nordrhein-Westfalen umzusetzen. In das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen können übertragbare Interventionsmaßnahmen, die frühzeitig das Bewusstsein prägen, Kompetenzen vermitteln und zu einer insgesamt veränderten, gesundheitsbewussten Lebensauffassung führen, integriert werden. Die Träger von Maßnahmen, die das Erreichen von Landeszielen zur Gesundheit unterstützen, können diese in die bestehenden und künftigen Landesinitiativen einbringen und ihren Beitrag entsprechend auszeichnen. Die Mitglieder der Lenkungsgruppen verständigen sich jeweils auf (Qualitäts-)Kriterien, die berücksichtigt werden müssen, damit diese Maßnahmen als Beitrag der jeweiligen Landesinitiativen gelten können. Es wird sichergestellt, dass der jeweilige Projektträger einer Maßnahme öffentlich kenntlich bleibt.

2.5.2. Vorläufige Kriterien für Maßnahmen der Primärprävention

Für Maßnahmen, die einen Beitrag zu den Landesinitiativen darstellen, gelten zurzeit folgende übergreifende Kriterien:

Anforderungen

- Orientierung an den präventionspolitischen Schwerpunkten der Landesgesundheitskonferenz (Landespräventionskonzept NRW, kommunale Beiträge zu den Zielen und Inhalten der Landesinitiativen, »Gesundes Land« u.a.).
- Deutlich erkennbarer Projektcharakter: Eindeutige Zielsetzung, zeitliche, finanzielle und personelle Planung, definierte Organisations-, Kooperations- und Koordinationsform, Dokumentation und Analyse von Projektverlauf und Ergebnissen.
- Thematische Ausrichtung auf mindestens ein Handlungsfeld der Primärprävention, verbunden mit der Erwartung einer positiven Veränderung von lebensstilbedingten Gesundheitsgefahren (z.B. Verbesserung von Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten, Maßnahmen zur Stressbewältigung oder Entspannung, Förderung des Nichtrauchens oder Reduzierung des Alkoholkonsums), als Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung.
- Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit im Gesundheitswesen durch die Ausrichtung auf sozial benachteiligte Zielgruppen insbesondere in Settings bzw. Lebenswelten.
- Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Bedürfnissen.
- Aktive Beteiligung aller Betroffenen im Rahmen der Maßnahme (Partizipation), um sie zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren (Empowerment).
- Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen (Bedarf) sowie Einleitung eines geplanten und messbaren Veränderungsprozesses (Zielbeschreibung).
- Planung und Implementierung von Verstetigungsprozessen.
- Nachweis bzw. Beschreibung von Nachhaltigkeit und Wirksamkeit sowie Bezug auf Studienergebnisse und/oder theoretische Modelle.

- Möglichst institutionenübergreifende Kooperationen und Zusammenarbeit oder Anbindung bzw. Weiterentwicklung bereits bestehender Maßnahmen.
- Wesentliche Beteiligung (Finanz-, Sach- oder Personalmittel) des Antragstellers.

Die nachfolgend aufgeführten Kriterien kennzeichnen Maßnahmen, die nicht als Beitrag von Landesinitiativen in Frage kommen:

Ausschlusskriterien

- Isolierte Maßnahmen oder Anschaffungen ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept,
- Reine Forschungsprojekte mit geringem Interventionsanteil,
- Entwicklung oder Förderung von Medien oder Angeboten, die nicht zu strukturellen Veränderungsaktivitäten in Settings bzw. Lebenswelten führen,
- Entwicklung oder Förderung von Medien oder Angeboten, die rein kommerziell ausgerichtet sind,
- Aktivitäten, die Werbezwecken oder einem Produktvertrieb dienen,
- Maßnahmen, die nicht mindestens eines der präventiven Handlungsfelder zum Inhalt haben,
- Isolierte berufliche Aus- und Weiterbildung,
- Aktivitäten, die zu Pflichtaufgaben anderer Stellen oder Körperschaften des öffentlichen Rechts gehören (Betreuungsaufgaben in Schulen oder Kindergärten, Schuleingangsuntersuchungen etc.).

2.5.3. Verfahren

Präventionsträger oder Träger von Lebenswelten können Projektbeschreibungen von Maßnahmen, die sich als Beitrag für eine Landesinitiative eignen würden, formlos an das LIGA.NRW richten.

