

***Gesundheitsförderung aus gesundheitspädagogischer
Sicht***

-

***Evaluation des Fortbildungscurriculums
„Präventionsassistentin“
der Kinder- und Jugendheilkunde***

***Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität
München***

Vorgelegt von:

***Julia Hellmann-Schoierer M.A.
geb. 16.04.1980, München***

1. Gutachter: PD Dr. Dr. Elisabeth Zwick

2. Gutachter: Prof. Dr. Rudolf Tippelt

München, 16.03.2009

Tag der mündlichen Prüfung: 10.07.2009

1. Berichterstatterin: PD Dr. Dr. Elisabeth Zwick
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Rudolf Tippelt

Einleitung	6
Teil 1 Forschungsstand und theoretische Grundlagen	8
1 Gesundheitsförderung in Deutschland - begriffliche Bestimmung	8
2 Aktualität.....	9
2.1 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	10
2.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im kulturellen Vergleich.....	13
2.3 Einflussgrößen auf die Gesundheit	15
2.4 Die „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen.....	16
2.5 Unzufriedenheit deutscher Ärzte	18
2.6 Zusammenfassung.....	19
3 Forschungsstand der Gesundheitsförderung in Deutschland.....	20
3.1 Entstehung der Gesundheitsförderung.....	20
3.2 Evaluation in der Gesundheitsförderung	26
4 Einflussfaktoren auf Gesundheit.....	33
4.1 Soziale Schichtzugehörigkeit	34
4.2 Umwelt	38
4.3 Beruf.....	38
4.4 Familiäres Umfeld	39
4.5 Geschlecht	40
4.6 Zusammenfassung.....	41
5 Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit.....	43
6 Gesundheitspädagogische Ansätze	47
6.1 Gesundheit aus gesundheitspädagogischem Verständnis.....	47
6.2 Gesundheitsförderung unter gesundheitspädagogischen Ansätzen	49
6.3 Gesundheitspädagogik und ihre Verortung in der Wissenschaft.....	50
Teil 2 Evaluation in der Gesundheitsförderung	52

7 Evaluation in der Gesundheitsförderung	52
7.1 Kriterien von Evaluation in der Gesundheitsförderung	52
7.2 Prozess – und Produktevaluation.....	53
7.3 Untersuchungsgegenstand	54
8 Vorstellung des Curriculums Präventionsassistentin	54
9 Die Qualitätskriterien nach Naidoo und Wills und ihre praktische Anwendung am Beispiel des Curriculums	57
9.1 Effektivität.....	58
9.2 Geeignetheit.....	61
9.3 Akzeptanz	64
9.4 Effizienz.....	67
9.5 Gerechtigkeit / Chancengleichheit.....	68
10 die Qualitätskriterien nach Wulfhorst und ihre praktischen Anwendung am Beispiel des Curriculums.....	69
10.1 Konnten die Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens beeinflusst werden?	69
10.2 Wurden Inhalte vermittelt?	69
10.3 Wurden Kompetenzen gefördert?	71
10.4 Konnten Verhältnisse beeinflusst werden?	71
11 Evaluation 2003-2005 des Curriculums.....	73
11.1 Erste Schritte bei der Erstellung einer Evaluation in der Gesundheitsförderung nach Naidoo und Wills.....	74
11.2 Die Auswahl der Evaluationsfragen vor diesem theoretischen Hintergrund	80
11.3 Zusammenfassung.....	84
12 Datenerfassung	85
12.1 Grundgesamtheit.....	85

12.2 Studiendesign.....	85
12.3 Messinstrument.....	86
12.4 Das Anschreiben.....	87
12.5 Erhöhung der Rücklaufquote.....	87
12.6 Aufbau des Fragebogens.....	88
12.7 Pretest.....	89
12.8 Codierung der Daten.....	89
Teil 3 Ergebnisse.....	91
13 Ergebnisteil.....	91
13.1 Kritische Betrachtung der durchgeführten Evaluation anhand der Ergebnisse ...	91
13.2 Ergebnisse.....	96
14.3 Schlussfolgerung.....	152
Teil 4 Diskussionsfelder.....	154
14 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften.....	155
14.1 Die Kulturalität von Pädagogik und Medizin – das historische Erbe der Gesundheitspädagogik.....	155
14.2 Gesundheitspädagogik am Beispiel des Fortbildungscurriculums Präventionsassistentin.....	161
14.3 Gesundheitspädagogik: Die Wahl eines Lernmodells auf Basis von Theorie und Handlungsfeld.....	180
15 Medizin: Neuorientierung einer alten Wissenschaft.....	183
15.1 Der Wandel des Berufsbildes der Mediziner.....	185
15.2 Konsequenzen für das Fortbildungscurriculum der Präventionsassistentin	190
16 Schluss – Forschungsperspektiven.....	192
17 Ausblick – Beispiele von Veränderungen im Fortbildungscurriculum Präventionsassistentin.....	196

Abbildungsverzeichnis	199
Literaturverzeichnis.....	201
Anhang	212
- Curriculum der Bundesärztekammer	212
- Anschreiben der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation	212
- Fragebogen der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation.....	212
- Codierungsplan der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation	212
- Nachbefragungen	212

Einleitung

Wer in Deutschland Gesundheitsförderung betreibt, liegt im Trend.

Ob Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben und Orten des öffentlichen Lebens – Gesundheitsförderung ist zu einem einflussreichen Motiv der öffentlichen Arbeit geworden. Der Versuch, eine Qualitätsstruktur in das inzwischen unüberschaubare Praxisfeld der Gesundheitsförderung zu bekommen, zeigt sich in Ausschreibungen von Preisen und Fördergeldern für „best practice“ der Gesundheitsförderung.

Trotz dieser Versuche, die initiiert werden von Ministerien, Städten oder Stiftungen, ist es bisher nicht möglich, Programme der Gesundheitsförderung nach einheitlichen Kriterien zu untersuchen und somit einen Rückschluss auf Effektivität und Wirksamkeit zu schließen.

Welchen Nachweis über Wirksamkeit müssen die Initiatoren von gesundheitsfördernden Interventionen vorweisen und nach welchen inhaltlichen Qualitätskriterien sollte gearbeitet werden? Auf welche theoretische Basis kann man sich berufen, will man als Gesundheitsförderer fundiert arbeiten?

Entsprechend dieser Forschungslücken befasst sich die vorliegende Arbeit mit der Erstellung wissenschaftlich fundierter Kriterien der Gesundheitsförderung, welche aus einer gesundheitspädagogischen Perspektive hergeleitet werden. Dabei werden Fragen nach ihrer theoretischen Basis ebenso beantwortet, wie die Frage nach inhaltlichen Qualitätskriterien ihrer praktischen Anwendung.

Mit Hilfe einer Evaluation eines Fortbildungscurriculums aus der Pädiatrie wird Schritt für Schritt erläutert, wie es möglich ist, Programme der Gesundheitsförderung nach Effektivität und Wirksamkeit zu untersuchen.

Diese empirische Untersuchung des Fortbildungscurriculums bietet die Chance, einen Ansatz in der gesundheitspädagogischen Lehre zu entwickeln, die Gesundheitsförderung in ihrer praktischen Anwendung zu definieren sowie die Bedeutung von Evaluation zu unterstreichen.

In Teil eins, zu Beginn dieser Arbeit, wird eine begriffliche Abgrenzung bzw. Einordnung weiterer Disziplinen wie beispielsweise Krankheitsprävention, Gesundheitserziehung oder –schulung erfolgen, im späteren Verlauf der Arbeit wird ein klarer Ansatz in der Gesundheitsförderung formuliert.

Dieser Teil zeigt im Anschluss daran den Handlungsbedarf auf und verweist darin auf aktuelle Studien in der Kinder- und Jugendgesundheit, der Ökonomie im Gesundheitssektor sowie dem Berufsalltag niedergelassener Ärzte in Deutschland.

Des Weiteren wird der Forschungsstand von Gesundheitsförderung dargestellt, ebenso wie von Evaluation als ein entscheidendes Qualitätskriterium von Gesundheitsförderung. Durch die Auswahl einiger Praxisbeispiele werden die unterschiedlichen Durchführungen und Qualitätsstandards von Evaluation sichtbar gemacht.

Teil zwei dieser Arbeit bildet die theoretische Grundlage, zeigt Einflussfaktoren auf Gesundheit bzw. Krankheit auf und stellt die für diese Arbeit relevanten Theorien der Erhaltung von Gesundheit sowie der Entstehung von Krankheit dar.

Teil drei bildet mit der Durchführung der Evaluation des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ in der Pädiatrie, ein zum Zeitpunkt der Befragung initiiertes Projekt des Netzwerkes Kindergesundheit und Umwelt den empirischen Hintergrund.

Dabei werden alle 167 Kinderarzhelferinnen und Kinderkrankenschwestern die sich in den Jahren 2003 bis 2005 zur Präventionsassistentin ausbilden ließen, in die quantitative Befragung mit aufgenommen.

Diese Evaluation unterstreicht zum einen die Bedeutung empirischer Sozialforschung in der Gesundheitsförderung, wird aber auch zur Entwicklung von Qualitätsstandards beitragen, an welcher sich nachfolgende Projekte der Gesundheitsförderung orientieren können.

Es wird erwartet, dass durch den hier erarbeiteten Ansatz in der Gesundheitsförderung einige Diskussionsfelder entstehen, die aus gesundheitspädagogischer Perspektive von Nutzen sein werden.

Teil 1 Forschungsstand und theoretische Grundlagen

1 Gesundheitsförderung in Deutschland - begriffliche Bestimmung

Unter Gesundheitsförderung werden im Allgemeinen Maßnahmen und Aktivitäten von Personen oder Einrichtungen verstanden, die es sich als Ziel gesetzt haben, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und Krankheiten zu vermeiden bzw. zu verringern. Die verschiedenen Bereiche, in welchen Gesundheitsförderung betrieben wird, sind breit gefächert und die Gesundheitsförderung ist in den letzten Jahren zu einem äußerst wichtigen Sektor geworden, welches sich insbesondere auf bildungspolitischer und sozialer Ebene durch zahlreiche Programme, Interventionen, aber auch Fort- und Weiterbildungsangebote widerspiegelt.

Dabei wird es zunehmend schwierig, Gesundheitsförderung als Theorie- und Handlungsfeld von anderen Nachbardisziplinen abzugrenzen. Denn der Begriff der Gesundheitsförderung wird sowohl in der Literatur als auch in den entsprechenden Praxisfeldern von den Begriffen der Gesundheitserziehung, -bildung, -beratung, -prävention oder -aufklärung nicht klar getrennt. Eine klare begriffliche Trennung scheint bei der Sichtung der Literatur auch problematisch zu sein, da sie inhaltlich zu viele Überschneidungen und Gemeinsamkeiten aufweisen.

Die Frage ist zudem, ob jeder Begriff tatsächlich strikt getrennt werden muss, entscheidender für diese Arbeit scheint deshalb zu sein, einen Überbegriff zu finden, der alle Aktivitäten vereint, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind. Dabei ist es für diese Arbeit entscheidend den Begriff Gesundheitsförderung unter erziehungswissenschaftlichen Aspekten zu betrachten.

Wie Gesundheitsförderung also im pädagogischen Sinn verstanden wird und wie sie sich von Parallelbegriffen abgrenzt, stellt ein Ziel dieser Arbeit dar und wird in Punkt sechs ausgeführt.

Gesundheitsförderung wird in dieser Arbeit allgemein für alle Personengruppen

dargestellt. Die empirische Untersuchung des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ in der Pädiatrie bedingt jedoch die Fokussierung auf Kinder und Jugendliche.

2 Aktualität

Allein die begriffliche Diffusität der Gesundheitsförderung zeigt, wie aktuell dieser Forschungsbeitrag ist, dessen Aufgabe es unter anderem ist, einen klaren Ansatz der Gesundheitsförderung zu formulieren.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben in den letzten Jahrzehnten einen starken Zuwachs erfahren. Die Gründe hierfür sind unter anderem in sich verändernden Krankheitsbildern zu sehen, die sich immer häufiger in chronisch verlaufenden Krankheiten zeigen, welche in hohem Maß durch gesundheitsrelevantes bzw. pathologisches Verhalten bedingt werden, wie beispielsweise Folgeerkrankungen von Übergewicht. Durch diese sich im Vergleich der letzten Jahrzehnte ändernden Krankheitsbilder wird der Bereich der Präventivmedizin immer bedeutender.

Äthiologische Daten zeigen, dass Krankheit durch zahlreiche Einflussgrößen bedingt wird. Zu nennen seien hier neben den biomedizinischen Aspekten, wie Infektionen oder genetische Dispositionen, auch gesellschaftliche, familiäre, psychosoziale, umweltbedingte oder kulturelle Einflussfaktoren.

Ein weiterer Grund für die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung ist im politischen und ökonomischen Bereich zu suchen: die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist zu einem hohen Kostenfaktor der deutschen Wirtschaft geworden und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung ist allein aus wirtschaftlichen Gründen notwendig.

Sowohl die eben genannten Einflussgrößen auf Gesundheit und Krankheit, die sich verändernden Krankheitsbilder als auch ökonomische Faktoren des Gesundheitswesens machen deutlich, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht allein in den Händen der Medizin liegen kann, sondern sich die Verantwortung auf verschiedene wissenschaftliche Disziplinen wie Sozial- und Kulturwissenschaften verteilt.

Ein weiterer Hinweis darauf, dass eine Verteilung der Verantwortung im Gesundheitsbereich notwendig ist, zeigen aktuelle Ergebnisse zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit deutscher Ärzte in ihrem Beruf, welche im internationalen Vergleich sehr viel unzufriedener mit ihrer Arbeitssituation sind als Ärzte aus anderen Industriestaaten. Zurückzuführen ist dies unter anderem auf eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten bei einer unterdurchschnittlich kurzen Verweildauer des Patienten im Sprechzimmer (Koch et al., 2007).

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten also nicht nur von Medizinern, sondern ebenso von Politik und Sozialwissenschaften betrieben werden, mit dem Ziel durch Verhältnis- aber auch Verhaltensänderungen¹ die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

2.1 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Nach der KiGGS-Studie (Hempel et al., 2006) des Robert-Koch-Institutes, welche im Jahr 2004 abgeschlossen wurde, spricht man im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von einer „neuen Morbidität“ (Schubert et al., 2004:34).

Die früher noch vorherrschenden Erkrankungs- und Todesursachen, wie Infektionskrankheiten, sind aufgrund der Verbesserung der Lebensverhältnisse und dem Ausbau der medizinischen Versorgung stark zurückgegangen. An deren Stelle sind häufig Erkrankungen getreten, die chronische Folgeerkrankungen begünstigen, wie Übergewicht, unzureichende Bewegung oder Konsum von Alkohol und Tabak.

Ebenso sind Erkrankungen mit psychosozialen Hintergrund in den Vordergrund getreten. Die KiGGS-Studie (Hempel et al., 2006) hat zahlreiche Krankheitsbilder

¹ vgl. hierzu Verhaltens- und Verhältnisprävention (Lehmann, 2004)

Verhaltensprävention: Strategien, die die Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten beinhalten. Z. B. Stabilisierung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, körperliche Bewegung)

Verhältnisprävention: Strategien, die auf die Reduzierung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen abzielen. Z. B. Arbeits- und Gesundheitsschutz, sowie kommunale Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Sicherheitsbedingungen.

sowie deren Einflussfaktoren untersucht, im Folgenden werden hiervon drei Beispiele herausgegriffen:

Übergewicht und Adipositas:

So leiden laut KiGGS-Studie 9 % der Kinder von drei bis sechs Jahren unter Übergewicht und bereits 17 % der 14 – 17 jährigen. Im Vergleich zu den Jahren 1985 bis 1999 leiden heute 50 % mehr Kinder und Jugendliche an Übergewicht und 100 % mehr an Adipositas (Hempel et al., 2006).

Körperlich-sportliche Aktivität:

Sport wird von der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen laut KiGGS-Studie ausreichend betrieben, wobei Mädchen tendenziell weniger sportlich aktiv sind als Jungen; dieser Unterschied lässt sich bei Familien mit Migrationshintergrund und niedriger Sozialschicht noch stärker erkennen. Lampert et al. (2007a) verweisen auch darauf, dass jedes vierte Kind zwischen drei und zehn Jahren nicht regelmäßig Sport treibt, jedes achte Kind in diesem Alter sogar nie sportlich aktiv ist (Lampert et al., 2007a).

Essstörungen:

Als Essstörungen werden hier die Krankheitsbilder der Magersucht (Anorexia nervosa), der Ess- /Brechsucht (Bulimia nervosa), Episoden mit Fressanfällen (Binge Eating Disorder) und der Fettsucht (Adipositas) verstanden.

Mädchen sind gegenüber Jungen signifikant häufiger von Essstörungen betroffen (siehe Abb. 1), wobei Kinder und Jugendliche aus niedrigem sozioökonomischem Status und aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger betroffen sind als Kinder und Jugendliche aus einem hohen sozialen Status und ohne Migrationshintergrund (Hölling et al., 2007).

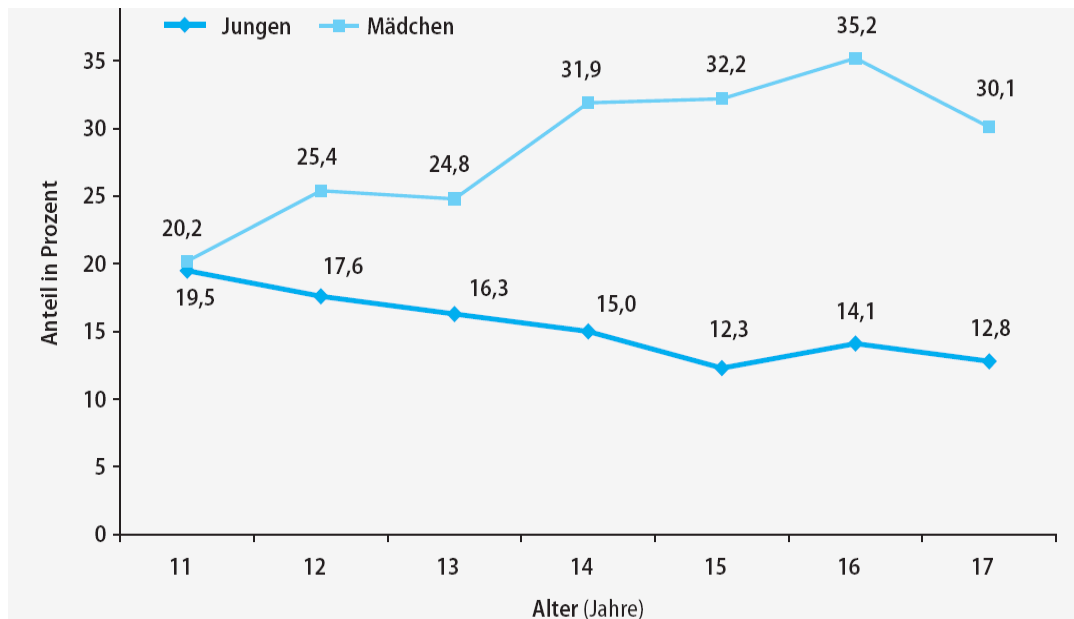


Abb.1, Hölling et al. (2007:796).

Tabak- und Alkoholkonsum:

In der Altersgruppe zwischen 11 und 13 Jahren rauchen 4% der Jungen und 3% der Mädchen. Danach steigen die Zahlen deutlich an: so geben fast ein Drittel der Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren an zu rauchen, ein Fünftel dieser Gruppe raucht sogar täglich.

Geschlechtsunterschiede liegen kaum vor, jedoch lassen sich im Sozialstatus Unterschiede erkennen. Kinder und Jugendliche aus hohem Sozialstatus rauchen deutlich seltener als Kinder und Jugendliche aus einem niedrigem Sozialstatus (Hempel et al., 2007).

Ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren geben an mindestens einmal die Woche Alkohol zu trinken, dabei lässt sich hinsichtlich der sozialen Schicht kein Unterschied erkennen (Lampert et al, 2007b).

2.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im kulturellen Vergleich

Dass ein Unterschied im Gesundheitszustand deutscher und ausländischer Kinder und Jugendlicher vorliegt, haben die vorangegangenen Ergebnisse der KiGGS-Studien gezeigt. Unterstrichen wird dies hier zusätzlich durch eine Schuleingangsuntersuchung in München aus dem Jahr 2004 (Wiedenmayer et al., 2006). Bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9² fehlten bei den deutschen Kindern am wenigsten Untersuchungen, bei Kindern, dessen Vater und Mutter eine ausländische Muttersprache sprechen dagegen am meisten.

	Beide Deutsch	Ein Elternteil Deutsch	Beide andere Sprache.	München Gesamt	Bayern Gesamt
U1 (unmittelbar nach der Geburt)	0,5%	2,5%	4,9%	2,2%	1,2%
U2 (3 – max. 10 Tage nach der Geburt)	0,7%	3,2%	5,0%	2,4%	1,4%
U3 (4. – 6. Lebenswoche)	0,9%	3,8%	6,3%	3,0%	1,7%
U4 (3. – 4. Lebensmonat)	1,4%	4,4%	7,0%	3,6%	2,2%
U5 (6. – 7. Lebensmonat)	2,0%	5,2%	9,3%	4,7%	2,8%
U6 (10. – 12. Lebensmonat)	1,8%	5,0%	9,8%	4,9%	3,1%
U7 (21. – 24. Lebensmonat)	3,3%	6,7%	13,6%	7,1%	4,4%
U8 (3 1/2 – 4 Lebensjahre)	6,2%	10,3%	18,2%	10,7%	8,1%
U9 (5 – 5 ½ Lebensjahre)	8,8%	13,8%	18,8%	12,7%	8,2%

*Abb. 2, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München,
Wiedenmayer et al. (2006: 10)*

² U1 bis U9 bezeichnen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, welche von der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zur Früherkennung von körperlichen oder geistigen Störungen der Entwicklung der Kinder bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres angeboten werden. U1 und U2 = Neugeborenenuntersuchung, U3 = 3. bis 4. Lebenswoche, ... U8 = 43. bis 48. Lebensmonat, U9 = 60. bis 64. Lebensmonat (Pschyrembel, 2004).

Unter den Kindern, bei denen beide Elternteile eine ausländische Muttersprache sprechen, wurden 8 % als adipös und 9 % als übergewichtig in die Statistik aufgenommen, zum Vergleich 4 % der deutschen Kinder als übergewichtig und 2 % der deutschen Kinder als adipös.

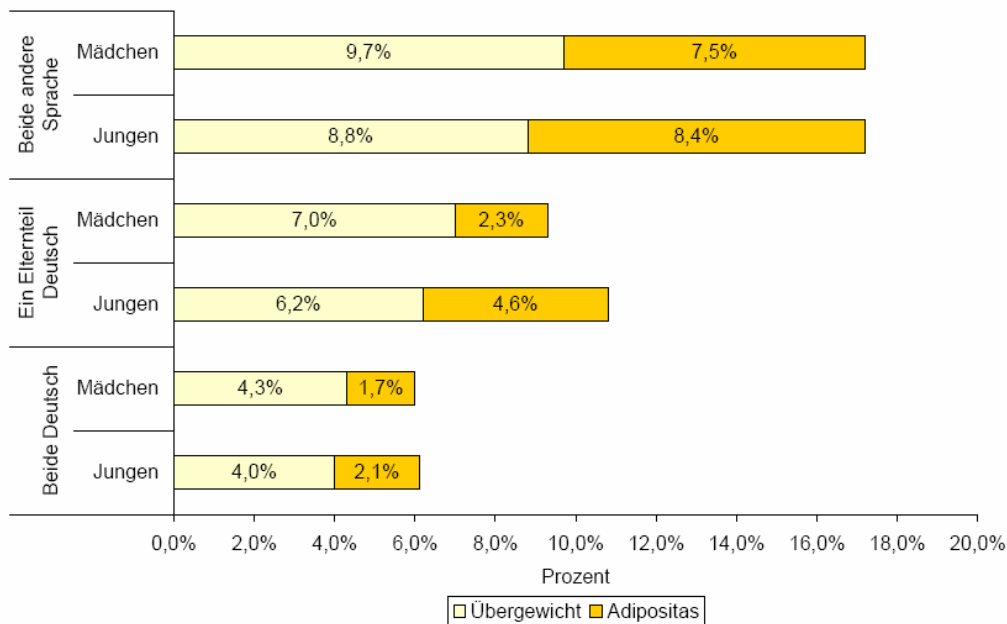


Abb. 3, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, Wiedenmayer et al. (2006: 10)

Die Zahlen zeigen einen deutlichen Unterschied in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen je nach ethnischer Herkunft und in Bezug auf die Variable Übergewicht / Adipositas als ein Faktor des Gesundheitszustandes.

Wiedenmayer et al. (2006) warnen jedoch ausdrücklich vor voreiligen Schlüssen, da über die Ursache für diesen Unterschied kaum etwas bekannt ist.

Nahe liegend scheinen Verständigungsschwierigkeiten als eine Ursache zu sein, jedoch reicht diese Erklärung kaum aus, da viele der Kinder und auch ihre Eltern in Deutschland geboren sind und die deutsche Sprache somit beherrschen.

Neben den sprachlichen Schwierigkeiten könnte als weitere kulturabhängige Ursache ein kulturell unterschiedliches Verständnis von Gesundheit, gesunder Lebensweise und Lebensqualität betrachtet werden, aber auch dieser Gesichtspunkt ist bisher wissenschaftlich nicht belegt.

2.3 Einflussgrößen auf die Gesundheit

Wie differenziert der Einfluss auf Gesundheit und Krankheit wissenschaftlich betrachtet wird, wird ebenfalls durch moderne Erfassungsmethoden deutlich.

Alf Trojan und Heiner Legewie (2000) stellen in ihrem Skript Gesundheitspsychologie – Gesundheitssoziologie Messmethoden vor, die den Gesundheitszustand der Bürger erfassen. Neben den traditionellen Erhebungen im Bereich der Morbiditäts- und Mortalitätsraten (z. B. Todes- und Erkrankungsfälle in einer Region pro Zeitintervall, bezogen auf 1.000 Einwohner) steht die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Mittelpunkt der Studien. Gesundheitsbezogene Lebensqualität setzt sich laut Trojan et al. (2000) zusammen aus körperlicher und psychischer Funktionstüchtigkeit, sozialer Integration sowie körperlichem und psychischem Wohlbefinden. Folgende Messinstrumente wurden von Trojan et al. (2000) vorgestellt:

Mit einem Messinstrument der WHO (WHO QOL) beispielsweise, welche die Messung der Lebensqualität forciert, wurde versucht, ein Messinstrument zu schaffen, welches kulturübergreifend anwendbar ist und somit regionale aber auch zeitliche Entwicklungen vergleichbar macht.

Inhaltlich sind 100 Items enthalten mit Fragen zur physischen Gesundheit, psychischen Befinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Spiritualität.

Neben der WHO QOL wird in den USA die SF-36-Health Survey herangezogen. Der Fragebogen der USA wird bereits seit den 70er Jahren als Standardinstrument für die Messung der Lebensqualität herangezogen und gilt daher als äußerst etabliertes krankheitsübergreifendes Messverfahren (Trojan et al., 2000:26).

Die Ätiologie von Krankheiten ist nicht mehr nur mithilfe biomedizinischer Erkenntnisse herzuleiten, wie der Einsatz oben genannter Messinstrumente und Ergebnisse wie die KiGGS Studie des Robert-Koch-Institutes (Hempel et al., 2007) zeigen.

Ändern sich aber die Krankheitsursachen, so müssen sich auch die Therapiemaßnahmen ändern. Das bedeutet, dass die Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen sowie der Umweltbedingungen neben der medizinischen

Versorgung die Gesundheit der Bevölkerung maßgeblich beeinflussen.

„Jede Zeit, jede Kultur bietet bestimmte Krankheiten an.“ So der Medizinhistoriker Thomas Schlich (Bartens, 2001).

2.4 Die „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen

Man spricht seit Jahren von der Kostenexplosion, welche bei einer Graphik des Statistischen Bundesamtes auf den ersten Blick auch so scheint. Jedoch wird daraufhin gewiesen, dass bei einer Berücksichtigung des Bruttoinlandsproduktes die Kosten für die Gesundheit seit 1992 nahezu konstant geblieben sind.

	Mrd. Euro	Prozent des BIP
1992	163,2	10,1
1993	169,1	10,2
1994	180,2	10,4
1995	194,0	10,8
1996	203,0	11,1
1997	203,9	10,9
1998	208,4	10,8
1999	214,3	10,8
2000	218,8	10,8
2001	227,1	11,0
2002	234,2	11,1

Abb. 4, Statistisches Bundesamt, 2004

Betrachtet man eine Graphik zu Kostenausgaben deutscher Krankenkassen, so wird dennoch deutlich, dass die Kosten sehr stark angestiegen sind – von 102 Mrd. Euro im Jahr 1992 auf 136 Mrd. Euro im Jahr 2003.

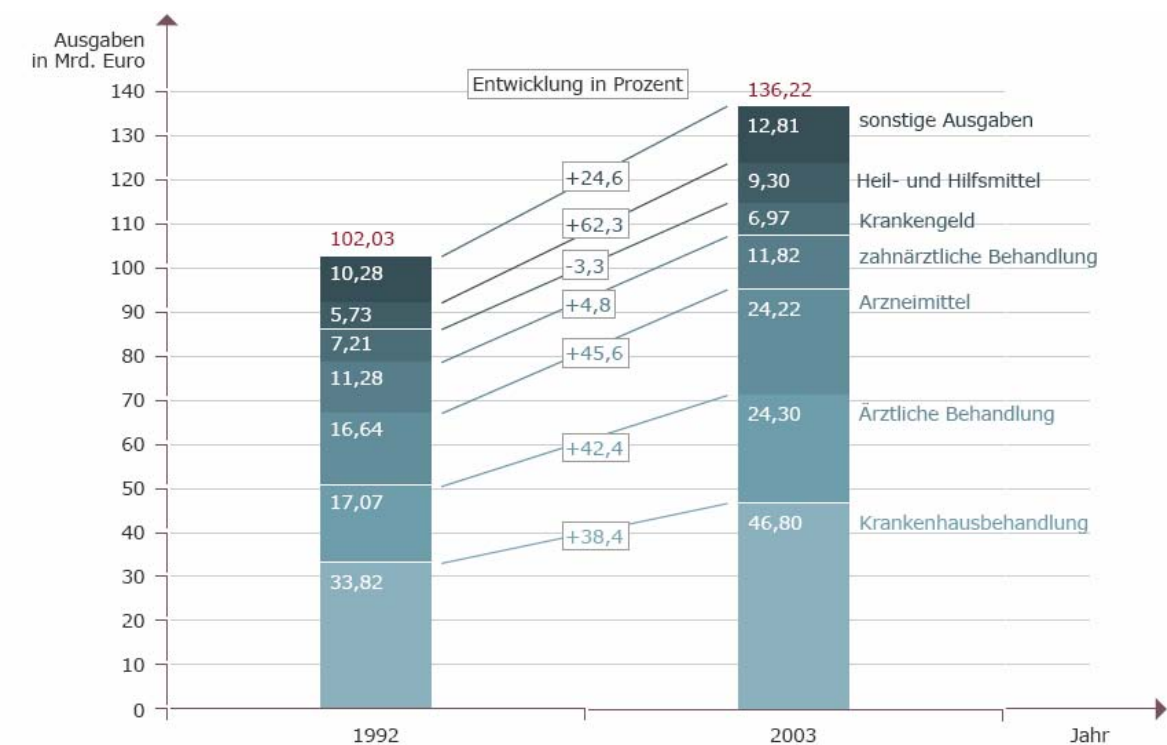


Abb. 5, Bundesministerium für Gesundheit, 2004

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit gibt für die Steigerung der Kosten bei den Krankenkassen vier Hauptgründe an, wie auf der Internetseite der Bundeszentrale für politische Bildung im Jahr 2008 zu erfahren ist:

- hohe Ausgaben bei der Krankenhausbehandlung (über ein Drittel der Gesamtkosten)
- gestiegene Arzneimittelkosten (18% der Gesamtkosten)
- kostspielige Behandlungsmethoden und Medizintechnik (18% der Gesamtkosten)
- steigende Gehälter der Beschäftigten im Gesundheitswesen

2.5 Unzufriedenheit deutscher Ärzte

Die Verantwortung für die medizinische Versorgung teilweise von den Schultern der Ärzte zu nehmen, ist ein notwendiger Gedanke, betrachtet man die Ergebnisse einer Studie von Koch, Gehrman und Sawicki aus dem Jahr 2007 zum Arbeitsalltag der deutschen Ärzte im internationalen Vergleich. Befragt wurden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten sowie Pädiater.

Deutsche Ärzte bewerten zwar die Qualität der Versorgung ihrer Patienten als gut bis sehr gut, dennoch halten 96 % der deutschen Ärzte „grundlegende Änderungen für nötig“ oder fordern sogar, dass das Gesundheitswesen „komplett reformiert werden müsste“. Deutsche Ärzte haben pro Woche durchschnittlich 243 Patientenkontakte, in den übrigen Ländern sind es zwischen 102 und 154. Die Zeit pro Patientenkontakt lag international im Mittel zwischen 11 und 19 Minuten, in Deutschland bei unter 8 Minuten (Koch et al., 2007).³

Deutsche Ärzte haben im internationalen Vergleich für ihre Patienten am wenigsten Zeit und haben dabei die meisten Arbeitswochenstunden.

89 % der deutschen Ärzte sehen häufig Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, 59 % behandeln Patienten mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, 34 % haben Patienten, unter anderem mit Krebs, die palliativ versorgt werden müssen (Koch et al., 2007).

Der Bereich der primären Prävention wurde in der Studie von Koch et al. (2007) nicht explizit abgefragt, jedoch beträfe dies in erster Linie die Pädiater und weniger die Allgemeinärzte und Internisten. Die hohe Zahl an Ärzten, die häufig chronisch kranke Patienten sehen, verdeutlicht die Notwendigkeit primärpräventiv tätig zu werden.

³ Diese Studie sollte durch den Gedanken ergänzt werden, dass es auch die steigenden bürokratischen und organisatorischen Aufgaben sind, die die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Arbeitsalltag bewältigen müssen, die für eine berufliche Unzufriedenheit verantwortlich sein könnten. Diese Aufgaben verringern natürlich die Zeit, die die Ärzte den Patienten widmet möchten.

2.6 Zusammenfassung

In der Zusammenfassung lässt sich erkennen, dass trotz enormer Forschungsfortschritte in der Medizin, trotz der Möglichkeit jedem Bürger eine im internationalen Vergleich optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht lückenlos gut zu nennen ist.

Krankheitsursachen sind vermehrt in sozialen, psychischen oder ökologischen Bereichen zu suchen, so dass neben den Ärzten Vertreter dieser Wissenschaftsbereiche als Verantwortliche für die allgemeine Gesundheit gelten.

Gleichzeitig sollten die Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Akteure neu definiert werden, so dass es weder zu Kompetenzkonflikten noch zu verschobenen Verantwortungen und Zuständigkeiten kommt.

Die Ergebnisse der Ärztebefragung des Deutschen Ärzteblattes (Koch et al., 2007) zeigen eine deutliche Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrem Berufsbild, ein Grund hierfür könnte das hohe Maß an Verantwortung sein, welches den Ärzten zugeschrieben wird, dem sie aber in Betracht der sich wandelnden Krankheitsbilder nicht gerecht werden können.

Ergebnisse der KiGGS-Studie (Hempel et al., 2007) zeigen zahlreiche sozial bedingte Krankheiten, wie beispielsweise Ernährungsstörungen, Alkohol- und Tabakkonsum oder Bewegungsmangel und die dadurch entstehende Begünstigung für chronische Erkrankungen. Die Verantwortung kann hierbei ebenfalls nicht von den Medizinerinnen geleistet werden.

Der gleiche Gedanke lässt sich in der Korrelation von Gesundheit und Migration finden. Trotz der optimalen gesundheitlichen Versorgungssituation in Deutschland und speziell in München als Ort der dargestellten Schuleingangsuntersuchung von 2004, sind die ausländischen Kinder im Vergleich zu den deutschen in einigen Bereichen medizinisch schlechter versorgt und neigen eher zu Krankheitsbildern wie Adipositas als ihre deutschen Klassenkameraden. Gesundheit muss hier sehr stark im kulturellen Kontext betrachtet werden.

3 Forschungsstand der Gesundheitsförderung in Deutschland

Gesundheitsförderung ist kein klar definiertes Arbeitsfeld bzw. kein klar definierter Wissenschaftsbereich, so dass nicht vom Forschungsstand der Gesundheitsförderung allein gesprochen werden kann.

Aus diesem Grund werden bei der Darstellung des Forschungsstandes zwei Hauptbereiche unterschieden:

- die Entstehung der Gesundheitsförderung, wobei dabei die Rolle der WHO fokussiert wird
- aktuelle Forschung in der Gesundheitsförderung – Evaluation von gesundheitsfördernden Programmen

3.1 Entstehung der Gesundheitsförderung

3.1.1 Die Weltgesundheitsorganisation

Als einen der wichtigsten und einflussreichsten Akteure der öffentlichen Gesundheitsförderung ist die Weltgesundheitsorganisation – kurz WHO (World Health Organization).

Sie wurde am 07. April 1948 als eine Organisation der Vereinten Nationen gegründet, umfasst inzwischen 192 Mitgliedsstaaten und hat ihren Hauptsitz in Genf, wo jährlich im Mai Tagungen mit allen Mitgliedern stattfinden. Ziel ist es, für die gesamte Weltbevölkerung die bestmögliche Gesundheit zu erreichen. Diese Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene soll mit dem Ausbau von effizienten Gesundheitssystemen in Drittweltstaaten, mit der Koordinierung von Impfprogrammen zur Ausrottung von übertragbaren Krankheiten wie Pocken, mit

der Eindämmung von Erkrankungen wie Aids oder Malaria und mit der regelmäßigen Erhebung und Analyse weltweiter Gesundheits- und Krankheitsdaten durchgeführt werden (Kaba-Schönstein, 2004d:78ff).

Die Prinzipien und Ziele der internationalen Gesundheitsförderung wurden auf zahlreichen Erklärungen und außerordentlichen Sitzungen festgelegt:

So gilt die Deklaration von Alma Ata im Jahr 1978 als Schlüsseldokument in der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung. In dieser Erklärung wurde auf den ungleichen Gesundheitszustand zwischen Industrie- und Entwicklungsländern hingewiesen und bei der anschließenden Zusammenkunft in Genf 1979 das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ formuliert (Kaba-Schönstein, 2003d:80).

In zahlreichen internationalen Konferenzen und Erklärungen wurden unter anderem folgende Handlungsfelder herausgearbeitet (Kaba-Schönstein, 2003c:77).

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in der Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung

Als Leitsatz gilt: „Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“ (Kaba-Schönstein, 2003c:76).

Obwohl das Ziel der WHO war und ist, Gesundheit international zu fördern, war die Konferenz in Sundsvall 1991 die erste Konferenz, an der Industrie- und Entwicklungsländer in derselben Anzahl vertreten waren (Kaba-Schönstein, 2003b:84). Noch bei der Deklaration von Alma Ata und der Ottawa-Charta, bei welchen in erster Linie die schwierige gesundheitliche Lage der armen Bevölkerung und der Entwicklungsländer im Vordergrund stand, waren überwiegend Teilnehmer der Industrieländer anwesend.

Die Weltgesundheitsorganisation hat auf internationaler Ebene und somit auch in

der Bundesrepublik großen Einfluss. So hat sich in Deutschland die Gesundheitsförderung seit 1980 im staatlichen wie im nicht-staatlichen Bereich stark weiterentwickelt.

3.1.2 Gesundheitswissenschaften in Deutschland

Der Einfluss der WHO, die politischen Veränderung im Gesundheitssektor, aber auch Bedingungen wie sie unter Punkt 2 „Aktualität“ ausgeführt wurden, können dafür verantwortlich gemacht werden, dass auf wissenschaftlicher Ebene und handlungsorientierter Ebene neue Disziplinen entstanden sind.

Beispielsweise die Studiengänge der Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspädagogik⁴, aber auch zahlreiche Programme und Interventionen, die dem Bereich der Gesundheitsförderung zuzuschreiben sind.

Die Gesundheitswissenschaften sind in Deutschland noch eine sehr junge Wissenschaft und von der Public Health aus England und auch Amerika stark beeinflusst, dennoch sollte sie - schon aufgrund des politisch anders strukturierten Gesundheitswesens - eine eigenständige Disziplin in der Bundesrepublik werden und sich somit begrifflich von Public Health abgrenzen.

Folgende Aufgabenfelder der Gesundheitswissenschaften stehen laut „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ (2004) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Vordergrund (Franzkowiak, 2004a:124f):

- Entwicklung einer gemeindebezogenen Gesundheitsberichterstattung zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einer Region und einzelner ihrer Subgruppen sowie die Analyse die den Gesundheitszustand beeinflussenden Bedingungen und Faktoren.
- Entwicklung und Institutionalisierung bedarfsgerechter und effizienter Systeme und Verfahren zur Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung,

⁴ Gesundheitspädagogik gilt als relativ neuer Studiengang. Bei der Internetrecherche findet man beispielsweise an der pädagogischen Hochschule Freiburg Gesundheitspädagogik als Bachelor-Studiengang, ebenso entwickelt die Katholische Universität Eichstätt einen Studiengang der Gesundheitspädagogik, wie auf den Internetseiten der jeweiligen Universitäten zu erfahren ist. Der Studiengang Gesundheitswissenschaften / Public Health wird von weit mehr Universitäten und Hochschulen angeboten.

Rehabilitation und Pflege.

- Analyse aller Einflüsse und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen, die Leistungsmengen, Kosten und Qualität bestimmen.
- Entwicklung von Maßnahmen zum Schutz der Bürger vor überflüssigen, mangelhaften und unwirksamen Leistungen und vor vermeidbaren Versorgungsrisiken.
- Unterstützung von Prozessen zur Wahrung der Menschenrechte im Gesundheitswesen, insbesondere des Rechtes auf selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

3.1.3 Gesundheitspädagogik in Deutschland

Gesundheitspädagogik in Deutschland ist in den letzten Jahren an Universitäten und Hochschulen immer präsenter geworden. Bedient man sich der Internetrecherche in diesem Bereich, so werden einem zahlreiche Universitäten und Hochschulen angeboten, die das Fach Gesundheitspädagogik als Diplom-, Magister-, Promotions- und auch BA- Studiengang anbieten. Die Curricula der verschiedenen Anbieter stimmen in vielen Lerneinheiten überein, beispielsweise in Krankheitslehre, wissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheitspädagogik oder Ethik. Jedoch werden auch unterschiedliche Gewichtungen in den Lerninhalten gelegt, beispielsweise in den Bereichen Didaktik, Gesprächsführung oder praktischen Übungen.

Die unterschiedlichen Curricula machen deutlich, dass diese sehr junge Wissenschaftsdisziplin noch sehr unterschiedlich ausgelegt wird und sich nicht jeder Gesundheitspädagoge an derselben theoretischen Grundlage orientiert. Zudem wird Gesundheitspädagogik häufig als „Unterdisziplin“ anderer Wissenschaften definiert, so beispielsweise der Lehrämter, der Medizin, der Gesundheitswissenschaften.

Vorrangiges Ziel sollte die Etablierung der Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften sein mit fachbezogenem Handlungsfeld und theoretischer Grundlage. Dieses Ziel kann im Rahmen dieser Arbeit zwar nicht vollends erreicht werden, dennoch soll auch diese Arbeit einen weiteren Schritt zur Etablierung der Gesundheitspädagogik sein.

Als wichtige wissenschaftliche Beiträge sind hier zu nennen:

- „Theorie der Gesundheitspädagogik – Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung“ von Britta Wulfhorst aus dem Jahr 2002
- „Gesundheitspädagogik – Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin“ von Elisabeth Zwick aus dem Jahr 2004

3.1.4 Gesundheitsförderung in Deutschland

Gesundheitsförderung ist ein Handlungsfeld der Gesundheitspädagogik. In Abgrenzung zu den Gesundheitswissenschaften kann Gesundheitsförderung eher als handlungsorientierte Disziplin gesehen werden, welche weniger globale Ziele in den Vordergrund rückt als die Gesundheitswissenschaften oder Public health.

Der Begriff der Gesundheitsförderung wird in Deutschland in erster Linie in Zusammenhang gebracht mit konkreten Programmen und Interventionen, die die Gesundheit einer bestimmten Altersgruppe in einem bestimmten Setting fördern. Gesundheitsförderung hat in Deutschland keine theoretische Grundlage, sondern zeichnet sich allein durch verschiedene Programme und Interventionen aus, die sich selbst unter den Dachbegriff der Gesundheitsförderung stellen.

Dabei kann man einige Hauptkriterien immer wieder finden:

- Förderung der Chancengleichheit
- Förderung der Ressourcen, Ansatz des Empowerment
- Interaktivität zwischen verschiedenen Wissenschaftsbereichen wie beispielsweise Medizin, Pädagogik, Psychologie
- Orientierung an Salutogenese, in Abgrenzung zur Pathogenese⁵

⁵ Trotz der Orientierung an einer salutogenetischen Sichtweise, bieten pathogenetische Kenntnisse Ansatzpunkte für Maßnahmen und Interventionen in der Gesundheitsförderung. Prävention (pathogenetische Sichtweise) und Gesundheitsförderung (salutogenetische Sichtweise) hat Überschneidungspunkte und sollte nicht strikt voneinander getrennt werden. Beispiel: das Wissen um die pathogene Wirkung von Übergewicht bedingt Programme in der

Insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet einen guten Überblick über verschiedene Programme in der Gesundheitsförderung und wählt diese nach ihren eigenen Kriterien einer „good practice“ aus. Es handelt sich hierbei meist um regional eng begrenzte Programme für unterschiedliche Settings, Zielgruppen und unterschiedlichen Zielsetzungen, beispielsweise:

- „Fitness für Kids“ – Frühprävention im Kindergarten, Berlin
- Gesund essen mit Freude – kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten“, Berlin (Lehmann et al., 2005)

Daneben stellt die BzgA Broschüren zur Verfügung wie „Gesundheitsförderung im Kindergarten“, (2001) oder „schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“, (2000).

Das breite Angebot an Programmen der Gesundheitsförderung macht nochmals deutlich, dass ein hoher Bedarf besteht und eine große Bereitschaft, neue Programme zu entwickeln.

Es bedarf in der Gesundheitsförderung nun dringend einer theoretisch-wissenschaftlichen Abgrenzung und Grundlage, um den Begriff nicht inflationär für sämtliche Interventionen im Bereich Gesundheit und gesundes Leben zu verwenden.

Ein wesentlicher Bestandteil von Wissenschaftlichkeit ist die Untersuchung und Prüfung von Programmen mit Hilfe von Evaluationen. Dieser Bereich wird im Folgenden ausgeführt.

3.2 Evaluation in der Gesundheitsförderung

3.2.1 Evaluation in Deutschland – Forschungsstand

Evaluation ist eine sozialwissenschaftliche Forschungsmethode, welche Programme und Maßnahmen nach ihrer Wirkung und ihrem Nutzen beurteilt.

Sie hat sich in den 30er und 40er Jahren des 20. Jahrhunderts vorerst in den USA entwickelt, was im Zusammenhang mit zunehmender Demokratisierung und dem damit zusammenhängenden Wunsch nach Meinungsforschung der Gesellschaft stand sowie mit der Entwicklung sozialwissenschaftlicher Methoden (Stockmann, 2000).

In Deutschland gewann Evaluation erst in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts zunehmend an Bedeutung. Stockmann (2000) führt dies auf politische Begebenheiten zurück, aufgrund derer umfassende Staats- und Verwaltungsmodernisierungen angestrebt wurden: der Staat sollte als „zentrale gesellschaftliche Steuerungsinstanz fungieren“, „aktive Politik“ betreiben und „die Gesellschaft langfristig planend gestalten“. Als Methoden, um diese Zielsetzungen durchzuführen, wurde die Evaluation als analytisches Instrument gewählt (Stockmann, 2000:24).

Evaluationsforschung in Deutschland erreichte keinen vergleichbaren Aufschwung wie in den USA, wenngleich man in der Anfangsphase dies vermutet hätte. Gründe für diesen „gebremsten“ Aufschwung stellt der Bundesrechnungshof in einem Gutachten von 1989 dar, welches insbesondere auf die fehlende Professionalisierung von Evaluationsforschung in Deutschland verweist. In diesem Zusammenhang seien unter anderem fehlende Verfahren zur Durchführung, geringe Umsetzung der Evaluationsergebnisse und fehlende Voraussetzung für Erfolgskontrollen wie beispielsweise Zielformulierungen der jeweiligen Untersuchungen zu nennen (Stockmann, 2000:28).

Allerdings ist zu erwarten, dass Evaluation an Einfluss gewinnt, betrachtet man einige politische Begebenheiten:

- Budgetprobleme der Regierungen verlangen nach einer Darstellung von Effektivität und Effizienz von Programmen, welche öffentliche Förderung legitimieren
- In Programmen der Europäischen Union werden Evaluationen zunehmend zum Standard
- Die Vielzahl von Programmen und Interventionen in Wissenschaftsbereichen wie beispielsweise der Gesundheitsförderung verlangen die Darstellung von Qualitätssicherung

3.2.2 Evaluation – Messung von Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit

Für Gesundheitsförderung ist Evaluation eine wichtige wissenschaftliche Methode, um als vergleichbar neue Fachdisziplin ihren Nutzen nachweisen zu können. Auch die Zuteilung der äußerst begrenzten Ressourcen im Bereich der Gesundheitsförderung sollte durch den Nachweis der Wirksamkeit eines evaluierten Programms meist erst möglich werden (Naidoo et al., 2003:365).

Kriterien, die eine Evaluation in der Gesundheitsförderung beinhalten sollte, müssen also auf der einen Seite den wissenschaftlichen Anspruch des jeweiligen Programms darstellen können ebenso aber auch wirtschaftliche Aspekte beinhalten. Hierbei wird auf die Ausführungen von Wulfhorst (2002) sowie Naidoo et al. (2003) Bezug genommen.

Wulfhorst (2002:33) betont die Wichtigkeit der Abgrenzung pädagogischer Konzepte zu anderen und betont die Wissenschaftlichkeit der Konzepte und Maßnahmen als zentrale Voraussetzung, somit liefert sie entscheidende Kriterien für eine gelungene Gesundheitsförderung, solange diese aus gesundheitspädagogischer Sicht betrachtet wird:

Wulfhorst (2002:33) charakterisiert Gesundheitspädagogik als

- die Beeinflussung der Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens
- die Vermittlung von Inhalten
- die Förderung von Kompetenzen
- die Beeinflussung von Verhältnissen

mit der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind.

Neben Wulfhorst werden im Folgenden und insbesondere im Zusammenhang mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Projekten Naidoo und Wills (2003) genannt, die sich in ihrem Lehrbuch der Gesundheitsförderung sehr praxisnah bewegen und für die Evaluation in der Gesundheitsförderung einen guten Leitfaden entwickelt haben.

Naidoo et al. (2003:366) stellen fünf Gütekriterien vor, die jede Evaluation der Gesundheitsförderung beinhalten muss:

- Effektivität
- Geeignetheit
- Akzeptanz
- Effizienz
- Chancengleichheit

Um eine umfangreiche Qualitätssicherung durch Evaluation zu erhalten, sollten die Gütekriterien beider Autoren (-gruppen) vereint werden.

Betrachtet man die in den letzten Jahren zahlreich entstandenen Interventionen, Programme und Projekte des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung, wird schnell deutlich, dass sich die Methoden der Sozialforschung in diesem Bereich erst noch etablieren müssen. Die wenigsten Projekte wurden oder werden evaluiert und wenn doch, dann nicht nach einheitlichen Kriterien, so dass Vergleiche verschiedener Evaluationsergebnisse nicht möglich sind.

Folgende Beispiele werden dieses Problemfeld veranschaulichen:

3.2.3 Beispielprojekte für Evaluation in der Gesundheitsförderung

3.2.3.1 Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche

Die Zeitschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“ des Springerverlages veröffentlichte eine Evaluationsstudie zum Thema „Adipositasprogramme bei Kindern und Jugendlichen“ (Blättner et al., 2006).

Blättner et al. (2006) evaluierten im Jahr 2005 zwei verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Adipositasprogramme. In diesen zwei Programmen wurde mit adipösen Kindern (7 – 12 Jahre) und Jugendlichen (16 -20 Jahre) gearbeitet, dabei war eine Kombination aus Psychologie, Ernährungswissenschaft und Bewegungsförderung vorgesehen, eine medizinische Betreuung war nicht vorhanden. Es fanden neun Treffen im wöchentlichen Turnus statt.

Es wurden insgesamt sechs Fallanalysen mit Jugendlichen und Müttern teilnehmender Kinder beider Programme erstellt, diese wurden während der Programme durch teilnehmende Beobachtung und erzählgenerierende Interviews erhoben. Die Untersuchungspersonen waren von vergleichbarem sozialem Status.

Die Fragestellung der Evaluation lautete, weshalb vergleichbare Interventionen bei manchen Kindern zumindest vorübergehend erfolgreich waren, bei anderen Kindern wiederum keinen Erfolg zeigten. Um der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen, wurden die Variablen Essverhalten, Bewegung, Gewicht, Risikofaktoren sowie der soziale Kontext untersucht.

Die Ergebnistabelle zeigt, dass das Essverhalten in keinem Fall positiv verändert wurde, die Bewegungsförderung nur in zwei Fällen erfolgreich war und eine Gewichtsreduktion in drei von sechs Fällen erreicht wurde. Bei der weiteren Auswertung der Fallanalysen durch die Wissenschaftler Blättner et al. (2006) wurde der soziale Kontext zum Essverhalten untersucht.

Hierbei wurde die Bedeutung des familiären Umfeldes, sowie der Gruppe der Gleichaltrigen sichtbar. Diese weitere Auswertung der Studie ließ die Forscher zu dem Rückschluss kommen, dass der soziale Hintergrund eine entscheidende Rolle beim Essverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt und somit die Gesundheitsförderung in dieser Weise ausgerichtet werden sollte.

Ziele	Essverhalten	Bewegung	Gewicht	Risikofaktoren
Eva-Kathrin	nicht erreicht	erreicht	erreicht	unbekannt
Hendrik	nicht erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht	unbekannt
Aline	nicht erreicht	nicht erreicht	Abbruch	unbekannt
Gerd	nicht erreicht	nicht erreicht	erreicht	unbekannt
Kristina	nicht erreicht	erreicht	erreicht	unbekannt
Saskia	nicht erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht	unbekannt

*Abb. 6, Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche, Blättner et al. (2006)
Prävention und Gesundheitsförderung, Springer Verlag, Heft 2, 2006*

Die Schwierigkeiten bei dieser Evaluation bestehen in der äußerst geringen Stichprobengröße und dem Zeitpunkt der Befragung – noch während der Intervention. Die Nachhaltigkeit der Programme konnte mit Hilfe dieser Studie nicht untersucht werden, da die Befragung noch während der Laufzeit der Programme stattfand. Es kann durchaus sein, dass die Kinder und Jugendlichen, die bei den Ergebnissen einen Erfolg erzielt haben, nach einer gewissen Zeit wieder in ihre alten Ernährungsmuster zurückfallen, sobald der Kontakt und die Kontrolle durch die Gesundheitsförderer abgebrochen ist.

Insbesondere bei der Variablen Gewichtsreduktion wäre eine Folgeuntersuchung nach einigen Wochen sinnvoll gewesen, um zu erkennen ob das Programm auch langfristig Wirkung zeigt.

Das Ergebnis des Zusammenhangs zwischen Essverhalten und sozialem Hintergrund scheint aus pädagogischer Sicht zwar sehr wahrscheinlich zu sein, aber die geringe Stichprobengröße lässt keine Signifikanz zu.

Die inhaltlichen Kriterien, unter welchen diese Befragung durchgeführt wurde, werden von den Autoren kaum dargestellt, was Vergleiche mit anderen

Evaluationen sehr schwierig macht. Eine Kriteriendarstellung wie sie in dieser Arbeit vorliegt, ist nicht zu finden.

3.2.3.2 Beispielprojekte guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Jahr 2005 Beispiele guter Praxis in der Gesundheitsförderung zusammengestellt. Dabei handelte es sich um 13 regional begrenzte Projekte, welche die von der BZgA ausgewählten Kriterien für eine „gute“ Gesundheitsförderung erfüllten.

Die Themengebiete reichten von Unterstützung alleinerziehender Mütter und deren Kindern „Endlich fragt mal einer“, über schulbezogene Projekte wie Verbesserung des Schulessens oder Suchtprävention, bis hin zu Bewegungsförderung in Kindertagesstätten „Fitness für Kids“ (Lehmann et al., 2005).

Nur fünf der genannten Projekte wurden evaluiert, ein Projekt stützte seine Arbeit auf vorangegangene Evaluationen eines anderen Projektes.

Die durchgeführten Evaluationen waren von sehr unterschiedlicher Qualität, so dass es schwer ist, diese zu vergleichen.

Als Positivbeispiel soll ein Projekt im Punkt 3.2.3.3 besonders hervorgehoben.

3.2.3.3 Fitness für Kids – Frühprävention im Kindesgartenalter

Das Programm „Fitness für Kids“ (Lehmann et al., 2005) von Dr. Kerstin Ketelhut, Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation e. V., wurde in sechs Kindertagesstätten für insgesamt 160 Kinder angeboten. Ziel war es durch regelmäßige Bewegungsförderung die Kinder vor Übergewicht und Bewegungsmangel und den daraus resultierenden Folgeerkrankungen zu schützen.

Die wissenschaftliche Evaluation umfasste eine Erstuntersuchung, bei welcher die

motorischen Fertigkeiten der Kinder gemessen wurden, sowie zwei Untersuchungen ein und zwei Jahre nach der Intervention. Um natürliche Entwicklungsprozesse zu berücksichtigen, wurde eine Kontrollgruppe eingerichtet. Die Messungen ergaben eine deutlich bessere motorische Entwicklung sowie die Verbesserung des Blutdruckes bei der Versuchsgruppe. Die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe waren zwei Jahre nach der Intervention hochsignifikant. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien hatten von dem Präventionsangebot einen großen Nutzen, da die schichtbezogenen Unterschiede der Erstuntersuchung nach der Intervention nicht mehr messbar waren.

Nur die Evaluation machte es in diesem Fall möglich, den großen Nutzen dieses Projektes zu verdeutlichen.

Leider wird weder die theoretische Basis des Projekts sichtbar gemacht, noch hat die Evaluation die Wissenschaftlichkeit von „Fitness für Kids“ überprüft. Ein Aspekt, der in zukünftigen Programmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden sollte.

4 Einflussfaktoren auf Gesundheit

In der aktuellen Gesundheitsberichterstattung (Bundesgesundheitsblatt, 2007) von Mai / Juni 2007⁶ werden einige Eckpunkte des Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung aufgelistet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die allgemeine Gesundheit der Bürger weiterhin verbessert und auch das subjektive Gesundheitsempfinden wird in dreiviertel der Fälle als gut bis sehr gut bezeichnet. Die Art der Erkrankungen hat sich jedoch verändert. So sind Infektionskrankheiten wieder häufiger, nachdem sie aufgrund der medizinischen Forschung sehr zurückgegangen waren. Dies liegt in erster Linie an der erhöhten Reisetätigkeit, der zunehmenden Resistenz der Erreger, an politischen Veränderungen wie die Lockerung der Ländergrenzen im Zuge der EU-Erweiterung und dem Verhalten der Menschen. Die Zunahme der Infektionskrankheiten macht also die Wichtigkeit der medizinischen Forschung deutlich, aber ebenso auch die Verantwortung auf politischer und sozialwissenschaftlicher Ebene.

Bewegt man sich bereits wenig von dem biomedizinischen Krankheitsmodell weg und sucht Erklärungen für das Entstehen von Krankheit bzw. die Erhaltung von Gesundheit beispielsweise im sozialen Kontext der Menschen oder Umweltbedingungen, wird die Mannigfaltigkeit der Einflussfaktoren noch sichtbarer.

Im Folgenden wird nur auf einige wichtige Einflussgrößen auf die Gesundheit jenseits biomedizinischer Erklärungsmodelle Bezug genommen, zum Beispiel Schichtzugehörigkeit, Umwelt, Arbeitswelt und familiäres Umfeld. Dabei gelten die folgenden Einflussfaktoren sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche, teilweise ausgenommen die Arbeitswelt, jedoch sollte auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen als besondere Personengruppe ein zusätzliches Augenmerk gelegt werden.

⁶ Das Bundesgesundheitsblatt wird von verschiedenen Instituten monatlich herausgegeben (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Paul-Ehrlich-Institut, Robert-Koch-Institut, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

4.1 Soziale Schichtzugehörigkeit

Messung von sozialer Schichtzugehörigkeit

Die soziale Schichtzugehörigkeit ist eine entscheidende Größe in der Messung sowohl von einem objektiven wie auch subjektiven Gesundheitszustand (Jöckel et al., 1998).

Bei der Messung und Kategorisierung von sozialer Schicht wird sich in dieser Arbeit an die Darstellung der „Deutschen Arbeitsgruppe für Epidemiologie“ (DAE) angelehnt. Diese gliedert die soziale Schicht in drei Dimensionen:

- Schulbildung / Berufsausbildung
- Stellung im Beruf
- Einkommen

Diesen drei Dimensionen werden je nach Art der Bildung, des Berufes und des Einkommens Punktwerte zugeschrieben, dabei erhalten niedrige Bildung, niedrige Stellung im Beruf und niedriges Einkommen dementsprechend niedrige Punktwerte. Je weniger Punkte eine Person hat, desto niedriger seine Schichtzugehörigkeit.

Auch das Robert-Koch-Institut hat sich für die Messung der sozialen Schichtzugehörigkeit an der Kategorisierung der DAE orientiert (Lange et al, 2007).

Berechnungsgrundlage für den Schichtindex in der KiGGS-Studie				
Punktwert pro Spalte	Schulbildung	Berufliche Qualifikation	Einkommen	Berufliche Stellung
1	Schüler Ohne Abschluss, Haupt-/Volksschule, Realschule/mittlere Reife, POS ^a /10. Klasse, Fachhochschulreife/Fachoberschule, anderer Schulabschluss	<u>und</u> Keinen Berufsabschluss, anderer Berufsabschluss, in Lehre, in Berufsausbildung	unter 1250 €	Schüler, in Lehre, in Berufsausbildung, Studenten, ungelernte Arbeiter
2	Ohne Abschluss, Haupt-/Volksschule, anderer Schulabschluss	<u>und</u> Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule	1250–1749 €	Angelernte Arbeiter, gelernte oder Facharbeiter, sonstige Arbeiter, selbstständige Landwirte bzw. Genossenschaftsbauern
3	Realschule/mittlere Reife	<u>und</u> Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	1750–2249 €	Vorarbeiter/Kolonnenführer/Meister/Poliere/Brigadiere, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst, mithelfende Familienangehörige
4	POSa/10. Klasse, Fachhochschulreife/Fachoberschule	<u>und</u> Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	2250–2999 €	Angestellte Industrie-/Werkmeister, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, sonstige Angestellte, Beamte im mittleren Dienst
5	Abitur/EOS ^b	<u>und</u> Keinen Berufsabschluss, Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, in Lehre, Studenten	3000–3999 €	Selbstständige mit bis zu 9 Mitarbeitern
6	Abitur/EOS ^b	<u>und</u> Fachhochschule/Ingenieurschule	4000–4999 €	Angestellte mit hoch qualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, Freiberuflich/selbstständige Akademiker
7	Abitur/EOS ^b	<u>und</u> Universität/Hochschule	über 5000 €	Angestellte mit umfassender Führungstätigkeit, Beamte im höheren Dienst, Selbstständige mit 10 und mehr Mitarbeitern

^a POS=Polytechnische Oberschule, ^b EOS=Erweiterte Oberschule

Abb. 7, Lange et al. (2007:584)

Bei der Sichtung wissenschaftlicher Untersuchungen, wie beispielsweise von Lange et al. (2007:584) oder der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes (Hempel et al., 2006) wird deutlich, dass die Einflussgröße „soziale Schicht“ differenziert werden sollte in:

- sozialer Schicht als „ursächliche“ Einflussgröße für einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand der Kinder, meist eingeschätzt von den Eltern und
- Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von der sozialen Lage (Jöckel et al., 1998).

Soziale Schicht als ursächliche Einflussgröße

Lange et al. (2007) stellen in ihrem Bericht des Gesundheitsblattes für das Robert-Koch-Institut in einer Graphik dar, wie Eltern in Abhängigkeit zu ihrer sozialen Schicht den Gesundheitszustand ihrer Kinder einschätzen.

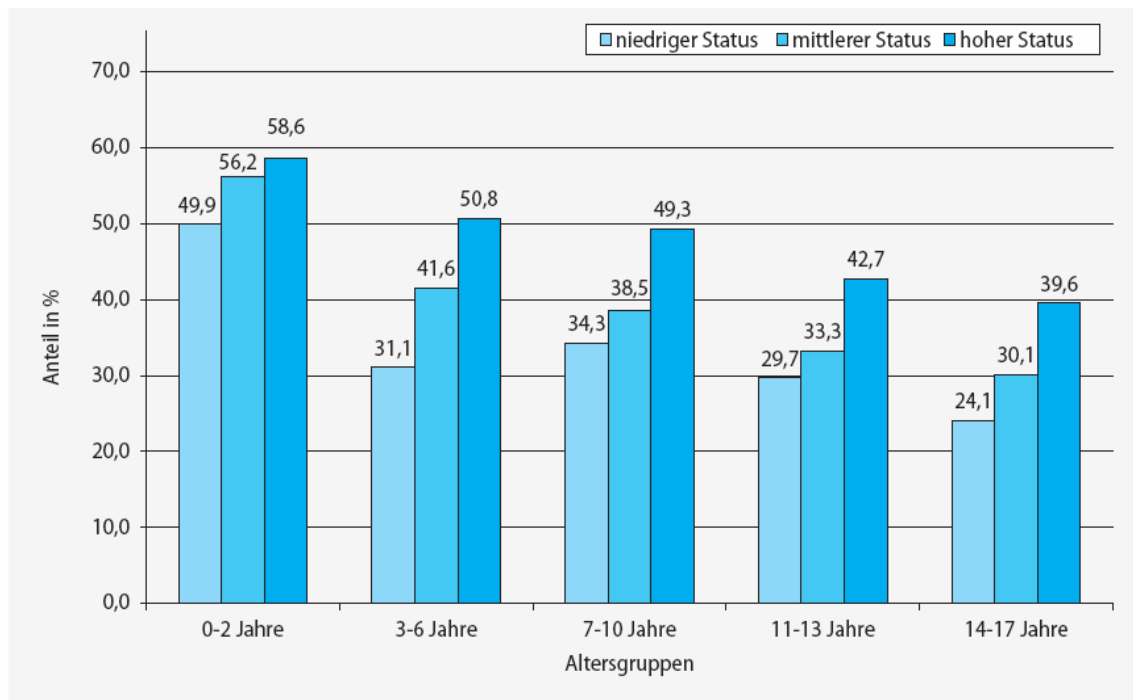


Abb. 4 ▲ **Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ihres Kindes als „sehr gut“ (nach Altersgruppen und Sozialstatus)**

Abb. 8, Lange et al. (2007: 585)

Dabei wird deutlich, dass unabhängig von der Altersgruppe der Kinder, ihr Gesundheitszustand besser von den Eltern eingeschätzt wird je höher die soziale Schicht der Familie ist.

Soziale Schicht als Einflussgröße auf das Gesundheitsverhalten

KiGGS-Studie 2006:

Die eingangs bereits dargestellte KiGGS-Studie (Hempel et al., 2006) aus dem Jahr 2006 untersuchte rund 17.600 Jungen und Mädchen in der Bundesrepublik. Die Ergebnisse zeigen Unterschiede im Gesundheitsverhalten je nach Schichtzugehörigkeit. So bewegen sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Schicht zwei- bis dreimal so wenig wie Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund aus einer höheren sozialen Schicht. Im Bereich des Übergewichtes und der Adipositas zählt laut KiGGS-Studie Migrationshintergrund und niedriger Sozialstatus zu den Risikofaktoren.

Eine Studie unter Schülern auch dem Jahr 2001:

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ließ im Jahr 2001 eine Studie mit 400 Schülern (8. – 10. Jahrgangsstufe) an zwei Gymnasien und einer Mittelschule durchführen, die sich die Erfassung des Ernährungsverhaltens der Jugendlichen zum Ziel gesetzt hatte (Gerhards et al., 2003).

Die Ergebnisse zeigen, dass Jugendliche mit einem spannungsorientierten⁷ Lebensstil eher dazu neigen, ungesunde Nahrungsmittel wie Süßigkeiten und Snacks zu konsumieren als Jugendliche mit einem sportorientierten oder hochkulturorientierten Lebensstil. Dabei orientieren sich die Jugendlichen sehr am Gesundheitsverhalten der Eltern.

Als Gegenpol beschreiben Gerhards et al. (2003) die Hochkulturorientierung, die einhergeht mit meist gymnasialer Schulbildung und deren Freizeitbeschäftigung mit Theater, klassischer Musik und Büchern verbracht wird.

Der sportorientierte Lebensstil betrifft Jugendliche, die in ihrer Freizeit sehr viel Sport machen, dies ist allerdings unabhängig vom Schultypus.

⁷ Unter den Begriff Spannungsorientierter Lebensstil fallen Jugendliche, die ihre Freizeit in erster Linie mit Fernsehen, PC oder Videos verbringen, die alle ein hohes Maß an Action und / oder Aggression aufweisen, aber auch Jugendliche, die ihre Freizeit mit „in der Fussgängerzone rumhängen“ (Gerhards et al., 2003) verbringen. Also sowohl inner- als auch außerhäuslich weniger gezielte Beschäftigung, sondern eher Ablenkung begehen. Als Schultypus sind hier eher Schüler aus der Mittelschule anzutreffen.

Alle drei Untersuchungen haben gezeigt, dass soziale Schichtzugehörigkeit einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat, dass aber der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und der Art des Gesundheitsverhaltens differenziert betrachtet werden muss.

4.2 Umwelt

Umwelt wird hier verstanden als physische Umwelt mit ihren physikalischen, chemischen und biotischen Aspekten, welche der Mensch als Lebensraum nutzt (Fehr et al., 1998). Die ökologischen Bedingungen wirken auf die Gesundheit der Menschen, unter anderem durch die Belastung von Wasser, Boden, Luft und Nahrungsmitteln. Insbesondere Kinder und Jugendliche können durch diese Belastungen in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, was sich in Allergien, aber auch in Krankheitsbildern mit psychosomatischem, psychophysiologischem oder chronischem Charakter zeigen kann (Hurrelmann, 2004).

4.3 Beruf

Die Arbeitswelt als Einflussfaktor auf die Gesundheit muss differenziert betrachtet werden. Zu unterscheiden sind hier psychosoziale Bedingungen, biologische, chemische und physikalische Einwirkungen (Naidoo et al., 2003:263ff)

Zu den psychosozialen Bedingungen sollten jegliche zwischenmenschliche Beziehungen gezählt werden, welche das Arbeitsklima stark prägen, aber auch Aspekte wie Sicherheit des Arbeitsplatzes, Entlohnung oder zeitliche Organisation der Arbeit beinhalten.

Biologische Einwirkungen könnten beispielsweise Infektionserkrankungen von medizinischem Personal an der Arbeitsstelle sein. Unter chemischen Einwirkungen werden alle Einflussfaktoren auf die Gesundheit aufgrund chemischer Verbindungen verstanden; diese lösen unter anderem Haut- und Atemwegserkrankungen aus. Physikalische Einwirkungen auf die Gesundheit der

Arbeitnehmer sind in erster Linie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates durch ungünstige Körperhaltung oder Erkrankungen des Hörorgans durch Lärmbelästigung.

Der Einfluss des Berufsalltages auf die Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen unterscheidet sich insbesondere durch die Unerfahrenheit der Jugendlichen gegenüber den Erwachsenen. So müssen Jugendliche erst lernen mit einem fremdbestimmten Tagesablauf zurechtzukommen und die körperlichen wie psychosozialen Belastungen zu bewältigen (Griefhahn, 1998).

Die Arbeitswelt sollte aber nicht nur aus pathogenetischer Sicht betrachtet werden, sondern ebenso auch aus salutogenetischer Sicht, denn das Setting Arbeitsplatz bietet auch die Möglichkeit, Gesundheit zu fördern. Ein bekanntes Beispiel in diesem Zusammenhang ist die betriebliche Gesundheitsförderung (Rosenstock, 2003:21ff).

4.4 Familiäres Umfeld

Die Familie hat bei der Verhütung von Krankheit, aber auch bei deren Entstehung eine zentrale Rolle. Empirisch ist belegt, dass eine positive Familiensituation, die sich durch Gefühle wie Liebe, Wertschätzung und Zugehörigkeit charakterisiert, einen Schutzfaktor gegen die Entstehung von Krankheit bildet (Kolip, 1998). Auf der anderen Seite können aber auch belastende Familiensituationen direkte Auswirkungen auf die Gesundheit der Familienmitglieder haben.

Für Kinder und Jugendliche bietet die Familie zum einen die Möglichkeit positive emotionale Bindungen herzustellen, die sich wiederum positiv auf die Entwicklung auswirken. Im Rahmen der Familie machen Kinder und Jugendliche aber auch ihre ersten Sozialisationserfahrungen, beispielsweise in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie Ernährung oder Bewegung (Kolip, 1998).

Die gesellschaftliche Integration allgemein, nicht nur das familiäre Umfeld sollte als Faktor für Gesundheit gesehen werden, so hat eine Studie in Großbritannien ergeben, dass Personen mit wenig sozialen Kontakten in Form einer Familie oder Freunden häufig frühzeitiger sterben, weniger einen Herzinfarkt überleben und schneller an Erkältungen erkranken (Naidoo et al., 2003:40).

4.5 Geschlecht

Hurrelmann hat in seiner Ausführung der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung (2004) auf die geschlechtsspezifischen Ausprägungen von gesundheitlichen Beschwerden verwiesen. Dabei hat er sich ausschließlich auf die psychosomatischen Krankheitsbilder konzentriert als Folge von Belastungssituationen.

So neigen Mädchen eher zu einer kritischen sensiblen Körperbetrachtung, entwickeln in erster Linie nach innen gerichtete Verhaltensweisen, wie Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten. Jungen im Gegensatz zeigen ihre Verhaltensänderungen durch delinquentes Verhalten oder riskantes Verkehrsverhalten, erkennen eine Überlastung nicht oder erst sehr spät. (Hurrelmann, 2004).

Neben verhaltensbedingten Auffälligkeiten aufgrund von Belastungssituationen bestehen auch physisch und psychisch unterschiedliche Krankheitsbilder, diese sind zum einen bedingt durch genetische, anatomische oder hormonelle Faktoren. Aber auch unterschiedliche gesellschaftlich indizierte Faktoren, wie berufliche oder familiäre Faktoren, sowie unterschiedliche Krankheitswahrnehmungen spielen eine Rolle (Maschewsky-Schneider et al., 1998).

4.6 Zusammenfassung

Man könnte noch detaillierter ausführen, welche Determinanten auf Gesundheit bzw. auf Krankheit wirken, die Ursachen hierfür sind äußerst komplex, wie folgende Abbildung von Dahlgren und Whitehead (1993) zeigt, die noch immer aktuell ist.

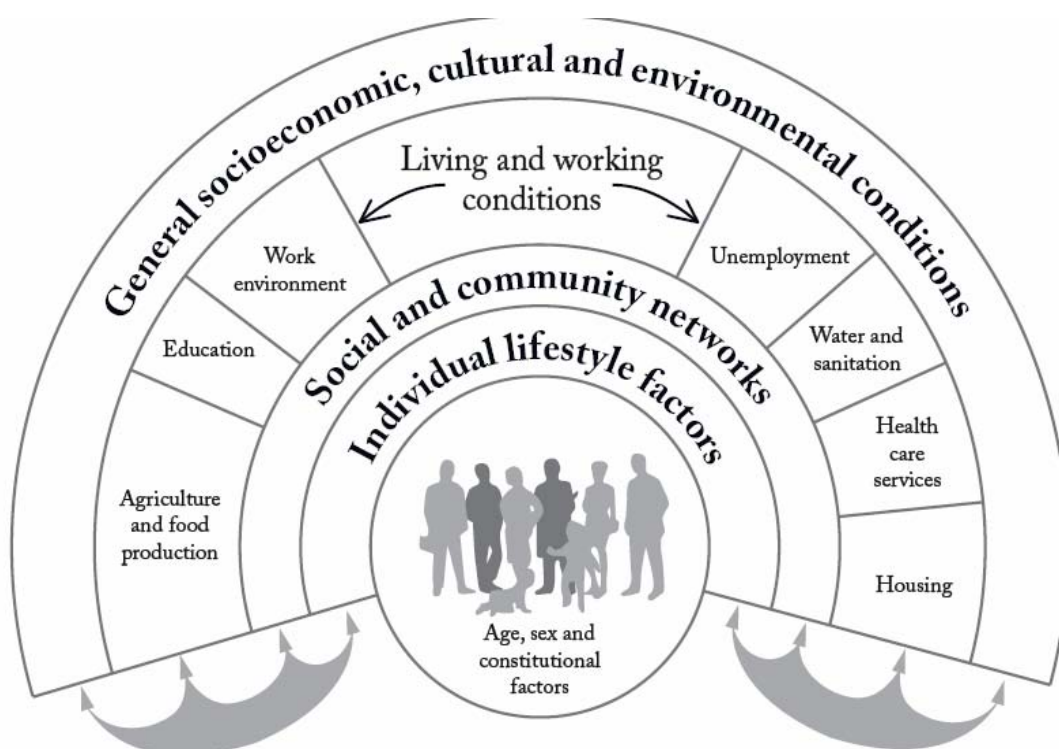


Abb.9, Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgren et al., 1993)

Auch wenn nicht alle Einflussfaktoren detailliert dargestellt werden konnten, so ist es dennoch deutlich geworden, dass neben der biomedizinischen Perspektive, durch welche beispielsweise Infektionskrankheiten erklärbar sind, auch weitere Perspektiven herangezogen werden müssen, um den Gesundheitszustand einer Bevölkerung herzuleiten. Ein übergeordneter Begriff hierfür ist die soziale Schichtzugehörigkeit, welcher eine Reihe von weiteren Determinanten nach sich zieht, die alle auf die Gesundheit des Menschen Einfluss nehmen können. Hierzu zählt der Aspekt der Bildung, der Wohnverhältnisse, des Einkommens, der beruflichen Tätigkeit und des sozialen Umfeldes sowie der familiären Situation. Zusätzlich wurde noch auf den Einfluss von Umweltfaktoren auf den Menschen

Bezug genommen.

Ebenso komplex wie die Entstehung von Krankheit bzw. die Erhaltung von Gesundheit, sind ihre wissenschaftlichen Ansätze und Definitionen, welche von rein naturwissenschaftlichen Perspektiven bis hin zu soziologischen oder psychologischen Erklärungsmodellen reichen.

5 Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit

Die unterschiedlichen Einflussgrößen auf Gesundheit sind im vorangegangenen Kapitel deutlich geworden. Dabei spielen pathogene Faktoren aus der Biomedizin ebenso eine Rolle wie die Einbindung des Menschen in soziale Systeme und seine individuelle Fähigkeit mit Belastungen umzugehen.

Der biomedizinische Ansatz setzt die Entstehung von Krankheit in einen Kausalzusammenhang mit Umweltfaktoren, dem Menschen und den jeweiligen Therapiemaßnahmen.

Lange Zeit galten die Biomedizin und die dadurch möglich gewordene Klassifizierung von Krankheiten, ihren Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten als Basis *allen* gesundheitlichen Verständnisses.

Von 1960 bis 1990 ist sie durch das präventivmedizinische Modell der Risikofaktoren (Benennung riskanter Verhaltensweisen) erweitert worden. Diese beiden Sichtweisen zusammen bilden derzeit die Grundlage für Gesundheitserziehung, gesundheitliche Aufklärung und ärztliche Gesundheitsberatung (Franzkowiak, 2004b:24ff).

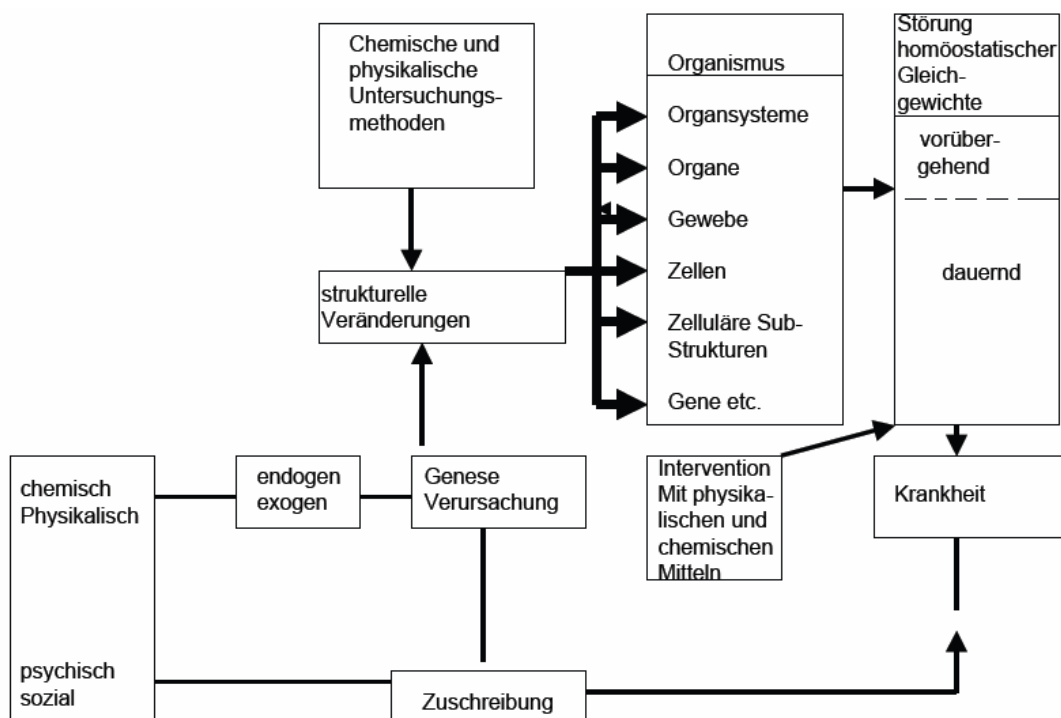


Abb. 10, Medizinische Universität Ulm / Lehre, Stand 04.2008

Auch für diese Arbeit und die hierfür durchgeführte Evaluation bietet das oben dargestellte Modell Erklärungsansätze für die Entstehung von Krankheit, worauf sich zahlreiche Themengebiete primärer Prävention stützen, die ihrerseits wiederum Programme und Interventionen in der Gesundheitsförderung nach sich ziehen.⁴ Dabei ist dieses Modell unabhängig von der Altersgruppe anwendbar.

Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die die Zielgruppe von Gesundheitsförderung in dieser Arbeit sind, ergeben sich beispielsweise die Themengebiete Gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Impfen, Allergievermeidung, Zahnhhygiene. Dabei ist immer ein entscheidender Faktor bei der Entstehung von Krankheit und Erhaltung von Gesundheit die Einbindung der Menschen, hier Kinder und Jugendlichen, in ihre soziale Umwelt und ihre individuellen Abwehrmechanismen. Beide Faktoren werden im obigen Modell mit „psychisch“ / „sozial“ beschrieben und haben eine direkte Wirkung auf „Krankheit“. Die Betonung auf den biomedizinischen (hier: „physikalisch“ / „chemisch“) Einfluss wird in diesem Modell sehr deutlich und zeigt die untergeordnete Rolle, die die soziale Umwelt und die Individualität haben.

Um dieser Ungleichheit entgegenzuwirken wird an dieser Stelle auf die

systemtheoretische Perspektive verwiesen, welche zudem sowohl für die empirische Untersuchung als auch für das Verständnis eines gesundheitspädagogischen Ansatzes im Laufe dieser Arbeit von Bedeutung sein wird.

Die Systemtheorie entstand in den 30er Jahren und diente als Abgrenzung zur Annahme des physikalischen Reduktionismus des Menschen (der Mensch lässt sich mit physikalischen Methoden reproduzieren). Im Alltag sind die Menschen verschiedenen Systemen zugeteilt (z. B. Arbeit, Familie, Freundeskreis), welche alle unterschiedliche Sinn- und Erwartungsstrukturen haben.⁸

Das systemtheoretische Konzept der Gesundheitsförderung versucht den kompetenten Austausch mit der Umwelt durch Bezug auf grundlegende biologische, psychologische, soziale und ökologische Funktionsprinzipien zu unterstützen.

Diese Gesundheitsförderung wirkt mittelbar salutogenetisch⁹, indem sie die Handlungsmöglichkeiten der Einzelnen fördert. Dabei muss das Gesundheitsverhalten im Kontext der Handlungs- und Beziehungsstrukturen der Menschen identifiziert werden. Beispielsweise Mehr-Generationen-Gespräch im Bereich der Familientherapie, Gesundheitszirkel im betrieblichen Bereich, Gesundheitskonferenz auf kommunaler Ebene. In der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation ist der systemische Ansatz von großer Bedeutung, so spielen die Familie und die Eltern besonders in der Gesundheitsförderung bei Kindern eine große Rolle, bei der Gruppe der Jugendlichen verschiebt sich diese Rolle von den Eltern auf die Gruppe der Gleichaltrigen.

In der Gesundheitsförderung stellt man sich aus systemischer Sicht die Frage, wie die Menschen es schaffen, sich in dauernd ändernden Umweltbedingungen zu stabilisieren, das heißt welche Rolle die Individualität neben physikalischen, chemischen und sozialen Bedingungen hat.

⁸ Aus der Zuordnung zu verschiedenen Systemen lässt sich der Settingansatz (Grossmann et al., 2004:205) herleiten. Als Setting werden z.B. Schulen, Arztpraxen oder Betriebe bezeichnet, in welchem Gesundheitsförderung zugeschnitten auf eine bestimmte Zielgruppe (Schüler, Patienten oder Arbeitnehmer einer best. Fachrichtung) angeboten werden kann.

⁹ Salutogenese von ihrem Begründer Antonovsky hat als Hauptkennzeichen die Frage nach den Entstehungs- und den Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Dabei verweist Antonovsky immer wieder die Widerstandsressourcen des Menschen.

Eine Antwort hierauf lässt sich im Modell von Belastung und Bewältigung (Franzkowiak, 2004c:18ff) finden.

Die Belastungs-Bewältigungs-Perspektive hat einen wissenschaftlichen Wert für die Gesundheitsförderung. Sie berücksichtigt (negative) Belastungen und deren subjektive Wahrnehmung, Bewältigungsmöglichkeiten und vorhandene Ressourcen. Wichtig hierbei ist die Betrachtung der Lebenslage und der Lebensweise.

Die Praxisstrategie in der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund dieses Modells ist die Kompetenzförderung und -erweiterung sowie der Aufbau und die Intensivierung von Netzwerken der sozialen Unterstützung. Die Möglichkeiten der Bewältigung hängen nicht nur von den persönlichen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten ab, sondern in hohem Maß auch von der Lebenslage der Menschen. Deshalb sollte insbesondere bei sozialer Ungleichheit und Benachteiligung auch die Sichtweise auf die Verhaltens- sowie Verhältnisprävention gelenkt werden.¹⁰

Insbesondere der Aspekt der Vernetzung sozialer Unterstützung ist für Familien aus schwierigen sozialen Verhältnissen von großer Bedeutung. Dabei geht es auch im konkreten Fall des Fortbildungscurriculums Präventionsassistentin um die Vernetzung von Jugendämtern, Kinderarztpraxen, Hebammen, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen oder Sportvereinen, um unter dem Begriff „frühe Hilfen“ Familien in Not zu erkennen und im Sinne der Gesundheitsförderung intervenieren zu können.

Eben genannte Erklärungsmodelle für die Erhaltung von Gesundheit sowie die Entstehung von Krankheit machen deutlich, dass sie nur in der Kombination Gesundheitsförderung sinnvoll gestalten können. Denn je ganzheitlicher eine Intervention gestaltet wird, desto höher der Gesundheitsgewinn.

¹⁰ Vgl. Fussnote 1 auf Seite 10

6 Gesundheitspädagogische Ansätze

6.1 Gesundheit aus gesundheitspädagogischem Verständnis

Der Unterschied eines Erkrankungszustandes verschiedener Definitionen, seien sie biomedizinischen, soziologischen¹¹ oder psychologischen¹² Ursprungs, liegt nicht im Erscheinungsbild der Erkrankung oder im Zustand von Gesundheit, er liegt ausschließlich in der Entstehung. Gesundheit oder Krankheit wird nicht unterschiedlich gesehen, sondern nur die Faktoren, die sie beeinflussen, werden je nach Sichtweise anders definiert.

Während im biomedizinischen Ansatz die Ursache in der Bakteriologie, Virologie oder der erblichen Disposition gesehen wird, liegt in den soziologischen Überlegungen die Gesellschaft als krankmachend bzw. gesundmachend im Mittelpunkt. Diese Ansätze haben jedoch alle gemein, dass von einem menschlichen Zustand die Rede ist, der von außen definiert wird – durch einen Arzt oder das soziale Umfeld.

Es wird dann von Krankheit gesprochen, wenn man für die vom „Patienten“ genannten Symptome eine Diagnose aus der Medizin gefunden hat. Falls keine passende Diagnose ermittelt werden kann, so scheint das „Unwohlsein“ des Patienten vom Arzt oder dem sozialen Umfeld auch nicht als Krankheit akzeptiert werden zu können. Verständlich wird vor diesem Hintergrund die fieberhafte Suche von subjektiv kranken Menschen nach einer Diagnose, die ihren seelischen, geistigen und / oder körperlich als krank empfundenen Zustand sozial legitimieren wollen.

⁹ Soziologische Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit messen der Gesellschaft am meisten Bedeutung bei, charakterisiert die Gesellschaft teilweise sogar als krankmachend mit krankmachenden Strukturen (Franzkowiak, 2004e:220ff).

¹² als psychologisches Erklärungsmodell sollte an dieser Stelle auf die psychosomatische Perspektive verwiesen werden, die das biomedizinische Modell um das seelische Erleben erweitert. Das seelische Erleben findet seinen Ausdruck in körperlichen (somatischen) Erscheinungsformen (Franzkowiak, 2004d:190ff).

Gesundheit wird in dieser Arbeit als harmonisches Zusammenspiel von Körper, Geist / Seele und Umwelt¹³, orientierend an der Leiblichkeit des Menschen, betrachtet, welche nicht von außen festgelegt werden kann, sondern die der Mensch als freies Wesen für sich selbst, eigenverantwortlich und subjektiv entwickelt.

Zwick (2004: 93) stellt das individuelle Gesundheitsverständnis mit seinen subjektiven Komponenten detailliert dar:

- biographische Komponente (subjektiver Stellenwert von Gesundheit)
- kognitive und emotionale Komponente (subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit)
- selbstreflexive Komponente (subjektive Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden)
- Personen – Umwelt – Komponente (subjektive Wahrnehmung und Umgang mit Belastungen und Ressourcen)

Ähnlich sieht es Schipperges (1990:15), indem er Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Einstellung betrachtet, welche „allen Bemühungen der WHO¹⁴ zum Trotz nicht zu definieren“ ist (Wulfhorst, 2002:21). Insofern bedeutet Gesundheitspädagogik die Erziehung des Menschen, ichhaft, reflektiert, sinnhaft und frei zu einem eigenverantwortlichen, selbstbestimmenden Umgang mit seinem Körper und seinem Geist, indem er sich als Einheit betrachtet.

Um diesem Verständnis näher zu kommen, sollte nicht versucht werden, die medizinischen, soziologischen oder psychologischen Vorstellungen von Krankheit aus der Überlegung auszuklammern, sondern der pädagogische Ansatz und im speziellen der gesundheitspädagogische als autonome Disziplin in die Gesundheitsdebatte einzuschließen und zwar nicht im Dienste einer der oben genannten Wissenschaften, sondern als eigenständige Disziplin.

¹³ vgl. hierzu René Descartes (1596-1650): Descartes trennt den Menschen in seinen Geist (cogitatio) und seinen Körper (extensio) und verweist auf die rein quantitative Bestimmung des menschlichen Körpers. Dabei wird er zum philosophischen Begründer der neuzeitlichen Naturwissenschaften, welche auf der quantitativen und kausal erklärbaren Bestimmung des Menschen beruhen (Zwick, 2004: 47f).

¹⁴ Das Verständnis von Gesundheit aus Sicht der WHO bedeutet einen Zustand körperlich-seelischen Gleichgewichts, als flexible Anpassung des Körpers und der Seele an die sich verändernden Umweltbedingungen, ebenso werden körperliche, seelisch-geistige und soziale Aspekte in den Gesundheitsbegriff integriert, welche sich wechselseitig beeinflussen (Hurrelmann et al., 2004: 53).

6.2 Gesundheitsförderung unter gesundheitspädagogischen Ansätzen

Der Begriff der Gesundheitsförderung hat die früheren Begriffe der Gesundheitserziehung, -prävention oder -aufklärung in den letzten Jahren immer häufiger abgelöst. Eine klare begriffliche Trennung ist nicht gegeben und scheint bei der Sichtung der Literatur auch problematisch zu sein. Die Frage ist zudem, ob jeder Begriff tatsächlich in der Praxis strikt getrennt werden muss, entscheidender scheint zu sein, einen Überbegriff zu finden, der alle Aktivitäten vereint, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind. Hierfür wird sich am Begriff der Gesundheitsförderung orientiert, da er als der aktuellste gilt.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen gesundheitspädagogischen Ansatz der Gesundheitsförderung zu finden, der die oben genannten Perspektiven ob soziologisch, biomedizinisch oder psychologisch berücksichtigt, sich ihnen aber nicht unterordnet, sondern eigenständig entwickelt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat zahlreiche wissenschaftliche Ansätze verschiedener Autoren in „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ zusammengefasst, welche unter Punkt 6 ausführlich erläutert wurden.

Betrachtet man diese Ansätze, so findet man stets den gemeinsamen Nenner, der Vermeidung von Krankheit im biomedizinischen Sinne. Somit sind die Programme, die innerhalb dieser Ansätze entstehen, unter den Dachbegriff der Naturwissenschaften zu stellen. Dies soll für die Gesundheitsförderung aus gesundheitspädagogischer Perspektive nicht geschehen.

Gesundheitsförderung aus gesundheitspädagogischer Perspektive bedeutet in dieser Arbeit einerseits die wissenschaftliche Überprüfbarkeit von gesundheitsfördernden Programmen mithilfe von Evaluationen.

Auf handlungsorientierter Ebene heißt sie zudem gesundheitsrelevantes Verhalten zu beeinflussen, Inhalte zu vermitteln und Kompetenzen zu fördern (Wulfhorst, 2002:33), wobei sich hier an der Ausführung von Wulfhorst orientiert wird. Zwick (2004, 80) fügt die gedankliche Ebene hinzu, welche sich aus Gesellschaftsanalyse, Selbstreflexion und Situationsdiagnose zusammensetzt.

Bewusst werden an dieser Stelle bereits erarbeitete Ansätze aufgenommen. Es scheint die Entwicklung der Gesundheitspädagogik nicht voran zu bringen, „das

Rad nochmals neu zu erfinden“, zumal sich die Autorin hinter die Ausführungen von Wulfhorst und Zwick stellt. Aufgabe wird es in dieser Arbeit vielmehr sein, aufgrund praktischer Erfahrungen in der Gesundheitsförderung diesen theoretischen Elementen den Praxisbezug zu verleihen und somit Gesundheitsförderung sowohl theoretisch als auch handlungsorientiert darzustellen.

Inwieweit sich also die oben genannten theoretischen Komponenten in der praktischen Arbeit der Gesundheitsförderung spezifizieren, soll an dieser Stelle nicht vorweggenommen werden, sondern in Teil 4 ausgeführt werden.

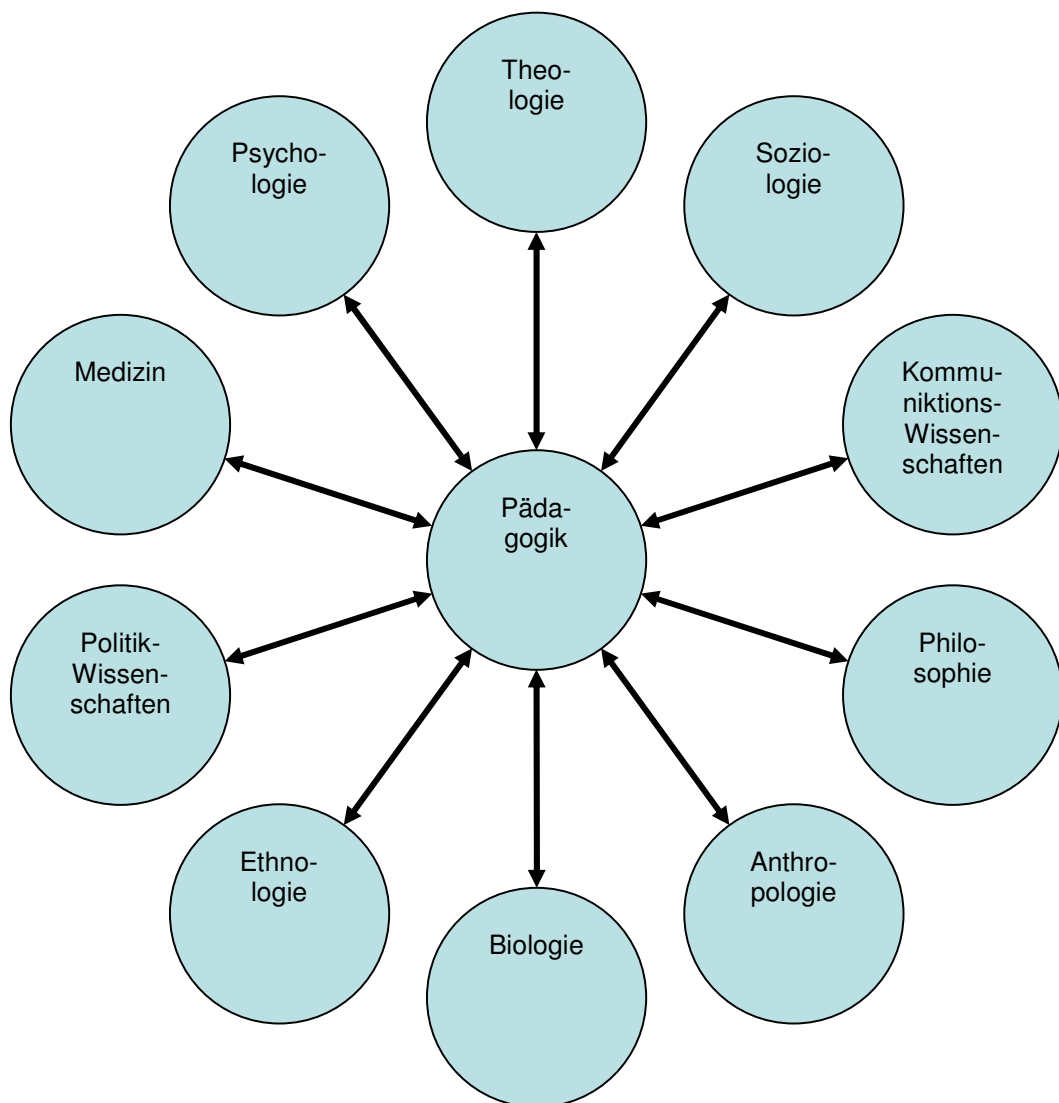
Die Berücksichtigung dieser wissenschaftlichen Kriterien ist für die Gesundheitspädagogik von großer Bedeutung und eine zentrale Voraussetzung für die Etablierung dieser im Vergleich jungen Teildisziplin der Erziehungswissenschaften.

6.3 Gesundheitspädagogik und ihre Verortung in der Wissenschaft

Gesundheitspädagogik soll verstanden werden als übergeordneter Begriff, der den verschiedenen Handlungsfeldern im Gesundheitssektor eine theoretische Basis gibt. Wenn im Laufe dieser Arbeit der Begriff der Gesundheitsförderung fällt, so handelt es sich hierbei um das Praxisfeld der Erziehungswissenschaften im Bereich der Gesundheit, kurz der Gesundheitspädagogik.

Betrachtet man die Kooperationsfelder der Pädagogik, wird deutlich, dass auch die Gesundheitspädagogik sich nicht von anderen wissenschaftlichen Ansätzen distanzieren sollte, sondern diese in ihre theoretische Entwicklung mit aufnehmen sollte. Alle oben genannten Ansätze, seien sie aus der Soziologie, Medizin oder Psychologie haben alle ihre Berechtigung und stehen mit der Gesundheitspädagogik auf einer Ebene.

Um eine gesundheitspädagogische Perspektive zu erarbeiten ist es von großer Bedeutung die Kooperationsfelder der Pädagogik und ihre historische Entwicklung in die Überlegungen mit aufzunehmen.



Teil 2 Evaluation in der Gesundheitsförderung

7 Evaluation in der Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung ist, wie bereits mehrfach erwähnt, eine vergleichsweise junge Disziplin, für welche es sehr wichtig ist, sich als eigene Fachdisziplin zu definieren. In den letzten Jahren sind zahlreiche Maßnahmen und Programme unter dem Dachbegriff der Gesundheitsförderung entstanden, wodurch diese Gefahr läuft inflationär gebraucht zu werden. Es ist deshalb überaus wichtig, klare Kriterien für Maßnahmen in der Gesundheitsförderung zu definieren und diese mit Hilfe wissenschaftlicher Forschungsmethoden zu evaluieren.