Das LIGA.NRW prüft auf der Basis der in den Lenkungsgruppen formulierten Standards die Anträge und leitet sie mit einer Stellungnahme an die zuständige Lenkungsgruppe weiter.

Der Träger der Maßnahme erhält eine Mitteilung über die Entscheidung der Lenkungsgruppe. Geeignete Projekte können die Bezeichnung »Beitrag von X zur Landesinitiative Y« für Medien oder Berichterstattungen nutzen (Gütesiegel, vgl. 3.1).

2.6. Weitere Initiativen

Eine Landesinitiative zur Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung befindet sich in Vorbereitung. Die Etablierung weiterer Landesinitiativen wird mittelfristig angestrebt. Weiterer Handlungsbedarf wird insbesondere in Bereichen

- zur Förderung der seelischen Gesundheit,
- der Unterstützung von pflegenden Angehörigen von demenzkranken Menschen und
- der Prävention von Depressionen

gesehen.

In den Diskussionen um das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen wird Bedarf an weiteren Umsetzungen zu Inhaltsbereichen auch unter geschlechtsspezifischer Schwerpunktsetzung geäußert. Um andere Initiativen realisieren zu können, bedarf es neben Institutionen, die hier engagiert mitwirken wollen, auch Einrichtungen, die federführend in den Lenkungsgruppen tätig sein können und wollen.

3. Präventionsberichterstattung

Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalens will die Möglichkeiten und Chancen, die eine auf Kooperation und auf gemeinsame Finanzierung aufbauende Konzeption eröffnet, mit den Spielräumen und Umsetzungsmöglichkeiten auf lokaler Ebene zusammenführen. Hierzu empfiehlt die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz, eine »Präventionsberichterstattung« auf Landes- und auch auf kommunaler Ebene zu etablieren.

Eine Präventionsberichterstattung, die dem Anspruch gerecht werden will, den Etablierungs- und Umsetzungsprozess des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen zu unterstützen, sollte modular aufgebaut werden und unterschiedliche Funktionen erfüllen. Sie soll neben der Bestandsaufnahme und -analyse auch Aussagen zur Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen und deren Kosten sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung und Verbesserung von Programmen enthalten. Dabei wird die Präventionsberichterstattung immer auch ein Au-

genmerk haben auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Konzeption und Realisation von Prozessen und Maßnahmen.

Die Präventionsberichterstattung ist ein zentrales Kommunikationsinstrument und wichtiges Bindeglied und Vernetzungsinstrument für die beteiligten Partner.

3.1. Aufgaben und Umsetzung

Die zentralen Aufgaben der Berichterstattung im Rahmen des Präventionskonzeptes sind:

Dokumentation

Die in Nordrhein-Westfalen bestehenden Aktivitäten und Programme in der Prävention und Gesundheitsförderung sind mit dem Ziel zu dokumentieren, übertragbare Ansätze herauszukristallisieren und damit Anregungen für die Planung in anderen Kommunen oder für andere Projektträger zu liefern. Instrument für die Dokumentation ist eine Online-Datenbank.

The screenshot shows the website 'Prävention NRW' with the tagline 'Gesundheit & Lebensqualität'. The main headline is 'Neues Informationsangebot mehrsprachige Videospots'. The article text reads: 'Lebensnahe Botschaften für eine gesunde Schwangerschaft und Stillzeit. Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium geht neue Wege bei der gesundheitlichen Aufklärung und Information der Bürgerinnen und Bürger. Rund um das Thema "Gesundheit von Mutter und Kind" wurden Videospots in mehreren Sprachen produziert, die über das Internet sowie über Beratungsstellen, Kinderärzte und Hebammen verbreitet werden. "Wir erreichen heute nicht mehr jeden Haushalt über gedruckte Medien. Mit den lebensnahen Botschaften der Videospots wollen wir junge Eltern ansprechen, die als Informationsquelle neue Medien bevorzugen. Denn jedes Kind muss eine Chance haben, gesund groß zu werden – und alle Eltern, sich umfassend zu informieren." Das sagte Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. In Düsseldorf zur Vorstellung der bundesweit einmaligen Aktion. Themen der kurzen Filme sind "Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft", "Sicherer Schlaf für mein Baby" und "Diabetes in der Schwangerschaft". In einem einführenden Videospot stellt Gesundheitsminister Laumann die „Landesinitiative "Gesundheit von Mutter und Kind" vor und erläutert, warum es so wichtig ist, sich insbesondere um die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und der Kinder im ersten Lebensjahr zu kümmern. "Die Filme" – so der Minister – sind leicht verständlich und regen zum Nachmachen an. Die Videospots finden Sie hier.'