7.1 Kriterien von Evaluation in der Gesundheitsförderung

Dabei werden folgende Kriterien nochmals erwähnt:

Naidoo et al. (2003: 366) stellen fünf Kriterien zusammen:

- Effektivität
- Geeignetheit
- Akzeptanz
- Effizienz
- Chancengleichheit

Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Programme hält sich diese Arbeit an die ersten vier Punkte, da sie den gesamten Bereich abdecken. Den Aspekt der Chancengleichheit kann man in die Bewertung der Wissenschaftlichkeit integrieren.

Wulfhorst (2002:33) charakterisiert Maßnahmen in der Gesundheitspädagogik des Weiteren als

- die Beeinflussung der Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens
- die Vermittlung von Inhalten
- die Förderung von Kompetenzen
- die Beeinflussung von Verhältnissen

mit der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind.

Des Weiteren sollte man sich bei der Gestaltung einer Evaluation über deren formellen und organisatorischen Aufbau im Klaren sein.

7.2 Prozess – und Produktevaluation

Grundsätzlich wird bei Evaluationen zwischen Prozessevaluation und Produktevaluation unterschieden, statt Produktevaluation nennen Naidoo et al. (2003) auch den Begriff der Ergebnisevaluation.

Führt man eine Prozessevaluation durch, so stehen die Planung, die Durchführung und die Wirkung der Maßnahme im Fokus. Das Ziel hierbei ist, die Programme aufgrund der erhaltenen Ergebnisse zu optimieren.

Bei der Produktevaluation hingegen ist nur das Endergebnis eines Programms interessant. Riemann (2004) weist in Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA darauf hin, dass inzwischen eine Mischform dieser beiden Evaluationstypen als am sinnvollsten gilt (Riemann, 2004:32f).

7.3 Untersuchungsgegenstand

Als Untersuchungsobjekt wurde das Fortbildungsprogramm „Präventionsassistentin“ des Netzwerkes Kindergesundheit und Umwelt e.V. gewählt. Die Kontaktdaten wurden der Autorin vom Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt e.V. zur Verfügung gestellt.

Die folgende Evaluation wurde finanziell nicht gefördert bzw. unterstützt, so dass die Minimierung der Kosten bei größtmöglichem Nutzen ein wichtiger Aspekt war.

8 Vorstellung des Curriculums Präventionsassistentin

Das Modellprojekt „Präventionsassistentin“ war zum Zeitpunkt der Evaluation ein Projekt des „Netzwerkes „Kindergesundheit und Umwelt e.V.“¹⁵.

Die Fortbildung besteht seit 2003 und richtet sich bisher an Kinderarthelferinnen (neu: Medizinische Fachangestellte) sowie Kinderkrankenschwestern (neu: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen), die den Arzt in seiner präventiven Tätigkeit unterstützen sollen.

Durch das Curriculum soll die Attraktivität der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte durch die Verstärkung der Prävention gesteigert werden, sowie dem erhöhten Bedarf an primärer Prävention im Gesundheitswesen gerecht werden.

Ebenso soll eine weitere Qualifikation von medizinischen Assistenzberufen entstehen wodurch der Arzt / die Ärztin in der Praxisarbeit entlastet werden kann.

Ein Ziel des Curriculums war es, eine anerkannte Zertifizierung durch die Bundesärztekammer zu erhalten. Dieses Ziel konnte im Herbst 2007 erreicht werden. Mittelfristiges Ziel stellt jetzt die Möglichkeit dar, die Leistungen der Präventionsassistentinnen in einem eigenen Leistungskatalog abrechnen zu können.

Neben den organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen steht die

¹⁵ vgl. hierzu www.netzwerk-kindergesundheit.de

Verbesserung der Kindergesundheit im Zentrum des Projektes.

Das Curriculum umfasst 74 Unterrichtsstunden sowie einer Hausarbeit von 10 Stunden, in welcher ein Präventionsleitfaden für die eigene Praxis erarbeitet werden soll. Zum Zeitpunkt der Evaluation starten jährlich in München, Osnabrück, Bad Orb und Berlin berufsbegleitende Kurse, jedoch werden ab 2009 bzw. 2010 die Standorte Bochum und Würzburg hinzukommen, um ein möglichst flächendeckendes Fortbildungsangebot zu schaffen. Je nach Standort sind 74 Lerneinheiten in vier bis fünf einzelne Wochenendkurse aufgegliedert bzw. in zwei Blockwochen verteilt auf 2 Jahre.

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt, die Teilnahmevoraussetzungen sind eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinischen Assistenzberuf sowie eine einschlägige Berufserfahrung in der Pädiatrie (Hellmann et al., 2008).

Folgende Handlungskompetenzen werden in der Fortbildung vermittelt:

- die Präventionsassistentin motiviert den Patienten und seine Familie durch aktivierende und strukturierte Kommunikation und Interaktion zur primären Prävention
- Sie unterstützt den Arzt bei Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung insbesondere von Früherkennungsuntersuchungen, Impfberatung und weiteren Präventionsmaßnahmen
- Sie erarbeitet gemeinsam mit den Patienten gesundheitsbezogenes Wissen
- Sie motiviert zu gesundheitsförderlichem Verhalten und übt gesundheitsgerechtes Handeln ein
- Sie fördert die individuellen Ressourcen von Patienten und Angehörigen und berücksichtigt dabei ihre Bedürfnisse und Ziele
- Sie organisiert und moderiert Patienten- und Elternschulungen und wendet Präsentationsmedien und –techniken an
- Sie organisiert den internen und externen Informationsfluss
- Sie führt begleitende Koordinations-, Organisations- und Qualitätsmanagementmaßnahmen durch.

Zu den meisten Themen¹⁶ wird im Anschluss eine praktische Übung angeboten und so versucht den Praxisbezug in der alltäglichen Arbeit herzustellen.

Die Referenten der Seminare wurden bewusst aus unterschiedlichen Fachrichtungen gewählt:

- Kinderärzte /-Innen
- Umweltmediziner /-Innen
- Diplompsychologen /-Innen
- Sportlehrer /-Innen
- Diplom Ökotrophologen /-Innen
- Still- und Lactationsberater /-Innen
- Musikpädagogen /-Innen
- Magisterpädagogen /-Innen
- Kinderkrankenschwestern

Die Referenten unterscheiden sich je nach Veranstaltungsort.

¹⁶ Die Themenzusammenstellung des Curriculums ist im Anhang dieser Arbeit zu finden „Fortbildungcurriculum für Arzthelferinnen / Medizinischen Fachangestellte „Prävention im Kindes- und Jugendalter““.

9 Die Qualitätskriterien nach Naidoo und Wills und ihre praktische Anwendung am Beispiel des Curriculums

Es liegen dieser Arbeit die Evaluationen jedes Kurses und deren Ergebnisse vor. Evaluiert wird nach jedem Seminarwochenende, sowie sechs Monate nach der Teilnahme mit Hilfe eines anonymisierten Fragebogens. Der Fragebogen der Nachbefragung nach sechs Monaten geht sowohl an die Teilnehmerin als auch an den anstellenden Arzt der Teilnehmerin.

Der Fragebogen, der direkt nach der Kursteilnahme ausgefüllt wird, erhebt die Vorkenntnisse der Teilnehmerinnen, die Erwartungen und die Qualität jedes einzelnen Kurses nach den Kriterien von Inhalt und Präsentation. Ebenso wird die Zufriedenheit mit dem organisatorischen Ablauf, der Räumlichkeiten und der Verpflegung gemessen.

Der Fragebogen der Nachbefragung nach sechs Monaten erfasst die Präventionsthemen, die neu in die Praxisarbeit aufgenommen wurden und die aufgrund der Fortbildung anders gestaltet wurden als bisher. Weitere Fragen beziehen sich auf die praktische Umsetzung und eventuelle Probleme, die dabei entstanden sein könnten.

Beide Fragebögen sind im Anhang dieser Arbeit zu finden.

Fasst man die Gestaltung und den Inhalt beider Evaluationstypen zusammen, so kann man durchaus von einer Mischform von Prozess- und Produktevaluation sprechen, die Riemann (2004:32f) als sinnvoll in der Gesundheitsförderung erwähnt hat, da die Befragungen die Qualität des Kurses unter der Zielsetzung der Optimierung (Prozessevaluation) ebenso erheben wie die Ergebnisse (Produktevaluation), zu welchen die Kurse geführt haben; beispielsweise inwieweit Präventionsthemen nach der Teilnahme in der Praxis eingesetzt werden.

Erfüllen diese Evaluationen die für diese Arbeit geltenden Kriterien einer Evaluation in der Gesundheitsförderung?

9.1 Effektivität

Die Effektivität eines Programms in der Gesundheitsförderung nach Naidoo et al. (2003) besteht dann, wenn „generelle und spezifische Ziele“ (Naidoo et al., 2003:366) erreicht wurden.

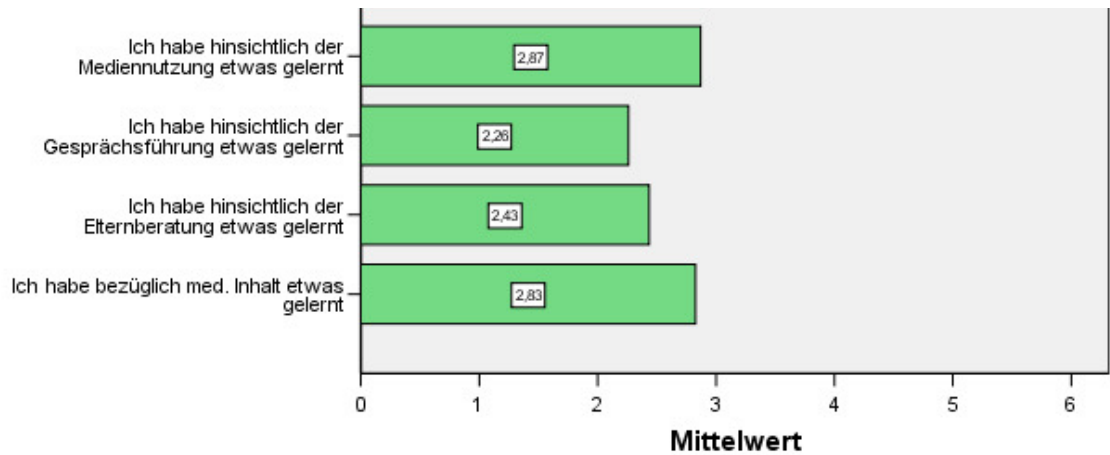
Als Ziele nennen die Organisatoren

1. der steigenden Bedeutung primärer Prävention im Gesundheitswesen gerecht zu werden
2. zu einer weiteren Qualifikation in medizinischen Assistenzberufen beizutragen
3. Vertiefung und Erweiterung von
4. Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten der TeilnehmerInnen zu fördern
5. die Attraktivität der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte zu erhöhen
6. eine Zertifizierung durch die Bundesärztekammer zu erhalten
7. in der Pädiatrie zusätzliche Leistungen abrechnen zu können

Nach näherer Betrachtung des Qualitätskriteriums Effektivität von Naidoo et al. (2003) in Zusammenhang mit einer praktischen Anwendung auf die vorliegenden Evaluationen des Curriculums, wird deutlich, dass sich die theoretische Darstellung nicht eins zu eins übertragen lässt mit der praktischen Anwendung.

So ist es wenig sinnvoll das Erreichen mancher Ziele mit Hilfe von Evaluationen zu messen, wie beispielsweise die Zertifizierung des Curriculums und das Einstellen eines Leistungskataloges. Vielmehr haben die zahlreichen Evaluationen dazu beigetragen, die Qualität des Curriculums darzustellen und somit die Zertifizierung möglicherweise positiv beeinflusst.

Andere Aspekte der Effektivität wiederum lassen sich sehr gut durch Evaluationen messen. Dies soll folgende Graphik zeigen, die sich auf das Ziel „Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten“ bezieht.



Item 1 (sehr gut), item 6 (mangelhaft)

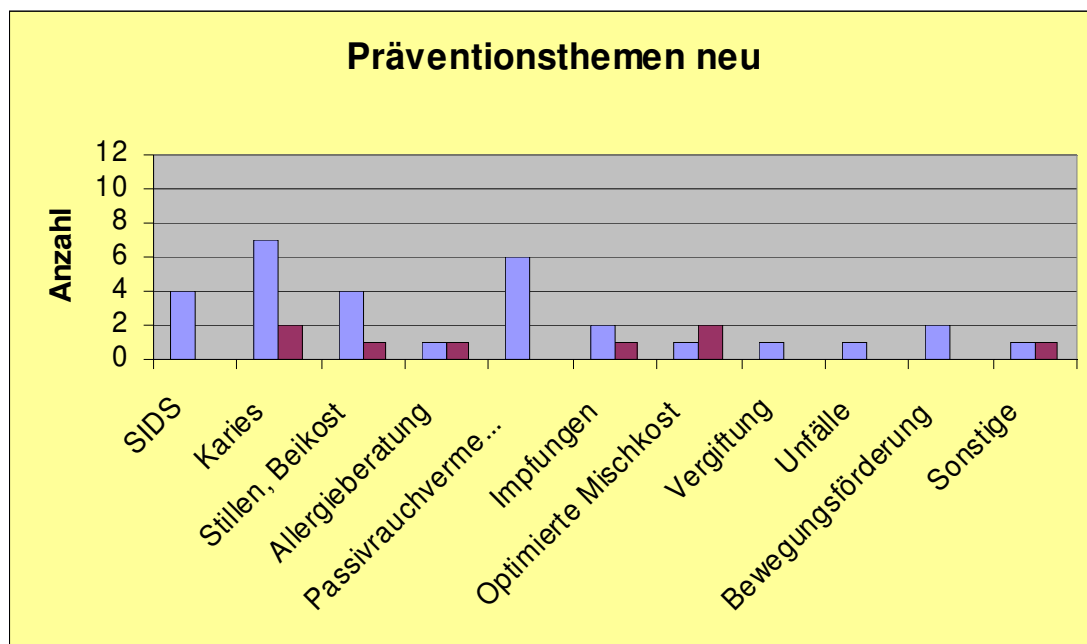
Abb. 11, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München Januar 2008

Die Nachbefragung der Teilnehmerinnen und Ärzte zeigen keine deutlichen Ergebnisse und sind auch mit einer Stichprobengröße von manchmal nur $n=12$ äußerst gering. Der Grund hierfür liegt in der geringen Teilnehmerzahl von etwa 25 Teilnehmern und einer zusätzlich schwachen Rücklaufquote durch die Teilnehmerinnen und Ärzte.

Als Beispiel soll folgende Graphik der Nachbefragung von 2004 in Osnabrück dienen mit $n=12$, die nur bei zwei Items (Karies und Passivrauchvermeidung) eine erhöhte Quote bei den Antworten zeigen. Alle anderen Bereiche sind fast gleichmäßig verteilt.

Die Frage hierzu lautete:

„Welche Präventionsthemen wurden neu in die Arbeit aufgenommen?“



Anzahl der Fälle bei N=12

Abb. 12, Auszug aus der unveröffentlichten Nachbefragung, Osnabrück 2004

Das Ziel, eine Zertifizierung durch die Bundesärztekammer zu erhalten (Ziel Nr. 5), konnte von den Veranstaltern bereits umgesetzt werden (Hellmann et al., 2008), einen Beitrag hierzu hat mit Sicherheit auch die lückenlose Evaluation aller Kurse beigetragen. Die Umsetzung dieses Zieles hat zur Folge, dass auch ein Beitrag zu einer weiteren Qualifikation in medizinischen Assistenzberufen geleistet werden konnte (Ziel Nr. 2).

Ziel Nr. 3, die Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten kann mit Hilfe des Fragebogens, welcher noch während oder direkt nach den Kursen ausgegeben wird, gemessen werden.

Bei den Zielen 1 (der steigenden Bedeutung primärer Prävention gerecht zu werden) und 4 (die Attraktivität der niedergelassenen Ärzte zu erhöhen) handelt es sich eher um mittel- bzw. langfristige Ziele, die durch die Nachbefragung nach sechs Monate evaluiert werden könnten.

Das Ziel zusätzliche Leistungen in der Pädiatrie abrechnen zu können, kann nicht mit Hilfe einer Evaluation erfasst werden, sondern gilt als weiterer Schritt nach der Zertifizierung des Curriculums durch die Bundesärztekammer.

Auch das übergeordnete Ziel der langfristigen Optimierung der Kindergesundheit kann im Rahmen dieser Evaluationen nicht gemessen werden, da sechs Monate nicht ausreichen, um Veränderungen in der Kindergesundheit auf die bestimmte Maßnahme zurückzuführen. Generell ist die Messung eines Kausalzusammenhanges zwischen Verbesserung der Gesundheit und gesundheitsfördernder Maßnahme schwer zu ermitteln, und nur mit einem großen organisatorischen und finanziellen Aufwand zu leisten.

Jedoch könnte durch abgestimmte Fragen in Evaluationen eine Tendenz abgelesen werden. Fragen hierzu könnten sein, inwieweit die Patienteltern das „neue“ Präventionsangebot angenommen haben und inwieweit von Veränderungen des Lebensstils durch die Eltern berichtet wurde, zum Beispiel in Bezug auf rauchfreies Wohnen oder Allergievermeidendes Verhalten. Fragen hierzu lassen sich in der Nachbefragung finden, die das Elterninteresse und Rückmeldungen durch die Patienteltern abfragt.

9.2 Geeignetheit

Naidoo et al. (2003) sehen Geeignetheit als Kriterium, ob „die Maßnahme zur Befriedigung der Bedürfnisse relevant“ (Naidoo et al., 2003:366) war. Die Bedürfnisse bzw. Erwartungen auf Seiten der Organisatoren entsprechen ihren genannten Zielen. Inwieweit diese Ziele umgesetzt werden konnten, wurde oben ausgeführt.

Naidoo et al. (2003) führen ihren Kritikpunkt nicht weiter aus, so dass es notwendig ist, zwischen den verschiedenen Bedürfnisse zu differenzieren.

1. die Bedürfnisse der Veranstalter (z.B. die Zertifizierung durch die Bundesärztekammer und dem zufolge eine anerkannte Fortbildung aufgebaut zu haben)
2. die Bedürfnisse der Ärzte (z.B. die Erhöhung der Attraktivität ihrer Arztpraxis, zeitliche Entlastung durch die Präventionsassistentin oder die Möglichkeit Präventionsleistungen abzurechnen)
3. die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen (z. B. Erhöhung ihrer Qualifikation,

Erhöhung der Attraktivität ihres Berufsbildes)

4. Die Bedürfnisse aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen (z. B. dem wachsenden Bedarf an Prävention gerecht zu werden, Verbesserung der Kindergesundheit, die Vermeidung chronischer Erkrankungen und somit Kostenersparnisse)
5. Die Bedürfnisse der Zielgruppe (z. B. Erhöhung des Wissens zu gesundheitsrelevantem Verhalten, Förderung ihrer Gesundheit)

Es wird deutlich, dass das Qualitätskriterium „Geeignetheit“ sehr viel differenzierter dargestellt werden muss, als es von Naidoo et al. (2003) formuliert wird. Ebenso wird deutlich, dass die einzelnen Qualitätskriterien nicht strikt voneinander getrennt werden können, da sie sich in einigen Punkten überschneiden. So lassen sich bereits jetzt zwischen den Punkten Effektivität und Geeignetheit Überschneidungen bei Zielsetzungen und Bedürfnissen feststellen.

Die Befragungen, die von den Veranstaltern des Curriculums bisher durchgeführt wurden, decken für das Qualitätskriterium Geeignetheit in erster Linie Fragen zu den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen ab. Dies wird in folgender Graphik von 2007, München, deutlich.

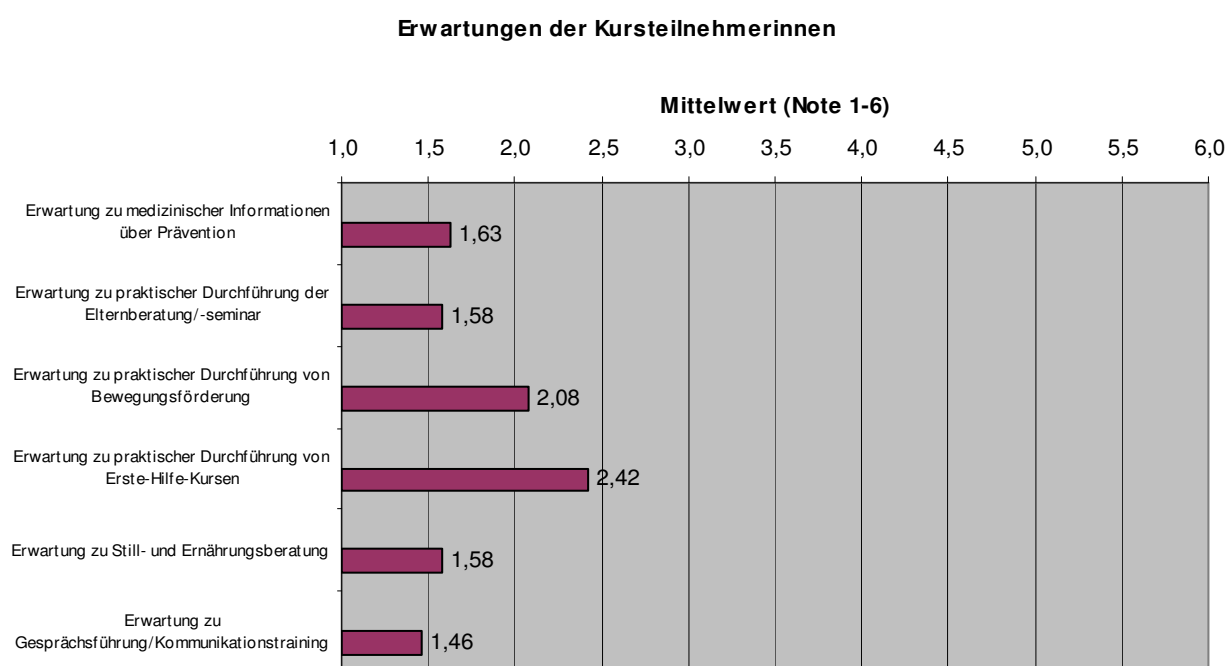


Abb. 13, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München, 2007

Wenn man den Erwartungen der TeilnehmerInnen nun folgende Graphik gegenüberstellt, lässt sich messen, inwieweit die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen gedeckt worden sind.



Abb. 14, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München, 2007

Um diesen Vergleich der beiden Graphiken zu optimieren, wäre es sinnvoll die Fragen der roten Graphik, denen der blauen Graphik anzupassen.

Punkt 4 (Bedürfnisse aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen) und 5 (Bedürfnisse der Zielgruppe) des Qualitätskriteriums Geeignetheit wurde bisher mit keiner Evaluation erwiesen, sondern mit gezielten Fragen versucht Tendenzen zu erhalten. Der Fragebogen der Nachbefragung nach sechs Monaten beinhaltet Fragen zu

- inwieweit das Wissen praktisch umgesetzt worden ist,
- Präventionsbereiche neu gestaltet wurden,
- oder ob das Erlernte für die praktische Arbeit angewendet werden konnte.

Bei einer positiven Beantwortung dieser Fragen kann angenommen werden, dass das Programm geeignet ist, um die primäre Prävention im Gesundheitswesen zu verbessern. Jedoch sollte man sich in der Sozialforschung nicht auf Annahmen oder Tendenzen stützen, sondern auf Ergebnisse. Dies würde aber eine weitaus umfangreichere Evaluation bedeuten mit einem hohen organisatorischen und finanziellen Aufwand. Dennoch wäre es nach fünf Jahren Laufzeit des Curriculums an der Zeit, sich der Beantwortung dieser offenen Fragen zu widmen. Hier bedürfte es einer öffentlichen Förderung.

9.3 Akzeptanz

Akzeptanz eines Programms in der Gesundheitsförderung versteht sich als die Frage, ob die Maßnahme von den Betroffenen angenommen worden ist (Naidoo et al., 2003:366).

Bringt man dieses Kriterium von seinem theoretischen Wert auf eine praktische Basis, wird auch hier wieder deutlich, dass dies sehr viel differenzierter betrachtet werden muss, denn „betroffen“, wie es Naidoo et al. (2003) formulieren, sind von dieser Maßnahme verschiedene Gruppen.

Dabei spiegelt sich Akzeptanz auf folgenden Ebenen wider:

- die Ebene des Arztes
- die Ebenen der TeilnehmerInnen
- die Ebenen der Zielgruppe – die Patienten und ihre Eltern

Die Ebene des Arztes wird in den vorliegenden Evaluationen mit einer Frage in der Nachbefragung evaluiert.

Bei der Frage: „Wo gibt es die größten Probleme bei der praktischen Umsetzung?“ Als Antwortmöglichkeit wird den TeilnehmerInnen hier das Item „Arztinteresse“ angeboten.

Jedoch sollte die Akzeptanz des Curriculums seitens der Ärzte ausführlicher evaluiert werden, da sie den wichtigsten Faktor in der praktischen Umsetzung spielen.

In derselben Frage wird auch eine Antwortmöglichkeit „Elterninteresse“ gegeben. Auch hier sollte differenzierter die Akzeptanz seitens der Ärzte abgefragt werden.

Bei der Akzeptanz des Curriculum durch die TeilnehmerInnen liegen jedoch ausführliche Daten vor.

Dabei wird die Akzeptanz sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene untersucht:

1. Inhalt und Präsentation der Lerneinheiten
2. praktische Umsetzung in der Praxis

Folgende Graphik, München, 2008, zeigt die Bewertung am Beispiel der Lerneinheiten Ernährung nach Präsentation und Inhalt, wobei Item 1 sehr gut bedeutet und Item 6 mangelhaft.

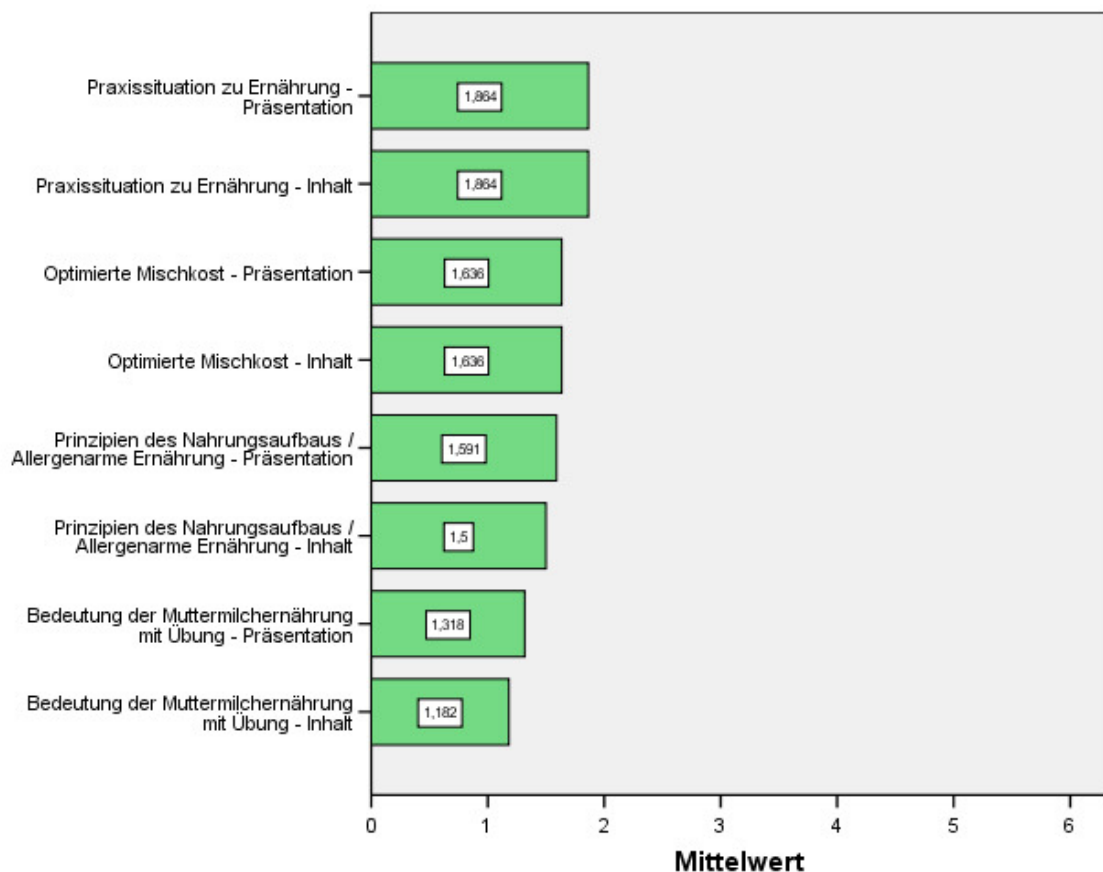
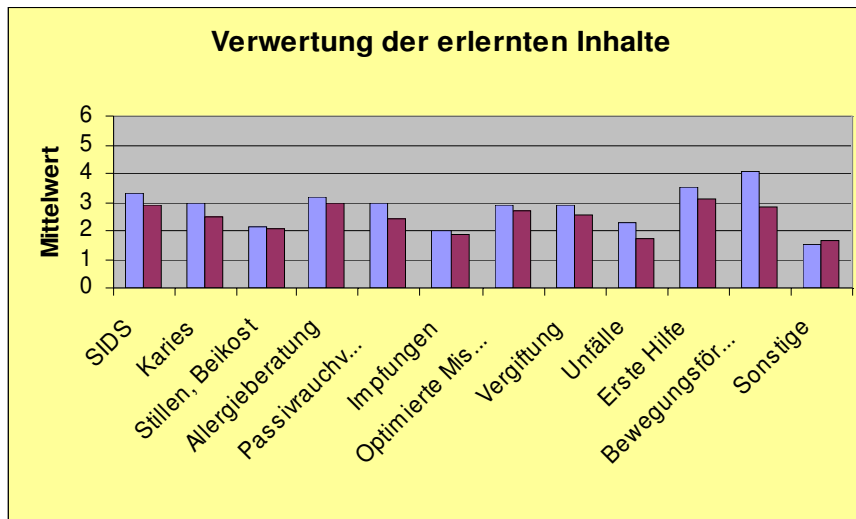


Abb. 15, Auszug aus einer unveröffentlichten Kursevaluation, München 2008

Um die Umsetzung in die Praxis zu messen, wird in den Nachbefragungen die Frage „Konnten die erlernten Inhalte in der Arbeit verwertet werden?“ sowohl an die TeilnehmerInnen als auch an die Ärzte gestellt.

Hierzu folgende Graphik, Bad Orb, 2006:



Item 1 sehr gut, Item 6 mangelhaft

Abb. 16, Auszug aus einer unveröffentlichten Nachbefragung, Bad Orb, 2006

Jedoch muss auch hier, wie bei vorangegangenen Nachbefragungen, auf eine äußerst geringe Stichprobengröße verwiesen werden von n=18 bei den TeilnehmerInnen und n=12 bei den ÄrztInnen.

9.4 Effizienz

Der Kritikpunkt der Effizienz beurteilt, ob die Zeit, das Geld und die Ressourcen im Verhältnis zu dem erreichten Nutzen gut angelegt sind (Naidoo et al., 2003:366). Da sich der Punkt der Effektivität, der bereits ausgeführt worden ist, mit dem der Effizienz je nach Definition überschneidet, wird das Kriterium Effizienz hier in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit interpretiert.

Effizienz des Projektes ist für mehrere Personengruppen von Interesse:

- für den Arzt / die Ärztin: Sind die verausgabten Kosten für die Fortbildung der Mitarbeiterin gut angelegt?
Diese Frage ließe sich für den Arzt dann positiv beantworten, wenn die Präventionsleistungen abrechenbar sind – ein Aspekt, welcher nicht mit der Evaluation zu ermitteln ist. Ebenso hätte der Arzt / die Ärztin einen wirtschaftlichen Nutzen, wenn er / sie zeitlich entlastet werden könnte. Dieser Aspekt wurde in den Evaluationen jedoch nicht abgefragt.
- Für die Teilnehmer/Innen: Sind die Kosten und die investierte Zeit gut angelegt durch eine Verbesserung der Berufschancen?
Diese Frage wurde durch die vorliegenden Evaluationen nicht beantwortet. Sollte aber Ziel zukünftiger Evaluationen sein.
- Für die Veranstalter: Sind die verausgabten Kosten durch die Teilnehmerzahl wieder eingespielt worden?
Diese Frage kann nicht mit einer Evaluation beantwortet werden, sondern liegt allein in der Geschäftsführung des Anbieters.
- für evtl. Unterstützer auf öffentlicher Seite (beispielsweise im Gesundheitswesen):
Können die Kosten im Gesundheitswesen mit Hilfe dieses Präventionsangebotes im der Kinder- und Jugendmedizin verringert werden?
Die Beantwortung dieser Frage ist von den bisherigen Evaluationen nicht zu beantworten, sollte aber Ziel einer zukünftigen Evaluation sein.

Der Bereich der Effizienz, wenn er wirtschaftlich betrachtet wird, wurde in den vorliegenden Evaluationen kaum behandelt, sollte aber in zukünftigen Evaluationen ein wichtiges Qualitätskriterium darstellen, um wirtschaftlich arbeiten zu können und um die geringen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll einzusetzen.

9.5 Gerechtigkeit / Chancengleichheit

Dieser Aspekt wird bei Naidoo et al. (2003) als „gleiche Versorgung für den gleichen Bedarf“ betrachtet.

Diese sehr offene Definition lässt einige Interpretationsmöglichkeiten. So kann Chancengleichheit unter dem Aspekt der Interkulturalität gesehen werden, ebenso wie unter dem Aspekt der sozialen Schichtzugehörigkeit. Dabei kann Chancengleichheit sowohl bei der Zielgruppe (hier den Patienten und ihren Eltern) als auch bei den TeilnehmerInnen gesehen werden.

Das Qualitätskriterium der Chancengleichheit / Gerechtigkeit wird in keiner der vorliegenden Evaluationen untersucht, sollte aber Ziel zukünftiger Evaluationen sein.

10 die Qualitätskriterien nach Wulfhorst und ihre praktischen Anwendung am Beispiel des Curriculum

Neben den Kriterien von Naidoo et al. (2003) sollten diese Evaluationen auch vor dem Hintergrund von Wulfhorsts (2002) Erläuterungen betrachtet werden.

1. Konnten die Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens beeinflusst werden?
2. Wurden Inhalte vermittelt?
3. Wurden Kompetenzen gefördert?
4. Konnten Verhältnisse beeinflusst werden?

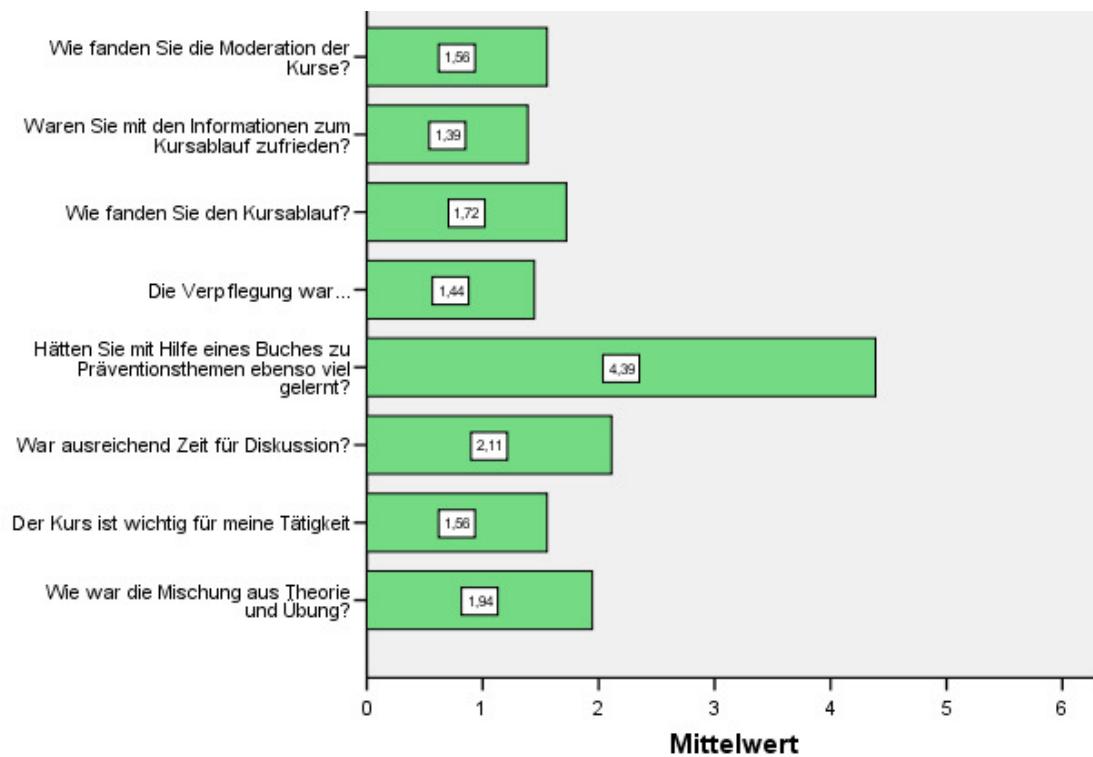
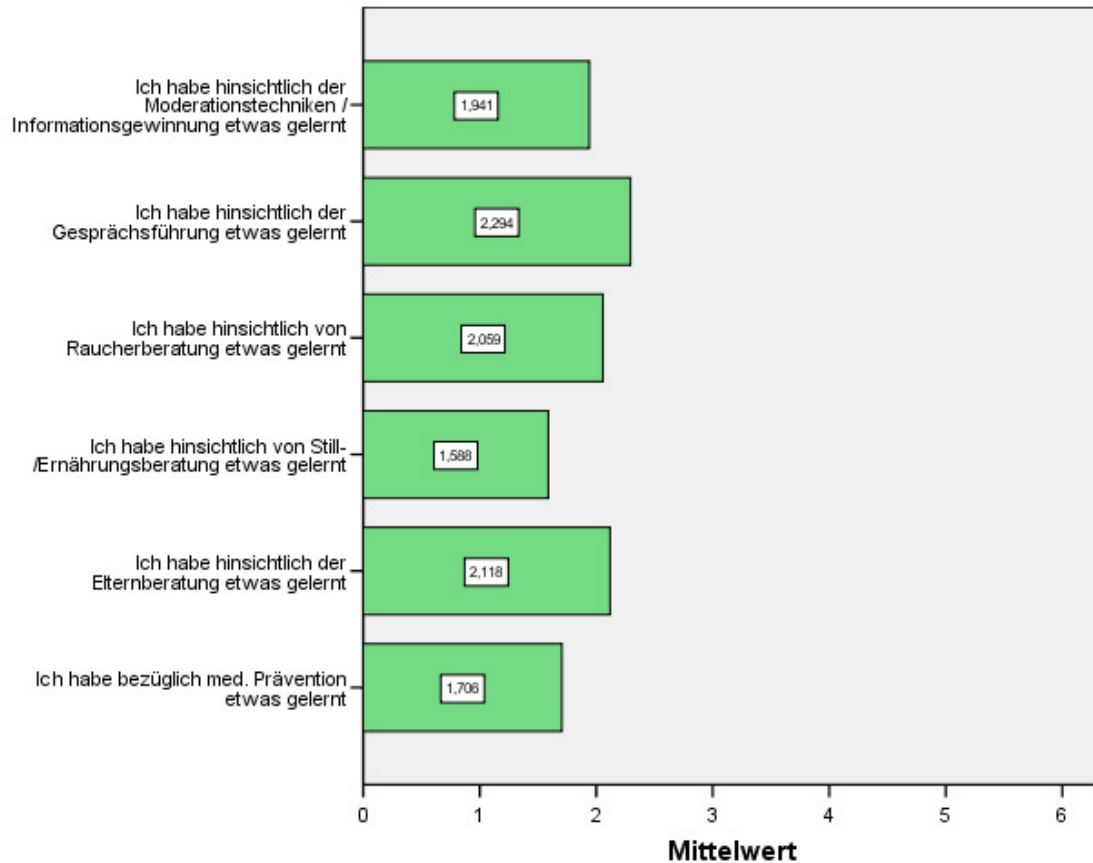
10.1 Konnten die Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens beeinflusst werden?

Die erste Frage kann mit den vorliegenden Evaluationen nicht beantwortet werden, da hier nicht nur die TeilnehmerInnen oder ÄrztInnen befragt werden sollten, sondern auch die Patienten und ihre Eltern, Evaluationen diesen Umfangs liegen nicht vor. Sollte aber trotz des großen organisatorischen und finanziellen Aufwands eine Zielsetzung darstellen.

10.2 Wurden Inhalte vermittelt?

An dieser Stelle kann auf die umfangreichen Befragungen zu Inhalt und Präsentation der Lerneinheiten, als auch auf die abschließenden Fragen nach den Kursen verwiesen werden.

Unter Punkt 10.3 „Akzeptanz“ von Naidoo et al. (2003) wurde bereits eine Graphik zur Bewertung der Lerneinheiten dargestellt, welche auch hier gelten kann. Ebenso zeigen folgenden Graphiken, die die abschließenden Fragen jeder Kursevaluation darstellen, inwieweit Inhalte vermittelt wurden.



Item 1=sehr gut, Item 6=mangelhaft

Abb. 17 und 18, Auszug aus einer unveröffentlichten Kursevaluation, München, 2008

Der Auszug aus der Evaluation zeigt, dass die Veranstalter durch diese Befragung das von Wulfhorst (2002) formulierte Qualitätskriterium für ihr Projekt erfüllen.

10.3 Wurden Kompetenzen gefördert?

Diese Frage kann auf zwei verschiedenen Ebenen betrachtet werden:

- die Ebene der TeilnehmerInnen. In diesem Fall wäre sie mit der oben dargestellten Graphik zu beantworten. Ebenso mit Graphiken der Nachbefragung zur praktischen Umsetzung der Lerninhalte, siehe Qualitätskriterium „Akzeptanz“ in 10.3 von Naidoo et al. (2003).
- Die Ebene der Zielgruppe, der Patienten und deren Eltern. In diesem Fall muss wiederum auf Zielsetzung einer umfangreichen Patienten- bzw. Elternbefragung verwiesen werden. Bisher lassen sich hierzu keine Aussagen treffen.

10.4 Konnten Verhältnisse beeinflusst werden?

Diese Frage lässt sich im Fall dieses Fortbildungscurriculums nicht mit Hilfe von einer Evaluation erfassen.

Zu diesem Punkt wird im Folgenden kurz auf die unterschiedliche Definition von Verhaltens- und Verhältnisprävention hingewiesen. Verhaltensprävention beschreibt die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens durch Präventionsarbeit. Hierzu zählt die Stärkung gesunden Verhaltens, wie beispielsweise gesunde Ernährung oder körperliche Bewegung. Ebenso wird mit Verhaltensprävention die Vermeidung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen beschrieben, beispielsweise Rauchen, Alkoholmissbrauch oder ungesunde Ernährung (Lehmann, 2004:238).

Verhältnisprävention im Gegenzug meint die Beeinflussung von Verhältnissen auf unterschiedlichen Ebenen, politischer, kommunaler oder betrieblicher Art. Ein Beispiel für die positive Beeinflussung von Verhältnissen ist der Arbeitsschutz in Betrieben bzw. sind Aktionen für eine Verbesserung der Umwelt (Lehmann,

2004:239).

In Bezug auf das Curriculum wurden durch die Zertifizierung durch die Bundesärztekammer auf Bildungspolitischer Ebene Verhältnisse verändert.

Vorliegende Evaluationen bieten also nur Antworten zum zweiten Punkt (Konnten Inhalte vermittelt werden?) von Wulfhorst (2002). Denn es handelt sich dabei um Variablen, die nur mit einer langen zeitlichen Spanne zwischen Intervention und Befragung erfasst werden können, welche auch die Nachbefragung nach sechs Monaten nicht leisten kann.

11 Evaluation 2003-2005 des Curriculums

Die Organisatoren des Curriculums der Präventionsassistentin ließen bzw. lassen nach wie vor regelmäßig Evaluationen durchführen. Bei diesen Evaluationen handelt es sich um Befragungen mit einer maximalen zeitlichen Spanne von sechs Monaten zwischen Kursteilnahme und Befragung. Dies bedeutet, dass in erster Linie Ergebnisse über die Bewertung der Kurseinheiten und der Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen erhalten werden können. Um langfristige Erfolge aufgrund des Curriculums messen zu können, gaben die Organisatoren eine umfangreiche Evaluation in Auftrag, die alle Teilnehmerinnen aus den Jahren zwischen 2003 bis 2005 umfassen sollte. Das Ziel hierbei war in erster Linie die Nachhaltigkeit der Fortbildung in der Gesundheitsförderung zu überprüfen.

Diese Evaluation wurde im Jahr 2006 im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführt.

Bei der Konzipierung der Evaluation - insbesondere bei den ersten Schritten - hat sich die Autorin an den Leitfaden von Naidoo et al. (2003) gehalten. In diesem Leitfaden werden neben den Qualitätskriterien, die im vorangegangenen Kapitel detailliert beschrieben wurden, auch Hilfestellungen gegeben, die den Forschenden bei den ersten Überlegungen zu seiner Evaluation unterstützen.

Naidoo et al. (2003) gliedern ihren Leitfaden in Fragen, die man sich zu Beginn einer Evaluation stellen sollte.

Diese Fragen werden im Folgenden in Bezug auf die durchgeführte Befragung der Präventionsassistentinnen von der Autorin beantwortet, um einerseits die Entstehung der Evaluation nachvollziehbar zu machen, um aber auch zu überprüfen, inwieweit diese Fragen sinnvoll sind und eventuell überarbeitet werden könnten.

11.1 Erste Schritte bei der Erstellung einer Evaluation in der Gesundheitsförderung nach Naidoo und Wills

11.1.1 Was soll gemessen werden?

Um dies herauszufinden, wird ein Blick auf die von den Organisatoren gesetzten Ziele geworfen:

Das übergeordnete Ziel des Curriculum soll es sein, der steigenden Bedeutung primärer Prävention im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen langfristig zu verbessern.

Ebenso soll es zu einer weiteren Qualifikation von medizinischen Assistenzberufen beitragen und somit der steigenden Bedeutung der primären Prävention im Gesundheitswesen gerecht werden, sowie die Attraktivität der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte durch die Verstärkung der Prävention erhöhen.

Das Ziel des Curriculums ist es ebenfalls, eine anerkannte Zertifizierung durch die Bundesärztekammer zu erhalten und langfristig eine zusätzliche Abrechnung präventiver Leistungen in der Pädiatrie zu ermöglichen.

Bei der Konzipierung der Fragen sollten also die von den Veranstaltern formulierten Ziele im Auge behalten werden, um die Fragen diesbezüglich abzustimmen.

Die Qualitätskriterien (siehe Punkt 9 und 10) sollen ebenso miteinbezogen werden.

11.1.2 Inwieweit sind die Ergebnisse auf das Curriculum zurückzuführen?

Die zweite Frage, die die Autorin hier beschäftigt, ist die Frage, inwieweit man davon ausgehen kann, dass die erzielten Ergebnisse auf das Curriculum zurückgeführt werden können.

Diese Frage exakt zu beantworten, ist in der Gesundheitsförderung kaum möglich, da man nie mit Sicherheit davon ausgehen kann, dass eine gesundheitsfördernde Maßnahme in einem direkten Kausalzusammenhang mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Zielgruppe bildet.

Hierfür sind zu viele Einflussfaktoren für den Gesundheitszustand der Menschen verantwortlich.

Um genau beurteilen zu können, in welchem Zusammenhang verbesserte Gesundheit und gesundheitsfördernde Maßnahme stehen, bräuchte man Laborverhältnisse. Da dies natürlich nicht möglich ist, schlagen Naidoo et al. (2003) die quasi-experimentelle Untersuchung vor, bei der eine Kontrollgruppe herangezogen wird. Es sollten also vor der Maßnahme beide Gruppen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand hin untersucht werden, jedoch nur eine Gruppe befugt sein, an der Maßnahme teilzunehmen. Würde man nach der Teilnahme an dem Programm beide Gruppen untersuchen und die Versuchsgruppe wäre im Vergleich zur Kontrollgruppe „gesünder“, könnte man darauf schließen, dass die Maßnahme erfolgreich war.¹⁷

Diese Vorgehensweise ist in den Augen der Autorin zwar durchaus sinnvoll, kann für diese Arbeit jedoch nicht angewandt werden, da nicht die Kinder, sondern die Präventionsassistentinnen befragt werden und so nur indirekt eine Aussage über den Nutzen des Präventionsangebotes für die Kinder und deren Eltern getroffen werden kann.

Zudem ist es nicht möglich, die Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand zweier Gruppen so konstant zu halten, dass sie nach einer bestimmten Zeit nur in Bezug auf einen Aspekt untersuchbar bleiben.

Inwieweit die Verbesserung der Gesundheit auf die Maßnahme zurückgeführt

¹⁷ vgl. hierzu Punkt 3.2.3.3 dieser Arbeit

werden kann, kann im Rahmen dieser Evaluation nicht wissenschaftlich beantwortet werden. Mit der richtigen Wahl der Evaluationsfragen wird sich aber diesem Punkt mit der Variable „Eltern“ angenähert.

Fragen hierzu wurden in der Evaluation formuliert:

- Die Patienteneltern sprechen mich von sich aus auf Präventionsthemen an
- Die Patienteneltern berichten mir von der Umsetzung meiner Ratschläge zur Prävention
- Seit der Teilnahme am Fortbildungscurriculum, spreche ich Patienten häufiger auf Präventionsthemen an

Insbesondere ein positives Ergebnis bei der dritten Frage erlaubt es durch die Einführung der zeitlichen Komponente „*seit* der Teilnahme“ die „Annahme“ zu formulieren, dass Ergebnis sei auf das Curriculum zurückzuführen. Um wissenschaftlich fundierte Aussagen treffen zu können, müsste natürlich eine Befragung der Patienteneltern durchgeführt werden, welche die Umsetzung der Präventionsthemen in den Alltag evaluieren würde.

11.1.3 Zu welchem Zeitpunkt soll evaluiert werden?

Die dritte Frage, die bei der Erstellung einer Evaluation von Wichtigkeit ist, ist die Frage zu welchem Zeitpunkt evaluiert werden soll. Um den für die eigene Evaluation richtigen Zeitpunkt wählen zu können, ist es wichtig verschiedene Effekte zu kennen, die auf die Ergebnisse Einfluss haben können. Naidoo et al. (2003) zitieren hierzu Green (1977):

- der Trägheitseffekt: dieser Effekt bedeutet, dass die Wirkungen eines Programms erst zeitverzögert eintreten und mit einer Evaluation direkt nach dem Programm nicht messbar wären.

Am Beispiel des Curriculums wäre das zum einen die praktische Umsetzung der Lerninhalte in den Praxis- bzw. Klinikalltag und zum anderen die Akzeptanz der Patienteneltern gegenüber der „neuen“ Tätigkeit der Präventionsassistentin.

- Der Umkehreffekt: dies bedeutet, dass erst positive Veränderungen direkt nach der Teilnahme an einem Programm, sich nach einiger Zeit wieder verlieren und das Programm somit langfristig keinen Bestand hat. Zum Beispiel könnte die Angabe einer erhöhten Motivation für Präventionstätigkeit sich nach einigen Monaten sich sowohl bei den Präventionsassistentinnen als auch bei den Eltern wieder relativieren und auf demselben Stand sein, wie zuvor.

- Der Auslösereffekt: dieser Effekt meint einen Auslöser, der zu Veränderungen geführt hat, welche auch ohne Teilnahme an einem Programm entstanden wären.

Das heißt im Fall des Curriculums, dass sich das Verhalten der Eltern auch ohne den Einfluss der Präventionsassistentin in Richtung Prävention verlagert hätte. Natürlich kann dieser Effekt nicht ausgeschlossen werden, jedoch ohne einen konkreten Auslöser, der hierfür herangezogen werden könnte, bleibt dieser Effekt hier eher unwahrscheinlich.

- Der historische Effekt: dieser Effekt meint das zeitliche Geschehen als Auslöser für positive Veränderungen und nicht die Maßnahme an sich.

Hier bedeutet es, dass man mit der Evaluation nicht zu lange warten sollte, um noch einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Fortbildung und den gemessenen Ergebnissen erkennen zu können.

- Der entgegengesetzte Effekt: dieser Effekt bedeutet, dass eine Maßnahme die entgegengesetzte Wirkung erzielt als ursprünglich geplant war.

Dieser Effekt ist, wie die meisten anderen, erst nach einigen Monaten – je nach Programm - erkennbar und würde in diesem Fall bedeuten, dass die Präventionsassistentinnen nach der Fortbildung weniger präventive Leistungen in den Praxisalltag integrieren als vor der Teilnahme.

Für das Curriculum liegen Evaluationen mit unterschiedlichen Messzeitpunkten vor, so dass die oben genannten zeitlichen Effekte, die das Ergebnis verfälschen könnten, weitestgehend ausgeschlossen werden können.

Mit der Evaluation direkt nach den Kursen war bzw. ist es möglich zu messen, inwieweit die Kurse für eine Verbesserung des Wissens der Teilnehmerinnen erfolgreich waren.

Mit den Evaluationen, die jeweils sechs Monate nach der Teilnahme an die Präventionsassistentinnen geschickt wurden, konnten Effekte wie der Trägheitseffekt berücksichtigt werden.

Die Evaluation, die im Zuge dieser Arbeit erstellt wird, erfasst Teilnehmerinnen, die bereits vor über drei Jahren am Curriculum teilgenommen haben. Dadurch können Effekte wie der Umkehreffekt oder Trägheitseffekt ausgeschlossen werden. Der Messzeitpunkt für diese zusammenfassende Evaluation wurde also bewusst gesetzt, nachdem bereits stetig Evaluationen direkt nach der Teilnahme und sechs Monate danach stattfinden.

Der Zeitpunkt hätte nicht später stattfinden sollen, um noch einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an dem Fortbildungscurriculum und der Präventionstätigkeit in der Praxis bzw. in der Klinik herstellen zu können.

11.1.4 Was wäre ein Erfolg?

Welche Ergebnisse würden es zulassen, dass Curriculum als erfolgreich bewerten zu können? Ein klar abgrenzbarer Kausalzusammenhang zwischen dem Curriculum und sämtlichen von den Veranstaltern formulierten Zielen lässt sich nicht in jedem Fall ziehen.

So stellt ein weiteres Mal die Verbesserung der Kindergesundheit als messbares Ziel eine Schwierigkeit dar.

Andere Ziele jedoch könnten durchaus auf das Curriculum zurückzuführen sein und wären mit Hilfe einer Evaluation messbare Daten:

- Praktische Umsetzung der Lerninhalte durch die Präventionsassistentin vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit
- Zeitliche Entlastung des Arztes

- Erhöhung der Attraktivität und Qualifikation medizinischer Assistenzberufe
- Interesse seitens der Patienteneltern und praktische Umsetzung im eigenen Haushalt
- Berücksichtigung der Chancengleichheit im Praxis- bzw. Klinikalltag (gleiche Versorgung für den gleichen Bedarf)

Die von den Veranstaltern formulierten Ziele implizieren zwar, dass noch umfassendere Erfolge erstrebenswert sind. Zwei Aspekte sind zu unterscheiden:

1. Der Erfolg muss evaluierbar sein
2. Die zu messenden Erfolge müssen in Relation zur geplanten Evaluation und deren zeitlichen und finanziellen Mitteln gesehen werden.

11.1.5 Lohnt sich der Aufwand der Evaluation?

Naidoo et al. (2003) sehen die Beantwortung dieser Frage letztlich darin, wie gut diese Evaluation durchgeführt werden kann und ob die Ergebnisse auch den Personengruppen vorliegen werden, die positive Veränderungen aufgrund der Ergebnisse in die Wege leiten werden. Sie nehmen an, dass sehr häufig Evaluationsergebnisse durch ungeeignete Präsentationsformen verloren gehen oder in wenig bekannten Zeitschriften publiziert werden.

- „Wie gut kann eine Evaluation durchgeführt werden?“:
Die fast lückenlos vorliegenden Postanschriften der Präventionsassistentinnen sprechen für eine gut durchführbare Befragung, ebenso die Erfahrung der Teilnehmerinnen mit Evaluationen.
- „Liegen die Ergebnisse auch den Personen vor, die berechtigt sind, Veränderungen durchzuführen?“:
Die Ergebnisse liegen den Veranstaltern vor. Die Befragung wurde von den Veranstaltern vor dem Hintergrund in Auftrag gegeben, die Kurse weiterhin zu optimieren.

11.2 Die Auswahl der Evaluationsfragen vor diesem theoretischen Hintergrund

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, immer wieder die Verbindung von Theorie und Praxis zu gewährleisten. So soll die theoretische Ausführung unter Punkt 10 und 11 ihren praktischen Bezug in 12.2 bekommen.

11.2.1 Nach den Qualitätskriterien von Naidoo und Wills

1. Effektivität

Um das Qualitätskriterium „Effektivität“ zu erfüllen, formulierte die Autorin folgende Fragen:

- „Die Seminare haben für mich relevante Themengebiete der Pädiatrie abgedeckt“
- „Ich habe in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren“
- „Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit den Patienteneltern geschult“
- „Die Seminare haben mir Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0-5 Jahren aufgezeigt“

Diese Fragen, entsprechend den Fragen 1-4 des Fragebogens, evaluieren den Aspekt „Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten“ unter dem Dachbegriff der Effektivität. Ein weiterer, im Rahmen dieser Evaluation messbarer Aspekt ist der fragliche geleistete Beitrag zu einer weiteren Qualifikation medizinischer Assistenzberufe.

Hierfür wurde folgende Frage gewählt:

- „Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine Optimierung meines Lebenslaufes bei eventuellen Bewerbungen gelohnt“

2. Geeignetheit

Der Punkt „Geeignetheit“ wurde bereits ausführlich dargestellt, ebenso wurde auf die notwendige Differenzierung des Begriffes zwischen den einzelnen Personengruppen hingewiesen.¹⁸

Den Umfang, den dieses Kriterium aufweisen kann (geeignet für Veranstalter, Verantwortliche im Gesundheitswesen, Ärzte, Teilnehmer und weitere Personengruppen) wurde unter 10.2 dieser Arbeit dargestellt. Im Rahmen dieser Evaluation wird „Geeignetheit“ in Bezug auf die Gruppe der Teilnehmerinnen und Ärzte gemessen.

Die Frage nach der Geeignetheit des Curriculums für die Teilnehmerinnen entspricht der Frage nach der Erhöhung ihrer Qualifikation, welche unter dem Qualitätskriterium Effektivität bereits abgegolten ist.

Um die Geeignetheit des Curriculums für die Gruppe der Ärzte bzw. Ärztinnen zu evaluieren, wurde hinsichtlich einer zeitlichen Entlastung befragt:

- „Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt“

3. Akzeptanz

Akzeptanz wurde bezüglich der bereits vorliegenden Evaluationen in drei Personengruppen gegliedert, dies soll auch bei der Evaluation der Autorin zutreffen.

Die Akzeptanz seitens des Arztes / der Ärztin lässt sich mit folgenden Fragen untersuchen:

- „Wir haben an unserer Arbeitsstelle einen bestehenden Bereich dauerhaft umgestaltet“
 - „Wir haben das Leistungsspektrum an unserer Arbeitsstelle dauerhaft erweitert“
- Eine positive Beantwortung der obigen Fragen würde eine hohe Akzeptanz gegenüber des Curriculums seitens des Arztes / der Ärztin voraussetzen, wenn aufgrund des Curriculums Leistungsinhalte

¹⁸ vgl. hierzu Punkt 9.2 dieser Arbeit

umgestaltet wurden bzw. eingeführt wurden.

- „Meine Zusatzqualifikation ist gut erkennbar, beispielsweise durch ein Namensschild“

Diese Frage soll prüfen inwieweit die Präventionsassistentin seitens ihres Arbeitsgebers akzeptiert wird, und auf ihre neue Qualifikation aufmerksam machen darf.

- „Der Arzt verweist Patienten mit Fragen zur Prävention an mich“

Eine positive Beantwortung dieser Frage ließe den Rückschluss auf eine hohe Akzeptanz und großes Vertrauen seitens des Arztes / der Ärztin gegenüber der Präventionsassistentin und dem Curriculum zu.

Um die Akzeptanz seitens der Teilnehmerinnen zu prüfen, könnten die vier allgemeinen Fragen zu den Seminaren herangezogen werden (Frage 1-4, unter Effektivität bereits dargestellt), darauf wurde jedoch verzichtet, da dies bei den vorangegangenen Befragungen im Mittelpunkt stand.¹⁹

Daneben wurden Fragen formuliert, die sich auf den Bereich der praktischen Umsetzung stützen, wie beispielsweise:

- „ich konnte mein Erlerntes Wissen praktisch umsetzen“

Die Akzeptanz der Zielgruppe, also der Patienten und deren Eltern, kann nur indirekt über die Teilnehmerinnen überprüft werden, so dass es hier schwierig ist, aussagekräftige Aussagen zu erhalten.

Mit folgenden Fragen wurde dies jedoch versucht:

- „Die Patienten sprechen mich von sich aus auf Präventionsthemen an“
- „Die Patienteneltern berichten mir von der Umsetzung meiner Ratschläge zur Prävention“

¹⁹ vgl. hierzu Punkt 9.3 dieser Arbeit

4. Effizienz

Die Effizienz dieses Programms bezieht sich auf seine Wirtschaftlichkeit.

Hierzu kann die Frage „die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung gelohnt“ herangezogen werden, welche auch schon für den Bereich der Geeignetheit erwähnt wurde.

Die Wirtschaftlichkeit bezieht sich aber auch auf die Frage, inwieweit die zusätzliche Präventionsleistung der Assistentin abgerechnet werden kann. Dieser Punkt ist nicht mit einer Evaluation überprüfbar.

Ebenso von wirtschaftlichem Nutzen auf der Ebene des Gesundheitswesens wäre die Verbesserung der Kindergesundheit und somit die Verringerung chronischer Erkrankungen im Jugend- bzw. Erwachsenenalter. Die dadurch entstandene Kostensenkung wäre ein wichtiger Kritikpunkt für eine gute Effizienz des Curriculums. Um dies zu überprüfen, müsste eine umfangreichere Evaluation mit den Patienten bzw. deren Eltern durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Evaluation war dies nicht möglich und so wurde auch darauf verzichtet sich mit indirekten Fragen diesem Punkt anzunähern, da dies nur zu Annahmen führen würde.

5. Chancengleichheit

Chancengleichheit und Gerechtigkeit, nach Naidoo et al. (2003) „gleiche Versorgung bei gleichem Bedarf“, wurde in den vorangegangenen Evaluationen nicht behandelt und sollte in der Evaluation der Autorin nachgeholt werden. Dabei wurde sich ausschließlich auf den interkulturellen Hintergrund bezogen und hierzu folgende Fragen formuliert:

- In unserer Praxis / Klinik werden Broschüren zu Präventionsthemen in anderen Sprachen angeboten
- Mir ist es möglich, die Präventionsthemen ausländischen Patienten zu vermitteln (bei Bedarf eine kurze Erläuterung möglich)

Der Bereich der Chancengleichheit / Gerechtigkeit bezieht sich freilich nicht nur auf den Unterschied der ethnischen Herkunft, macht aber in der Gesundheitsförderung und medizinischen Versorgung immer wieder einen

entscheidenden Faktor aus, wie Studien gezeigt haben.²⁰

11.2.2 Nach den Qualitätskriterien von Wulfhorst

Wie unter Gliederungspunkt 10 bereits ausgeführt, sind die von Wulfhorst (2002) formulierten Qualitätskriterien von Evaluation in der Gesundheitsförderung in den vorangegangenen Befragungen nur teilweise evaluiert worden.

Wulfhorsts (2002) Qualitätskriterium „Wurden Inhalte vermittelt?“ wurde hier erfasst mit der Frage:

- Die Seminare haben für meine Tätigkeit relevante Themengebiete der Pädiatrie abgedeckt

Ebenso lässt sich zum Qualitätskriterium „Wurden Kompetenzen gefördert?“ eine Reihe von Fragen in der vorliegenden Evaluation finden, hier einige Beispiele:

- Ich konnte mein erlerntes Wissen praktisch umsetzen
- Bei Patientenfragen zur Prävention fühle ich mich seit der Präventions-Fortbildung sicherer
- Seit der Teilnahme spreche ich die Patienten häufiger auf Präventionsthemen an

11.3 Zusammenfassung

Die praktische Umsetzung der Qualitätskriterien von Naidoo et al. (2003) und Wulfhorst (2002) in die Evaluationsarbeit durch die Autorin hat gezeigt, dass es nicht möglich ist, die Theorien eins zu eins in die Praxis zu übernehmen. So ist zum Beispiel eine klare thematische Zuordnung von Kriterien und Fragen nicht immer möglich. Andere Bereiche wiederum lassen sich kaum evaluieren.

Dabei stellt sich aber auch die Frage, ob es unbedingt erforderlich ist, strikt nach

²⁰ vgl. hierzu Punkt 4.1 dieser Arbeit

den Theorien zu handeln und zu versuchen jedes Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung Schritt für Schritt in die Evaluation einzufügen.

Es sollte sich für jede Evaluation in der Gesundheitsförderung bewusst gemacht werden, dass diese Qualitätskriterien zu berücksichtigen sind und auf wissenschaftlich nachvollziehbare Art auf die jeweilige Befragung abgestimmt werden, jedoch die Praktikabilität nicht unter der Theoretisierung leiden sollte.

12 Datenerfassung

12.1 Grundgesamtheit

In die Evaluation wurden alle bisherigen Teilnehmerinnen eingeschlossen, wodurch eine Grundgesamtheit von $N=167$ zustande kam. Diese Gesamtheit setzt sich aus sieben verschiedenen Kursen wie folgt zusammen: die Kurse aus München und Osnabrück aus dem Jahr 2003 und 2004 und die Kurse aus München, Osnabrück und Bad Orb aus dem Jahr 2005.

12.2 Studiendesign

Aufgrund der Stichprobengröße von $n=167$ und des thematischen Hintergrundes wird für diese Evaluation die Befragung herangezogen. Eine Beobachtung als Methode wäre für diese Personenanzahl zu aufwendig und wenig praktikabel, zumal die Personen auf ganz Deutschland verteilt sind, müsste man sie doch bei ihrer täglichen Arbeit in der Praxis oder Klinik beobachten.

Es ist ebenfalls zu unterscheiden, ob der Prozess eines Programms evaluiert werden soll oder das summativ Produkt. Bei der formativen Prozessevaluation werden die einzelnen Elemente eines Programms untersucht und durch die „Rückkopplung“ der Ergebnisse das Programm in seinem Verlauf optimiert. Anders ist dies bei der summativen Produktevaluation, bei der, wie der Name bereits vorwegnimmt, das Endergebnis eines Produktes untersucht wird und die

Summe aller Teilmaßnahmen bewertet werden. Da wohl eine Mischform von Prozess- und Produktevaluation zum größten Nutzen führt (Riemann, 2004:32f), wurde diese auch hier gewählt.

Der Nutzen einer Mischform ergibt sich allein schon daraus, dass die Fortbildung der Präventionsassistentin kein abgeschlossenes Programm der Gesundheitsförderung ist, sondern jährlich neue Kurse starten.

Die Ergebnisse dieser Evaluation werden also den Prozess dieser Maßnahme beeinflussen. Auf der anderen Seite soll die Evaluation aber auch das Produkt der Fortbildung beurteilen lassen, das heißt beispielsweise die Ausweitung der Präventionsprogramme in den Kinderarztpraxen.

Während man bei anderen Forschungsdesigns die Möglichkeit hat, eine Kontrollgruppe aufzustellen um eine deutliche Aussage über das Produkt zu erhalten, stellt dies in Programmen der Gesundheitsförderung immer wieder ein Problem dar. Auf der einen Seite ist es aufgrund der Einflussfaktoren auf die Gesundheit problematisch eine klare Aussage über Ursache und Wirkung zu treffen.

Auf der anderen Seite ist das Heranziehen einer Kontrollgruppe mit sehr viel höherem finanziellem und logistischem Aufwand verbunden. Ein Aufwand für welchen im vorliegenden Fall keine Mittel zur Verfügung stehen.

12.3 Messinstrument

Als Messinstrument wird wie bereits erwähnt die Befragung gewählt und hierfür ein standardisierter Fragebogen, der den Teilnehmerinnen per Post geschickt wird.

12.4 Das Anschreiben

Das Anschreiben wird an die Teilnehmerinnen zusammen mit dem Fragebogen und einem Rückkuvert versandt. Das Anschreiben erwähnt kurz den Grund und das Ziel dieser Befragung, verweist auf die Personen, die hinter der Befragung stehen, erwähnt das Rückkuvert, die Dauer der Beantwortung von etwa 15 Minuten und sichert Anonymität zu.

Dies können die Befragten auch dadurch selbst kontrollieren, da weder auf dem Rückumschlag noch auf dem Fragebogen ein Name, eine Adresse oder eine Kennnummer verzeichnet ist.

Der Aspekt der Anonymität ist besonders bei den Teilnehmerinnen des Jahres 2005 wichtig, da diese nach dem Zeitpunkt der Befragung noch einmal mit dem Organisatoren im Rahmen eines Aufbaukurses zusammentreffen werden.

Da den Organisatoren neben den Adressdaten der Teilnehmerinnen auch Daten der jeweiligen Arbeitgeber vorliegen, kann durch die Zusicherung der Anonymität von einer wahrheitsgemäßen Beantwortung auch in Bezug auf ihre Arbeitsstelle ausgegangen werden.

12.5 Erhöhung der Rücklaufquote

Die Rücklaufquote von nahezu 70 % ($n=126$) ist für eine Befragung, die anonym und per Post durchgeführt wurde, hoch.

Diese hohe Rücklaufquote wird auf Maßnahmen zurückgeführt, die Persönlichkeit und Vertraulichkeit in die Befragung bringen sollte.

In erster Linie wurde hierfür die persönliche Anrede im Anschreiben und die handschriftlichen Unterschrift auf dem Anschreiben gewählt.

Zudem wurde die Adresse und der Absender auf den Briefumschlägen mit der Hand geschrieben, ebenso wie die Adresse auf den Rückkuverts. Dadurch sollte den Befragten ihre individuelle Bedeutung bei dieser Arbeit vermittelt werden. Es kann auch angenommen werden, dass die Teilnehmerinnen sich sozial eher verpflichtet fühlten den Fragebogen ausgefüllt zurückzuschicken, da ihr Name mehrfach mit der Hand geschrieben wird und nicht nur „unpersönlich“ gedruckt

wurde.

Um die Rücklaufquote ebenfalls zu erhöhen, wurde auf die geringe Zahl der Gesamtgröße hingewiesen und die Wichtigkeit jedes Einzelnen betont, sowie auf die Bedeutung der Ergebnisse für die Optimierung der Fortbildung und im weiteren Sinne für die Gesundheit der Kinder verwiesen.

Da die Befragung in die Zeit der Sommerferien in Deutschland fiel, wurde circa zwei Wochen nach Ende der Ferien eine Postkarte mit der Erinnerung an die Fragebögen verschickt. Auf dieser Postkarte wurde auf die Möglichkeit verwiesen, den Fragebogen auch elektronisch anzufordern und per Post zurückzusenden.

Die Erinnerung an die Beantwortung der Fragebögen erhöhte die Rücklaufquote nur um etwa 6%, was der Mühe und den Kosten nicht gerecht wurde.

12.6 Aufbau des Fragebogens

Durch die Fragebögen aus den Kursen und die Nachbefragung nach sechs Monaten sind die Teilnehmerinnen mit der Beantwortung von Fragebögen vertraut. Der Fragebogen besteht aus 23 geschlossenen Fragen mit fünf Antwortmöglichkeiten, vier halb-offenen Fragen und vier offenen Fragen.

Der Fragebogen beginnt mit leicht zu beantworteten und leicht zu verstehenden Fragen, die die Seminare bezüglich ihrer Inhalte und ihrer Anleitung zur praktischen Umsetzung des Gelernten beurteilen.

Darauf folgen Fragen, die weniger leicht zu beantworten sind und für die man sich mehr konzentrieren muss. Inhaltlich stehen hier Fragen zur Erläuterung von Problemen bei der praktischen Umsetzung im Mittelpunkt.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Vorteile der Fortbildung für die Teilnehmerin direkt, beispielsweise durch die Optimierung der Qualifikation im Lebenslauf oder das Gefühl der Sicherheit bei Patientenfragen. Es folgen allgemeine Fragen über das Verhältnis von Patienten, Arzthelferin / Krankenschwester und Arzt. Gegen Ende des Fragebogens werden Fragen zur Zukunft gestellt und durch die offene Frage „Folgendes will ich Ihnen zum Abschluss sagen“ die Möglichkeit offen gehalten, Anmerkungen zu geben, die durch keine Frage im Fragebogen abgedeckt sind.

Es wird im Aufbau und der Wahl der Fragen versucht, eine Art Spannungsbogen

zu erzielen mit einfachen Fragen zu Beginn, schwereren Fragen in der Mitte und zukunftsorientierten und das Thema abschließenden Fragen am Ende des Fragebogens.

12.7 Pretest

Auf einen Pretest wird verzichtet, da die Teilnehmerinnen bereits mit der Beantwortung von Fragebögen vertraut sind und die finanziellen Mittel nicht überstrapaziert werden sollten.

12.8 Codierung der Daten

Die gesamte Kodierung der Daten ist im Kodierplan im Anhang dieser Arbeit zu sichten.

Bei den geschlossenen Fragen mit den Items von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“ werden die Antwortmöglichkeiten mit jeweils derselben Ziffer codiert.

trifft zu	2
trifft meist zu	1
bin unentschieden	0
trifft kaum zu	-1
trifft nicht zu	-2

Auch bei den anderen Fragen, welche nur eine Antwort zuließen, wird jede Antwort mit einer Ziffer codiert.

Bei Frage 10 beispielsweise wird die Kodierung durch halbgeschlossene Antwortmöglichkeiten um ein vielfaches komplizierter.

Die Teilnehmerinnen können bei Frage 10 zwischen fünf Antwortmöglichkeiten

auswählen und vier davon mit einer Erläuterung dazu versehen. Bei der Durchsicht der Fragebögen wurden bestimmte Antworten häufig wiederholt, so dass sich die Autorin dazu entschied, die offenen Fragen in sechs Antwortkategorien zu kodieren. Innerhalb dieser Antwortkategorien wurden die Antworten dann in eine dichotome Variable Ja und Nein kodiert. Bei folgendem Beispiel bilden die Antwortkategorien²¹:

Es gab Probleme bei der praktischen Umsetzung der Lerninhalte, die

- durch den Arbeitgeber (Chef)
- durch die Zeit
- durch das Personal
- durch den Vertrag
- durch die Patientenelemente
- durch sonstiges.... bedingt waren

Die offenen Fragen, die am Ende des Fragebogens gestellt werden, werden ebenfalls in Antwortkategorien gegliedert.

Die Datenanalyse wird mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) in der Version 14.0 erfolgen.

²¹ Der Codierungsplan ist im Anhang dieser Arbeit zu finden.

Teil 3 Ergebnisse

13 Ergebnisteil

Der Ergebnisteil wird in zwei Teilbereiche aufgegliedert. Einen Teilbereich stellt die Bewertung der Evaluation dar, wobei untersucht werden soll, ob diese Evaluation mit ihren Fragen und der Durchführung sinnvoll war, um das Projekt bewerten zu können. Der zweite Teilbereich bildet sich aus der Bewertung des Projektes selbst nach gesundheitspädagogischen Kritikpunkten.

13.1 Kritische Betrachtung der durchgeführten Evaluation anhand der Ergebnisse

13.1.1 Form und Aufbau des Fragebogens

13.1.1.1 Schriftliche Befragung

Die Vorteile, die eine schriftliche (postalische) Befragung hat, waren auch für diese Befragung von Nutzen.

Bei einer Stichprobengröße von 167 Personen wäre eine persönliche Befragung äußerst kostspielig gewesen, zudem die Teilnehmerinnen aus gesamt Deutschland kommen und hier mit hohen Reisekosten seitens des Interviewers gerechnet werden musste. Ein weiterer Vorteil der schriftlichen Befragung ist der Aspekt der sozialen Erwünschtheit²², der dadurch minimiert werden konnte. Durch die Zusicherung von Anonymität und der Bitte, keinerlei persönliche Angaben auf

²² vgl. Schnell et al. (2005): soziale Erwünschtheit gilt als Störfaktor in der empirischen Sozialforschung. Dabei geben die Befragten bewusst falsche Antworten in der Hoffnung vom Interviewer soziale Akzeptanz zu erlangen bzw. aus Angst durch die ehrliche Antwort vom Interviewer sozial abgelehnt zu werden.

den Fragebögen zu hinterlassen, kann davon ausgegangen werden, dass wahrheitsgemäß geantwortet wurde. Die schriftliche Befragung bot zudem die Möglichkeit, überlegt zu antworten und sich den richtigen Zeitpunkt auszuwählen, um den Fragebogen auszufüllen.

Schnell et al. (2005) weisen in "Methoden der empirischen Sozialforschung" jedoch auch auf einige Nachteile hin, die die postalische Befragung mit sich bringt.

- Es kann nicht sicher bestimmt werden, von wem der Fragebogen ausgefüllt worden ist
- der Befragungszeitpunkt kann nicht bestimmt werden, so dass externe Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten nicht kontrollierbar sind.
- das "Nonresponse-Problem" (Schnell et al., 2005:306), bei welchem Personen die Befragung verweigern und den Fragebogen nicht zurückschicken.

Da jedoch diese Evaluation eine Rücklaufquote von nahezu 75 % aufweist und somit nur 30 % der Fragebögen nicht zurückgeschickt wurden, ist das Nonresponse-Problem bei dieser Evaluation nicht vorherrschend, zudem ca. 10 % der fehlenden Fragebögen auf fehlende bzw. veraltete Adressen zurückzuführen sind.

Schnell et al. (2005) geben für den genauen Aufbau eines Fragebogens einen konkreten Leitfaden in „Methoden der empirischen Sozialforschung“, auf welchen sich auch der folgende Gliederungspunkt bezieht.

13.1.1.2 Layout, Auswahl und Aufbau des Fragebogens

Der formelle Aufbau des Fragebogens erfüllte die Kriterien, die Schnell et al. (2005:361f) in ihrer Ausführung beschreiben, dabei sollte auf leichte Handhabbarkeit sowie ästhetische Maßstäbe geachtet werden.

Jedoch wurde der thematische Aufbau der Fragen nicht eins zu eins nach Schnell et al. (2005) gewählt.

So empfehlen Schnell et al. (2005:361f) eine "Weg-werf-Frage" zu Beginn des Fragebogens, die inhaltlich ohne Bedeutung ist, aber den Einstieg zur Befragung erleichtern soll. Auf diese Frage wurde verzichtet, da die Befragten bereits

erfahren sind mit der Beantwortung von Fragebögen zu diesem Thema und somit keine Einstiegshilfe nötig erschien. Im Gegenteil könnte diese "Weg-werf-Frage" bei den Befragten auch Unverständnis auslösen, nachdem sie ja bereits wissen, was auf sie zukommen wird.

Nach dieser „Weg-werf-Frage“ empfehlen Schnell et al. (2005:361) mit den Fragen, die für die Evaluation besonders wichtig sind, fortzufahren. Die zweite Frage sollte somit mit besonderer Sorgfalt bearbeitet werden.

Die Anordnung der Fragen dieser Evaluation wurde jedoch anders gewählt. So begann der Fragebogen mit einfach zu beantworteten Fragen mit kurzen Sätzen, um ein schnelles Vorankommen in der Beantwortung der Fragen zu suggerieren. Im Mittelteil der Befragung befanden sich eher komplizierte Fragen, die auch offene Antwortmöglichkeiten zuließen und am Ende des Fragebogens, einfach zu beantwortende offene Fragen.

Inwieweit die Anordnung der Fragen sinnvoll war, wird im Folgenden vor dem Hintergrund des Antwortverhaltens der Befragten analysiert.

Bei der Betrachtung des Antwortverhaltens in den ersten Fragen (siehe Frage 1 bis 9) ist ein äußerst gutes Antwortverhalten zu erkennen. So sind einige Fragen von allen Befragten beantwortet worden bis hin zu der höchsten "Fehlend-Rate" von 3,2%. Dies lässt den Schluss zu, dass die Fragen leicht zu verstehen waren und es auch keiner Einleitungsfrage bedurfte.

Frage 10 weißt als erste Frage eine hohe Prozentzahl von 12,7 % an fehlenden Antworten auf. Zum einen wird diese hohe Rate durch die Komplexität der Frage begründet und der damit zusammenhängenden Tendenz, diese Frage zu überspringen. Zum anderen kann aber auch interpretiert werden, dass einige ihr Wissen gar nicht praktisch umgesetzt haben und somit die Frage als ungültig für sie ansahen.

Der restliche Teil der Fragen weist insgesamt wieder ein sehr gutes Antwortverhalten auf, bei max. 3,2%. Nur eine Frage (Nr. 22) fällt dabei aus der Reihe, mit einer Rate von 6,3% fehlenden Antworten. Der hohen Anzahl der fehlenden Antworten und der unentschiedenen Antworten kann entnommen werden, dass sich diese Teilnehmerinnen seit der Fortbildung nicht neu beworben haben.

Die abschließenden Fragen, wurden ebenfalls gut beantwortet. Aus der Tatsache, dass die Fragen in den meisten Fällen beantwortet wurden, zieht die Autorin den

Schluss, dass die Platzierung der Fragen, wie eingangs erwähnt in Form eines Spannungsbogens, passend gewählt war.

Ein anderer Aspekt, neben der Wahl der Fragen, ist die Wahl der Antwortmöglichkeiten. Auch diese kann zu Verzerrungen bei den Ergebnissen führen und das Antwortverhalten beeinflussen.

In diesem Zusammenhang steht man vor der Wahl, eine neutrale Antwortmöglichkeit zu geben beispielsweise mit dem Item „bin unentschieden“ oder die Antwortenden zu einer Meinungsrichtung zu „zwingen“.

In dieser Evaluation wurde bewusst eine neutrale Antwortmöglichkeit eingefügt, um die Befragten nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen.

Fehlt die Möglichkeit eine neutrale Antwort zu geben, kann sich der Befragte nach Meinung der Autorin mit der zwingenden Entscheidung zu Pro oder Contra in die Ecke gedrängt fühlen und im Zweifelsfall die Frage überspringen.

Allerdings lässt andererseits eine hohe Rate an neutralen Antworten keine eindeutigen Ergebnisse zu.

Im Fall dieser Evaluation könnte eine hohe Rate an "bin unentschieden" den Rückschluss zulassen, dass die Frage tatsächlich nicht auf die jeweilige Person gepasst hat und von ihr nicht gewertet werden konnte. Ebenso könnte es aber auch sein, dass die Fragen für einige Personen nicht verständlich waren.

Aus diesem Grund sollte die Wahl der Fragen anhand dieser Antworttendenz nochmals genauer betrachtet werden.

Bis zu Frage 21 waren die Prozentzahlen für diese neutrale Antwortmöglichkeit unter 13 %, bei Frage 21 jedoch stieg sie auf 20 %, bei Frage 22 auf 21 %. Nachfolgende Fragen weisen keine auffallend hohe Rate auf.

Zwar lässt sich bei den Fragen trotzdem eine Antworttendenz ablesen, aber mit einer veränderten Fragestellung oder auch der Aufteilung der Fragen in zwei Unterfragen, hätte eventuell ein eindeutigeres Ergebnis erzielt werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nur Frage 21 und Frage 22 mit hohen Prozentzahlen des neutralen Items resultieren.

Betrachtet man die offenen Antwortmöglichkeiten, die als Ergänzung zu den geschlossenen Fragen angefügt waren, so muss eine sehr geringe Antworttendenz verzeichnet werden, was häufig dazu führt, dass die

Kategorisierung der Antworttendenzen zu so geringen Prozentzahlen führen, dass sie nicht mehr aussagekräftig sind. Als einziger Grund erscheint hier eine geringe Motivation, die Fragen noch ausführlicher darzustellen.

Es sollte also eher auf geschlossene Fragen zurückgegriffen und auf kombinierte Fragen verzichtet werden. Gegen Ende des Fragebogens haben sich die wenigen offenen Fragen bewährt, aber auch hier sollten nicht zu viele gestellt werden, da die Beantwortung doch sehr viel aufwendiger ist.

13.1.2 Zusammenfassung

Abschließend kann zu dieser Evaluation gesagt werden, dass sie als postalische Befragung wichtige Kritikpunkte erfüllt, beispielsweise Konstruktion und Layout des Fragebogens, sowie Inhalt des Anschreibens.

Die Fragen sollten aber insbesondere im Mittelteil einfacher gestellt werden, um Verständnisschwierigkeiten zu vermeiden. Ob Verständnisschwierigkeiten vorliegen, sollte am besten mit einem Pretest überprüft werden.

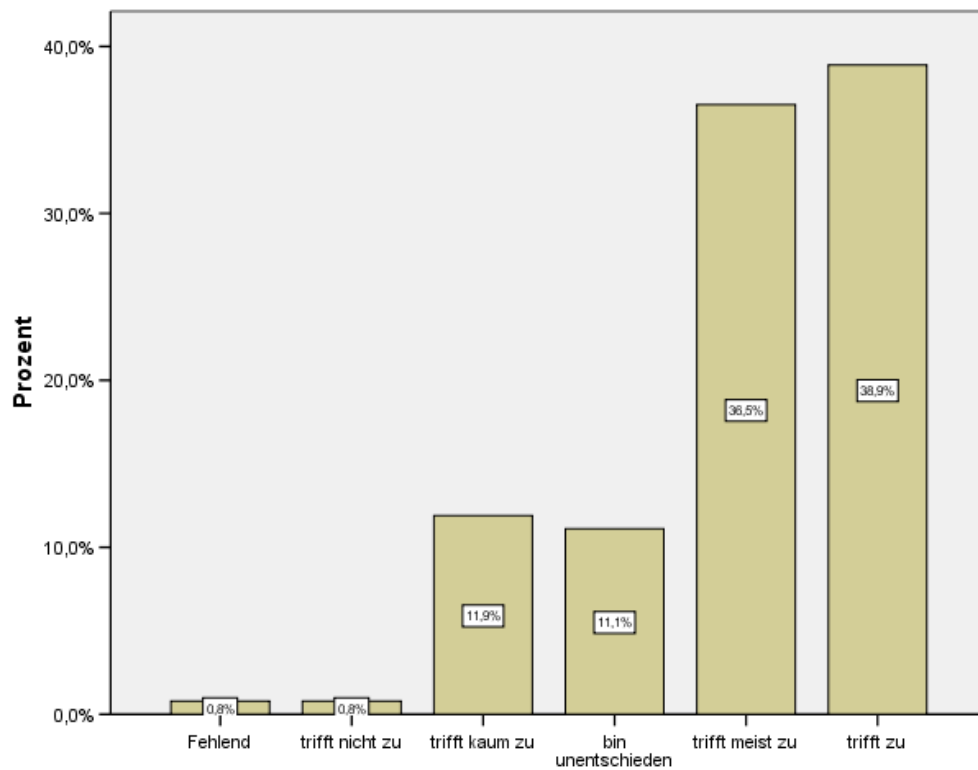
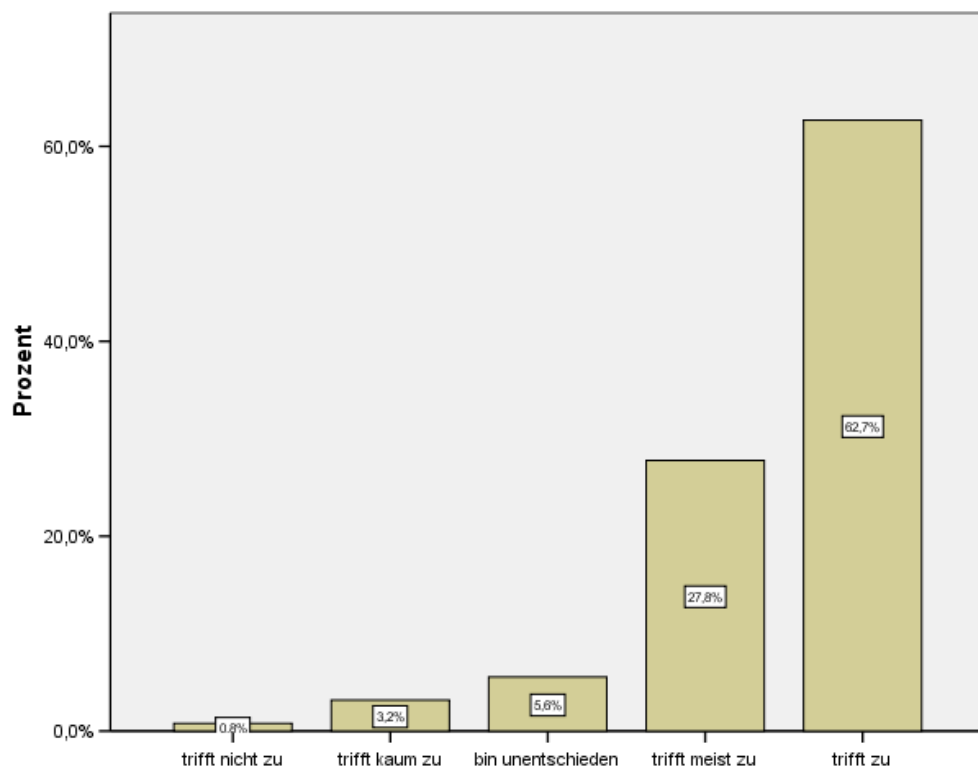
Dieser Pretest wird in den meisten Lehrbüchern zu Evaluation in den Sozialwissenschaften empfohlen, wurde aber für diese Evaluation nicht durchgeführt, in der Annahme, die Fragen wären leicht zu verstehen.

Die Wahl der Antwortmöglichkeiten sollte genau überlegt werden und im Zweifelsfall auf geschlossene Antwortmöglichkeiten zurückgegriffen werden, da sie zum einen die Auswertung vereinfachen und zum anderen höhere Antwortraten als offene Antwortmöglichkeiten aufweisen.

13.2 Ergebnisse

Die Items „trifft zu“ und „trifft meist zu“ werden in der Interpretation zusammengefasst als positive Bewertung, während die Items „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ als negative Bewertung der Frage zusammengefasst werden. Das Item „bin unentschieden“ gilt als neutrale Antwort ohne Wertung und muss entweder auf das Nichtverstehen der Frage, auf das Verweigern der Frage oder auf das tatsächliche "Nichtzutreffen" der Frage auf die Teilnehmerin interpretiert werden.

Frage 1 - 4 können in einem Punkt zusammengefasst werden, da sie sich thematisch auf denselben Bereich beziehen. Im Mittelpunkt stehen die Frage nach Effektivität und die Frage, ob Inhalte vermittelt werden konnten.

Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit Patienteneatern geschult**Die Seminare haben mir Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0-5 Jahre aufgezeigt**

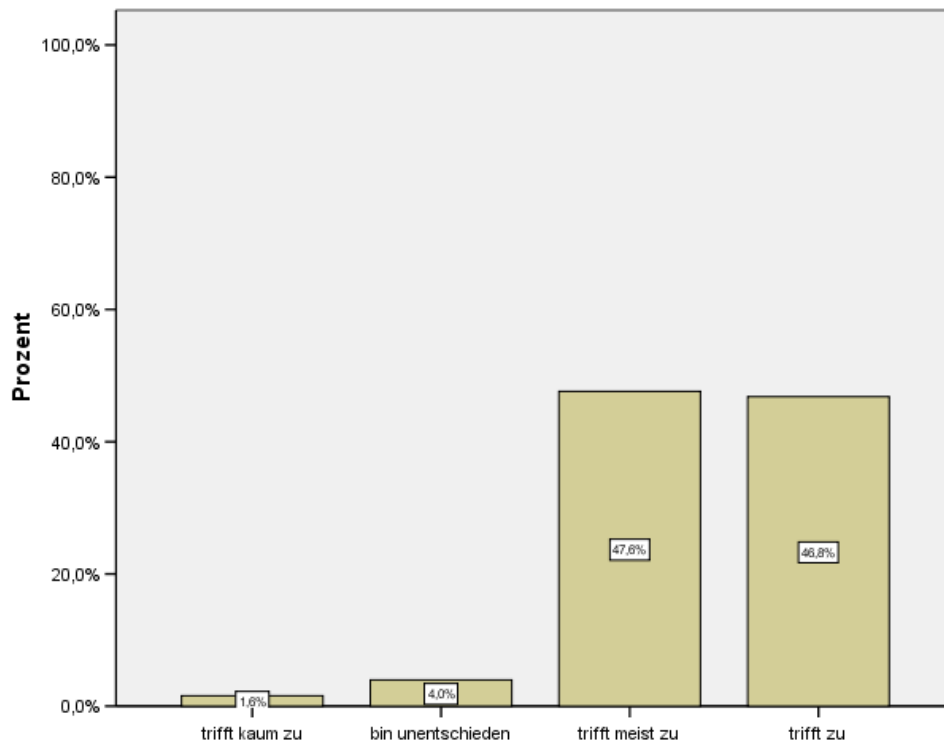
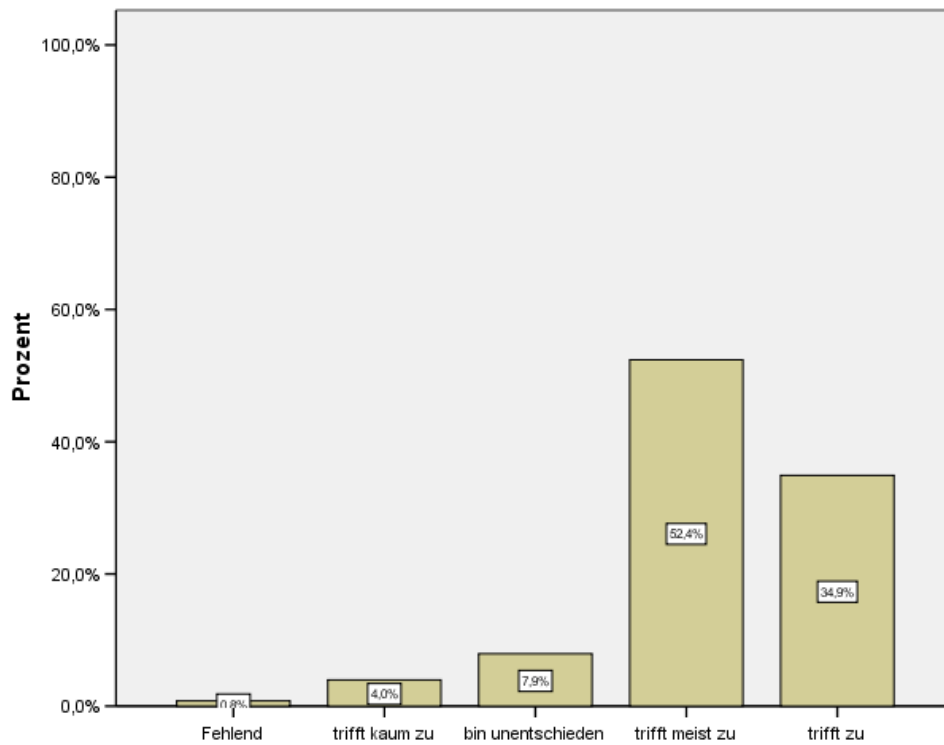
Die Seminare haben für mich relevante Themengebiete in der Pädiatrie abgedeckt**Ich habe in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren**

Abb. 19 – 22, Frage 1-4 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Die Fragen wurden von fast allen Teilnehmerinnen beantwortet, nur bei Frage 2 bis 4 müssen 0,8 % als „fehlend“ in die Statistik mit aufgenommen werden.

Die Seminare wurden insgesamt äußerst positiv bewertet, so gaben 94,4 % der Befragten an, die Seminare hätten relevante Themengebiete der Pädiatrie abgedeckt, 87,3 % der Teilnehmerinnen haben in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren. 75,4 % wurden durch die Seminare im persönlichen Umgang mit den Patienteneltern geschult und für 90,5 % haben die Seminare Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0 - 5 Jahren aufgezeigt.

Frage 5 gibt Aufschluss über den beruflichen Hintergrund der Teilnehmerinnen.

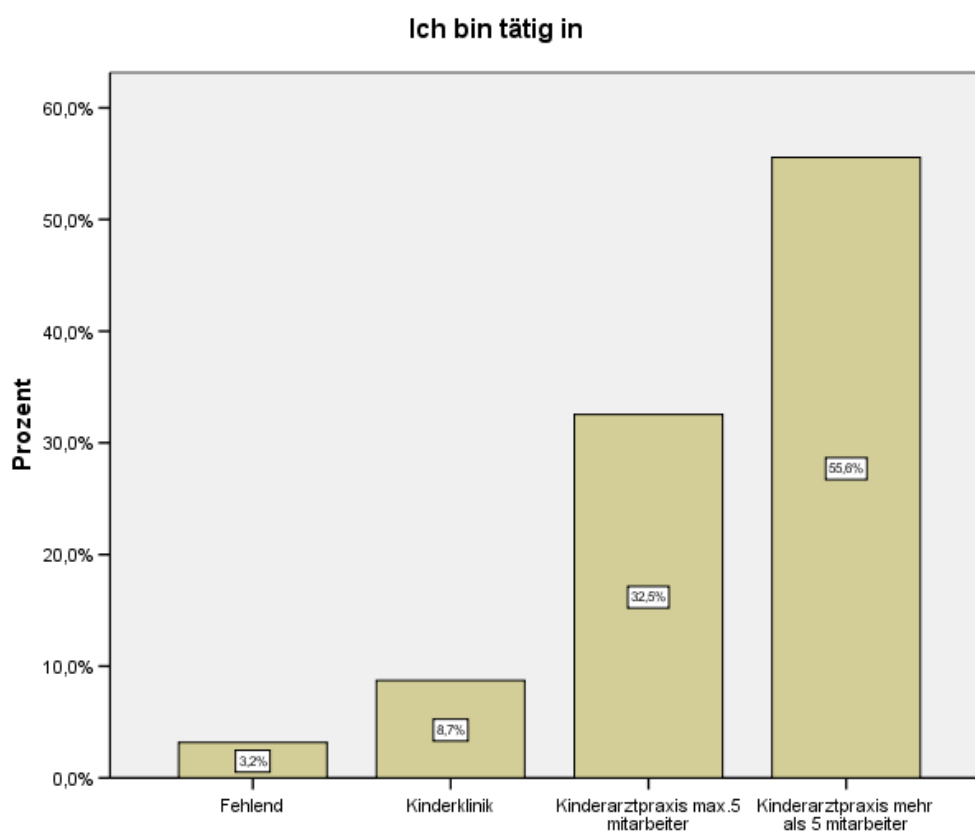


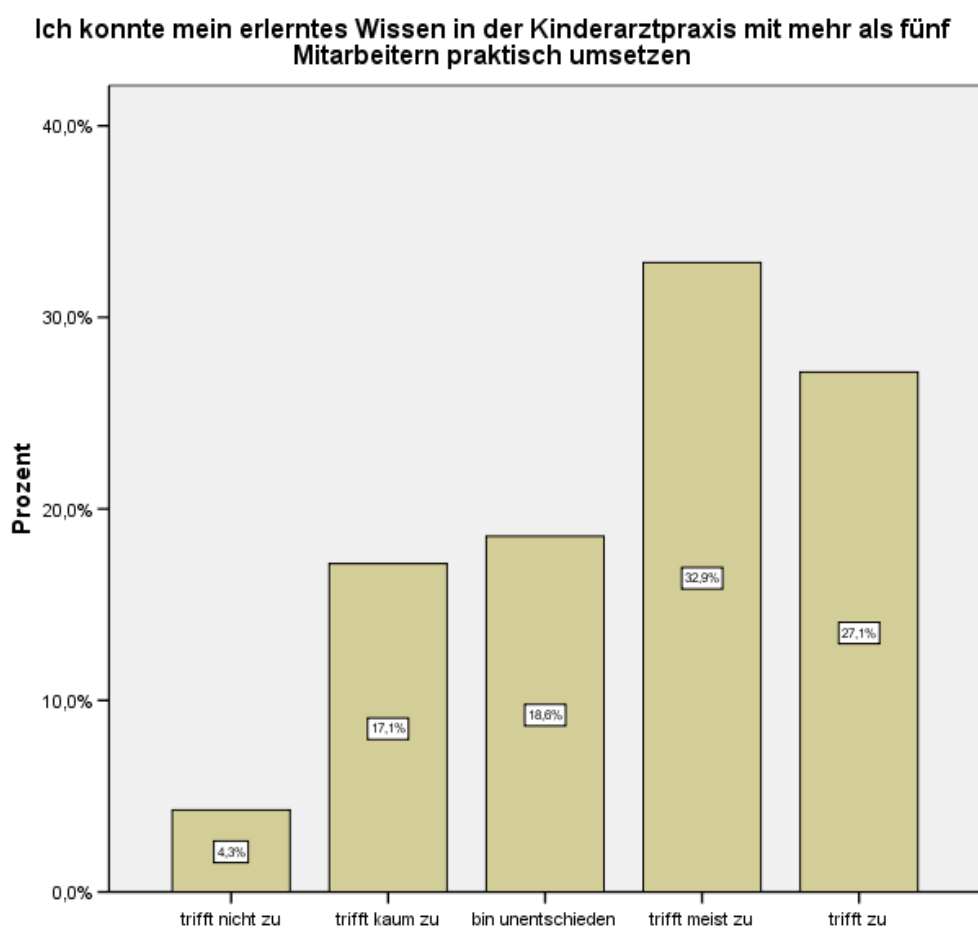
Abb. 23, Frage 5 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Frage 5 ergab, dass 8,7 % der Befragten in der Kinderklinik arbeiten, 32,5 % in einer Kinderarztpraxis mit maximal fünf Mitarbeitern (inklusive den Ärzten) und der größte Anteil von 55,6 % in einer Kinderarztpraxis mit mehr als fünf Mitarbeitern

inklusive der Ärzte.