On the right side, there is a section 'Neues aus dem Gesundheitswesen' with a sub-section 'Videospots' stating: 'Direkt zu den Videospots gelangen Sie über die linke Navigationsseite oder indem Sie auf eine der Sprachen klicken: Deutsch, Türkisch, Russisch.' Below this are three video thumbnails with captions in German and Russian. The first shows a doctor examining a pregnant woman, the second shows a close-up of a baby's head, and the third shows a newborn baby.

At the bottom, there are four video thumbnails for 'Leben ohne Qualm', 'Mutter und Kind', 'Übergewicht bei Kindern', and 'Sturzprävention bei Senioren'. The footer includes 'Nach oben | Stand: 13.02.2009' and 'LIGA.NRW'.

Information, Transparenz und Vernetzung

Als zentrale Kommunikationsplattform fungiert hier die Internetseite www.praeventionskonzept.nrw.de.

Die Zielsetzungen der Website sind Informationsverbreitung zum Präventionskonzept und den Landesinitiativen, Werbung für die Mitwirkung, Präsentation von beispielhaften Projekten, Verbreitung von Teilnahmebedingungen und Richtlinien sowie Austausch- und Interaktionsmöglichkeiten für die Beteiligten. Ein wichtiger Bestandteil des Internetangebotes ist der Newsletter. Er soll über geplante Maßnahmen, laufende Projekte, Kooperationen und Evaluationsergebnisse informieren. Die Beiträge liefern die Projektverantwortlichen. Die Aufgaben der redaktionellen Koordination und Betreuung liegen beim LIGA.NRW, das auch die Betreuung des Newsletters verantwortet. Zielgruppen des Newsletters sind die Mitgliedsorganisationen der Landesgesundheitskonferenz, alle Akteure der Landesinitiativen, Akteure, die in Präventionsprojekten arbeiten und diese ins Landesprogramm integrieren wollen und Multiplikatoren aus dem Gesundheitssektor.

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zu den einzelnen Projekten wird von den jeweils beteiligten Institutionen lokal und überregional organisiert und umgesetzt.

»Gütesiegel«: Qualitätssicherung und Vergabe

Bei Interventionen muss heute die Frage nach Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gestellt werden. Interventionsmaßnahmen und Projekte von Präventionsträgern, die unter dem Dach des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen und seiner Landesinitiativen geführt werden wollen, haben eine Reihe von Qualitätskriterien zu erfüllen und durchlaufen eine Begutachtung durch die Experten aus den Lenkungsgruppen. Die Auswahlkriterien und das Verfahren sind im Kapitel 2.5 beschrieben. Die assoziierten Projekte können ihre Beteiligung am Präventionskonzept durch den Vermerk der Zugehörigkeit (Gütesiegel) bei allen Publikationen deutlich machen.

Verzahnung von Interventionen auf der Landes- und der kommunalen Ebene

Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen hat zwei Zielebenen: Das Land und die 54 Kreise und kreisfreien Städte. Synergien lassen sich erzielen, wenn die Planungen und Maßnahmen für beide Ebenen unter Wahrung lokaler Besonderheiten und Interessen ineinander

greifen. Um Doppelarbeiten zu vermeiden und die Effektivität zu erhöhen, sollen auf der Basis der Projektdarstellungen bei Bedarf Arbeitshilfen und Handlungsanleitungen erarbeitet werden, die die Umsetzung vor Ort erleichtern. Sie sollen über die Internetseite online zur Verfügung gestellt werden. Auch bereits vorhandene Leitfäden und Praxishilfen sollen für das Präventionskonzept nutzbar gemacht werden.