Im Folgenden sollten sich die Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern zwischen Frage 6, 7 und 8 (Klinik / Arztpraxis mit max. 5 Mitarbeitern / Arztpraxis mit mind. 5 Mitarbeitern) je nach ihrem Beruf entscheiden.

Diese Frage sollte Aufschluss geben, ob die Fortbildung für Krankenschwestern und Arzthelferinnen gleichermaßen geeignet ist und ob es in Abhängigkeit zur Größe der Arztpraxis Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung geben kann.



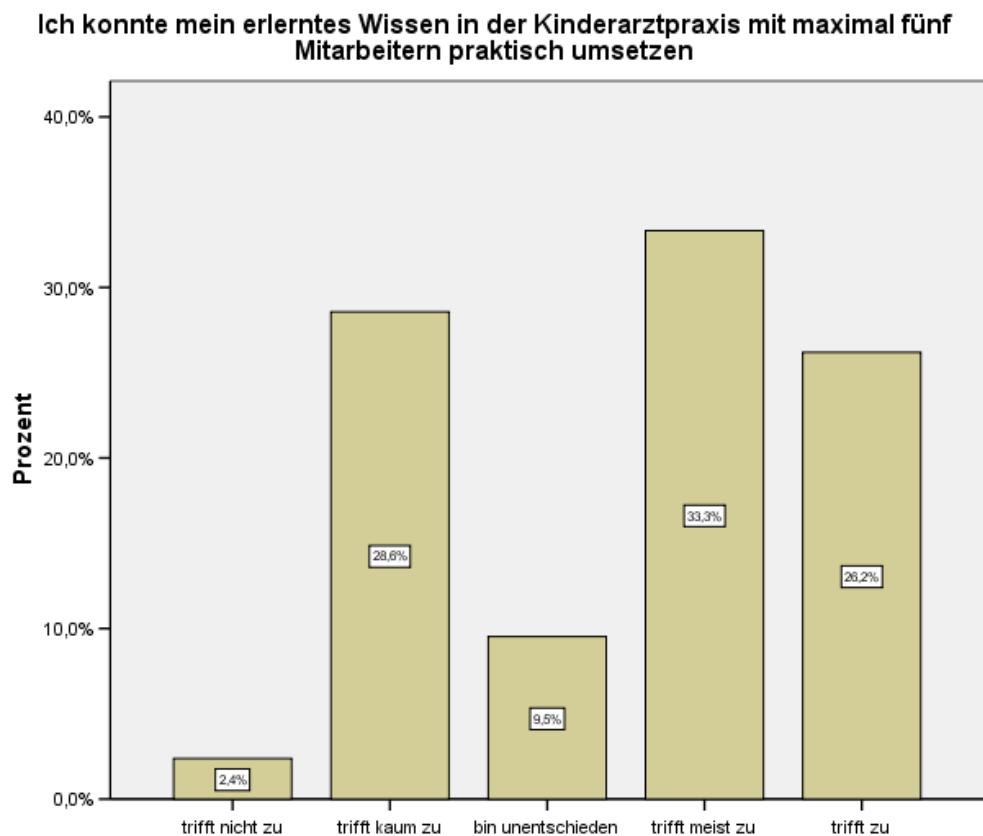
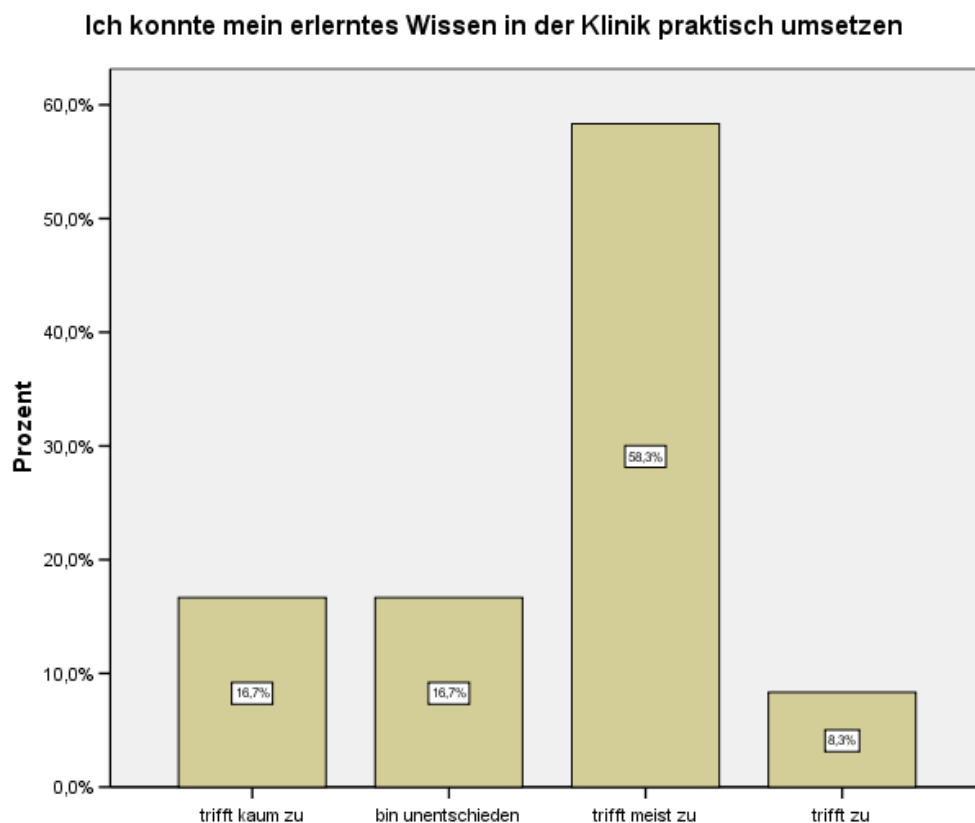


Abb. 24 - 26, Frage 6 - 8 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

66,6 % der Kinderkrankenschwestern konnten ihr in den Seminaren erlerntes Wissen praktisch umsetzen, 59,5 % aus einer kleinen Arztpraxis und 60 % aus einer größeren Arztpraxis konnten ihr erlerntes Wissen ebenfalls praktisch umsetzen. Die Prozentzahlen unterscheiden sich nur in geringem Maß, insgesamt haben die Kinderkrankenschwestern weniger Probleme bei der praktischen Umsetzung, jedoch muss auch beachtet werden, dass nur 8,7 % der Befragten in der Klinik arbeiten, dagegen aber 55,6 % in einer Arztpraxis mit mindestens fünf Mitarbeitern. Somit hat die Aussage der Kinderkrankenschwestern im Gegensatz zu der der Arzthelferinnen eine deutlich geringere Relevanz.

Circa 60 % der Arzthelferinnen unabhängig von der Praxisgröße konnten die Lerninhalte praktisch umsetzen.

An meiner Arbeitsstelle wurden bereits vor der Teilnahme an der Präventions-Fortbildung Patientenschulungen durchgeführt

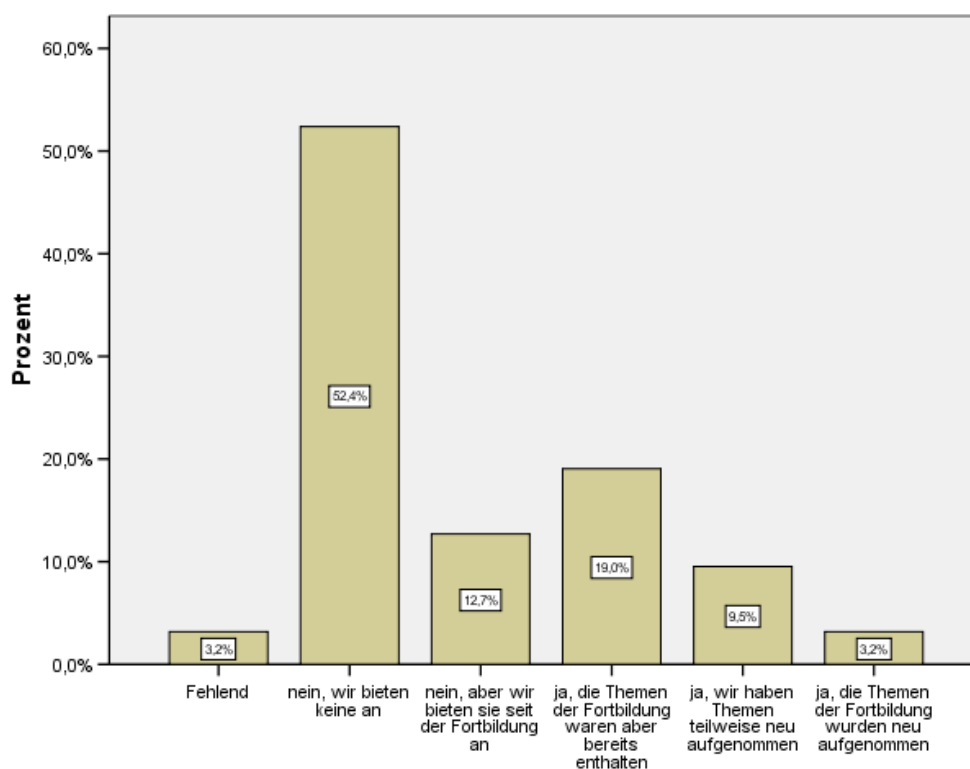


Abb. 27, Frage 9 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Diese Frage wurde gewählt, um zu erfahren inwieweit Patientenschulungen an den Arbeitsstellen angeboten werden, und inwieweit die Teilnahme an der Fortbildung zur Präventionsassistentin dazu beiträgt, Patientenschulungen anzubieten.

Dabei muss im Nachhinein eingeräumt werden, dass die Einschränkung auf „Patientenschulungen“ ohne eine genaue Definition des Begriffes zu Unsicherheiten bei der Beantwortung geführt haben könnte, denn nur 3.2 % der Befragten haben auf diese Frage nicht geantwortet.

31,7 % der Befragten gaben an, dass bereits vor der Teilnahme an der Fortbildung Patientenschulungen an der Arbeitsstelle angeboten wurden und die Themen der Fortbildung neu oder teilweise neu aufgenommen bzw. beibehalten worden sind. 12,7 % boten zwar vor der Teilnahme keine Patientenschulungen an, bieten diese aber jetzt an.

Bei 44,4 % der Befragten wurden Patientenschulungen durchgeführt, wobei für 25,4 % die Fortbildung dazu motiviert hat, neue Themengebiete in die Patientenschulung mit aufzunehmen, für 19 % waren die Fortbildungsinhalte bereits in ihren Patientenschulungen enthalten.

52,4 % gaben an, weder vor noch nach der Teilnahme an der Fortbildung Patientenschulungen anzubieten.

Die hohe Zahl von Teilnehmerinnen, die diese Frage negativ beantwortet haben, wird in erster Linie auf den bereits angeführten Punkt zurückgeführt, der Begriff der Patientenschulung hätte eindeutig definiert werden müssen. Wären anstelle von Patientenschulungen die Begriffe "Aktionen und Angebote im Bereich Prävention für die Patienteneltern" gewählt worden, könnte mit einer besseren Bewertung der Frage gerechnet werden, da hiermit auch weniger aufwendige Arbeit wie das Gestalten einer Posters gemeint sein könnte. Patientenschulungen ist zwar ein wichtiger Bereich in der Präventionsarbeit, jedoch auch ein sehr aufwendiger und für die Patienten meist privat zu bezahlen. Dennoch - 34,4% boten Patientenschulungen an.

Diese Herauslösung der Probleme sollte in der folgenden Frage 10 geschehen.

Diese Frage zielte darauf ab, zu erfahren, ob anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung an der Arbeitsstelle auftraten oder ob die praktische Umsetzung problemlos erfolgte.

Im Fall von einer eher schwierigen praktischen Umsetzung, wurde zwischen drei Antwort-Items unterschieden:

- ja, wir hatten Probleme bei der praktischen Umsetzung und haben diese nicht lösen können
- ja, wir hatten Probleme bei der praktischen Umsetzung und haben diese teilweise lösen können
- ja, wir hatten Probleme bei der praktischen Umsetzung, aber wir haben diese lösen können

Den Befragten wurde bei jeder dieser drei Antworten auch die Möglichkeit gegeben, die Art der Probleme kurz zu umschreiben. Die häufigsten Antworten wurden bei der Auswertung der Fragebögen in Gruppen eingeteilt mit einer Zusatzgruppe „Sonstiges“.

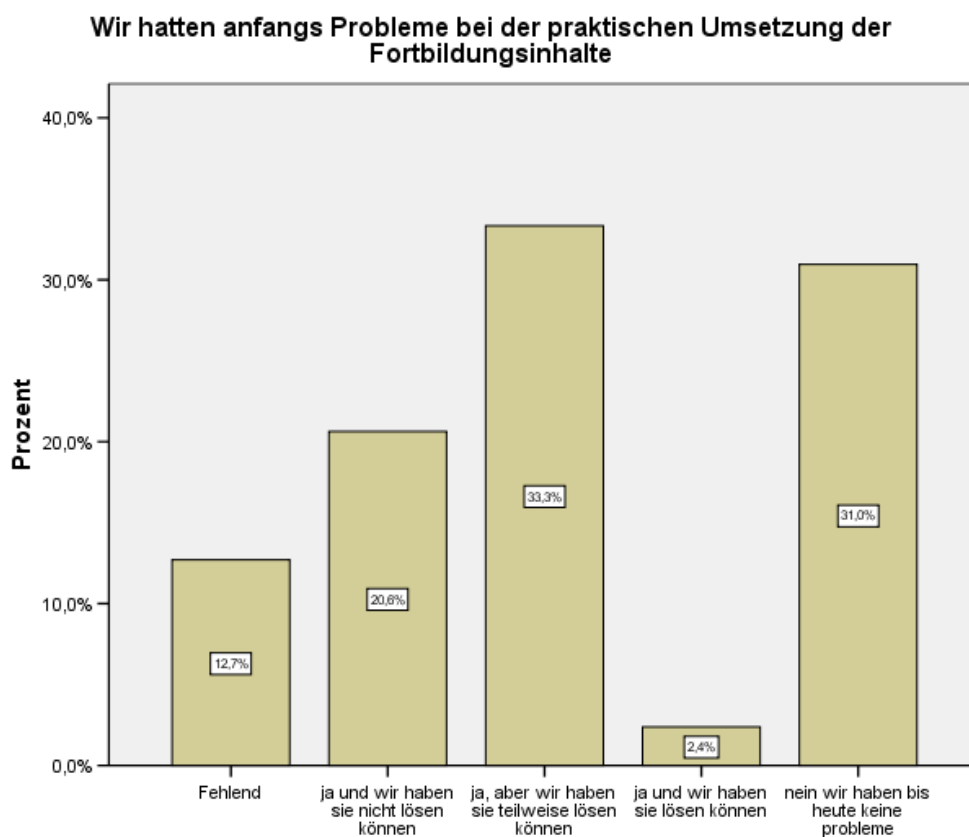


Abb. 28, Frage 10 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Frage 10 weist eine „Fehlend-Gruppe“ auf von 12.7 %. Zum einen wird diese hohe Rate durch die Komplexität der Frage begründet und der damit zusammenhängenden Tendenz, diese Frage zu überspringen. Zum anderen kann auch interpretiert werden, dass einige Teilnehmerinnen ihr Wissen gar nicht praktisch umgesetzt haben und somit die Frage als ungültig für sie ansahen.

Es gaben dennoch knapp ein Drittel an, keine Probleme bei der praktischen Umsetzung gehabt zu haben und ein weiteres Drittel, zwar Probleme gehabt zu haben, diese aber teilweise gelöst zu haben.

20,6 % konnten die anfänglichen Probleme nicht lösen. 2,4 % haben die Probleme lösen können. Keine der Befragten gab an, später (mind. 7 Monate später) Probleme bei der praktischen Umsetzung bekommen zu haben.

Für die weitere Interpretation und Beurteilung des Curriculums wird Frage 10 untergliedert:

Frage 10.1:

Im Folgenden sind die ersten Antwortmöglichkeiten zu sehen und ihre sechs verschiedenen Gruppen.

Es wurden folgende Gruppen aus den Antworttendenzen gebildet:

- Probleme mit dem Arbeitgeber
- Zeitliche Probleme
- Probleme mit den Kollegen / dem Personal
- Probleme aufgrund des Vertrages
- Probleme aufgrund der Patienteneltern
- Sonstige Probleme

Diesen Gruppen lagen folgende Antworttendenzen zugrunde:

Befragte, die angaben, ihr Arbeitgeber würde die praktische Umsetzung verhindern bzw. verzögern, wurden in der ersten Kategorie gewertet.

Antworten, die die zeitlichen Ressourcen als zu knapp angaben, um die praktische Umsetzung durchzuführen, wurden in Gruppe zwei eingetragen.

Befragte, die angaben aufgrund der geringen Mitarbeiterzahl sich nicht häufig um die praktische Umsetzung kümmern zu können, wurden in Gruppe drei eingeteilt.

Ebenso auch Antworten, die sich auf die Konkurrenz zwischen den Mitarbeitern bezogen, welche die praktische Umsetzung verzögern konnte.

Teilnehmerinnen, die angaben aufgrund ihres starren Vertrages keine Überstunden machen zu dürfen und sich somit nicht um die praktische Umsetzung kümmern zu können, sind in Gruppe vier zu finden.

Teilnehmerinnen, die die Probleme bei der praktischen Umsetzung bei der Ablehnung bzw. dem Desinteresse der Patienteneltern sahen, waren in Kategorie fünf. Alle weiteren Angaben wurden in Gruppe sechs gehäuft.

Wir hatten anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung und haben die Probleme wegen...nicht lösen können - Antworttendenzen

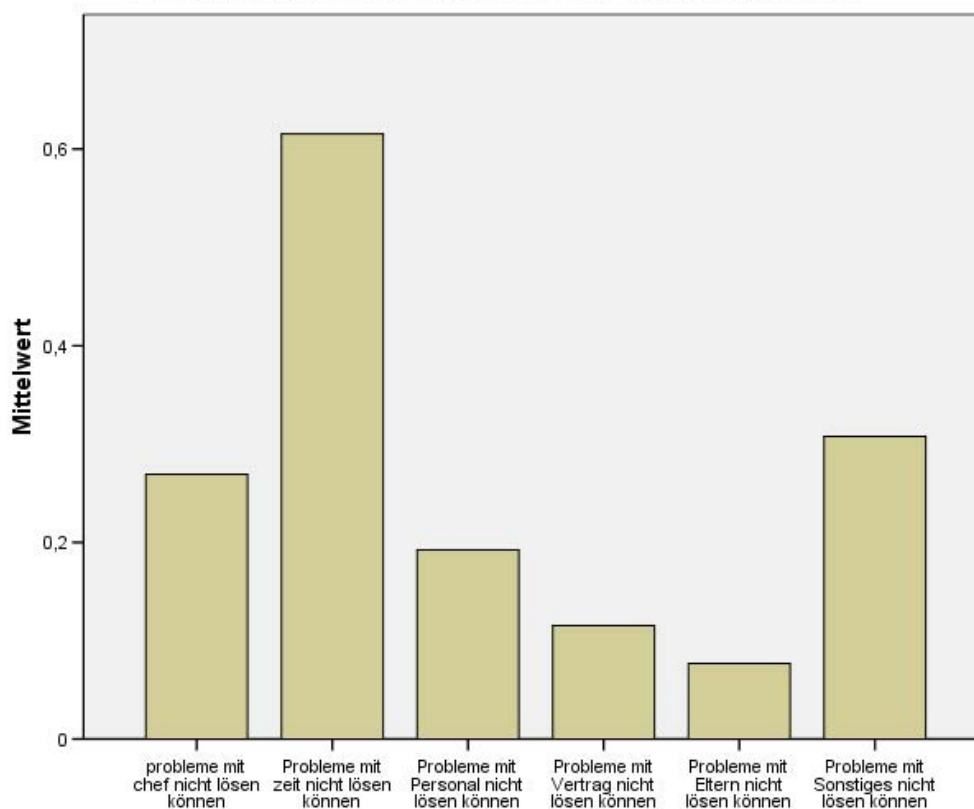


Abb. 29, Frage 10.1 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Diese Frage wurde mit dem Mittelwert ausgewertet, wobei nein = 0 ist und ja = 1.

In diesem Diagramm ist gut zu sehen, dass die Probleme am ehesten beim zeitlichen Aspekt liegen und am wenigsten beim Desinteresse der Eltern.

Um die Werte greifbarer zu machen, wurden die Ergebnisse mit einem weiteren statistischen Verfahren berechnet, mit einem 95 %-Konfidenzintervall nach Pearson-Clopper.

Diese Berechnung liefert, wie in der Spalte Punktschätzer erkennbar ist, einen Wert, der leicht in Prozentzahlen umzuwandeln ist.

Pearson-Clopper-Methode für Frage 10.1

	entsp. N	entsp. M		F oben	F unten	grenze_un ten	grenze_ob en	punktschätz er
	N	ja	nein					
10 1 1 (Chef)	26	7	19	0,37394088	2,17372076	0,12	0,48	0,27
10 1 2 (Zeit)	26	16	10	0,46933835	2,32007835	0,41	0,80	0,62
10 1 3 (Perso)	26	5	21	0,308642	2,27086616	0,07	0,39	0,19
10 1 4 (Vertrag)	26	3	23	0,20057023	2,48240184	0,02	0,30	0,12
10 1 5 (Eltern)	26	2	24	0,11932055	2,68522626	0,01	0,25	0,08
10 1 6 (Sonst)	26	8	18	0,39713655	2,14848228	0,14	0,52	0,31

Diese Tabelle zeigt, dass sich 62% der Antworten (N=26) auf das Problem Zeit bei der praktischen Umsetzung bezogen. Daneben war noch die Antwortkategorie „Arbeitgeber bzw. Chef“ mit 27 % höher als die anderen Werte, wobei diese 27 % aufgrund des geringen Antwortverhaltens mit nur 7 Stimmen zustande kamen.

Durch das geringe Antwortverhalten der Befragten, ihre Probleme kurz zu umschreiben, muss allerdings diese Frage als nicht signifikant gewertet werden.

Wir hatten anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung und haben diese wegen...nur teilweise lösen können - Antworttendenzen

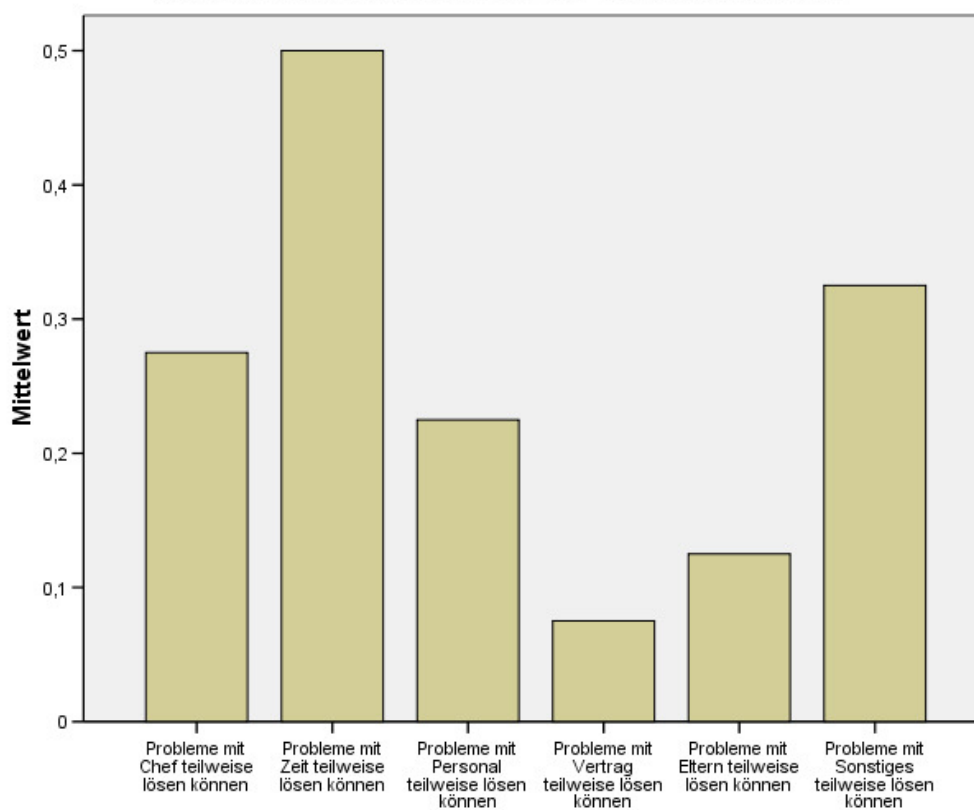


Abb. 3, Frage 10.2 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

In diesem Diagramm ist wieder das Problem Zeit als häufigstes zu werten.

Die Pearson-Clopper-Berechnung soll Aufschluss über die Prozentzahlen bringen:

	ent sp. N	entsp. M		F oben	F unten	grenze_unte n	grenze_obe n	punktschätz er
	N	ja	nein					
10 2 1 (Chef)	40	1 1	29	0,4662883 4	1,8902177 6	0,15	0,44	0,28
10 2 2 (Zeit)	40	2 0	20	0,5361453 5	1,8651675 8	0,34	0,66	0,50
10 2 3 (Perso)	40	9	31	0,4322657 8	1,9366481 8	0,11	0,38	0,23
10 2 4 (Vertrag)	40	3	37	0,2025899 4	2,3686297 4	0,02	0,20	0,08
10 2 5 (Eltern)	40	5	35	0,3145572 7	2,1360619 9	0,04	0,27	0,13
10 2 6 (Sonst)	40	1 3	27	0,4912763 5	1,8625669 9	0,19	0,49	0,33

Für 50 % der 40 antwortenden Teilnehmerinnen war das zeitliche Problem bei der praktischen Umsetzung vorhanden, hat aber zumindest teilweise gelöst werden können. 28 %, das heißt umgerechnet 11 Teilnehmerinnen, sahen die Probleme bei der praktischen Umsetzung bei ihrem Arbeitgeber, wobei sie diese Probleme teilweise lösen konnten. Die mit 9 Stimmen bewerteten Schwierigkeiten aufgrund des Personals / der Kolleginnen bedeutet in erster Linie, dass die zusätzliche Arbeit der Präventionsassistentinnen nicht ausreichend durch Kolleginnen kompensiert werden konnte.

Wir hatten anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung, aber wir haben die Probleme wegen... lösen können - Antworttendenzen

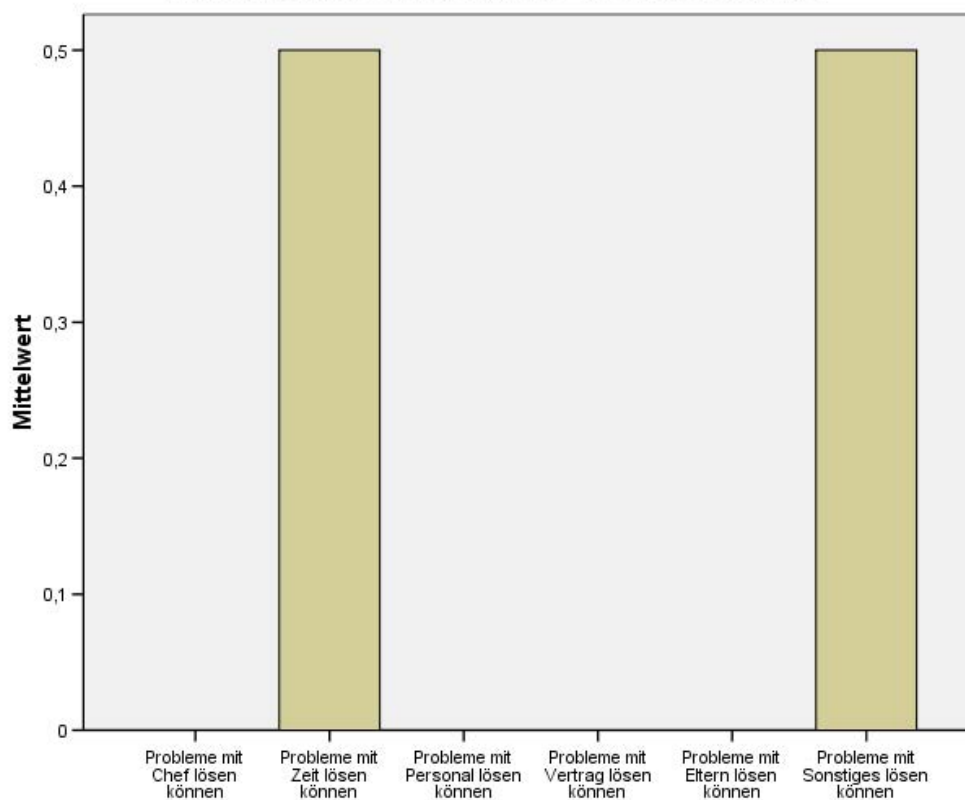


Abb. 31, Frage 10.3 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Auch diese Frage muss aufgrund des äußerst geringen Antwortverhaltens als nicht signifikant gewertet werden.

Pearson-Clopper-Methode für Frage 10.3

	entsp . N	entsp. M		F oben	F unten	grenze_ unten	grenze_o ben	punktschät zer
	N	ja	nein					
10 3 1 (Chef)	2	0	2		10,649046 1	!	0,84	0,00
10 3 2 (Zeit)	2	1	1	0,0254787 3	39,248334 4	0,01	0,99	0,50
10 3 3 (Perso)	2	0	110		10,649046 1		0,84	0,00
10 3 4 (Vertra g)	2	0	2		10,649046 1		0,84	0,00
10 3 5 (Eltern)	2	0	2		10,649046 1		0,84	0,00
10 3 6 (Sonst)	2	1	1	0,0254787 3	39,248334 4	0,01	0,99	0,50

Diese Berechnung macht die geringen Antworten deutlich und zeigt durch die große Spannweite zwischen oberer und unterer Grenze (0,01-0,99 in der zweiten und sechsten Zeile), dass die Werte keine Relevanz haben.

Frage 11 zielt wie Frage 10 darauf ab, mehr über die praktische Umsetzung in der Klinik oder der Kinderarztpraxis zu erfahren, mit der Frage, ob ein bestehender präventiver Bereich an der Arbeitsstelle nach der Teilnahme dauerhaft umgestaltet wurde.

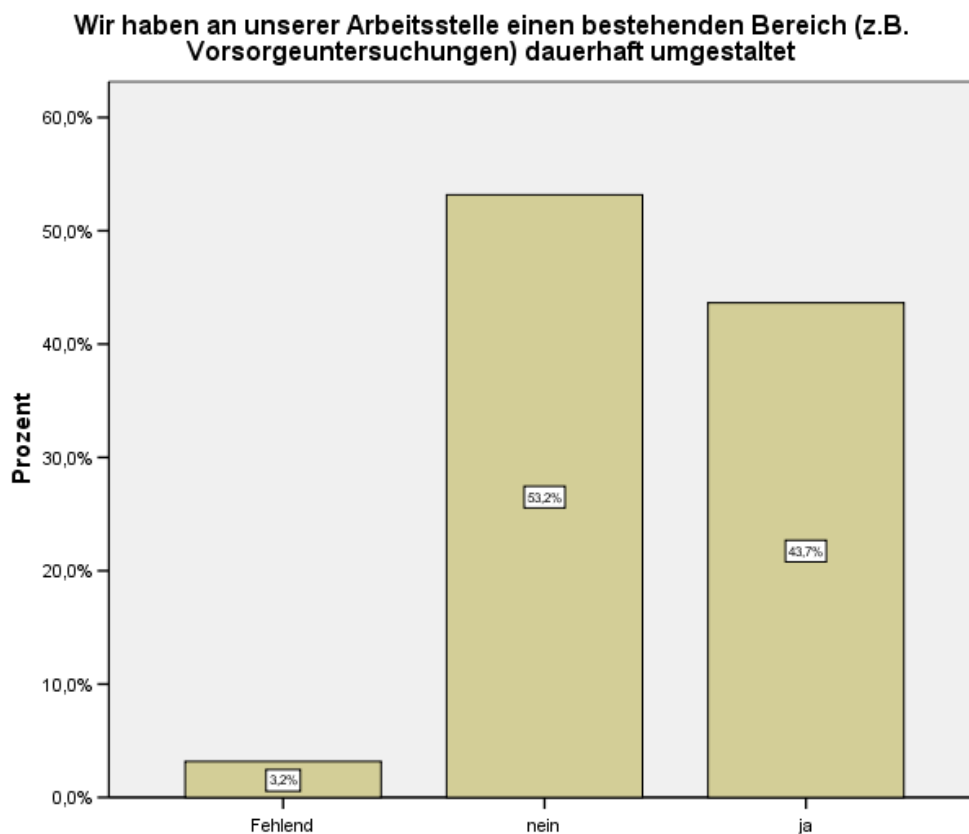


Abb. 32, Frage 11 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Diese Frage weist ein hohes Antwortverhalten auf mit einer Gruppe fehlender Antworten von 3.2 %.

53,2 % der Teilnehmerinnen gaben kann, keinen Bereich dauerhaft umgestaltet zu haben, 43,7 % gaben jedoch an, eine dauerhafte Umgestaltung an der Arbeitsstelle vorzufinden.

Diesen 43,7 % wurde die Möglichkeit gegeben, diesen Bereich bzw. diese Bereiche in einer kurzen Erläuterung näher zu benennen.

Pearson-Clopper-Berechnung bei Frage 11

	ents p. N	ents p. M	ents p. M	F oben	F unten	grenze_unt en	grenze_ob en	punktschä tzer
11 1 (Vor- sorge)	57	22	35	0,5748024 3	1,6768808 6	0,26	0,52	0,39
11 2 (SIDS)	57	11	46	0,4772395 8	1,7965504 6	0,10	0,32	0,19
11 3 (Unfall)	57	7	110	0,3901554 6	1,9391492 9	0,05	0,24	0,12
11 4 (Ernähr)	57	9	48	0,4403677 4	1,8544916 7	0,07	0,28	0,16
11 5 (Stillen)	57	3	54	0,2036895 1	2,3116513 1	0,01	0,15	0,05
11 6 (Rauch)	57	4	53	0,2677893 5	2,1716957 1	0,02	0,17	0,07
11 7 (Impf)	57	5	52	0,3176889 9	2,0721273 6	0,03	0,19	0,09
11 8 (Karies)	57	6	51	0,3575539 9	1,9973853 7	0,04	0,22	0,11
11 9 (Infoma t)	57	9	110	0,4403677 4	1,8544916 7	0,07	0,28	0,16
11 10 (Präv)	57	8	49	0,4173408 3	1,8925447 9	0,06	0,26	0,14
11 11 (Sonst)	57	13	44	0,5053735 2	1,7553318 8	0,13	0,36	0,23

Dieser Tabelle kann entnommen werden, dass 57 % der Befragten, die Möglichkeit einer offenen Antwortmöglichkeit genutzt haben und hiervon 39 % angaben, den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen (11 1) dauerhaft umgestaltet zu haben. Dagegen hatten 5 % den Bereich des Stillens (11 5) umgestaltet.

Wie oben bereits erwähnt, wurden im Folgenden fünf Kategorien zu zweien zusammengefasst:

	en ts p. N	en ts p. M	ents p. M	F oben	F unten	grenze_unt en	grenze_ob en	punktschä tzer
11 1, 11				0,5963443	1,7397283			
7,11 10	57	35	22	1	6	0,48	0,74	0,61
11 4, 11				0,4922036	1,7742536			
5	57	12	45	1	3	0,11	0,34	0,21

In der oberen Spalte kann man die zusammengefasste Berechnung der Kategorie 11.1, 11.7 und 11.10 (Vorsorgeuntersuchungen, Impfen, Präventionsgespräche) sehen. Impfen wurde in den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsgespräche eingegliedert. Diese „neue“ Kategorie mit „Präventionsgespräche“ und „Impfen“ wird weiterhin als Bereich der Vorsorgeuntersuchungen geführt.

Von den 57 % haben also 61 % den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen dauerhaft umgestaltet.

In der zweiten Spalte wurden die Kategorie Stillen und Ernährung zusammengefasst und ergaben somit eine gemeinsame Prozentzahl von 21 %.

Die Spalte „Sonstiges“ beinhaltet alle Angaben, für die nicht eine eigene Kategorie geschaffen wurde.

Einige Male wurde angegeben, neue oder zusätzliche Räume für die Präventionsarbeit geschaffen zu haben, seit kurzem ein Netzwerk mit anderen Kinderärzten zu pflegen, Entwicklungsdiagnostik zu betreiben oder den Bereich der Ersten Hilfe dauerhaft umgestaltet zu haben. Einige Teilnehmerinnen betonten in dieser offenen Antwortmöglichkeit, selbstständig Präventionsgespräche zu führen und die Vorsorge selbst ausgebaut zu haben.

Diese Antworten sind sehr erfreulich und sprechen, trotz ihrer geringen Anzahl für dieses Curriculum.

Frage 12 ist ebenfalls in der Gruppe der Fragen zur praktischen Umsetzung zu sehen.

Es geht hierbei nicht um die Umgestaltung eines Bereiches, sondern um die Aufnahme eines neuen Präventionsbereiches in die Klinik oder in die Praxis.

Wir haben das Leistungsspektrum an unserer Arbeitsstelle dauerhaft erweitert

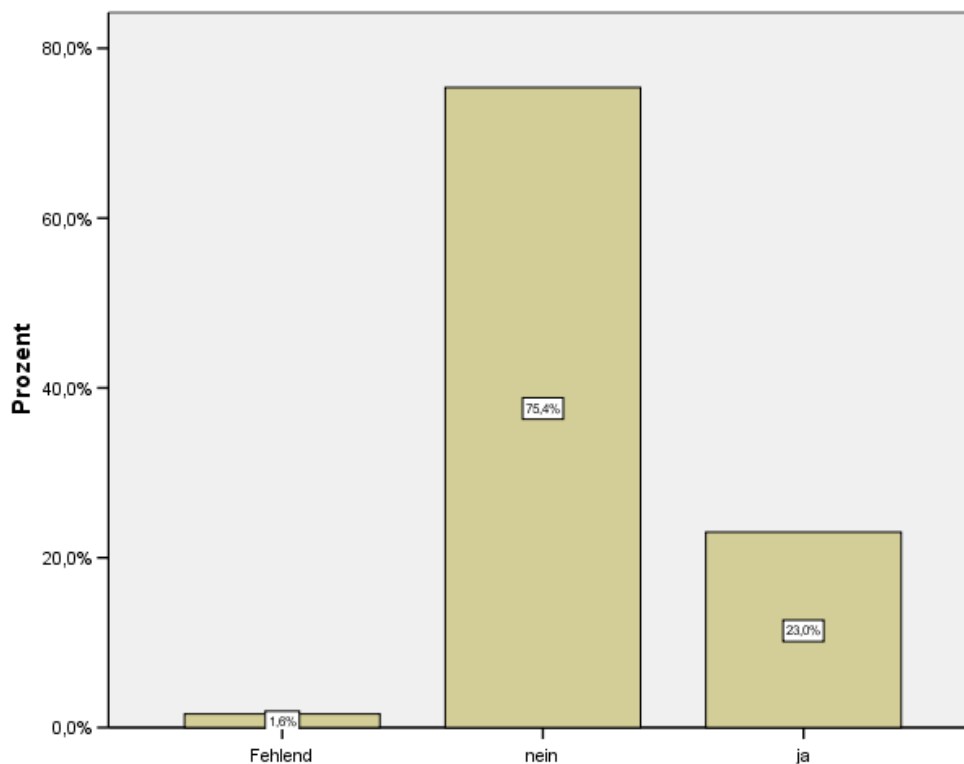


Abb. 33, Frage 12 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

75,4 % der Befragten gaben an, dass sie keinen Bereich nach der Teilnahme am Curriculum neu aufgenommen haben, 23 % haben Präventionsbereiche neu aufgebaut.

1,6 % fehlenden Antworten zeigt eine hohe Antwortrate.

Den 23 % der Befragten, die diese Frage mit „Ja“ gewertet haben, wurde die Möglichkeit gegeben, die Bereiche, die neu aufgenommen worden waren, kurz zu umschreiben.

Dieses Diagramm stellt die Antwortkategorien der Frage 12 dar.

	entsp. . N	entsp. M		F oben	F unten	grenze_unte n	grenze oben	punktschät zer
	N	ja	nein					
12 1								
(1.Hilfe)	28	6	22	0,3467857 1	2,1797887 9	0,08	0,41	0,21
12 2		1		0,4482902	2,0746568			
(Elt.treff)	28	1	17	9	9	0,22	0,59	0,39
12 3								
(Elt-Kind)	28	1	27	0,0253290 7	3,0335343 1	0,00	0,18	0,04
12 4								
(Unfall)	28	2	110	0,1194493 4	2,6628299 6	0,01	0,24	0,07
12 5								
(Stillen)	28	3	25	0,2009858 9	2,4579378 5	0,02	0,28	0,11
12 6								
(Schlaf)	28	2	26	0,1194493 4	2,6628299 6	0,01	0,24	0,07
12 7								
(Ernähr)	28	5	110	0,3098783 5	2,2410375 8	0,06	0,37	0,18
12 8								
(Vortr)	28	5	23	0,3098783 5	2,2410375 8	0,06	0,37	0,18
12 9								
(Planun g)	28	4	24	0,2626929 8	2,3285622 3	0,04	0,33	0,14
12 10								
(Sonst)	28	5	23	0,3098783 5	2,2410375 8	0,06	0,37	0,18

Zusammengefasste Kategorien:

12 2, 12 3, 12 8	2 8	17	11	0,4820073 2	2,2306991 8	0,41	0,78	0,61
12 5, 12 7	2 8	8	20	0,4000178	2,1067947 4	0,13	0,49	0,29

Bei der Zusammenfassung der Bereiche „Elterntreffen“, „Eltern-Kind-Kurse“ und „Vorträge/Aktionstage“ (siehe obere Spalte) ergab sich eine Prozentzahl von 61%. Bei der Zusammenfassung der Bereiche „Stillen“ und „Ernährung“ (siehe untere Spalte) 29 %. Da jedoch nur 23 % (bei n=28) diese offene Antwortmöglichkeit genutzt haben, sind die einzelnen Kategorien sehr gering.

Frage 13 und 14 beziehen sich weniger auf die praktische Umsetzung der Seminare, sondern mehr auf die Förderung der Kompetenzen der Teilnehmerinnen.

Seit der Teilnahme spreche ich die Patienten häufiger auf Präventionsthemen an

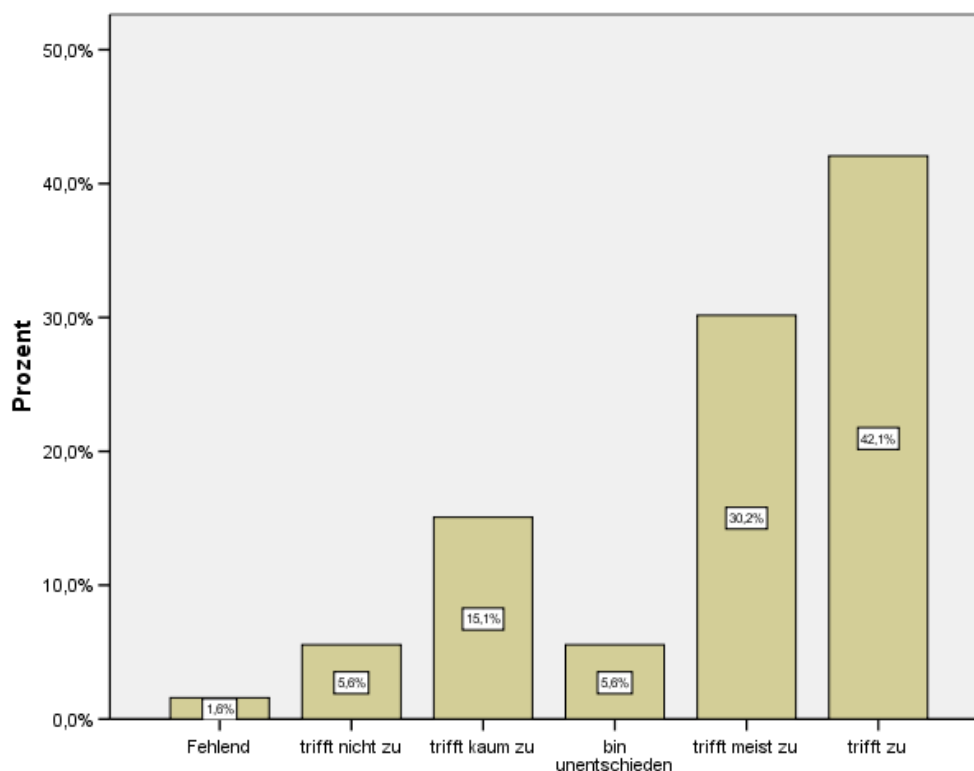


Abb. 34, Frage 13 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Mit 1,6 % fehlenden Antworten kann von einem äußerst guten Antwortverhalten

gesprachen werden.

5,6 % der Befragten beantworteten diese Frage mit „unentschieden“, so dass diese Gruppe nicht in die Wertung miteinbezogen werden kann.

20,7 % bewerteten diese Frage negativ, das heißt, dass sie Patienten nach der Teilnahme an der Fortbildung nicht oder kaum häufiger auf Präventionsthemen angesprochen haben.

72,3 % der Befragten gaben an, nach der Teilnahme Patienten häufiger oder meist häufiger auf Präventionsthemen anzusprechen.

Mit Frage 14 soll eine Aussage getroffen werden können, inwieweit die Fortbildung die Teilnehmerinnen schult und informiert, so dass sie sich den Fragen der Patienten zu Präventionsthemen gewachsen fühlen.

Bei Patientenfragen zur Prävention fühle ich mich seit der Präventionsfortbildung sicherer

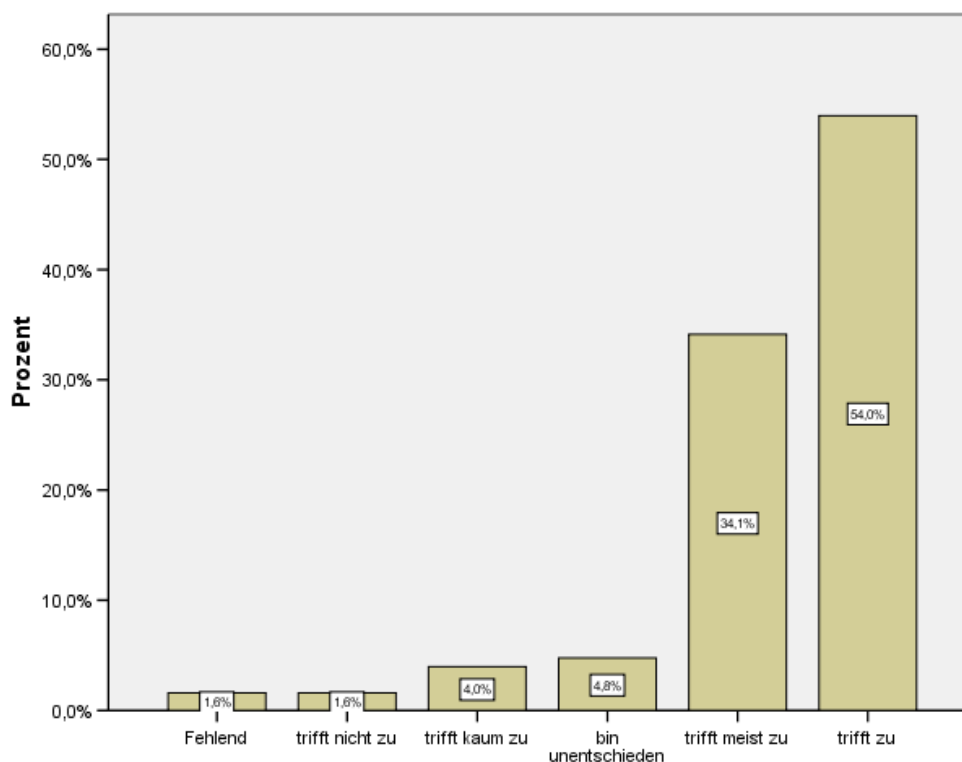


Abb. 35, Frage 14 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

6,4 % -zusammengesetzt aus den Prozentzahlen der fehlenden Antworten und

der unentschiedenen Antworten- können in die Wertung nicht mit aufgenommen werden.

Jedoch lässt die geringe Zahl den Schluss zu, dass diese Frage gerne beantwortet und gut verstanden wurde.

5,6 % fühlten sich kaum oder nicht sicherer seit der Teilnahme, jedoch 88,1 % gaben an, sich bei Patientenfragen zur Prävention sicherer zu fühlen seit sie bei der Fortbildung zur Präventionsassistentin teilgenommen hatten.

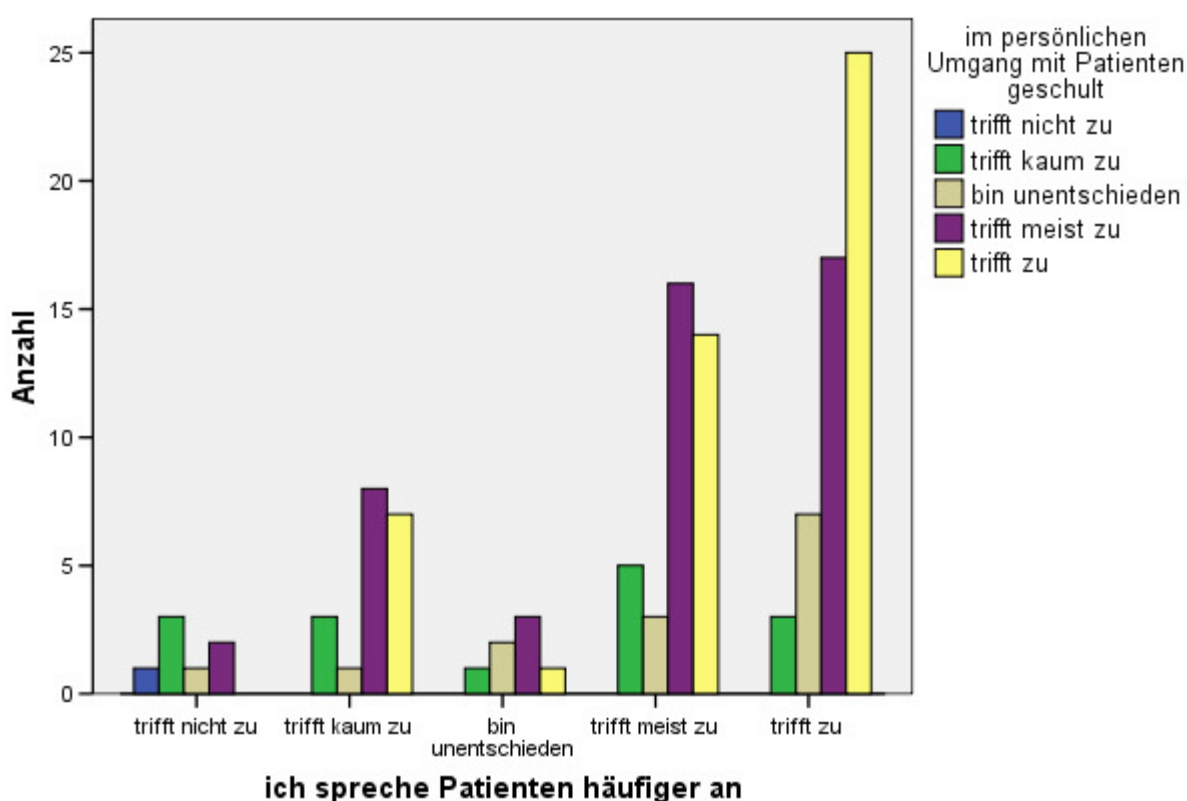


Abb. 36, Kreuztabelle aus Frage 3 und 13 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Diese Abbildung zeigt, dass die Schulung im persönlichen Umgang die Präventionsassistentinnen dazu veranlasste, von sich aus Patienten häufiger anzusprechen. Die Befragten, die angaben, die Fortbildung habe nicht oder kaum den persönlichen Umgang geschult, sprechen die Patienten auch weniger von sich aus auf Präventionsthemen an.

Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit Patienteneatern geschult -

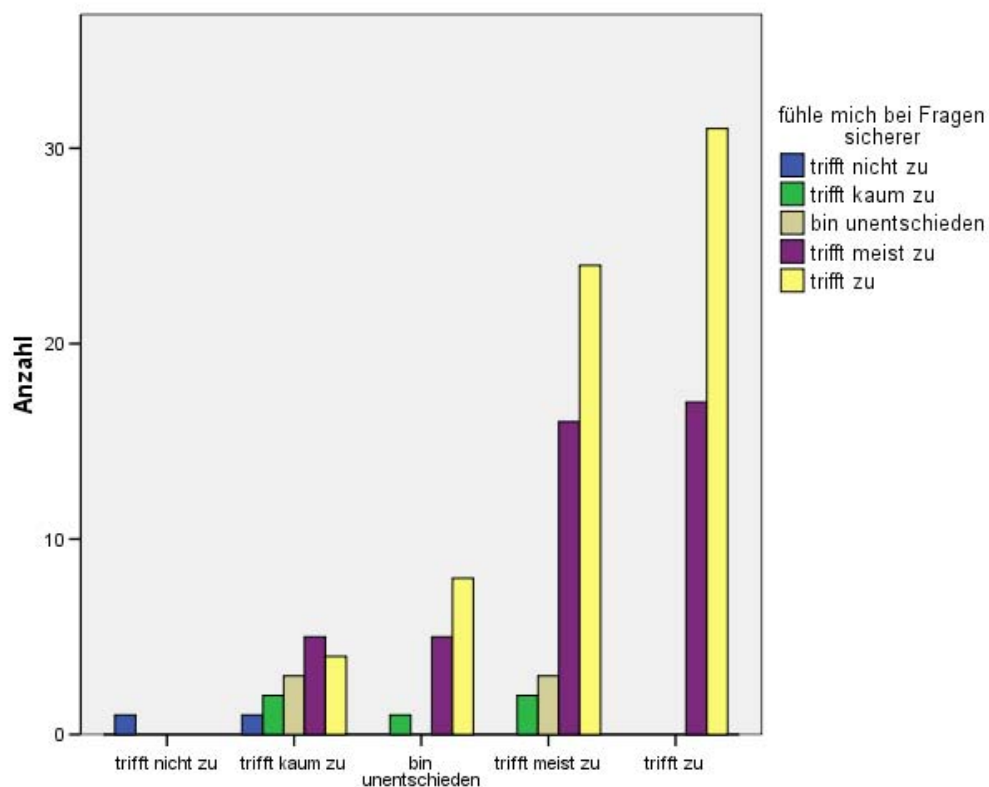


Abb. 37, Kreuztabelle aus Frage 3 und 14 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Bei der Kreuzung der Frage 14 mit Frage 3 ist zu erkennen, dass insbesondere diejenigen, die sich bei Patientenfragen sicherer fühlten, auch an angaben, im Patientenumgang geschult worden zu sein.

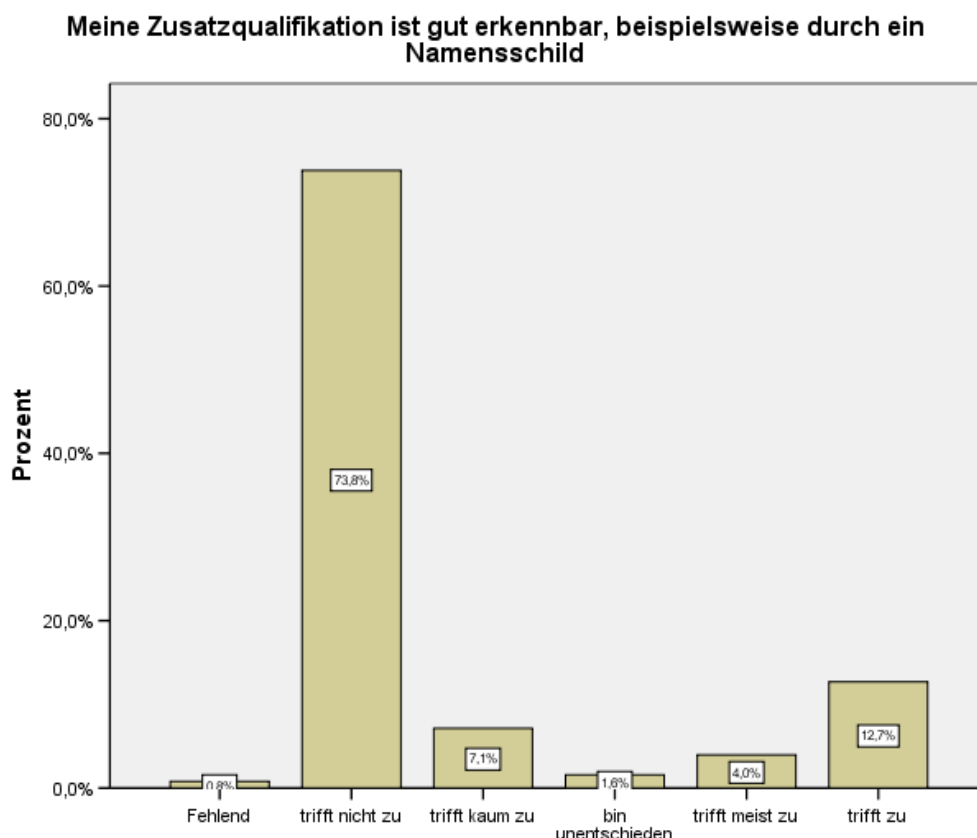


Abb. 38, Frage 15 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Fast alle Befragten haben auf die Frage geantwortet, nur 0,8 % der Antworten fehlen.

80,9 % gaben an, ihre Zusatzqualifikation nicht oder kaum zu erkennen zu geben, beispielsweise durch ein Namensschild. Nur 16,7 % gaben an, ein Namensschild mit der Zusatzqualifikation zu tragen bzw. auf einem anderen Weg auf ihre Qualifikation aufmerksam zu machen.

Frage 15 scheint auf den ersten Blick eine Frage, die ausschließlich organisatorische Hintergründe in der Praxis bzw. der Klinik erfahren will, gibt aber bei näherer Betrachtung Aufschluss über den Bereich der Effektivität und Akzeptanz, insbesondere über den Bereich der Erhöhung der Attraktivität des Berufsbildes, die zeitliche Entlastung des Arztes, aber auch die Akzeptanz der Zusatzqualifikation seiner Mitarbeiterin durch den Arzt bzw. die Ärztin.

Die Patienten wissen nicht von der Qualifikation einer Mitarbeiterin und werden diese somit auch nicht auf Präventionsthemen ansprechen, was gegen eine

zeitliche Entlastung des Arztes spricht.

Des Weiteren wäre es eine positive Anerkennung der Qualifikation einer Mitarbeiterin, würde man ihr ein Namensschild oder einen vergleichbaren Raum zur Verfügung stellen, um auf sich und ihr neu erarbeitetes Wissen aufmerksam zu machen.

Die Frage, die sich aus der obigen ergeben hat, ob die Patienten von der Tätigkeit der Präventionsassistentin wissen, wurde mit der folgenden evaluiert.

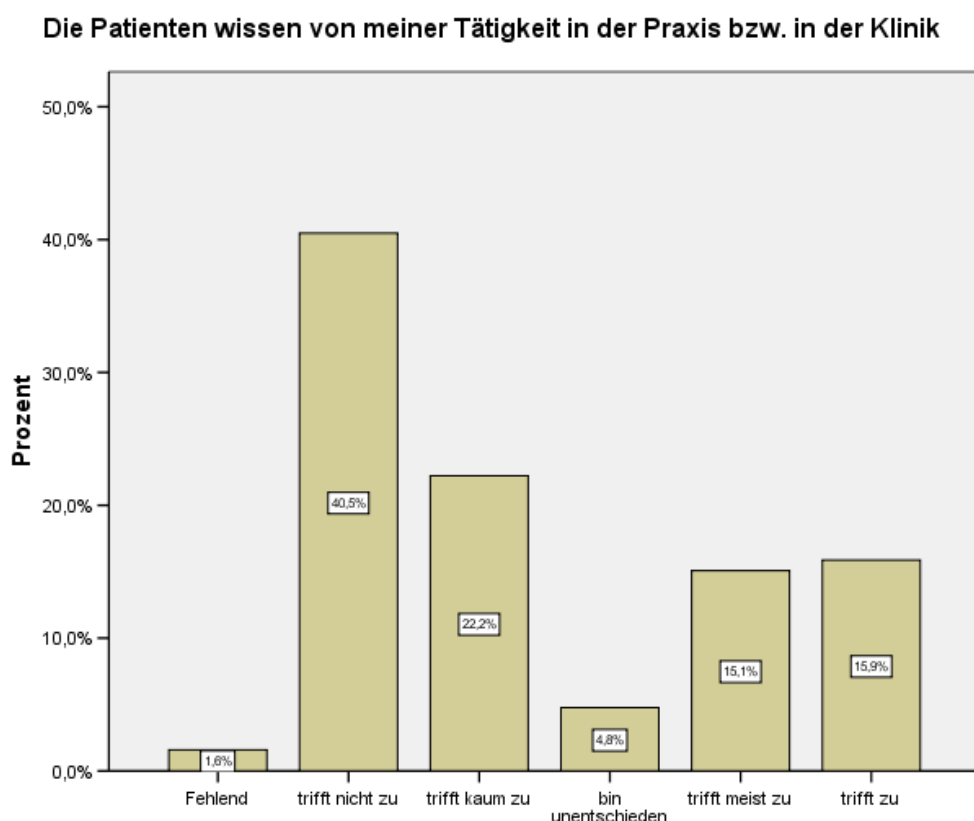


Abb.39, Frage 16 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

1,6 % antworteten nicht auf die Frage, ob die Patienten von der Tätigkeit der Präventionsassistentin wissen. 4,8 % waren sich nicht sicher.

62,7 % gaben an, dass die Patienten nicht oder kaum von der Tätigkeit wissen und 31 % gaben an, dass die Patienten davon wissen bzw. meist wissen.

Es wäre nun interessant zu erfahren, ob ein Zusammenhang zwischen einem fehlenden Namensschild und einer negativen Beantwortung dieser Frage besteht.

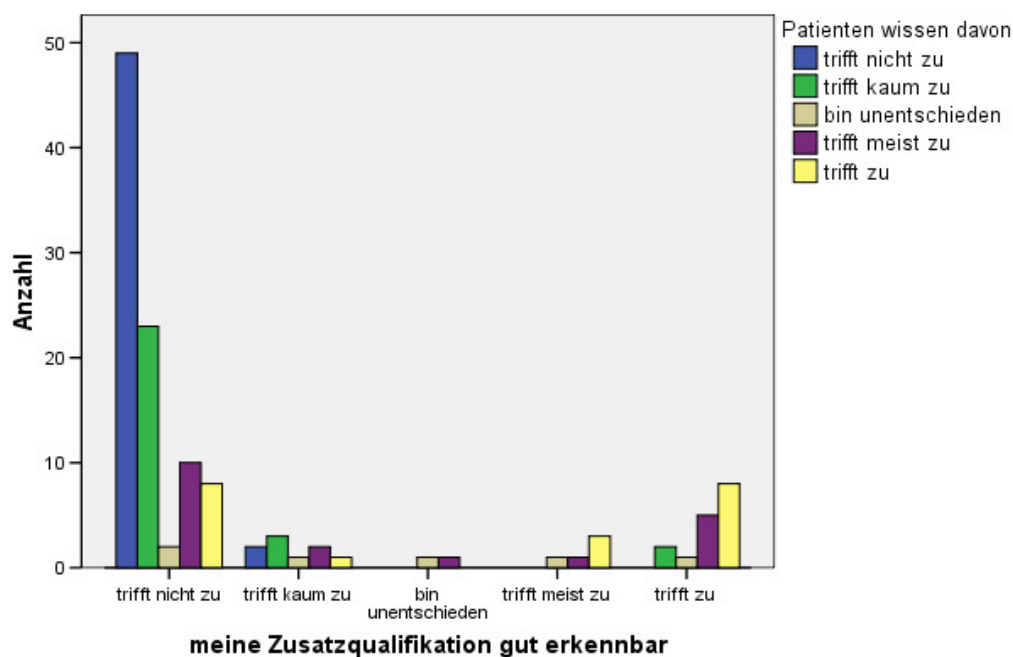


Abb.40, Kreuztabelle aus Frage 15 und 16 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Diese Kreuztabelle lässt den Rückschluss zu, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Nicht - Erkennbarkeit der Zusatzqualifikation und dem Nicht - Wissen der Patienten von dieser Qualifikation besteht.

Folgende Frage bezieht sich ein weiteres Mal auf das Verhältnis zwischen Arzthelferin bzw. Kinderkrankenschwester zu den Patienteneletern.

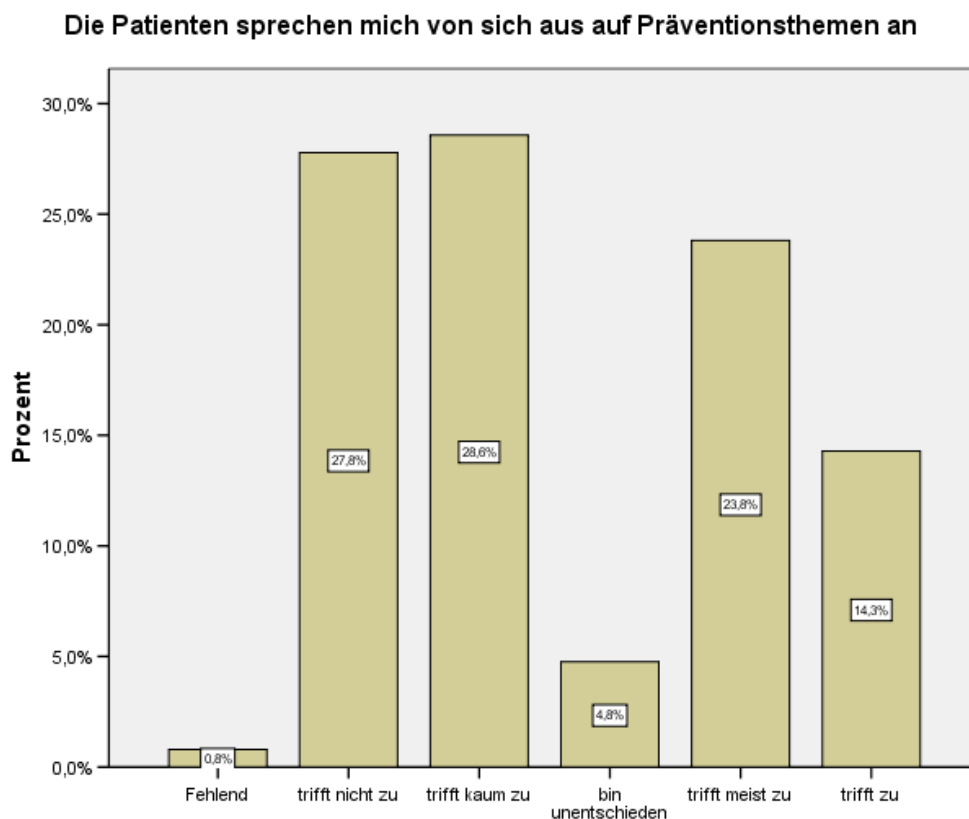


Abb.41, Frage 17 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Dieses Diagramm zeigt nur 0,8 % fehlende Antworten und 4,8 % unentschiedene Antworten, wodurch man auf ein hohes Antwortverhalten schließen kann und auf die gute Möglichkeit der Teilnehmerinnen auf diese Frage eine klare Antworttendenz zu finden. So bewerteten 56,4 % diese Frage negativ, 38,1 % gaben an, die Patienten sprächen sie auf Präventionsthemen an. Auch diese Frage sollte gekreuzt werden mit Frage 15.

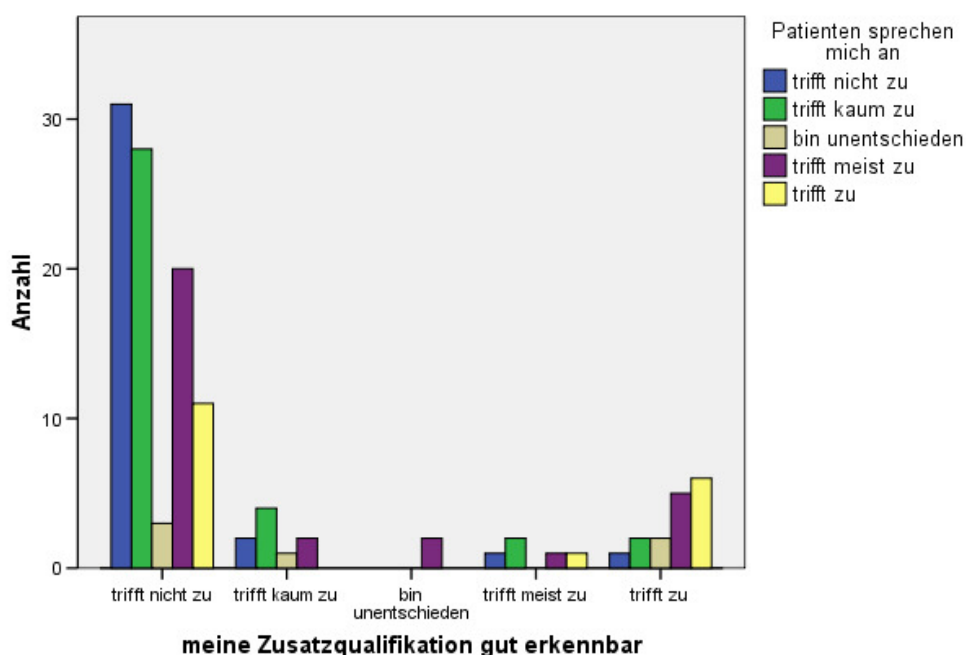


Abb.42, Kreuztabelle aus Frage 15 und 17 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Auch diese Kreuztabelle zeigt deutlich den starken Zusammenhang zwischen dem Fehlen eines Namensschildes bzw. eines vergleichbaren Hinweises und der Aussage, dass Patienten die Mitarbeiterinnen kaum oder gar nicht zu Präventionsthemen ansprechen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass durch die Information in der Praxis oder in der Klinik, welche Mitarbeiterin über die Zusatzqualifikation der Präventionsassistentin verfügt, die Patienten diese Mitarbeiterinnen häufiger auf Präventionsthemen ansprechen würden. Dies könnte zahlreiche positive Konsequenzen haben, wie beispielsweise die Anerkennung der Tätigkeit, die Entlastung des Arztes und die Information der Patienteneltern.

Die Frage, ob die Patienten den Arzt und seine Mitarbeiterin inhaltlich ähnliche Fragen zur Prävention fragen, soll zeigen, ob die Patienten den Arzthelferinnen vertrauen oder ob sie sich beim Arzt häufig absichern, indem sie inhaltlich ähnliche Fragen stellen. Im positiven Fall hätte dies zur Folge, dass die Arzthelferin oder die Krankenschwester kompetent erscheint, ihre Zusatzqualifikation anerkannt wird und der Arzt zeitlich entlastet wird.

Aus dem Grund der zeitlichen Entlastung wurde diese Frage in den Bereich der Effektivität des Curriculums gebracht, könnte aber auch in anderen Bereichen wie Geeignetheit oder Förderung von Kompetenzen zu finden sein.

Die Patienten fragen den Arzt und mich inhaltlich ähnliche Fragen zur Prävention

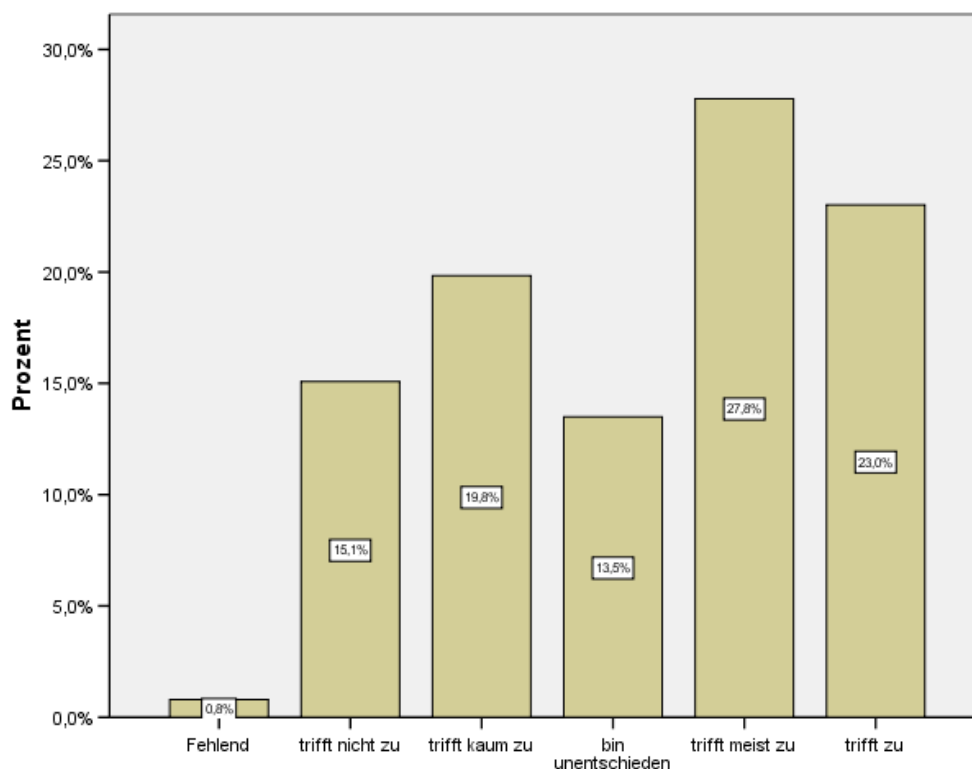


Abb.43, Frage 18 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Dieses Diagramm zeigt, dass fast alle Befragten diese Frage beantwortet haben. Jedoch lässt sich auch eine recht große Anzahl Unentschiedener (13,5 %) erkennen, was darauf hindeutet, dass die Frage nicht eindeutig verstanden worden ist. Ein weiteres Indiz hierfür ist die breite Streuung der Antworten, so haben 34,9 % eine negative Antworttendenz, 50,8 % eine positive Antworttendenz.

Nach dem ursprünglichen Verständnis dieser Frage, müsste dies bedeuten, dass 50,8 % der Befragten angeben, die Patienten hätten kein Vertrauen in ihre Aussage und würden sich beim Arzt mit derselben Frage absichern.

34,9 % dagegen könnten von sich behaupten, die Patienten hätten Vertrauen in

ihre Aussagen zu Präventionsthemen, wodurch der Arzt zeitlich entlastet werden würde und die Tätigkeit der Mitarbeiterin Anerkennung erfahren würde.

Da die zeitliche Abfolge (die Patienten fragen erst mich und später den Arzt inhaltlich ähnliche Fragen zur Prävention) in dieser Frage fehlt, könnte sie jedoch auch anders verstanden werden: die Patienten haben Vertrauen in die Tätigkeit der Präventionsassistentin und deshalb fragen sie die Assistentin ähnliche Fragen, die sie auch dem Arzt gestellt hätten.

Aufgrund der Missverständlichkeit der Frage müssen Rückschlüsse aus den Antworten vorsichtig behandelt werden.

Eine Frage, die die Sicht des Arztes auf die Tätigkeit der Präventionsassistentin darstellen soll, wurde im Folgenden formuliert. In der Konsequenz lassen die Ergebnisse dieser Frage zu, eine Aussage zur zeitlichen Entlastung des Arztes zu treffen, als auch zur Anerkennung des Curriculums und der Zusatzqualifikation durch den Arzt.

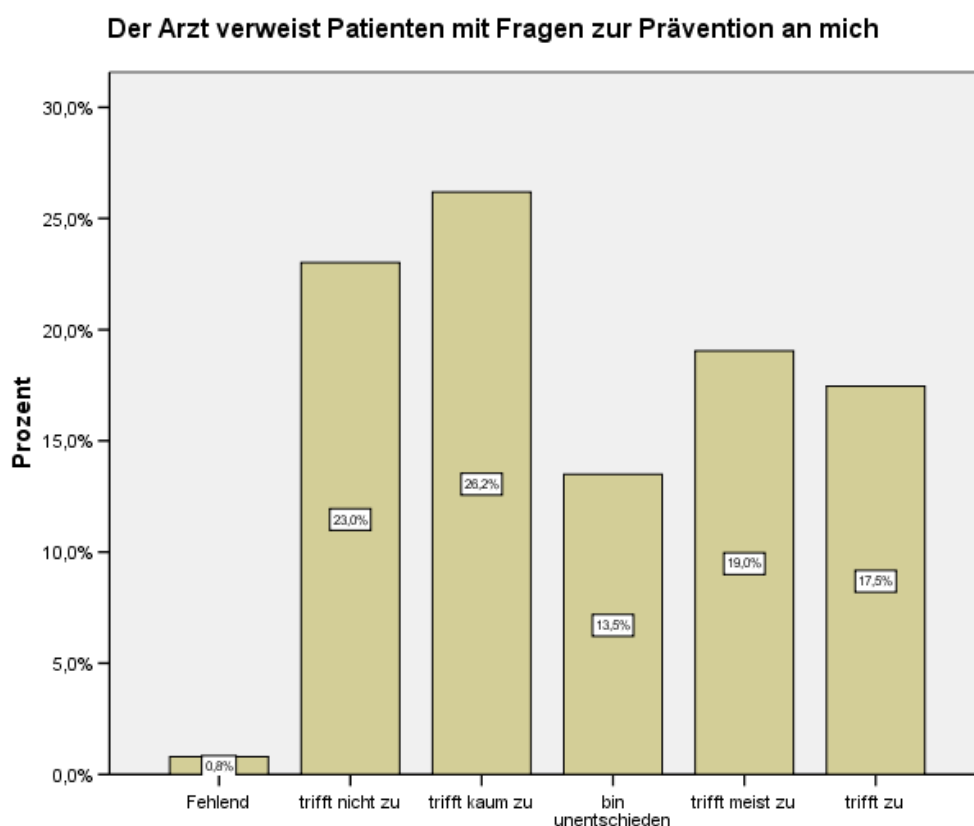


Abb.44, Frage 19 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

13,5 % waren sich bei der Beantwortung dieser Frage nicht sicher, nur 0,8 % haben die Frage nicht beantwortet.

49,5 % der Befragten gaben an, dass ihr Arzt nicht oder kaum Patienten mit Fragen zur Prävention an sie verweist, 36,5 % gaben an, dass ihr Arzt das (meist) mache.

Als Schlussfolgerung könnte gesehen werden, dass in 36,5 % Fälle die Ärzte Vertrauen haben, die Patienten an ihre Präventionsassistentinnen verweisen und somit eine zeitliche Entlastung erfahren.

Für knapp die Hälfte der Befragten tritt dieser Fall jedoch nicht ein, so dass untersucht werden müsste, weshalb die Ärzte bestimmte Themen der Prävention nicht an Ihre Mitarbeiterinnen abgeben.

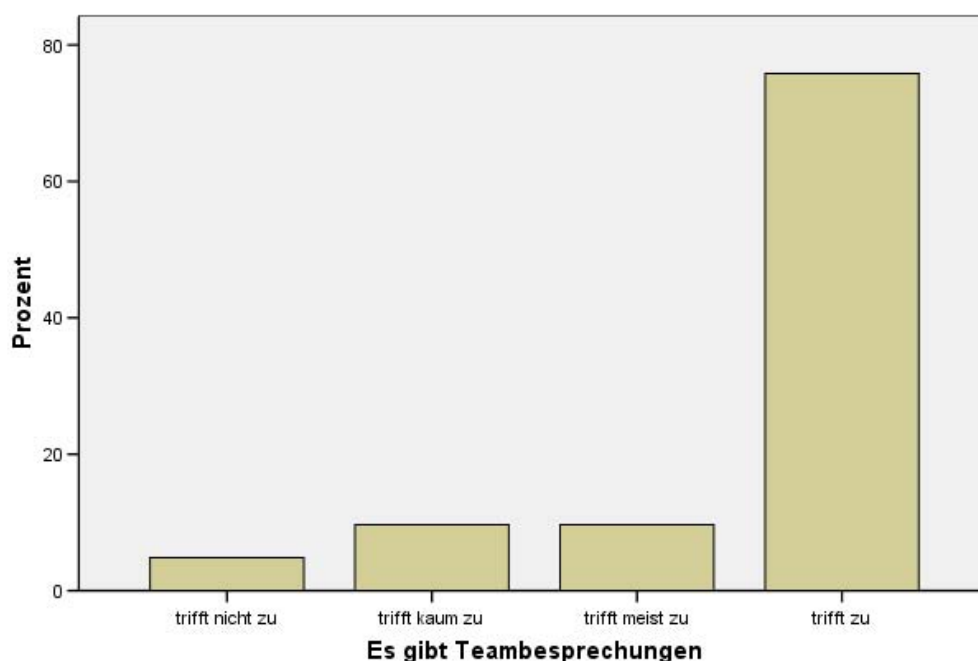


Abb.45, Frage 20 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Es ist zu erkennen, dass es für 85,5 % der Befragten zutrifft bzw. meist zutrifft, dass Teambesprechungen in der Praxis oder der Klinik angeboten werden.

14,4 % geben an, dass an ihrer Arbeitsstelle keine bzw. kaum Teambesprechungen durchgeführt werden. Das Antwortverhalten war durchweg

positiv, da keine Antwort gefehlt hat oder unentschieden beantwortet wurde.

Die Prävention-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt

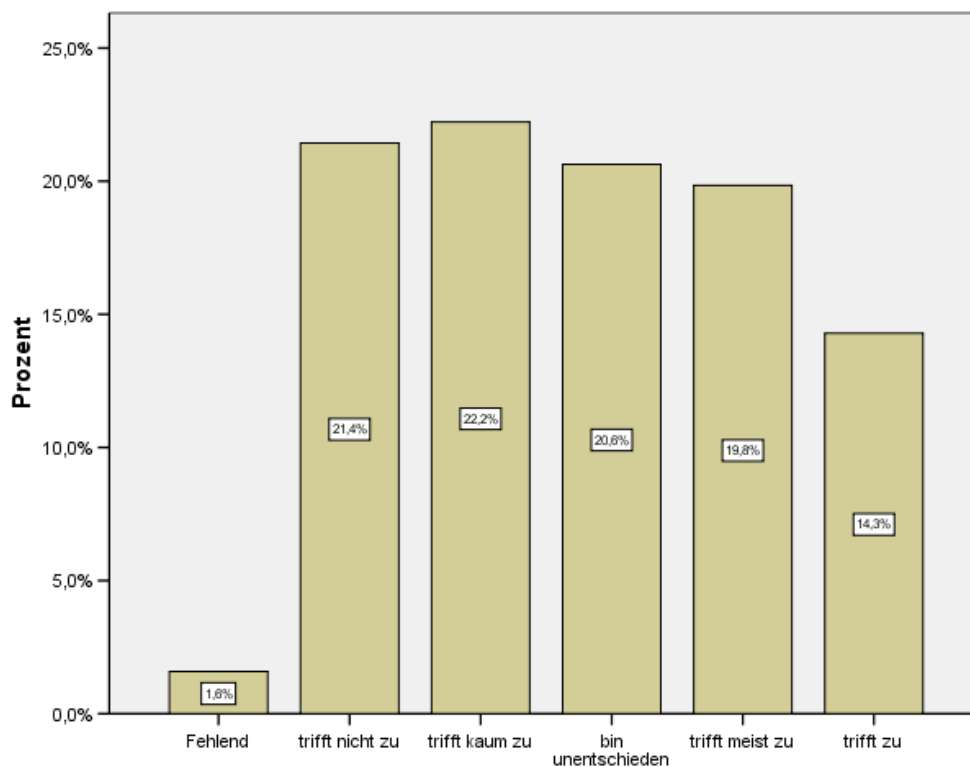


Abb.46, Frage 21 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Die Meinung der Präventionsassistentinnen zu der Frage, ob sich die Fortbildung in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt hat, verteilen sich fast gleichmäßig von Item „trifft nicht zu“ bis Item „trifft zu“. Wobei eine negative Antworttendenz abzulesen ist (43,6% trifft nicht oder kaum zu im Gegensatz zu 35,1 % trifft zu bzw. meist zu). Diese Frage kann also keinen deutlichen Rückschluss zulassen, zudem haben 20,6 % der Befragten mit „unentschieden“ geantwortet.

Im Folgenden wurde die Frage 21 mit der Frage 15 gekreuzt.

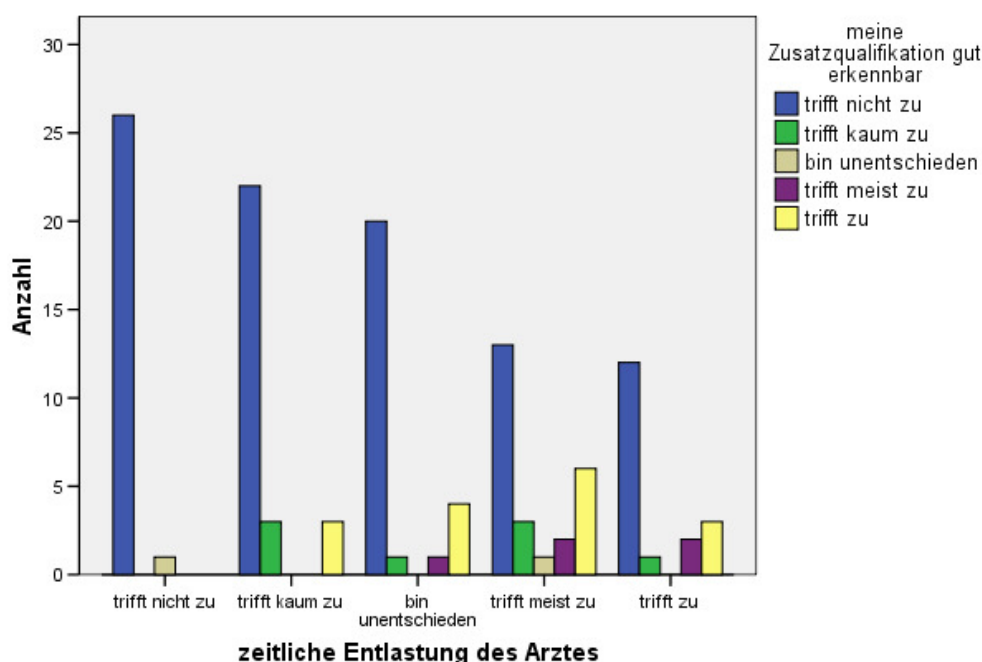


Abb.47, Kreuztabelle aus Frage 15 und 21 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Es lässt sich erkennen, dass die Teilnehmerinnen deren Zusatzqualifikation nicht oder kaum zu erkennen ist, auch angeben, die Fortbildung hätte sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt. Im Rückschluss kann also interpretiert werden, dass die Information der Patienten über die Tätigkeit der Präventionsassistentin zu einer zeitlichen Entlastung des Arztes führen könnte.

Das Ziel der Erhöhung der Attraktivität des Berufsbildes der Teilnehmerinnen wurde von den Organisatoren formuliert und mit Hilfe der folgenden Frage evaluiert. Diese Frage untersteht somit dem Bereich der Effektivität des Curriculums.

Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine Optimierung meines Lebenslaufes gelohnt

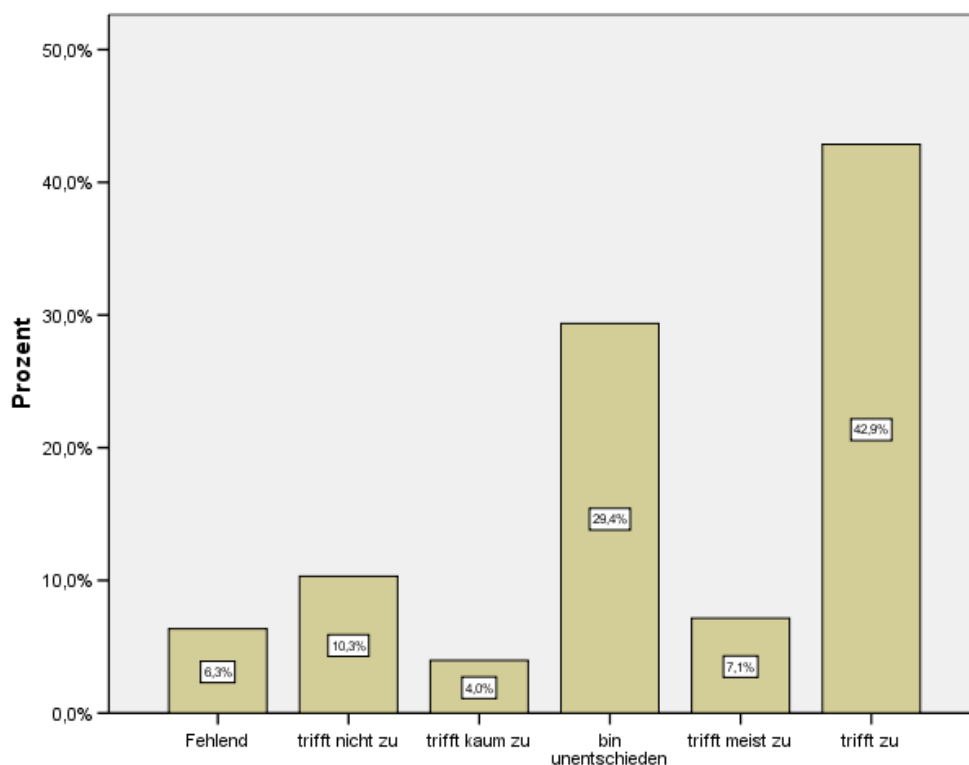


Abb.48, Frage 22 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Der hohen Anzahl der fehlenden Antworten und der unentschiedenen Antworten kann entnommen werden, dass ca. 35,7 % sich seit der Teilnahme nicht neu beworben haben.

Für weitere 42,9 % der Befragten hat sich die Teilnahme an der Fortbildung in Bezug auf den Lebenslauf gelohnt und für 14,3 % nicht oder kaum.

Die Daten von 42,9 % gegenüber der Zahl von 14,3 % negativer Antworten, zeichnet die Fortbildung zur Präventionsassistentin für die berufliche Karriere als attraktive und lohnenswerte Fortbildung aus.

Die Patienteneltern berichten mir von der Umsetzung meiner Ratschläge zur Prävention

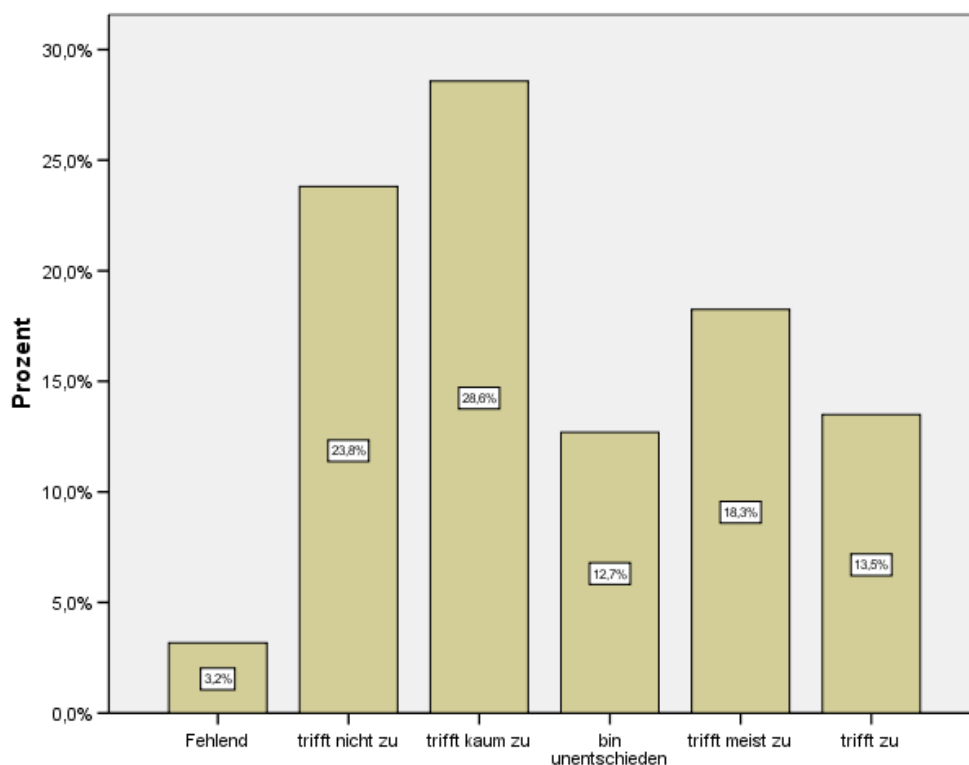


Abb.49, Frage 23 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Knapp über die Hälfte, 52,4 %, gaben an, die Patienten würden nicht von einer Umsetzung der Ratschläge berichten. 31,8 % dagegen bewerteten diese Frage positiv und gaben an, dass ihnen die Patienten von einer positiven Umsetzung berichteten. Ob bei 52,4 % die Patienten die Ratschläge nur nicht erzählt werden oder letztlich auch nicht umgesetzt werden, kann man nicht klar benennen, man kann nur vermuten, dass die Patienten es erzählen würden, wenn sie die Ratschläge in die Tat umgesetzt hätten.

Allerdings muss hier auch unterschieden werden, ob es sich um Patienteneltern in der Klinik oder in der Arztpraxis handelt, da die Eltern aus der Klinik weniger dazu neigen, die Umsetzung der Ratschläge zu erzählen, da sie nicht in der Häufigkeit in die Klinik zurückkehren wie in die Arztpraxis.

Eine Kreuztabelle mit Frage 5 wäre hier interessant. Da die Teilnehmerzahlen sich jedoch sehr unterscheiden (nur 8,7 % der Teilnehmerinnen sind Kinderkrankenschwestern, 55,6 % arbeiten dagegen in einer Kinderarztpraxis mit

mehr als fünf Mitarbeitern), wurde auf eine weitere Berechnung mit Hilfe einer Kreuztabelle verzichtet.

Ein Drittel der Präventionsassistentinnen bekam jedoch eine positive Rückmeldung, so dass hier von einer wirklichen Umsetzung durch die Patientenernsten ausgegangen werden kann.

In unserer Praxis / Klinik werden Broschüren zu Präventionsthemen in anderen Sprachen angeboten

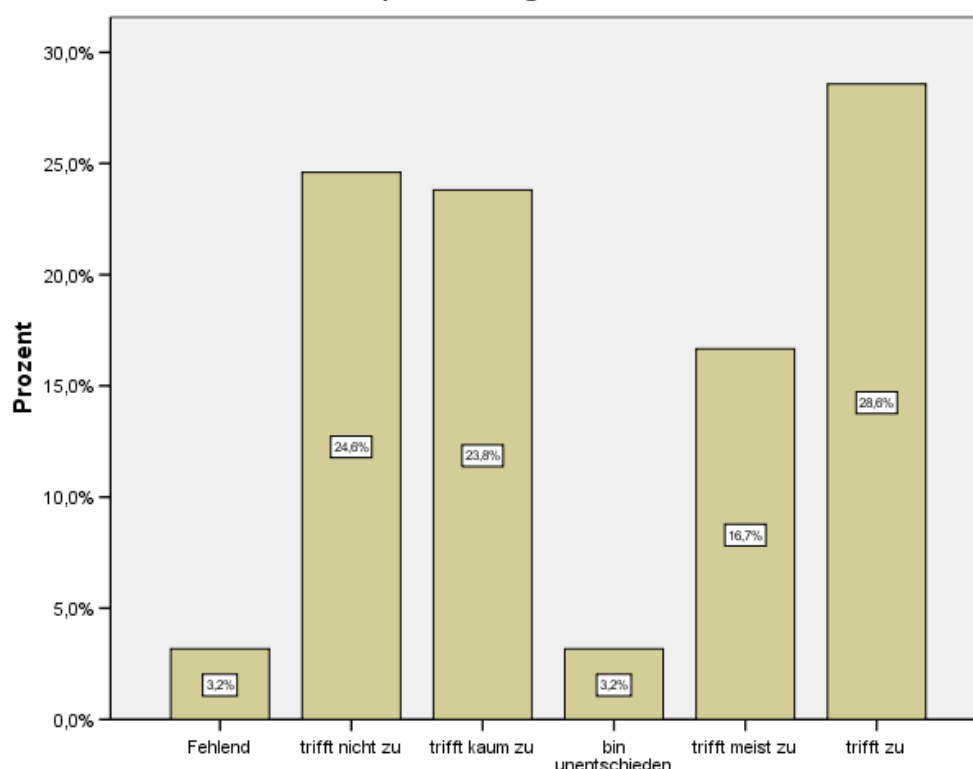


Abb.50, Frage 24 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Mit 3,2 % fehlenden Antworten und ebenso vielen unentschiedenen Antworten ist das Antwortverhalten recht hoch und klar differenziert. 48,4 % der Befragten gaben an, an ihrer Arbeitsstelle keine oder kaum Broschüren in anderen Sprachen auszulegen. 45,3 % gaben an, Broschüren oder Infoblätter in anderen Sprachen auszulegen. Da es sich um Teilnehmerinnen aus ganz Deutschland handelt mit unterschiedlichem Ausländeranteil, ist es möglich, dass aufgrund der fehlenden Nachfrage und des geringen Ausländeranteiles in gut der Hälfte der Praxen oder

Kliniken keine fremdsprachigen Broschüren ausgelegt werden. Ebenso wäre es möglich, dass die 48,4 % tatsächlich ein Hinweis auf die fehlende oder mangelhafte Chancengleichheit bei ausländischen Patienten darstellt.

Aus diesem Grund wurde eine weitere Frage gestellt, mit der Absicht eine differenzierte Aussage zur Chancengleichheit treffen zu können.

Diese Frage bot die Möglichkeit eine kurze Erläuterung abzugeben. Diese freie Antwortmöglichkeit wurde, wie die bisherigen auch, in Gruppen aufgeteilt.

Mir ist es möglich, die Präventionsthemen ausländischen Patienten zu vermitteln

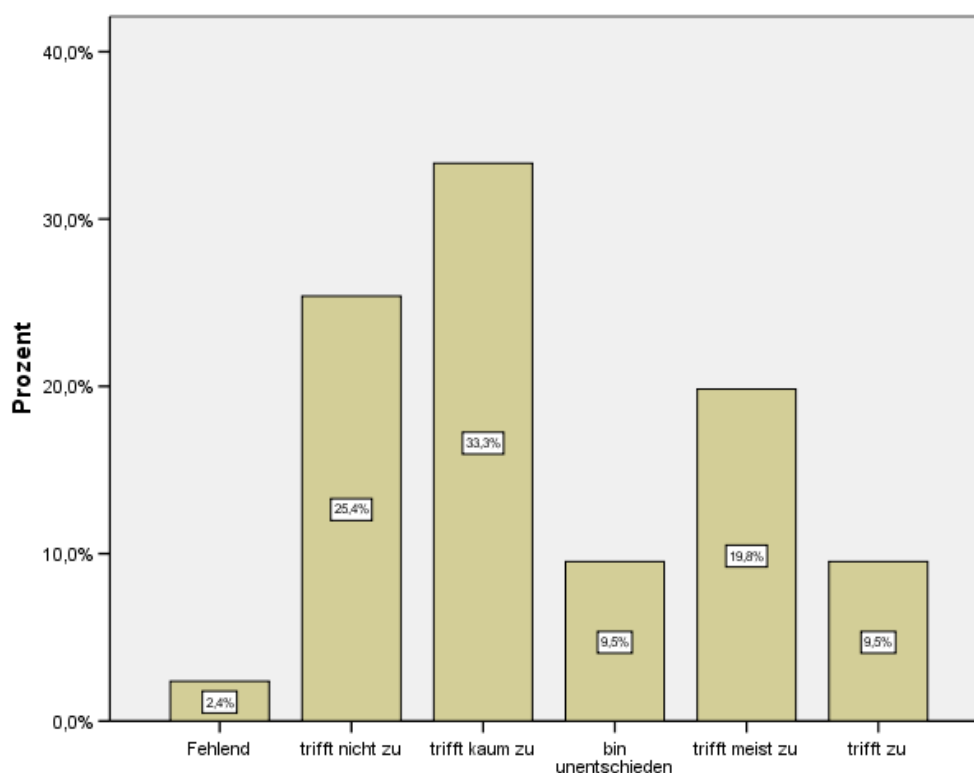


Abb.51, Frage 25 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

58,7 % der Befragten gaben an, Präventionsthemen nicht oder kaum ausländischen Patienten zu vermitteln, hingegen gaben 29,3 % an, damit keine oder kaum Schwierigkeiten zu haben. 11,9 % beantworteten die Frage nicht oder waren sich nicht sicher.

Frage	N	ja	nein					Punktschätzer
Ausländische Kollegin	18	7	11	0,35857539	2,47167975	0,17	0,64	0,39
Fremdsprachige Infoblätter	18	3	15	0,19793767	2,65126232	0,04	0,41	0,17
Kaum Ausländer	18	6	12	0,33360514	2,46765808	0,13	0,59	0,33

Die Befragten, die angaben, keine Schwierigkeiten zu haben, begründeten dies mit der Aussage, dass eine Mitarbeiterin ausländisch sei und somit als Dolmetscher fungieren würde. Einige gaben auch an, fremdsprachige Infoblätter auszulegen, aufgrund derer es ihnen möglich sei, Präventionsthemen an Ausländer zu vermitteln. Eine weitere Gruppe gab an, kaum ausländische Patienten in der Praxis zu haben.

Aufgrund des geringen Antwortverhaltens (n = 18) für die offene Antwort in Frage 25 für die Interpretation nur vorsichtig herangezogen werden kann.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Chancengleichheit würde eine Lerneinheit zum Thema interkulturelles Verständnis von Gesundheit bieten, mit der praktischen Übung Diskussionsrunden zu führen und mit den ausländischen Patienteneltern ein gemeinsames Konzept im Sinne der Präventionsmedizin zu erarbeiten. Natürlich bedarf es bei einer solchen Diskussionsrunde wieder einer "Dolmetscherin".

Eine weitere Möglichkeit könnten die Fremdsprachenkenntnisse der Präventionsassistentin sein. Beide Möglichkeiten zusammen wären ein guter Schritt in Richtung gleiche Chance bei gleichem Angebot.²³

²³ Der Begriff der Chancengleichheit und Gerechtigkeit sollte jedoch nicht nur auf den Aspekt der ausländischen Patienten bezogen werden. Ebenso könnten im Bereich der Schichtzugehörigkeit Unterschiede bestehen. Weniger seitens der Präventionsassistentin, sonder eher auf Seiten der

Nahmen weitere Mitarbeiter von Ihnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an der Präventions-Fortbildung teil

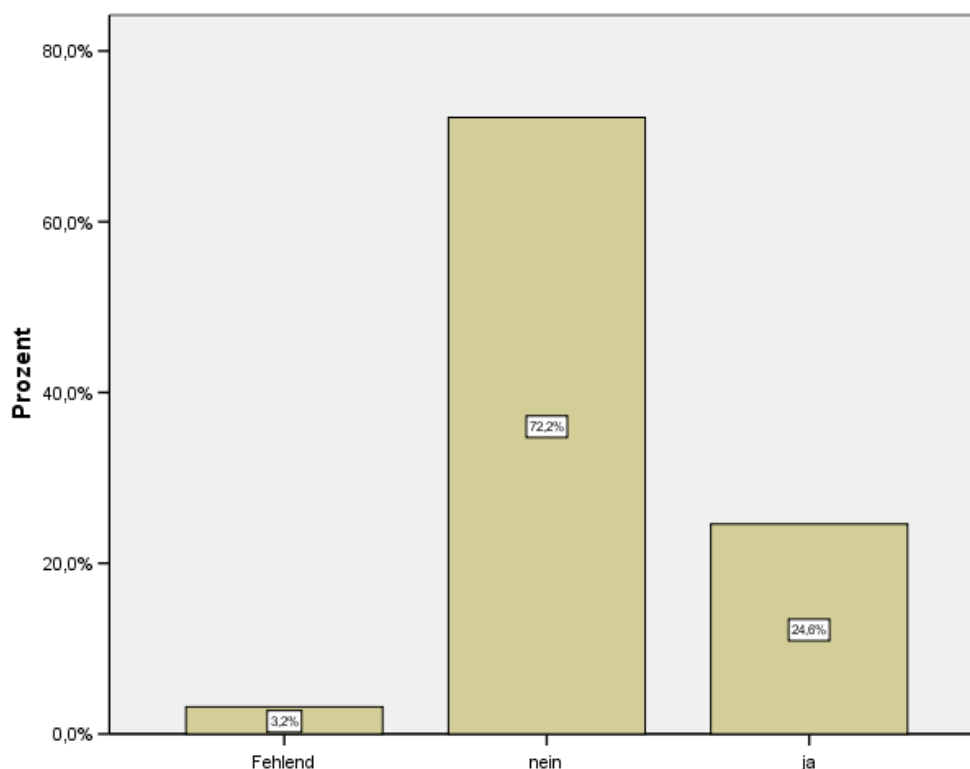


Abb.52, Frage 26 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Für ein Viertel der Befragten (24,6 %) traf der Fall zu, dass eine Kollegin vor oder nach der eigenen Teilnahme auch die Fortbildung zur Präventionsassistentin besucht hat. Für 72,2 % traf dies nicht zu. Ein möglicher Grund für die hohe Prozentzahl kann sein, dass die befragte Teilnehmerin erst vor kurzem die Fortbildung abgeschlossen hat, so dass noch keine weitere Kollegin an der Fortbildung teilnehmen konnte. Ebenso ist es möglich, dass ein Arbeitgeber je nach Größe des Betriebes es für ausreichend empfindet, eine Mitarbeiterin mit dieser Zusatzqualifikation zu haben, unabhängig von der Güte der Fortbildung. Ähnliches kann man bei Fortbildung beobachten, die sich auf

Patienteneltern, welche Angebote der Praxis oder der Klinik nicht annehmen oder Präventionsinhalte umsetzen.

Der Bereich der Schichtzugehörigkeit wurde in der vorliegenden Evaluation nicht untersucht, so dass hierzu keine Ergebnisse vorliegen.

Qualitätsmanagement oder Kassenabrechnung beschränken, auch hier werden selten mehrere Mitarbeiterinnen zur Fortbildung angemeldet, so dass es in der Praxis oder Klinik häufig einen „Spezialisten“ für ein Fachgebiet gibt.

Ich bin auf die Präventions-Fortbildung folgendermaßen aufmerksam geworden:

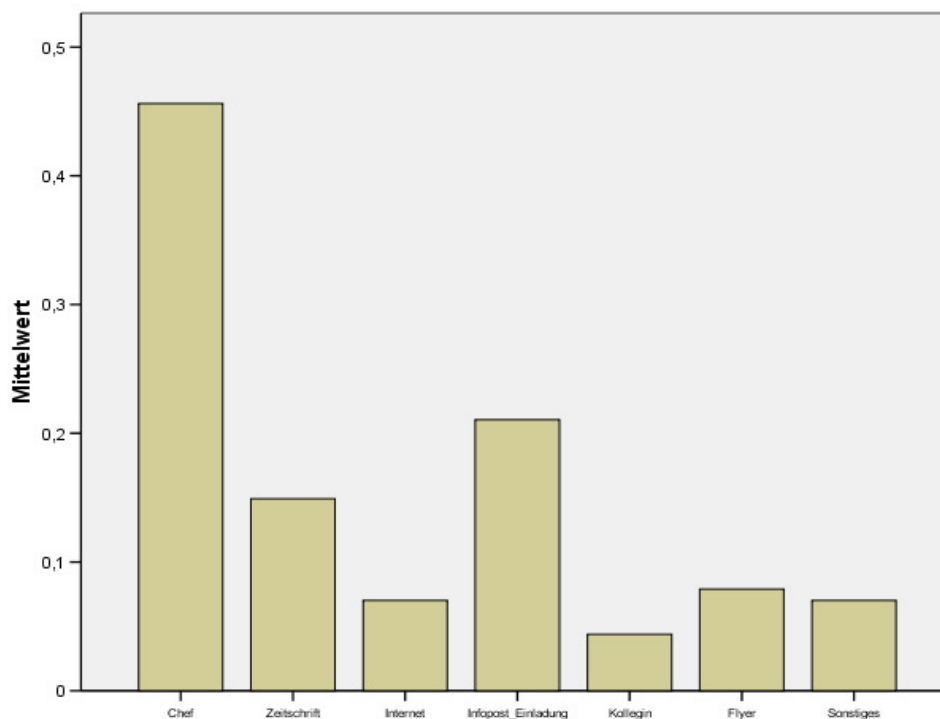


Abb.53, Frage 27 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Um die Ergebnisse deutlicher zu machen, wird ein weiteres Mal die Pearson-Clopper-Methode zur Berechnung herangezogen.

	entsp. . N N	entsp. M ja	nein	F oben	F unten	grenze_unte n	grenze_obe n	punkt schätz er
27 1		5		0,6890976	1,4416876			
(Chef) 27 2	114	2	62	7	6	0,36	0,55	0,46
(Zeitsch) 27 3	114	1	97	0,5655138 6	1,5914558 6	0,09	0,23	0,15
(Internet) 27 4	114	8	106	0,4247837 6	1,8160797 3	0,03	0,13	0,07
(Infopost) 27 5	114	2 4	90	0,6161702 3	1,5198793 3	0,14	0,30	0,21
(Kollege) 27 6	114	5	109	0,3212541 3	2,0048176 5	0,01	0,10	0,04
(Flyer) 27 7	114	9	105	0,4491607 1	1,7746728 5	0,04	0,14	0,08
(Sonst)	114	8	106	0,4247837 6	1,8160797 3	0,03	0,13	0,07

46 % der 114 Antworten wurden in der Kategorie „Ich bin über meinen Arbeitgeber auf die Präventionsfortbildung aufmerksam geworden“ gegeben.

Frage 27.2 und 27.6 könnte zusammengefasst werden, da es sich hierbei wohl um dasselbe Medium zu drehen scheint:

Zusammenfassende Werte der Frage 27:

	11	2	8					
27 2, 27 6	4	6	8	0,62653527	1,50607704	0,15	0,32	0,23

Nach diesem Ergebnis zu urteilen, wurden 23 % der antwortenden Teilnehmerinnen durch eine Zeitschrift mit Flyer auf die Fortbildung aufmerksam. Dies bedeutet, dass die Motivation über den Arbeitgeber, die persönliche Einladung oder die Information innerhalb von Fachzeitsungen den besten Werbeeffect hat.

Abschließend wurden Fragen gestellt, um speziell die persönliche Meinung zur Präventions-Fortbildung zu erhalten.

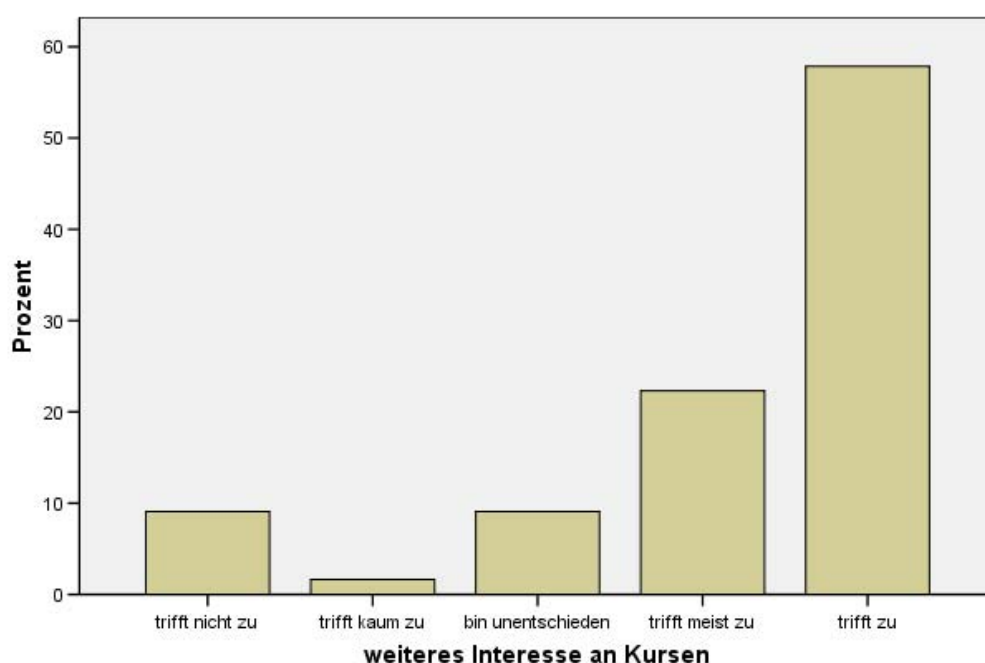


Abb.54, Frage 28 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

10,3 % hätten kein oder kaum Interesse an weiteren Kursen, hingegen hätten 77 % der Teilnehmerinnen (meist) weiteres Interesse an einer Teilnahme.

4 % fehlenden Antworten und 8,7 % unentschiedene Antworten bilden zusammen 12,7 % nicht wertbare Antworten.

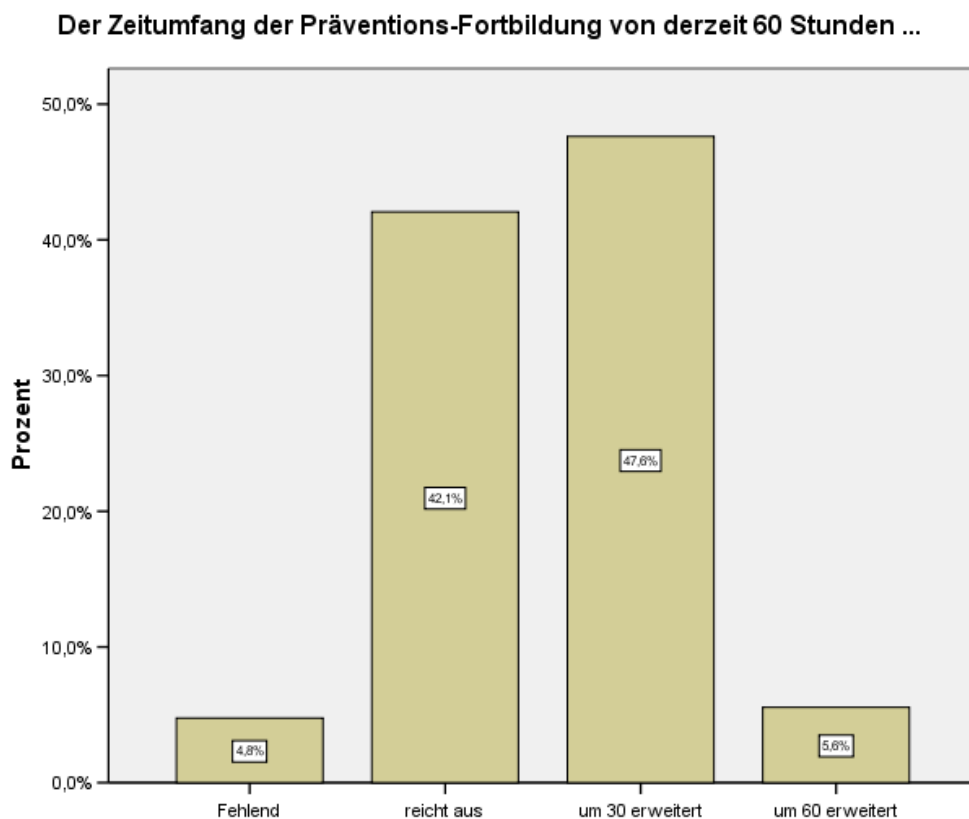


Abb.55, Frage 29 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Für 42, 1 % der Teilnehmerinnen reichte der Zeitumfang von 60 Stunden aus, 47,6 % würden die Fortbildung gerne auf 90 Stunden ausweiten, 5,6 % würden sogar die doppelte Zeit für die Fortbildung veranschlagen.

Um die Fortbildung in den folgenden Kursen auch den Wünschen der Teilnehmerinnen anzupassen, wurde folgende Frage gestellt.

„Ich würde folgende Themen aus der Präventions-Fortbildung ausklammern“

Für die wenigen 15, 9 % der Befragten, die auf diese Frage geantwortet haben, wurden Antwortkategorien gebildet, da es sich hierbei um eine halb-offene Frage handelt.

Das geringe Antwortverhalten (84,1 % haben diese Frage nicht beantwortet) deutet darauf hin, dass die Themen der Fortbildung zur Zufriedenheit der Teilnehmerinnen gewählt worden sind.

Folgende Tabelle zeigt, dass die Befragten am ehesten den Bereich der Rollenspiele ausklammern würden, aber auch diese Gruppe ist aufgrund des geringen Antwortverhaltens nicht stark vertreten.

Die Pearson-Clopper-Berechnung lässt die Prozentzahlen in der letzten Spalte „Punktschätzer“ ablesen.

	entsp. . N N	entsp. M ja	nein	F oben	F unten	grenze_unte n	grenze_obe n	punktschätzer
30 1								
(Motorik)	19	8	11	0,38092907	2,42622633	0,20	0,67	0,42
30 2								
(Recht)	19	3	16	0,19839241	2,62015476	0,03	0,40	0,16
30 3								
(Impf)	19	2	17	0,11865353	2,80846283	0,01	0,33	0,11
30 4								
(Rollens)	19	10	9	0,40576431	2,52850896	0,29	0,76	0,53
30 4								
(Sonst)	19	10	9	0,40576431	2,52850896	0,29	0,76	0,53

Zwar ist die Kategorie „Sonstiges“ im Vergleich hoch, aber bei der sehr geringen Antworttendenz (N=19) können nicht mehr Kategorien gebildet werden. Die Spalte Sonstiges beinhaltet Antworten wie:

Kindergeburtstagsspiele weglassen

Weniger Diskussion

Asthma ausklammern

Um nur einige Beispiele zu nennen. Da es sich hierbei um Antworten mit maximal zwei Stimmen handelt, wird nicht näher darauf eingegangen, da sie auf die Entwicklung der Fortbildung kaum Einfluss haben werden.

Frage 31: „Ich würde folgende Themen in die Präventionsfortbildung einfügen“

Diese Frage gilt als Ergänzung zu Frage 30, um die zukünftigen Kurse noch attraktiver gestalten zu können.

Das Antwortverhalten war hier um einiges höher, 52,3 % haben auf diese Frage geantwortet und würden Themengebiete in die Fortbildung mit aufnehmen. Die Antworten dieser Gruppe wurden wie bei Frage 30 in Kategorien gebündelt und ergaben folgende Abbildung:

Die Antworten waren so unterschiedlich, dass sehr viele Gruppen gebildet wurden. Um die Ergebnisse greifbarer zu machen, werden diese nochmals mit der Pearson-Clopper-Methoden berechnet.

	entsp.							punkts
	N	entsp. M	F oben	F unten	grenze_unten	grenze_oben		chätzer
	N	ja	nein					
31 1								
(1.Hilfe) 31 2	66	5	61	0,31867486	2,05297823	0,03	0,17	0,08
(Verhalt) 31 3	66	8	58	0,4194245	1,87032612	0,05	0,22	0,12
(Essverh) 31 4	66	16	50	0,54217608	1,68049041	0,15	0,36	0,24
(Allergie) 31 5	66	6	60	0,35889158	1,97727701	0,03	0,19	0,09
(Jugend) 31 6	66	28	38	0,60665606	1,61522351	0,30	0,55	0,42
(Entwickl) 31 8	66	6	60	0,35889158	1,97727701	0,03	0,19	0,09
(Beweg) 31 9	66	3	63	0,20403945	2,29418617	0,01	0,13	0,05
(Prakt.) 31 10	66	9	57	0,44284043	1,83112903	0,06	0,24	0,14
(Sonst)	66	17	49	0,55093885	1,6 6889436	0,16	0,38	0,26

Der größte Bedarf besteht bei dem Themengebiet Jugendliche (42%), wobei in diese Kategorie alle jugendspezifischen Gebiete mit eingeflossen sind, wie Akne, Pubertätsprobleme oder Sucht und Drogenmissbrauch im Jugendalter.

Ein weiteres Gebiet von großem Interesse ist „Essverhalten“. Zu diesem Thema wünschen sich 24 % der 66 Stimmen mehr Inhalte im Curriculum. Zu „Essverhalten“ wurden Antworten gezählt, die sich auf Ernährungstipps bezogen, ebenso wie auf Ernährungsstörungen.

Der Wunsch nach mehr praktischer Übung wird mit 14 % deutlich, mehr Wissen über Verhaltensstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (wie ADHS, oder Zustand während / nach Missbrauchshandlungen) mit 12 %.

Die Spalte „Sonstiges“ ist mit 26 % noch relativ hoch, konnte aber durch die Formulierung weiterer Kategorien kaum vermindert werden, da es sich um Antworten handelt, die höchstens zweimal genannt werden. Es handelte sich hierbei beispielsweise um Antworten, wie:

- Mediennutzung für Kinder / Jugendliche
- Sauberkeitserziehung
- Umweltschutz in der Praxis
- Asthma
- Kinderrecht
- Impfungen
- Medikamentenwirkstoffe
- Kinderapotheke
- Abrechnungsmöglichkeiten für die Präventionsassistentin (Selbstständigkeit)

Frage 32: „Folgendes will ich Ihnen zum Abschluss sagen“

Diese Frage sollte dazu dienen, Meinungen einzuholen, die mit keiner Frage evaluiert werden konnten. Über 60 % der Befragten haben auf diese Frage geantwortet.

Dieses Diagramm zeigt zwei größere Gruppen, zum einen die Gruppe „gute Fortbildung“ und zum anderen die Gruppe „Sonstiges“. Obwohl viele Kategorien

gebildet wurden, ist der Bereich „Sonstiges“ immer noch sehr stark.

Häufige Antworten waren neben „gute Fortbildung“, „sehr lehrreich“, „motivierend“, „Stärkung des Selbstbewusstseins“ und „gute Organisation“.

Jedoch auf der negativen Seite auch, dass kaum praktische Umsetzung erfolgt und Probleme mit dem Arbeitgeber bei der Durchführung der Umsetzung zu beklagen sind.

Pearson-Clopper-Berechnung der Frage 32:

	entsp . N N	entsp. M ja nein	F oben	F unten	grenze_unte n	grenze_obe n	punkt schätz er
32 1		3	0,6394769				
(gut)	77	9 38	2	1,5660433	0,39	0,62	0,51
32 2		2	0,6015188	1,5825882			
(Prakt)	77	4 53	3	8	0,21	0,43	0,31
32 3		1	0,4991580	1,7241212			
(Arzt)	77	2 65	5	9	0,08	0,26	0,16
32 4		1	0,4991580	1,7241212			
(Selbstb)	77	2 65	5	9	0,08	0,26	0,16
32 5			0,3600870				
(Inhalte)	77	6 71	7	1,9597266	0,03	0,16	0,08
32 6		1	0,5561275	1,6402026			
(lehrr)	77	7 60	9	4	0,13	0,33	0,22
32 7			0,3600870				
(Organi)	77	6 71	7	1,9597266	0,03	0,16	0,08
32 8			0,3933795	1,8996715			
(Kurse)	77	7 70	5	3	0,04	0,18	0,09
32 9		2	0,5853930	1,6015633			
(Sonst)	77	1 56	7	3	0,18	0,39	0,27

Anhand dieser Tabelle kann man erkennen, dass 51 % der 77 Antworten die Fortbildung als gut bezeichnet haben. 31 % gaben an, Probleme bei der praktischen Umsetzung zu haben bzw. die Lerninhalte kaum umzusetzen.

16 % der antwortenden Teilnehmerinnen werden von ihrem Arbeitgeber daran gehindert, ihr neues Wissen in der Praxis oder in der Kinderklinik umzusetzen und ergänzen diese Antwort meist mit dem Hinweis auf fehlendes Vertrauen seitens des Arztes. Auch sind sie der Meinung, dass sich der Arzt keine Aufgaben aus der

Hand nehmen lassen will oder schlicht die Organisation einiger Präventionsbereiche wie beispielsweise Elterntreffen zu aufwendig wäre.

Weitere 16 % fühlen sich nach der Teilnahme sehr motiviert und in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt.

22 % der 77 Stimmen bewerten die Fortbildung als lehrreich. Mit geringeren Prozentzahlen werden der Wunsch nach dem inhaltlichen Ausbau einzelner Seminare, der Wunsch nach weiteren Kursen und die gute Organisation bewertet, dennoch waren die Antworten so häufig, dass es sich lohnte, eine eigene Kategorie aufzubauen. Alle restlichen Antworten, die nur ein- oder zweimal genannt wurden, mussten in die Spalte „Sonstiges“ geschrieben werden. Diese Kategorie ist mit 27 % noch recht hoch und um dem Leser einen Einblick in diese Kategorie schaffen zu können, werden im Folgenden einige Fallbeispiele genannt:

- Zertifikat als „Aushang“ in der Praxis gestalten
- Zu viele Teilnehmer
- Ordner sehr hilfreich
- Neuer Arbeitgeber schätzt die Kompetenzen sehr
- Zu unterschiedlichen Grundkenntnisse von Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern, deshalb getrennte Kurse erwünscht
- Noch mehr praktische Übungen

13.2.1 Diskussion

Naidoo et al. (2003:266) stellen in ihrem Lehrbuch der Gesundheitsförderung fünf Kriterien dar, anhand derer ein Programm evaluiert und als gesundheitsfördernd bewertet werden sollte. Diese Kritikpunkte sind bereits mehrmals in dieser Arbeit erwähnt worden und dürften dem Leser bekannt sein. Es handelt sich hierbei um die Punkte: Effektivität, Geeignetheit, Akzeptanz, Effizienz und Gerechtigkeit / Chancengleichheit. Wie unter Punkt 9 ausgeführt, wurde der Fragebogen inhaltlich an diese Kritikpunkte angelehnt.

Neben den Eckpunkten von Naidoo et al. (2003:266) wurden unter Punkt 10 dieser Arbeit die von Britta Wulfhorst (2002) erarbeiteten Kriterien eines Programms in der Gesundheitspädagogik vorgestellt:

1. Konnten die Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens beeinflusst werden?
2. Wurden Inhalte vermittelt?
3. Wurden Kompetenzen gefördert?
4. Konnten Verhältnisse beeinflusst werden?

Die Kriterien von Naidoo et al. (2003) und Wulfhorst (2002) überschneiden sich in einigen Bereichen und es macht wenig Sinn eine gerade Trennung durch die beiden Ansätze zu ziehen und klar zwischen ihnen zu differenzieren. Beide Quellen kommen aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften, wobei Wulfhorst (2002) in ihrer "Theorie der Gesundheitspädagogik" den pädagogischen Ansatz in den Vordergrund stellt, Naidoo et al. (2003) dagegen den wirtschaftlichen Aspekt zentrieren.

So sind sowohl der pädagogische als auch der wirtschaftliche Aspekt für Projekte in der Gesundheitsförderung wichtig, wenn sie pädagogisch vertretbar sein sollen, aber auch wirtschaftlich tragbar.

Nun ist zu prüfen, inwieweit die Ergebnisse der Evaluation diese Qualitätskriterien erfüllen und das Projekt Präventionsassistentin den Kriterien der Gesundheitsförderung aus erziehungswissenschaftlicher Sicht gerecht wird.

In folgendem Diskussionsteil werden genannte Qualitätskriterien thematisch zusammengefasst.

Effektivität / Wurden Inhalte vermittelt

Die Frage, ob dieses Curriculum Inhalte vermittelt hat und ob es im Bereich der Effektivität gut abgeschnitten hat, kann sehr positiv bewertet werden. Die Seminare haben sowohl pädiatrische Themengebiete abgedeckt, Möglichkeiten in der Präventionsarbeit dargestellt als auch Anleitung zur praktischen Umsetzung gegeben. Im Bereich der Schulung des persönlichen Umgangs mit Patienteneltern konnte eine positive Bewertung von 75,4 % erzielt werden.

Es wurde auf eine weitere Differenzierung der Seminarbewertung verzichtet, da diese aufgrund früherer Evaluationen und der Evaluation während der Kurse in ausreichender Form vorliegen.²⁴

In Bezug auf die Effektivität eines Programms, kann dieses nach Naidoo et al. (2003) als effektiv bezeichnet werden, wenn die spezifischen und generellen Ziele dieses Programms erreicht worden sind.

Ein Ziel, welches von den Organisatoren formuliert worden ist, ist die zeitliche Entlastung des Arztes. Dieser Punkt konnte mit der Teilnahme einer Mitarbeiterin bei diesem Curriculum nur teilweise erreicht werden. 35,1 % der Teilnehmerinnen beantworten die Frage, ob der Arzt zeitlich entlastet wurde mit trifft (meist) zu. 36,5 % der Befragten geben an, dass ihr Arzt Patienten mit Fragen zur Prävention an sie verweist, für die anderen 49,5 % bedeutet das, dass der Arzt die Fragen der Patienten meist selbst beantwortet. Von einer zeitlichen Entlastung ist also nur bei den 35,1 % der Frage 21 und den 36,5 % der Frage 19 die Rede.

Dabei lassen sich bei Frage 15, 16 und 17 ganz klar die Gründe erkennen, die eine Entlastung des Arztes vermindern. Frage 15 zeigt das häufige Fehlen eines

²⁴ vgl. hierzu Punkt 9 und 10 dieser Arbeit

Namensschildes. Dies hat zur Konsequenz, dass die Patienten die zusätzliche Qualifikation der Präventionsassistentin nicht kennen und sie somit auch nicht auf Präventionsthemen ansprechen. Eine zeitliche Entlastung des Arztes könnte also recht einfach gelöst werden durch die Information der Patienteneatern über die Zusatzqualifikation einer Mitarbeiterin.

Eine Entlastung des Arztes könnte aber auch dadurch verbessert werden, indem der Arzt häufiger Patienten mit Fragen zur Prävention an die Präventionsassistentin verweist (siehe Frage 16).

Für die Hälfte der Teilnehmerinnen trifft dieser Fall aber nicht zu. Liegt es an dem fehlenden Vertrauen des Arztes gegenüber seiner Mitarbeiterin oder an dem Aspekt, dass der Arzt sich "nichts aus der Hand nehmen" lassen will? Diese Frage könnte zum einen mit weiteren Evaluationen beantwortet werden, aber auch bei den folgenden Kursen in der Gruppe diskutiert werden.

Es sollte die Überlegung stattfinden, einige Kurseinheiten zusammen mit den arbeitgebenden Ärzten abzuhalten, um einen gemeinsamen Arbeitsplan mit den Arzthelferinnen oder Kinderkrankenschwestern zu entwerfen.

Das Ziel der zeitlichen Entlastung wurde also nur teilweise erfüllt, jedoch liegen die Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen mit Hilfe der Ergebnisse auf der Hand: Information der Patienteneatern mit Namensschildern oder Informationstafeln und das Miteinbeziehen des Arbeitgebers in das Curriculum.

Als weiteres Ziel wurde die Erhöhung der Attraktivität der Berufsbildes Kinderarzthelferinnen und Kinderkrankenschwester genannt. Die positive Bewertung dieser Frage von 50 % der Teilnehmerinnen kann durchaus als erfolgreich gesehen werden. Denn man muss bedenken, dass die Evaluation für ca. ein Drittel der Befragten kurz nach der Teilnahme bzw. noch während der Teilnahme stattgefunden hat, so dass es eher unwahrscheinlich ist, dass sich aus dieser Gruppe eine Teilnehmerin bereits eine neue Arbeitsstelle gesucht hat, zumal meist der Arbeitgeber die Kosten für die Teilnahme trägt. Dies erklärt auch die große Anzahl der neutralen Antworten von 29,4 %.

Akzeptanz / Geeignetheit / Wurden Kompetenzen gefördert?

Die hierzu gestellten Fragen lassen erkennen, dass bei einer unspezifischen

Frage zur praktischen Umsetzung wie 6 / 7 / 8 die Antworten deutlich positiver bewertet werden, als bei Fragen wie 9 / 10 / 11 / 12, die die praktische Umsetzung genauer zu definieren versuchten.

Bei Frage 9 wird dies teilweise auf die Unklarheit des Begriffes "Patientenschulung" zurückgeführt, bei Frage 10 auf die Komplexität der Frage und insbesondere der Antwortmöglichkeiten und der geringen Motivation der Befragten, Anmerkungen und Nennungen hinzuzufügen.

Frage 11 und 12 wurden ebenfalls nicht sehr zahlreich beantwortet und auch hier lässt das geringe Antwortverhalten bei den Ergänzungen und Benennungen einzelner Bereiche, eine weitere Interpretation schwierig erscheinen. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten waren nicht optimal gewählt, aber auch bei einfach zu verstehenden Fragen wie bei 11 und 12 sind die Ergebnisse im Sinne des Curriculums nicht zufrieden stellend.

Dies verwundert, da der Bereich der Effektivität und der Bereich der Vermittlung von Inhalten sehr gut abgeschnitten haben. Das Wissen und die erwarteten Inhalte wurden also erfolgreich vermittelt, es wurden Möglichkeiten, diese praktisch umzusetzen ebenso erfolgreich gelehrt und dennoch verläuft die praktische Umsetzung nicht optimal.

Es lassen sich bei Frage 10.1 bis 10.3 Tendenzen ablesen, dass es das Problem der Zeit sein könnte, ebenso wie räumliche Probleme, welche die praktische Umsetzung erschweren.

Möglich ist aber auch, dass der Teilnehmerin nicht die nötige Basis geboten wird, um ihr erfolgreich erlerntes Wissen umzusetzen. Diese Basis kann nur in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber und den Kolleginnen geschehen, so dass gemeinsam Bedingungen für die „neue“ Präventionsarbeit geschaffen werden. Da in der Mehrzahl der Arztpraxen oder Kinderkliniken Teambesprechungen stattfinden²⁵, könnte die Präventionsassistentin geschult werden, ihr Anliegen und ihre Schwierigkeiten bei diesen Besprechungen besser zu vertreten. Dies wäre ein weiterer Schritt in Richtung Kompetenzförderung in Bezug auf die Stärkung des Selbstbewusstseins, des Durchsetzungsvermögens und der Vertretung von Interessen.

In der Konsequenz würde mehr praktische Umsetzung an der jeweiligen

²⁵ vgl. hierzu Frage 27 dieser Arbeit

Arbeitsstelle geschehen und sowohl die Präventionsassistentin als auch die Ärzte, Patienteneltern und Kinder davon profitieren.

Da die offenen Benennungen wenig angenommen wurden, und somit über die Art der Probleme nur Tendenzen oder gar Spekulationen getroffen werden können, sollte dieser Punkt in einer weiteren Evaluation erarbeitet werden und in den folgenden Kursen zusammen mit den Teilnehmerinnen diskutiert werden.

Die Fragen 13 und 14, welche sich neben der praktischen Umsetzung auch auf die Wahrnehmung der eigenen Person beziehen, wurden wieder sehr gut bewertet. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen fühlt sich nach dem Curriculum kompetenter und sicherer in Bezug auf Präventionsthemen.

Wulfhorst (2002) fordert für Programme in der Gesundheitspädagogik die Förderung von Kompetenz, welcher das Curriculum bei der Betrachtung von Frage 13 und 14 gerecht wird.

Auch ist das Curriculum geeignet, um Kinderarzhelferinnen und Kinderkrankenschwestern Wissen zu vermitteln, jedoch muss eine Lösung gefunden werden, um dieses Wissen auch der Zielgruppe Patienteneltern und Kindern noch besser zukommen zu lassen.

Effizienz

Die Frage, inwieweit sich die Fortbildung wirtschaftlich gelohnt hat mit Hilfe der Teilnehmerinnen zu beantworten, ist in dieser Evaluation nicht möglich. Für die Bewertung eines Programms in der Gesundheitsförderung ist es notwendig, die unterschiedlichen Zielgruppen zu evaluieren. So wäre es im Bereich der Effizienz sinnvoller die Ärzte und Arbeitgeber direkt zu befragen, und die Teilnehmerinnen nicht mit zu vielen Fragen zu überstrapazieren. Zudem kann der Arbeitgeber den wirtschaftlichen Nutzen, welchen seine Praxis oder Klinik durch die Präventionsassistentin erfährt, besser beurteilen. Um eine relevante Aussage zur Wirtschaftlichkeit zu treffen, wäre es äußerst interessant, von den Ärzten zu erfahren, inwieweit die Patienten an IGe-Leistungen²⁶ im Bereich der Prävention

²⁶ vgl. hierzu www.igel-verzeichnis.de

interessiert sind. Die Effizienz sollte in Form einer weiteren Evaluation überprüft werden, welche sich an die Ärzte richtet.

Chancengleichheit

Der Kritikpunkt der Chancengleichheit wird hier in Bezug auf die gleichen Chancen von deutschen und ausländischen Patienten bezogen. Es wurde mit diesen Fragen versucht zu ermitteln, ob es in der Kinderarztpraxis oder auch der Kinderklinik möglich ist, auch den ausländischen Patienteneltern Präventionsthemen näher zu bringen. Dies ist vor allem in den Praxen oder Kliniken möglich, welche über ausländische Kollegen verfügt, so dass diese als Dolmetscher fungieren können.

Es ergeben sich jedoch hieraus einige Fragen: Wenn nicht zufällig die Präventionsassistentin über Fremdsprachenkenntnisse verfügt oder ausländisch ist, braucht sie die Hilfe einer Kollegin, die für sie übersetzt. Aufgrund der Ergebnisse, dass viele Teilnehmerinnen über personelle und zeitliche Probleme bei der praktischen Umsetzung klagen, ist es schwer vorstellbar, dass tatsächlich eine Kollegin als Dolmetscherin für die Präventionsassistentin einspringt. Dennoch, 30% der Teilnehmerinnen haben geantwortet, keine Probleme zu haben, die Präventionsthemen an ausländische Patienten zu vermitteln.

Allerdings stellt einen nicht nur die sprachliche Barriere vor Schwierigkeiten, sondern auch die unterschiedliche Auffassung von gesundem Leben je nach Kultur, einem kulturspezifischen Gesundheitsverständnis. Diesen Aspekt können die Präventionsassistentinnen nicht leisten.

Wurden Verhältnisse verändert?

Wulfhorst (2002) stellt als ein Qualitätskriterium, welches Programme der Gesundheitspädagogik enthalten sollten, die Veränderung von Verhältnissen dar.

IGel steht für Individuelle Gesundheitsleistungen

Unter Individuellen Gesundheitsleistungen versteht man Leistungen der Vorsorge- und Service-Medizin, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht bezahlt werden, da sie nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Diese Diagnose- und Behandlungsmethoden werden den Kassenpatienten zusätzlich angeboten und müssen bei Inanspruchnahme aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

Nicht jedes Programm in der Gesundheitsförderung ist und wird in der Lage sein, Verhältnisse zu verändern, auch das vorliegende Fortbildungscurriculum ist aufgrund des Umfanges nur in sehr begrenztem Maß befähigt diese Zielsetzung zu erfüllen.

In der Verhältnisprävention geht es auch um die Veränderung von Lebensbedingungen im Sinne der Gesundheit, so dass die Gestaltung eines gesunden Lebensraumes für die Kinder in der elterlichen Wohnung auch ein Teil von Verhältnisprävention beschreibt – eine Zielsetzung des Fortbildungscurriculums.

An dieser Stelle wird auch deutlich, wie eng Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verbunden sind. Wenn das Verhalten der Menschen verändert werden kann, wird in der Konsequenz häufig auch das Verhältnis verändert.

Für die Evaluation bedeutet das, dass keine Fragen zur Veränderung von Verhältnissen gestellt werden, da dieser Punkt nicht ausreichend evaluiert werden kann.

14.3 Schlussfolgerung

Es ist deutlich geworden, dass das Curriculum zur Präventionsassistentin in vielerlei Hinsicht den Kriterien der Gesundheitsförderung als auch den Kriterien der Gesundheitspädagogik entspricht.

Zuerst sollte positiv auf die regelmäßigen Evaluationen verwiesen werden, da dies ein entscheidendes Kriterium für die Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit von Programmen in der Gesundheitsförderung darstellt, will man diese aus gesundheitspädagogischer Sicht betrachten. Die Evaluationen lassen es zu, das Curriculum in Hinblick auf gesundheitspädagogische Aspekte zu beurteilen, was ohne Evaluationen kaum möglich gewesen wäre.

Die Kurse mit Inhalt und Referenten werden als sehr gut bewertet, was auch

schon aus den zahlreichen früheren Evaluationen hervorgeht.²⁷

Die praktische Umsetzung der Lerninhalte wird teilweise als problematisch beschrieben, was zum Teil auch darauf zurückzuführen ist, dass der Präventionsassistentin an ihrer Arbeitsstelle nicht der nötige Raum und die nötigen Umstrukturierungen ermöglicht werden, um ihr Wissen in die Tat umzusetzen.

Generell sollte die Position der Präventionsassistentin gestärkt werden, so dass sie ihren neuen Tätigkeitsbereich stärker vertreten und verteidigen kann. Ein Vorschlag hierfür wäre die Schulung der Teilnehmerin in der Führung von Teamgesprächen und in der Interessenvertretung ihrer Anliegen.

Die Position der Präventionsassistentinnen lässt sich aber auch durch recht einfache „Handgriffe“ stärken, beispielsweise durch das Anbringen eines Posters oder einer Informationstafel, auf welchem auf ihre Tätigkeit hingewiesen wird, aber auch durch ein Namensschild.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass gerade in diesem Bereich ein hoher Nachholbedarf besteht, denn sowohl im Team als auch bei den Patienten sollte dringend auf ihre Zusatzqualifikation hingewiesen werden.

Der Bereich der Chancengleichheit ließe sich noch ausbauen, beispielsweise durch die Schulung der Teilnehmerinnen im Bereich kulturspezifischem Gesundheits- und Krankheitsverstehen.

²⁷ vgl. hierzu Punkt 9 und 10 dieser Arbeit

Teil 4 Diskussionsfelder

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Ansatz in der Gesundheitsförderung zu formulieren, welcher unter gesundheitspädagogischen Aspekten betrachtet wird. Ebenfalls sollten sich in diesem Zusammenhang Antworten zum aktuellen Stand der Gesundheitspädagogik ergeben.

Um das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitspädagogik zu klären, kann die Gesundheitspädagogik als theoretische Basis für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung betrachtet werden.

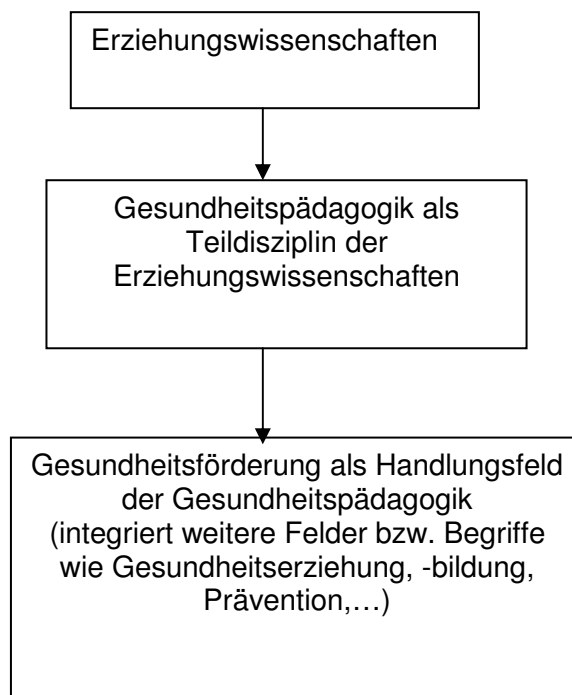


Abb.56, Das Verhältnis von Gesundheitspädagogik und -förderung

Um nun einen Ansatz der Gesundheitsförderung unter gesundheitspädagogischer Sichtweise zu finden, wurde das Fortbildungscurriculum Präventionsassistentin untersucht, um mit Hilfe des direkten praktischen Bezuges dieser Forschungsfrage einen Schritt näher zu kommen.

Dabei stellen sich nun nach Abschluss der Evaluation folgende Fragen:

- Kann mit Hilfe der Ergebnisse ein Ansatz der Gesundheitsförderung aus gesundheitspädagogischer Sichtweise formuliert werden?
- Kann das Curriculum der Präventionsassistentin gar als Positiv-Beispiel für die Etablierung der Gesundheitspädagogik betrachtet werden?
- Können die Ergebnisse Lösungsansätze für Problemfelder liefern, in Bezug auf Gesundheitspädagogik als Theorie und Handlungsfeld?

14 Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften

14.1 Die Kulturalität von Pädagogik und Medizin – das historische Erbe der Gesundheitspädagogik

Noch immer wird für die Allgemeine Pädagogik von Seiten der Pädagogen der Wunsch geäußert, sie möge sich als unabhängige Wissenschaft etablieren und sich nicht in den Dienst weiterer Wissenschaften stellen lassen. Dieser Wunsch ist nicht neu, betrachtet man ein von Zwick (2004:9) gewähltes Zitat von Herbart aus dem Jahr 1806:“ Es dürfte wohl besser sein, wenn die Pädagogik sich so genau als möglich auf ihre einheimischen Begriffe besinnen und ein selbstständiges Denken mehr kultivieren möchte, wodurch sie zum Mittelpunkt eines

Forschungskreises würde und nicht mehr Gefahr liefe, als entfernte, eroberte Provinz von einem Fremden regiert zu werden.“

Johann Friedrich Herbart (1776 – 1841) betonte ebenfalls, entgegen mancher "Kollegen" seiner Zeit, die Eigenständigkeit der Pädagogik, welche frei von "sachfremden Interessen sein müsse". Deutlich wird sein Anliegen unter anderem auch in seiner Abneigung gegen eine politisierende Pädagogik, welche im starken Gegensatz zum Aufbau eines öffentlichen, staatlich geprägten und kontrollierten Erziehungssystems des 19. Jahrhunderts stand (Raithel et al., 2007:131).

Herbarts Gedanken, die Pädagogik möge sich auf sich besinnen, sind umso nachvollziehbarer, betrachtet man die Rolle der Pädagogik einige Jahrhunderte zuvor. Dort wird deutlich, dass die Emanzipation der Pädagogik ein äußerst langwieriger Prozess war und ist, der sich auch immer wieder massiven Rückschlägen ausgesetzt sehen musste.

So konnten die pädagogischen Gedanken der Antike, die eine philosophische Betrachtungsweise des Menschen in den Mittelpunkt stellten und die Erziehung des Menschen zum reflektierten, kritischen Individuum als pädagogische Aufgabe sahen, nicht beibehalten werden. Die Gedanken, dass der Mensch nur in kritischer Auseinandersetzung mit seiner Umwelt lernt und keinesfalls unreflektiert „fremde“ Gedanken übernehmen sollte, mussten in der darauf folgenden Epoche des Christentums und Mittelalters einer stark theologisch ausgerichteten Sichtweise pädagogischer Lehre weichen.

Theologie, Christentum und die göttliche Lehre standen im Mittelpunkt pädagogischer Ansätze und die christliche Lehre bildete den Grundsatz pädagogischer Denkansätze.

Ebenso wurde dies auch von Augustinus (4. Jahrhundert) und seinem Schüler Thomas von Aquin gelehrt "philosophia ancilla theologiae" (die Philosophie ist die Dienerin der Theologie) (Reble, 1999:58), dennoch brachten beide in ihrer theoretischen Sichtweise einen stark individuumzentrierten Ansatz in ihre Lehre, denn sie knüpften wieder an den antiken Ansatz der Selbstgestaltung von Erziehung und des Lernen in kritischer Auseinandersetzung mit der Umwelt an. Das Wissen des Schülers solle durch seine aktive Hervorbringung und im Erkennen desselben gesammelt werden (Böhm, 2004:38). Das Schulwesen jedoch wird im Sinne der christlich geprägten Weltanschauung des Mittelalters vorerst nur von der Geistlichkeit getragen. Dies wird beispielsweise durch die Gründungen von Klosterschulen im 7. Jahrhundert durch die Benediktiner Mönche

deutlich. Später wurden immer mehr Schulen von den Städten gegründet, welche sich zwar inhaltlich nicht besonders von den Klosterschulen unterschieden, aber städtischen Lehrer anstellten und die Vorreiter der weltlichen Schulen im 16. Jahrhundert bildeten (Reble, 1999:61).

In den folgenden Jahrhunderten löste sich die Pädagogik immer mehr aus ihrer untergeordneten Rolle der Theologie. Durch die schnell wachsenden neuen Erkenntnisse in den Naturwissenschaften, stellte sich der Pädagogik immer deutlicher die Frage, welche Rolle der Mensch in der naturwissenschaftlichen Weltanschauung hat. Eine Vielzahl neuer Ansätze wurde entwickelt, doch nicht alle sprachen der Pädagogik ihre Eigenständigkeit zu, die sie nach der Herauslösung aus der christlichen Prägung bräuchte. Insbesondere die politischen und gesellschaftlichen Einflüsse werden in der pädagogischen Lehre der folgenden Jahrzehnte widergespiegelt.

Zu nennen sei hier Herman Nohl (1879-1960), einer der wichtigsten Personen der Reformpädagogik²⁸ des 20. Jahrhunderts. Nohl versuchte den Bezug zur Erziehungswirklichkeit herzustellen und schreibt dieser im Vergleich zur pädagogischen Theorie eine größere Bedeutung zu (Raithel et al., 2007:147). Pädagogische Praxis sollte sich nach Nohl in drei Stadien gliedern: Persönlichkeit (Individualität und Ganzheitlichkeit des Einzelnen), Gemeinschaft (Masse der Bevölkerung) und Dienst (Unterordnung des Einzelnen unter die kulturelle Macht). Das zweite und dritte Stadium zeigen deutlich, dass auch bei Nohl die gesellschaftlichen und politischen Einflüsse seiner Zeit einen starken Einfluss auf seinen pädagogischen Ansatz hatten.

Auch eine Unstimmigkeit wird in Nohl's pädagogischem Ansatz sichtbar: er setzte sich sehr dafür ein, die Pädagogik als eigenständige Wissenschaft von anderen Wissenschaften abzugrenzen, schaffte es aber nicht, sie der politischen Einflussnahme zu entziehen.

Es scheint ein äußerst schwieriger Prozess zu sein, die Pädagogik einerseits nicht von den Einflüssen ihrer Zeit zu separieren, sie aber auf der anderen Seite unabhängig und eigenständig sein zu lassen. So kann man sagen, dass der

²⁸ Die Reformpädagogik, Beginn ca. Ende des 19. Jahrhunderts, kritisierte die „alte Schule“ als „Lehrer- und Stoffschule“ und beeinflusste neue Bewegungen bzw. Schlagworte maßgeblich mit. Zu nennen seien Jugendbewegung, Kunsterziehungsbewegung, Pädagogik vom Kinde aus oder Waldorfschule. Die psychologischen Aspekte der kindlichen Entwicklung sollten zentraler Punkt in der Erziehungs- und Bildungsarbeit sein (Böhm, 1994: 570f).

„Emanzipationsprozess“ der Pädagogik bis in die Gegenwart nicht aufgehört hat: "So präsentiert sich die Pädagogik der Gegenwart als eine Wissenschaft, die sich mit einem breiten Spektrum wissenschaftlicher Methoden eine Vielzahl gesellschaftlich und individuell erzieherisch relevanter Phänomene zu erklären und zu verstehen versucht, und die sich in einem anstrengenden Emanzipationsprozess vom 18. Jahrhundert an bis zur Gegenwart zu einer erklärenden und verstehenden Sozialwissenschaft entwickelt hat" (Kron, 2001:33) Wie Kron (2001) beschreibt, ist die Pädagogik nach wie vor im Prozess sich als eigenständige Wissenschaft zu definieren. So war sie in der Antike eng verbunden mit der Philosophie, im Mittelalter mit der Theologie, in der Neuzeit mit den Naturwissenschaften und der Soziologie.

Die Kooperationsfelder, wie Kron (2001) sie darstellt, sind für die Pädagogik und ihre Weiterentwicklung von großer Bedeutung, wobei immer darauf geachtet werden sollte, die Eigenständigkeit jeder einzelnen Wissenschaft zu bewahren.