Zur Unterstützung der Kommunen bei der Umsetzung von Interventionsmaßnahmen im thematischen Umfeld »Kindergesundheit« wird zurzeit ein Maßnahmenkatalog entwickelt, dessen Ziel es sein soll, niederschwellige Veranstaltungen (insbesondere für sozial benachteiligte Familien) im Kontext flankierender (Folge-)Maßnahmen zu etablieren. Hierzu werden Mustervorträge, Konzeptionen und Informationen über die Internetseite abrufbar sein. Erfahrungen und Bedürfnisse der Kommunen sollen bei der Entwicklung der Gesamtkonzeption einbezogen werden (vgl. Handlungsschwerpunkte 2.2.4).

Datengestützte Begleitung und Evaluation

Um die Wirksamkeit des Präventionskonzeptes zu belegen, ist es notwendig, ausgewählte Entwicklungen und Ergebnisse von Maßnahmen darzustellen. Es ist zu prüfen, welche vorliegenden Statistiken und Indikatoren dazu herangezogen werden können bzw. ob spezielle Erhebungen und Auswertungen erforderlich werden. Die bisher zur Verfügung stehenden Daten sind ergänzend auf www.praeventionskonzept.nrw.de zu veröffentlichen.

Darüber hinaus sieht das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen für die Landesinitiativen die Formulierung von Zielen vor. Diese basieren auf den Gesundheitszielen Nordrhein-Westfalen.

Die im Präventionskonzept genannten Ziele verstehen sich dabei als erste wichtige Meilensteine. Es ist davon auszugehen, dass sich die Landesinitiativen in der Diskussion der beteiligten Kooperationspartner, ihrer Interessen und der einzubringenden Ressourcen eigendynamisch und mit unterschiedlicher Interventionsbreite und -tiefe entwickeln.

Eine Evaluation der Landesinitiativen sollte sowohl prozess- als auch ergebnisorientiert erfolgen. Die Prozessevaluation beschreibt z.B., inwieweit geplante Aktivitäten erfolgt sind und ob die Zielgruppe im gewünschten Maß davon Kenntnis genommen und sich beteiligt hat.

Eine Ergebnisevaluation muss sich an den Zielen orien-

tieren, die von den jeweiligen Landesinitiativen zu formulieren sind. Bei der Formulierung von Zielen im Rahmen der Landesinitiativen müssen diese so formuliert werden, dass eine Evaluation mit vorhandenen Indikatoren möglich ist. Andernfalls ist eine Spezialerhebung einzuplanen.

Die Überprüfung, ob eine geschlechtsspezifische Zieldifferenzierung vorgenommen worden ist und ob diese Ziele erreicht worden sind, ist ein wichtiges Evaluationskriterium.

3.2. Online-Datenbank gesundheitsfördernder und präventiver Projekte in Nordrhein-Westfalen

Grundlage für eine bessere Zusammenarbeit wird, als Element der Präventionsberichterstattung, das Internetangebot »Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen«. Hier können landesweit beispielhafte Aktivitäten eingetragen werden.

Die Datenbank bietet den Zugriff auf qualitätsgesicherte Projekte. Sie ermöglicht Transparenz und kann den Kontakt zu Ansprechpartnern von landes- und kommunalen Projekten herstellen. Über die Selbstangaben der Projektträger können Rückschlüsse auf die Präventionslandschaft in Nordrhein-Westfalen in ihren räumlichen und inhaltlichen Bezügen gezogen werden. Die Datenbank kann einen Einblick zum Stand der Qualitätsentwicklung hinsichtlich Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geben und Entwicklungspotenziale aufzeigen. Über die Recherchemöglichkeiten können die Projekte identifiziert werden, die zur Erreichung der formulierten Präventionsziele unabhängig von den Landesinitiativen beitragen.

Die Online-Datenbank erfasst unter anderem Präventionsprojekte der Landesinitiative »Gesundes Land NRW«, Projekte der Landesinitiativen des Präventionskonzepts sowie sonstige Projekte von Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz.

Die Sammlung von Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen zielt darauf ab:

- »Good-practice«-Modelle zu verbreiten,
- einen Überblick über qualitätsgesicherte Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen zu gewinnen,
- Transparenz herzustellen,
- eine Möglichkeit zu schaffen, voneinander zu lernen,

→ die Netzwerkbildung zwischen den Akteuren zu unterstützen,
Unter- bzw. Überversorgung und Forschungsbedarf zu erkennen und

→ Datengrundlagen – auch geschlechtsdifferenziert – für Berichterstattung und Gesundheitspolitik zu liefern.

Als Qualitätsmerkmale der eingetragenen Projekte gelten unter anderem Übertragbarkeit, Durchführungsansatz, Projektergebnisse, Evaluation, Relevanz für die Praxis, Innovationspotenzial und Nachhaltigkeit.

Das Internetangebot ermöglicht standardisierte Abfragen z.B. nach Regierungsbezirken, Städten und Kreisen, Zielgruppen, Handlungsfeldern, Settings, Trägern, Gesundheitszielbezügen und Volltextabfragen.

Das LIGA.NRW unterstützt dieses Onlineangebot durch Pflege der Datenbank, Betreuung der Internetseite unter www.infoportal-praevention.nrw.de, Datenübernahme und -pflege sowie Erstellung von Analysen.

Die Online-Datenbank ist auch über die Internetseite www.praeventionskonzept.nrw.de abrufbar. Von hier wird es auch Links auf andere Datenbanken zur Prävention und Gesundheitsförderung geben.

Zum Selbstverständnis der Präventionsberichterstattung für das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen hat das LIGA.NRW eine Konzeption erarbeitet, die nach Abstimmung ebenfalls über die Internetseite www.praeventionskonzept.nrw.de verfügbar sein wird.

4. Literatur

- B** Bacon WE, Hadden WC.: Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. *J Aging Health* 12 (2002), No. 2, S. 193-203
- Baharin B, Palmer RM, Coward P, Wilson RF: Investigation of periodontal destruction patterns in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 33 (2006), Nr. 7, S. 233-250
- Becker C, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, Nikolaus T: Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51 (2003) S. 306-313
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004: eine Wiederholungsbefragung der BZgA. Teilband Rauchen. Köln 2004
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA): Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen: eine Repräsentativbefragung der BzGA. Köln 2007
- D** Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2005. Berlin 2005
- G** Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW (Hrsg.): Perinatalerhebung NRW, 2004.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, 4
- H** Hausstein K-O: Rauchen, Nikotin und Schwangerschaft. *Geburtsh Frauenheilk* 60 (2000) S. 11-19
- Hawkes WG, Wehren LW, Orwig D, Hebel R, Magaziner J.: Gender differences in functioning after hip fracture. *J Gerontol* 61 (2006), S. 495-499
- Horton K.: Gender and the risk of falling: a sociological approach. *JAN* 57 (2007), S. 69-76
- I** icks A, Haastert B, Meyer G.: Trend der Häufigkeit von Hüftfrakturen in Deutschland. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt an das MAGS, (2007)
- Indikatoren 7.5 und 7.6 des Indikatorenatzes NRW, Daten 2005
- J** Jones S, Johansen A, Brennan J, Butler J, Lyons RA.: The effect of socioeconomic deprivation on fracture incidence in the United Kingdom. *Osteoporos Int* 15 (2004), Nr. 7, S. 520-524
- K** Kersting M; Dulon M, Fakten zum Stillen in Deutschland, Ergebnisse der SuSe-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150 (2002) Nr. 10, S. 1196-1201
- L** Lampert T., Mensink G.B.M., Romahn N., Woll, A.: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 50 (2007), Nr. 5/6, S. 634-642
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW: Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA. NRW) (Hrsg.): Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht 2006. Bielefeld 2008
- Lobstein T, Bauer L, Uauy R, IASO International Obesity Taskforce: Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 5 (2004) Suppl. 1, S. 4-104
- lögd 2005 (1) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Regionale Unterschiede ausgewählter Gesundheitsindikatoren in NRW, 2002 (NRW kurz und informativ). Bielefeld 2005
- lögd 2005 (2) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Jahresbericht 2004. Bielefeld 2005
- lögd 2006 (1) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Säuglingssterblichkeit in NRW (NRW kurz und informativ). Bielefeld 2006
- lögd 2006 (2) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Adipositas in NRW (NRW kurz und informativ). Bielefeld 2006
- lögd 2006 (3) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: Auswertung aus GBEstat. Krankenhausdiagnosen für das Berichtsjahr 2003. Bielefeld 2006
- Lopez NJ, et al: Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J. Periodontol* 73 (2002), S. 911-924

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de