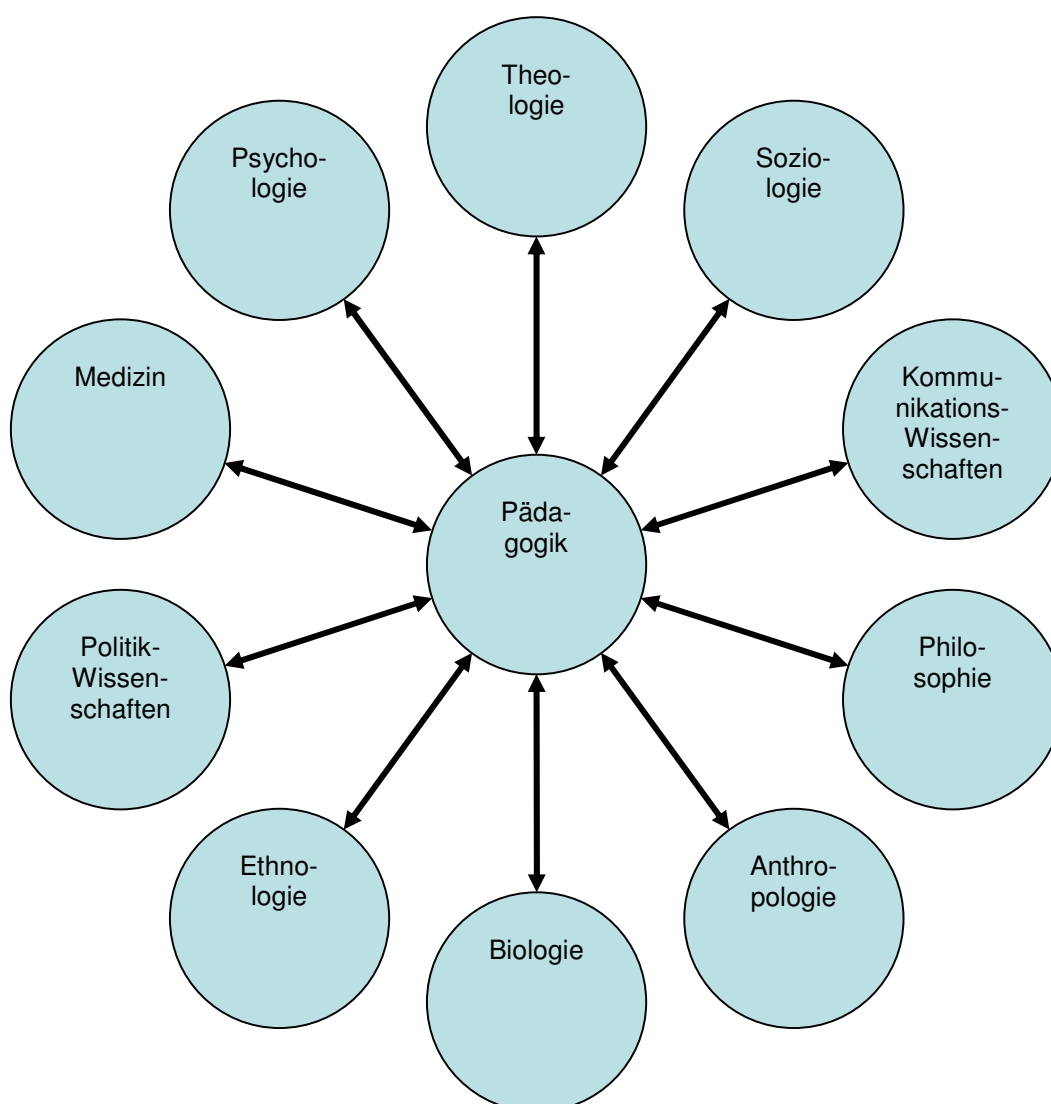


Abb.57, Kooperationsfelder der Pädagogik (Kron, 2001:33)

Betrachtet man das historische Erbe der Pädagogik als nach wie vor aktuelles Problemfeld, so wird einem ein weiteres Problemfeld offen gelegt. Die mangelnde Eigenständigkeit ihrer „Tochterdisziplinen“, wie es beispielsweise auch die Gesundheitspädagogik ist. Sie ist eine „Partnerschaft“ mit der Medizin eingegangen und läuft seither Gefahr, als „Ausführungsorgan“ der medizinischen Lehre betrachtet zu werden.

Die folgenden Schritte in der Gesundheitspädagogik sollten sein, sich als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften zu verstehen, sich also auf ihre pädagogischen Wurzeln zu besinnen und sich nicht je nach Betrachtungsweise als Teil der Medizin, der Gesundheitswissenschaften oder der Public Health zu sehen (Zwick, 2004:7).

Auch wenn der Einfluss der Medizin in die Gesundheitspädagogik als Handlungsfeld nicht zu groß sein sollte, so ist die Medizin dennoch Teil der gesundheitspädagogischen Theorie und hat ihren heutigen Entwicklungsstand mit geprägt. Die Kulturabhängigkeit der Pädagogik lässt sich ebenfalls in der Medizin beschreiben und weist zahlreiche Parallelen auf.

Denn ebenso wie die Pädagogik war die Medizin in der Antike eng mit der Philosophie verbunden. Der menschliche Geist und Körper – auch häufig beschrieben als Leib und Seele – wurden als Einheit betrachtet, die sich gegenseitig bestimmen und nur in Harmonie miteinander, gesund seien²⁹. Diese

²⁹ vgl. hierzu die Vier Säfte Lehre:
Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) erweiterte die Lehre der vier Elemente um die Vier-Säfte-Lehre:

- Blut	warm / feucht
- Schleim	kalt / feucht
- gelbe Galle	warm / trocken
- schwarze Galle	kalt / trocken

Für das medizinische Verständnis war diese Lehre entscheidend, da sie Gesundheit und Krankheit deutlich definierte. Bei dem richtigen Mischungsverhältnis der Körpersäfte bestand eine Harmonie-Synkrasie, war dieses Mischungsverhältnis aber gestört, so bestand eine Dysharmonie-Dyskrasie und somit Krankheit.

Diese Vier Säfte Lehre beschrieb den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit, als Einheit von Körper und Seele, als Leib.

Harmonie wurde nicht nur für den menschlichen Körper angestrebt, sondern ebenfalls für das gesellschaftliche Zusammenleben.

Das medizinische Wissen entwickelte sich in den folgenden Jahrhunderten stark weiter, zu nennen seien hier Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) und Galen von Pergamon (129-200 n. Chr.), welche als eine der wichtigsten Vertreter der historischen Medizin betrachtet werden sollten. Nach Ende des römischen Reiches jedoch erging es der Medizin ebenso wie der Pädagogik und so wurde sie unter dem starken Einfluss des Christentums einer göttlichen Lehre untergeordnet. Dies bedeutete, dass Gesundheit und Krankheit größtenteils in den Händen Gottes lagen und der Mensch wenig Einfluss auf seinen Körper hatte. Die Medizinische Praxis wurde größtenteils von Mönchen durchgeführt (Schweiger, 2005:44).

Die Pestepidemie – konnte dies gottgewollt sein? - die Funde der antiken Medizinbücher „De Medicina“ von Celsus aus dem Jahr 50 n. Chr. (Schweiger, 2005:57ff), sowie die steigende Bedeutung der Naturwissenschaften rückten den göttlichen Charakter der Medizin allmählich auf die Seite und stellen den Menschen wieder in den Vordergrund. Anders als in der Antike ging es dabei weniger um die Erklärung von Gesundheit und Krankheit nach dem Prinzip der Harmonie von Leib und Seele, sondern in erster Linie um die Erforschung physikalischer Vorgänge und Zustände.

Die folgenden stark naturwissenschaftlich geprägten Jahrhunderte reduzierten die Medizin als reine Naturwissenschaft. Der menschliche Körper und seine Physiologie konnten nur noch von Naturwissenschaftlern nachvollzogen werden, so dass die Verantwortung über Gesundheit und Krankheit nicht mehr von den Menschen selbst mitbestimmt wurde, sondern in den Händen der Ärzte lag.

Für die Gesundheitspädagogik hat dies bis heute Folgen: die Loslösung von einem philosophisch-klassischen Idealismus zugunsten eines Materialismus und Naturalismus, welcher sich in der rasanten Entwicklung medizinischer Erkenntnisse widerspiegelt (Wulfhorst, 2002:60).

Erst in den letzten Jahrzehnten ändert sich die rein naturwissenschaftliche

Die Harmonie im Leib ist die Voraussetzung für die Gesundheit. Das heißt eine Harmonie mit den vier Säften im Körper, und den jeweiligen Temperamenten. Das Prinzip der Harmonie findet sich sowohl in der Gesundheit wieder als auch im gesellschaftlichen Zusammenleben. Die „Diateia“ bezeichnet die „Regelung der Lebensordnung“, welche z.B. die Ernährung und Bewegung umfasst (Wulfhorst, 2002:56).

Auslegung der Medizin wieder und die Medizin geht immer öfter Kooperationen mit Wissenschaften wie der Soziologie und Pädagogik ein. Dies liegt in erster Linie an den sich ändernden Krankheitsbildern, welche nicht mehr rein biomedizinisch erklärbar sind, sondern immer häufiger gesellschaftliche wie erziehungswissenschaftliche Aspekte beinhalten.

Diese „neuen“ Aspekte, die die Medizin seit einigen Jahrzehnten in ihre Wissenschaft verstärkt mit aufnimmt, sind also keineswegs neu, betrachtet man den kurzen historischen Rückblick, sondern sie wurden im Laufe der Geschichte verloren und nicht mehr mit der Medizin in Verbindung gebracht. Ebenso wie die Pädagogik muss sich also die Medizin auf ihr historisches Erbe berufen, will sie sich nicht von einer übergeordneten Wissenschaft, in diesem Fall die Naturwissenschaft, dominieren lassen.

Für die Gesundheitspädagogik ist es wichtig, dass sie sich der Kulturgebundenheit ihrer „nächsten“ Wissenschaften bewusst ist und sich auf der Basis dieses Wissens weiter entwickelt.

Denn allein bei der Begriffsklärung der Gesundheitspädagogik bzw. bei der Betrachtung des Forschungsstandes³⁰ wird die Diffusivität aufgezeigt, mit der diese Teildisziplin der Erziehungswissenschaften verstanden und ausgelegt wird.

14.2 Gesundheitspädagogik am Beispiel des Fortbildungscurriculums Präventionsassistentin

Das Fortbildungscurriculum der Präventionsassistentin wurde für diese Arbeit als praktisches Beispiel herangezogen, um die Frage nach einem gesundheitsfördernden Ansatz aus gesundheitspädagogischer Sicht zu beantworten, ebenso aber auch um Antworten nach dem aktuellen Stand der Gesundheitspädagogik zu erhalten.

Dabei war es von entscheidender Bedeutung bei der Auswahl des Forschungsgegenstandes, dass beide Grunddisziplinen der Gesundheitspädagogik vereint sind: die Medizin und die

³⁰ Vgl. hierzu Punkt 3 dieser Arbeit

Erziehungswissenschaften.

14.2.1 Das Curriculum als positives Beispiel in der Gesundheitspädagogik?

Für die Gesundheitspädagogik scheint es eine große Herausforderung zu sein, die Medizin und Pädagogik als zwei Disziplinen so unterschiedlichen Charakters zu vereinen, ohne dass eine der beiden Wissenschaften zurückstecken muss.

Auf der Basis des Curriculums und mit Hilfe der evaluierten Ergebnisse soll die Frage beantwortet werden, inwieweit das Curriculum gesundheitspädagogisch handelt. Aus der Beantwortung dieser Frage wird im Anschluss ein gesundheitsfördernder Ansatz entwickelt, der gesundheitspädagogischen Kriterien gerecht werden sollte.

Dabei muss beachtet werden, dass es zwei Gruppen in dieser „Analyse“ geben wird:

Zum einen die Gruppe Dozenten und zukünftige Präventionsassistentinnen und zum anderen die Gruppe Präventionsassistentin und Patienten. Es wäre sinnvoll hier in gesundheitspädagogische Lehre und gesundheitspädagogisches Handeln zu unterscheiden.

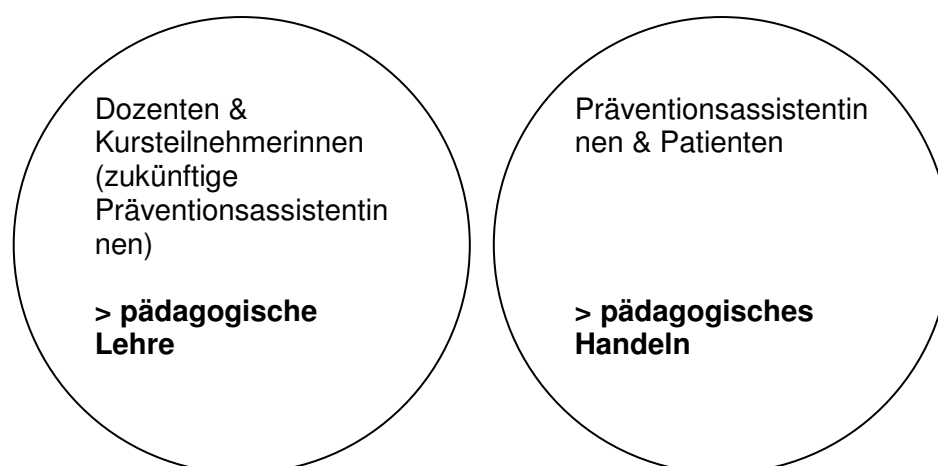


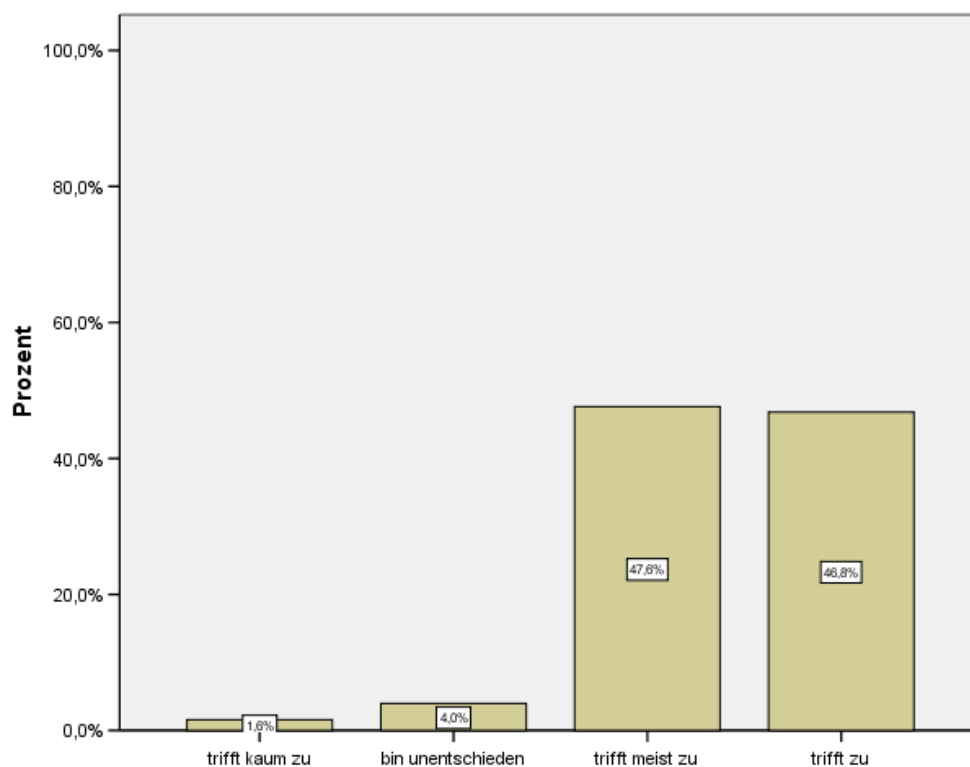
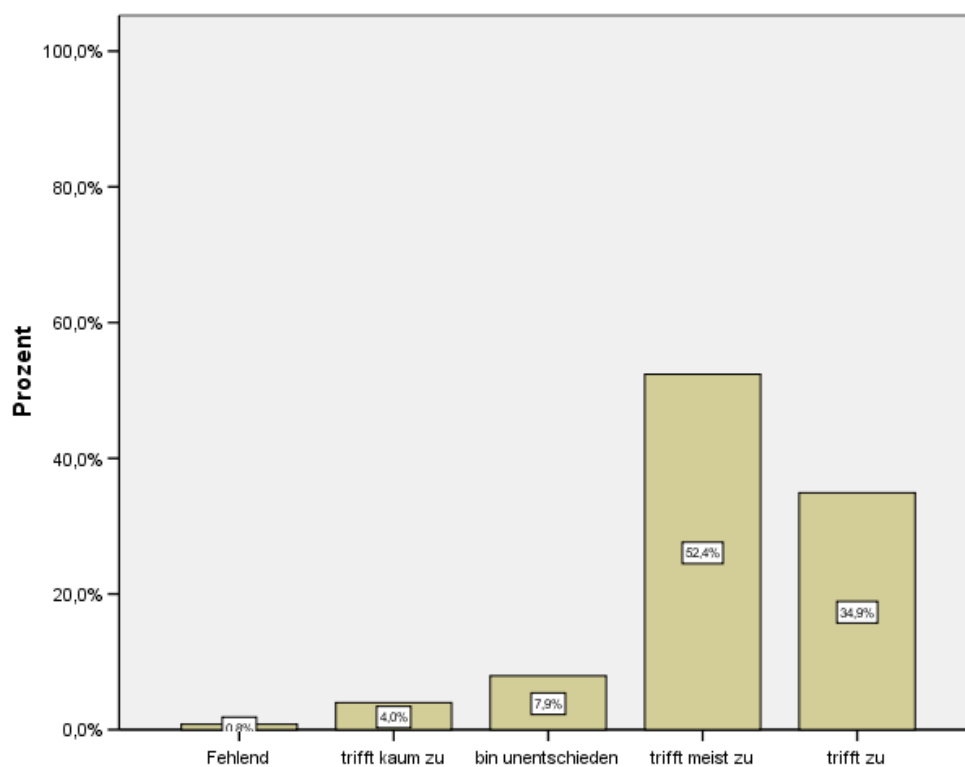
Abb. 58, Personengruppen pädagogischer Lehre und pädagogischen Handelns

Diese Trennung mag auf den ersten Blick sehr schematisch wirken, und es ist sicherlich richtig, dass so eine scharfe Differenzierung zwischen den beiden pädagogischen Feldern nicht grundsätzlich nützlich ist, allerdings hilft sie bei dieser Analyse beide Handlungsfelder einzeln nacheinander zu betrachten und so eine Struktur zu erreichen, die die Analyse an sich erleichtert und die Gedankenschritte nachvollziehbar macht.

Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass die Lerninhalte zwar sehr gut von den Teilnehmerinnen aufgenommen wurden, jedoch die praktische Umsetzung im Vergleich schlechtere Benotungen bekommen hat. Obwohl also die Präventionsassistentinnen gerne gelernt haben, an den Inhalten äußerst interessiert waren und motiviert die Fortbildung verlassen haben, konnten sie ihre neuen Erkenntnisse nicht zufrieden stellend an weitere Personen weitergeben, also weder den Arzt von der Umsetzung überzeugen, als auch ihre Erkenntnisse an die Patienten weitergeben. Welchen Grund kann dies haben?

14.2.1.1 Die Pädagogische Lehre am Beispiel des Curriculums der Präventionsassistentin - das Interaktionsfeld von Dozenten und Kursteilnehmerinnen

Die Ergebnisse der Kursevaluation haben gezeigt, dass die Vermittlung des Wissens erfolgreich war und bei den Kursteilnehmerinnen sehr gute Noten bekommen hat.

Die Seminare haben für mich relevante Themengebiete in der Pädiatrie abgedeckt**Ich habe in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren**

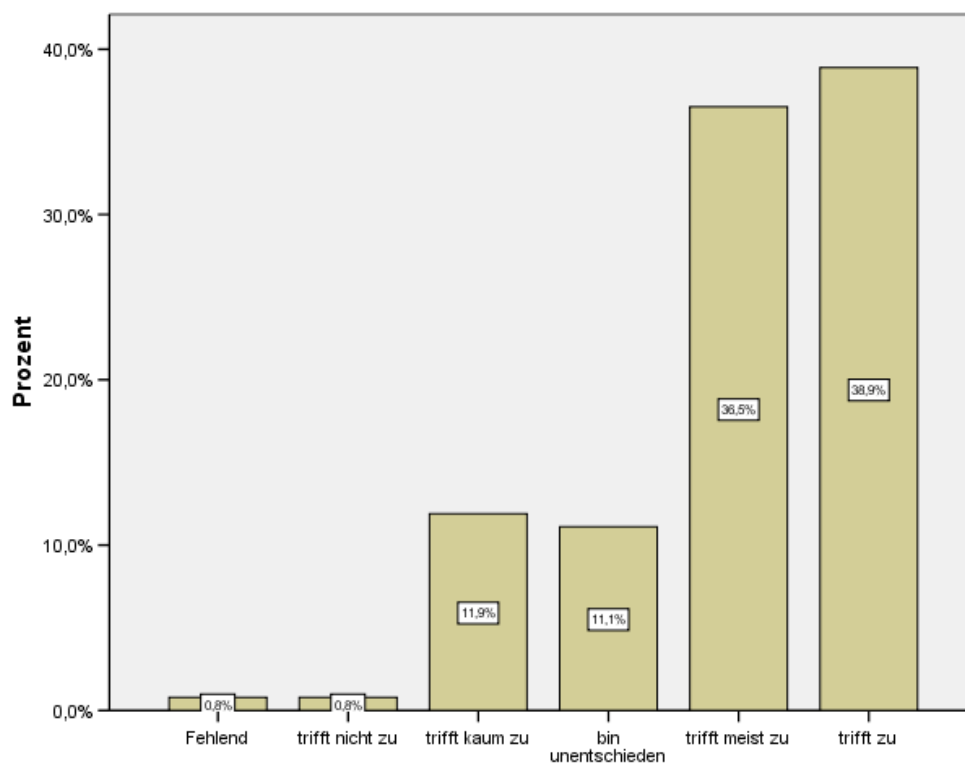
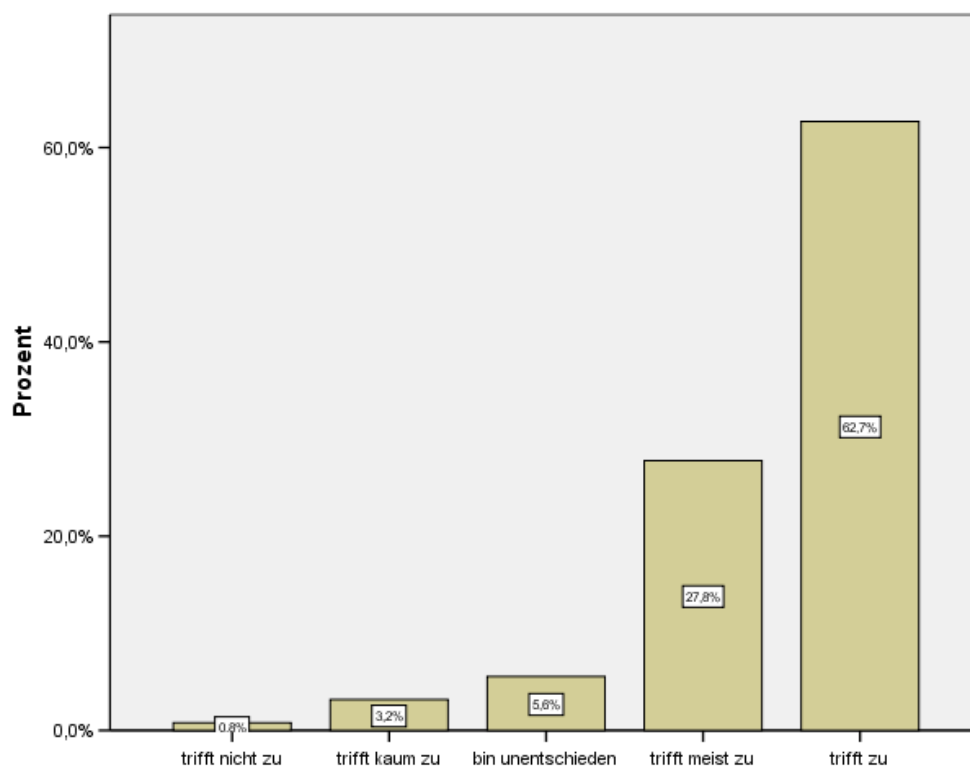
Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit Patienteneatern geschult**Die Seminare haben mir Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0-5 Jahre aufgezeigt**

Abb. 19 – 22, Frage 1-4 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Auch die Kursevaluationen der Vorjahre haben ergeben, dass die Kurse an sich sehr gut bewertet wurden.

Die pädagogische Lehre, reduziert man sie auf die reine Wissensvermittlung, ist also erfolgreich gewesen. Pädagogische Lehre umschließt jedoch mehr als diese Wissensvermittlung.

Jeder Pädagoge sollte sich die Frage stellen, wie das Wissen aufgenommen worden ist und was dieses Wissen beim Educanten ausgelöst hat. Diese Fragen wurden mit Hilfe der Evaluation versucht zu beantworten, mit den Fragen zur praktischen Umsetzung des erlernten Wissens an der Arbeitsstelle. Die praktische Umsetzung aber, so haben die Ergebnisse gezeigt, verlief nicht ganz problemlos.

Am ehesten fehlten die Bedingungen, die der Präventionsassistentin die praktische Umsetzung ihres neu erlernten Wissens möglich gemacht hätten. Als Bedingungen sind hier beispielsweise verfügbare Räumlichkeiten, Zeit, vorhandenes Personal, die die Arbeit der Präventionsassistentin zusätzliche Arbeit kompensieren können, die Patienten und auch der Arbeitgeber genannt.

Während der Kurse werden den Teilnehmerinnen immer wieder Diskussionszeiten angeboten, praktische Übungen und sogar die Möglichkeit nach einigen Monaten an Supervisionskursen teilzunehmen, um die Probleme der praktischen Umsetzung zu diskutieren, Lösungen zu finden und Ideen von anderen Präventionsassistentinnen zu erhalten, die ihr Wissen erfolgreich in der Praxis oder der Klinik um gesetzt haben.

Auch wenn dieses Angebot weit über das übliche Maß bei vergleichbaren Fortbildungen hinausreicht, so scheint es doch nicht effektiv genug zu sein, wie die Ergebnisse schlussfolgern lassen.

Was fehlt in dieser pädagogischen Lehre, um den Status einer reinen Wissensvermittlung zu überschreiten?

Ein Grundgedanke der Pädagogik, welcher bereits seit der Antike verfolgt wird³¹ ist die Lehre als aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt. Der Schüler wird nur dann sein Wissen vermehren können, wenn er dieses nicht kritiklos übernimmt, sondern dieses reflektiert aufnimmt. So alt dieser Gedanke ist, so aktuell ist er und auch die Ergebnisse der vorliegenden Befragung bestärken diese Aktualität noch. Die Teilnehmerinnen hatten Probleme, ihr Wissen in den Praxis- bzw. Klinikalltag umzusetzen, denn es fehlt während der Fortbildung an der Interaktion und der kritischen Auseinandersetzung mit den Umweltfaktoren, die die Umsetzung maßgeblich beeinflussen. Zu diesen Umweltfaktoren zählen an Personen die Arbeitgeber, Kollegen und Patienten.

Auch wenn also versucht wird während der Kurse die Teilnehmerinnen zu reflektiertem Lernen zu ermuntern, so ist nicht zu erwarten, dass alle weiteren Beteiligten die Präventionsassistentin bei der Umsetzung in dem Maß unterstützen können und wollen wie es gewünscht ist. Denn auch die Beteiligten im Umkreis der Präventionsassistentinnen müssten sich aktiv mit den Präventionsthemen auseinandersetzen können, um die Umsetzung positiv zu beeinflussen.

Es ist die Interaktion aller Beteiligten, die die praktische Umsetzung maßgeblich unterstützt.

³¹ vgl. hierzu Punkt 14.1 dieser Arbeit

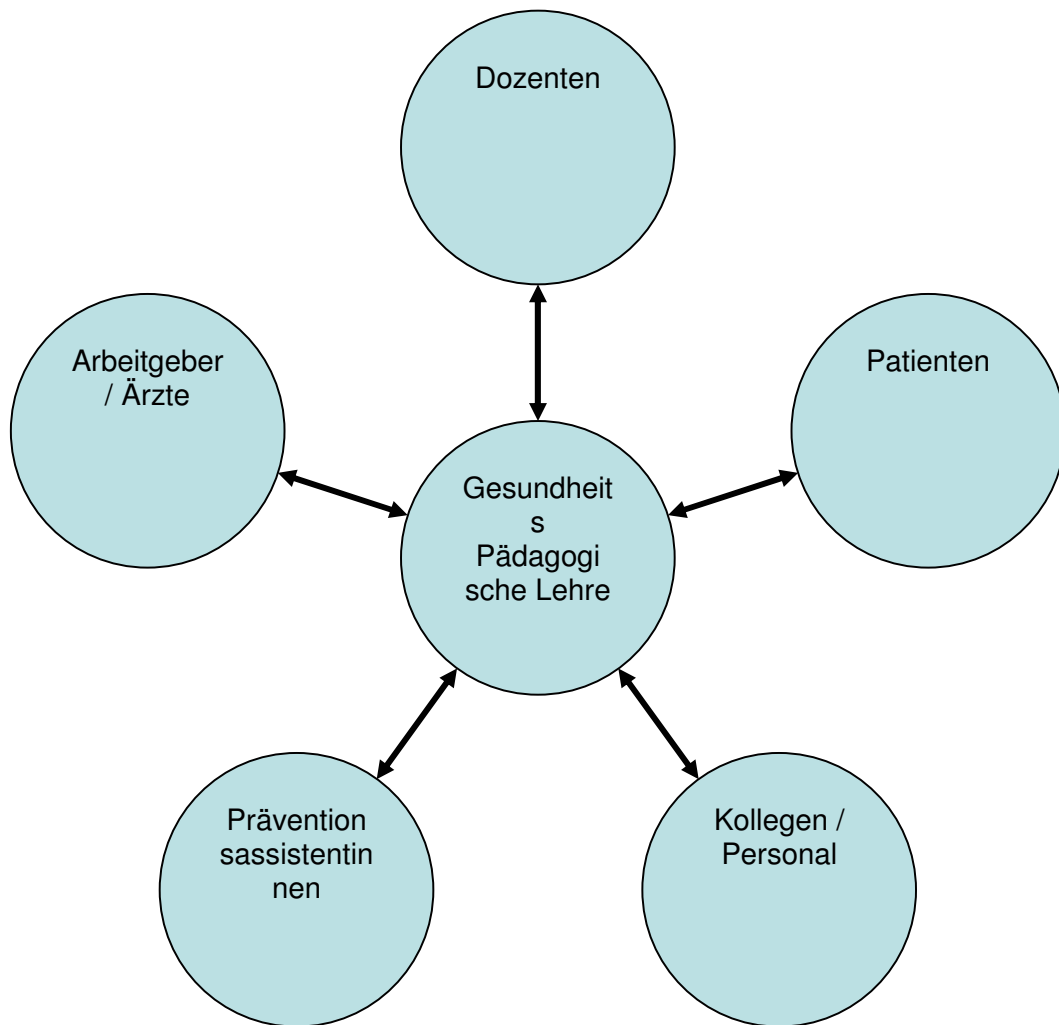


Abb. 59, Interaktionspartner pädagogischer Lehre

14.2.1.2 Lösungsvorschläge für das Curriculum und ihre pädagogische Lehre

Für das konkrete Beispiel des Curriculums der Präventionsassistentin sollten Kurseinheiten eingebaut werden, die die einzelnen Parteien „an einen Tisch holen“, um gemeinsam Möglichkeiten zu finden, mehr Präventionsarbeit in der Praxis oder in der Klinik leisten zu können. Das heißt, dass auch die verschiedenen Personengruppen die Chance erhalten sollten, das neue Wissen oder Vorschläge zur Umsetzung kritisch zu hinterfragen und diese reflektiert aufzunehmen.

Kurseinheiten auf weitere Personen, wie beispielsweise die Arbeitgeber auszubauen, wäre ein Weg. Ein anderer könnte sein, die Präventionsassistentinnen dahingehend zu schulen, ihr neu erlerntes Wissen erfolgreich in ihre bestehenden Teams einzubringen.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Dissertation sind derzeit Überlegungen der Veranstalter im Gange, die Ärzte zu einer Lerneinheit hinzuzuholen, um mit Ihnen zusammen Strukturveränderungen am Arbeitsplatz zu vollziehen. Sollten diese Überlegungen Gestalt annehmen, müssen im nächsten Schritt die Kolleginnen im Rahmen von Teambesprechungen mit einbezogen werden.

Um die eingangs gestellte Frage zu beantworten, inwieweit das Fortbildungscurriculum als positives Beispiel für die Etablierung der Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften herangezogen werden kann, kann diese aufgrund der Evaluationsergebnisse und der damit zusammenhängenden Interpretation nicht lückenlos bejaht werden. Die Interdisziplinarität wird zweifelsfrei sehr fokussiert, dennoch muss der Gesichtspunkt der Interaktion noch optimiert werden, wie der folgende Absatz verdeutlichen wird.

Die einzelnen Aufgabenbereiche der Gesundheitspädagogischen Lehre können wie folgt erklärt werden:

Zielgruppenanalyse:

Der erste Schritt, der in der gesundheitspädagogischen Lehre unternommen

werden sollte, ist die Zielgruppenanalyse. Hierfür sollten Fragen beantwortet werden:

wer wird unterrichtet?

wo liegen die Ressourcen dieser Gruppe?

welche Vorkenntnisse und welchen beruflichen Hintergrund hat die Zielgruppe? Ist dieser Hintergrund bei allen Teilnehmern gleich?

In welchen sozialen, beruflichen Strukturen ist diese Zielgruppe tätig?

was sollte die Zielgruppe erreichen?

Diese Analyse zu Beginn einer pädagogischen Lehre ist notwendig, um die Mittel gezielt einsetzen zu können. Diese Fragestellungen machen auch deutlich, dass es keine einheitliche gesundheitspädagogische Lehre geben wird, da eine Lehre immer von der Zielgruppe abhängig ist.

Wissensvermittlung:

Die Interaktion mit verschiedenen Wissenschaften in der Gesundheitspädagogik zeigt der Kreis „Wissensvermittlung“, der bedingt wird durch Kenntnisse aus der Medizin, der Pädagogik und hierbei in erster Linie didaktische Kenntnisse, den Kommunikationswissenschaften und der Entwicklungspsychologie. Die auf den Bereich der Wissensvermittlung einfließenden Wissenschaften hängen davon ab, welches Ziel erreicht werden soll, welches Wissen gelehrt werden soll. So müssten dieser Grafik beispielsweise die Rechtswissenschaften angehängt werden, würde es sich auf das konkrete Beispiel des Curriculums beziehen. Das Curriculum hat den Bereich des Kinderrechts in die Lehre mit eingeschlossen, um den Teilnehmerinnen ein juristisches Grundwissen zu vermitteln, für den Fall, dass sie in der Kinderarztpraxis oder Klinik den Verdacht der Kindesmisshandlung haben.

Praktische Übung:

Ein weiterer Kreis beinhaltet den Bereich der praktischen Übung und der

Erarbeitung von Konzepten. Inwieweit Konzepte angeboten werden oder diese von den Educanten selbst entworfen werden, ist abhängig davon, welche Zielgruppe unterrichtet wird. Bezogen auf das Beispiel des Curriculums ist es die Zielgruppe der Medizinischen Fachangestellten und Kinderkrankenschwestern weniger gewöhnt sich selbst Konzepte zu erarbeiten als ein Absolvent einer Hochschule. Deshalb ist es für den Bereich dieses Fortbildungscurriculums hilfreich, den Teilnehmerinnen konkrete Ideen oder auch ausgearbeitete Konzepte vorzustellen, die ihnen die praktische Umsetzung in den Arbeitsalltag zu erleichtern. Ebenso zählt zum Bereich der praktischen Übung Diskussionszeit, um Bedenken, Sorgen oder Ideen in der Gruppe und mit den Dozenten zu erörtern.

Bedingungen schaffen:

Im Fall des Curriculums hieß das, die Ärzte, die Kollegen an einen Tisch zu bringen, um jeweils praxisbezogene Umsetzungen zu erarbeiten, so dass die Präventionsassistentin nicht als Einzelperson in unveränderte Bedingungen zurückkehrt. Im allgemeinen Fall bedeutet „Bedingungen schaffen“ nicht nur mit den direkten Zielpersonen zu arbeiten, sondern auch mit den für die Erreichung des Zieles weiteren Personen. Aber auch die Umweltbedingungen (wie Räumlichkeiten, Sozialstrukturen, Netzwerke) in die gesundheitspädagogische Arbeit mit ein zu beziehen.

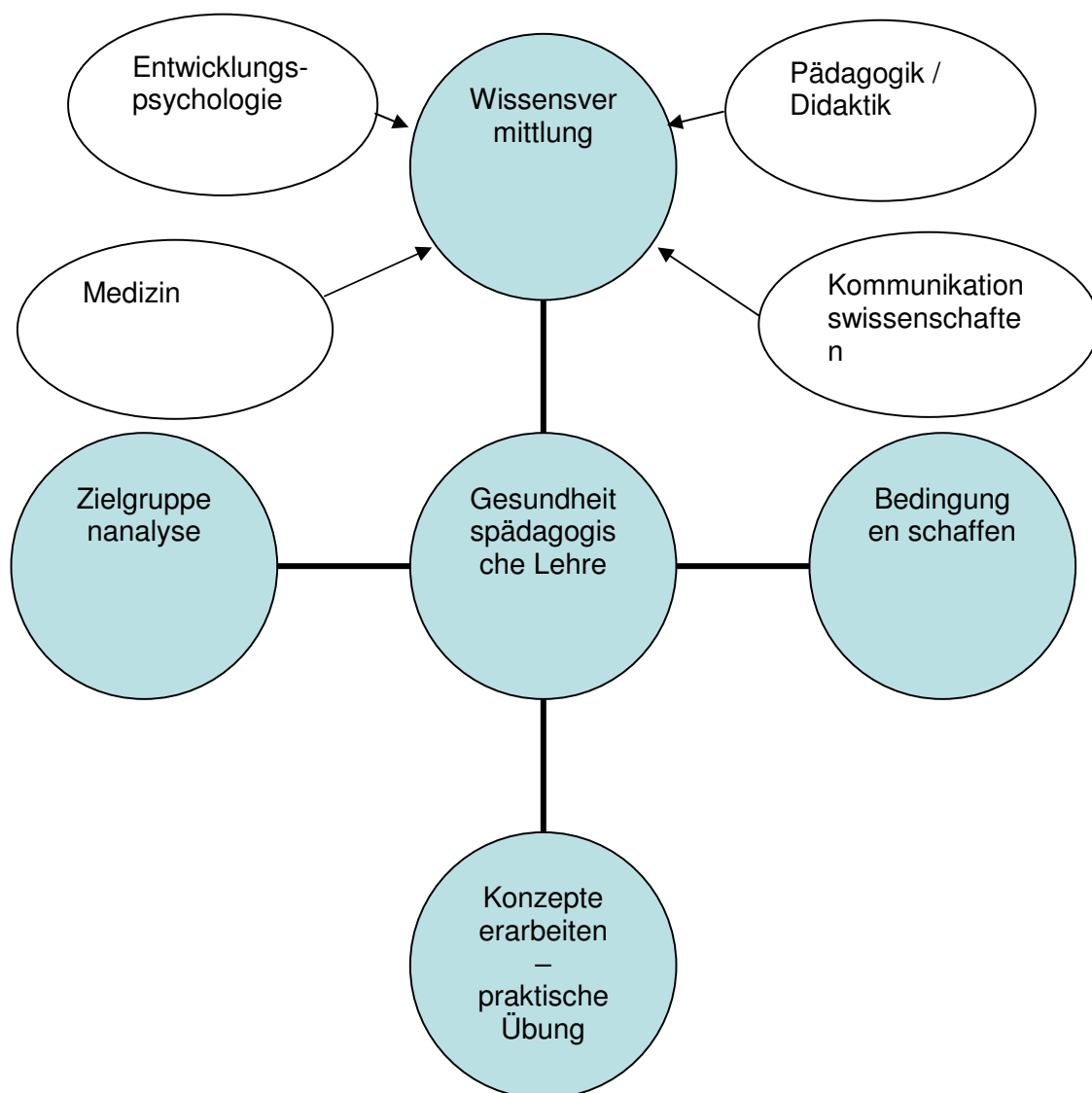


Abb. 60, Übersicht: pädagogische Lehre

Zusammenfassung

Die pädagogische Lehre vollzieht sich nach Meinung der Autorin nicht in der Vermittlung von Wissen, in der Erziehung zu einem bestimmten Ideal, wie man es im Laufe der pädagogischen Geschichte immer wieder zu finden war, sondern bildet ein Gesamtkonzept, in der die Wissensvermittlung nur einen Teil ausmacht. Daneben müssen Ressourcen und Hintergründe der Personen mit einbezogen werden, denn nur so kann der Lehrinhalt auch der jeweiligen Zielgruppe oder dem jeweiligen Schüler zugeschnitten werden. Ebenso wichtig ist aber auch die

Kenntnis über die Umweltbedingungen, die mit Hilfe des Schülers dargestellt werden und ebenfalls miteinbezogen werden.³²

Bei dieser pädagogischen Lehre spielt der Educant eine aktive Rolle, er gestaltet sie mit. Die aktive Auseinandersetzung und Mitgestaltung der Lehre bringt eine höhere Motivation und Umsetzungsbereitschaft mit sich. Die Beschäftigung mit einer Aufgabe, lässt den Menschen nicht außen vor. Dies ist sowohl eine Wertschätzung gegenüber dem Educanten, ein "Ernst genommen werden" seiner Person und seiner Fähigkeiten als auch eine höhere Gewissheit, dass das gelehrt Wissen kritisch aufgenommen wurde und "gespeichert" wurde. Der persönliche Einsatz für eine erfolgreiche praktische Umsetzung wird deutlich höher ausfallen.

Die Vorstellung, dass der Schüler nur in der kritischen Auseinandersetzung mit seinem Lehrer lernt, findet sich bereits in der Antike.

Eingangs wurde untergliedert in pädagogische Lehre und pädagogisches Handeln. Diese Aufteilung ist notwendig, da das Beispiel des Curriculums deutlich macht, dass der Gesundheitspädagoge häufig Kontakt mit verschiedenen Zielgruppen hat, hier die erweiterte Zielgruppe der Kinder und deren Eltern, also nur indirekt auf diese Zielgruppe wirkt, nämlich über Multiplikatorin „Präventionsassistentin“.

³² siehe Abb. 60

14.2.1.2 Lösungsvorschläge für das Curriculum und ihr pädagogisches Handeln

Zwick (2004) stellte in ihrer Ausführung „Gesundheitspädagogik - Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin“ pädagogisches Handeln in vier Basiselementen dar.

- Professionelles Handeln
- Gesellschaftsanalyse
- Situationsdiagnose
- Selbstreflexion

Professionelles Handeln als Mittelpunkt dieser Quadras beinhaltet wiederum Zielbestimmung, Diagnose der Handlungssituation, Erstellen eines Handlungsplans, Durchführung und Evaluation (Zwick, 2004:78).

Die Ergebnisse des Curriculums zeigen, wie bereits mehrfach erwähnt, Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung an der jeweiligen Arbeitsstelle. Im Folgenden soll am Beispiel Ernährung dargestellt werden, wie die Elemente pädagogischen Handelns in der Praxis eingesetzt werden könnten.

Bildet die Gesellschaftsanalyse, die Situationsdiagnose und die Selbstreflexion die gedankliche Basis, um in Zwicks Worten zu bleiben, so ist die Gesellschaftsanalyse der erste Schritt, den die Präventionsassistentin in ihrer Präventionsarbeit macht.

Gesellschaftsanalyse

Gesellschaftsanalyse verdeutlicht sich hier in folgenden Fragen:

welche gesellschaftlichen Fakten gibt es zum Thema Ernährung, welche Zielgruppe möchte sie mit ihrer Schulung / ihrem Vortrag zum Thema Ernährung erreichen und welche Umweltbedingungen könnten unterstützend wirken?

Gesellschaftliche Fakten zum Thema Ernährung wären zum Beispiel statistische Untersuchungen zu Übergewicht und Adipositas von Kindern in Deutschland,

ebenso zu Essverhalten von Kindern. Als Quelle empfiehlt sich hierfür das Statistische Bundesamt, ebenso wie Gesundheitsberichterstattungen der einzelnen Länder und des Bundes.

Den gesellschaftlichen Rahmenpunkten folgt die Frage nach der Zusammensetzung der Zielgruppe, Fragen nach Geschlecht, Alter, Lebenssituation, Nationalität sollten in jedem Fall gestellt werden.

Nehmen in erster Linie Bürger aus einer höheren Schicht an einer Schulung zum Thema „richtige Ernährung für Kinder“ teil, so sind die finanziellen Mittel dieser Gruppe ganz anders als wären hauptsächlich Eltern aus sozial niedrigeren Schichten die Zuhörer. Gesunde Ernährung ist hier nicht nur eine Frage des Wissens und der Bereitschaft, sondern auch eine Frage des sozialen Hintergrundes.

Je heterogener eine Zielgruppe ist, desto flexibler muss die Präventionsassistentin in ihrer Schulung sein.

Zur Gesellschaftsanalyse sollte aber auch die Betrachtung der Umweltbedingungen zählen. Welche Möglichkeiten bietet die Umwelt zum Thema „Ernährung“, konkret: welche sozialen, politischen Unterstützungen gibt es, welche Institutionen können weitere Hilfestellungen leisten?

Situationsdiagnose

Die Situationsdiagnose als weiteres Basiselement neben der Gesellschaftsanalyse kann erst in der präsenten Situation gemacht werden. So muss die Präventionsassistentin erfragen oder einschätzen, mit welchen Vorstellungen die Teilnehmerinnen ihrem Vortrag zuhören, wie ihre individuellen Hintergründe sind und mit welchen Vorkenntnissen sie in den Kurs gekommen sind. Am einfachsten stellt man dies mit einer kurzen Vorstellung der einzelnen Personen fest. Der Bereich der Situationsdiagnose lässt sich zwar vorerst auf den Beginn einer pädagogischen Intervention setzen, sollte aber deswegen nicht zwingend abgeschlossen sein. Die Situationen werden sich immer wieder ändern und verlangen viel Flexibilität.

Selbstreflexion:

Noch weniger auf einen bestimmten Zeitpunkt festzulegen ist der Bereich der Selbstreflexion. Selbstreflexion wird hier verstanden als auf Erfahrung aufbauende objektive Betrachtung des Selbst und der Anderen. Diese objektive Betrachtung des Selbst lässt eine kritische Betrachtung des eigenen Handelns zu.

Jeder Mensch sollte selbstreflexiv handeln, insbesondere wenn er sich in der Rolle des „Lehrenden“ befindet. Selbstreflexion ist nicht auf den Bereich einer Schulung zu beschränken, sondern stellt eine pädagogische Kompetenz dar, dessen sich der Mensch jederzeit bewusst sein sollte. Wobei es im Bereich der Lehre doch besonders hervorgehoben werden sollte, da Lernen dann am erfolgreichsten ist, wenn der Schüler und Lehrer in Interaktion miteinander stehen, was auf beiden Seiten ein gewisses Maß an Selbstreflexion voraussetzt, also ein gewisses Maß an Selbstkritik, an Nutzung der eigenen Erfahrungen und auch an der Bereitschaft der situativen Rollenübernahme des Anderen, um seine Position nachvollziehen zu können.

Professionelles Handeln

Professionelles Handeln als viertes Basiselement setzt sich zusammen aus Zielbestimmung, Diagnose der Handlungssituation, Erstellen eines Handlungsplans, Durchführung und Evaluation (Zwick, 2004:78).

Zielbestimmung am Beispiel einer Schulung für Ernährung würde lauten, der Zielgruppe Kenntnisse über gesunde Ernährung zu vermitteln, so dass diese die neu erworbenen Kenntnisse umsetzt. Diagnose der Handlungssituation bedeutet für die Autorin keine grundlegende Unterscheidung zum Bereich der Situationsdiagnose, welche zuvor schon beschrieben worden ist. Also der immer wieder neuen Bestimmung der Situation und der darauf abgestimmten Handlung.

Das Erstellen und Durchführen eines Handlungsplanes kann nur dann in der Gesundheitspädagogik nach der Situationsanalyse folgen, wenn in mehreren Schritten interveniert wird. Ansonsten sollte ein Handlungsplan nicht erst nach der Analyse der Situation erfolgen, sondern im Vorfeld, was auf der einen Seite eine gewissen Starrheit in der Planung bedeutet und auf der anderen Seite ein hohes Maß an Flexibilität seitens der Präventionsassistentin. Denn diese muss in der Lage sein, ihren Handlungsplan der Zielgruppe spontan anzugleichen.

Die Evaluation gesundheitspädagogischer Programme und Interventionen ist ein wichtiger Aspekt, wird aber wohl von Fachpersonal ohne sozialwissenschaftliche oder generell akademische Ausbildung wenig genutzt. Es fehlt das Wissen über die korrekte Durchführung von Evaluationen, so dass dies in einer Fortbildungsveranstaltung wie dem Curriculum zur Präventionsassistentin als Lerneinheit integriert werden müsste.

Es kann nicht erwartet werden, dass die Präventionsassistentin ihre Schulungen von sich aus evaluiert, aber mit einem vorgefertigten Fragebogen und einer Anleitung zur Auswertung, könnten enorm viele Ergebnisse erzielt werden, die die Wirkung des Curriculums auf das Elternverhalten und die Kindergesundheit zeigen könnten.

Denn hier gibt es trotz der zahlreichen Evaluationen, die die Organisatoren bisher durchführen ließen, immer noch offene Fragen, z. B.:

Wie wirkt das Curriculum auf das Verhalten der Eltern und lassen sich auch Veränderungen in der Kindergesundheit feststellen?

Diese Fragen mit einer Gesamtevaluation zu beantworten war aus Kostengründen bisher nicht möglich, so dass Einzelevaluationen in den jeweiligen Kinderarztpraxen oder Kinderkliniken durch die Präventionsassistentin eine gute Möglichkeit wären, dennoch mehr über die Wirkung des Curriculums zu erfahren.

Eine umfangreiche Schulung über sozialwissenschaftliche Forschung hält die Autorin für wenig sinnvoll, aber eine Aufklärung über die Sinnhaftigkeit kombiniert mit einer Hilfe zur praktischen Durchführung wäre durchaus in das Fortbildungscurriculum zu integrieren.

Es lässt sich aufgrund der Ausarbeitungen für das Fortbildungscurriculum auch ein allgemeiner Ansatz formulieren.

In einem Schaubild soll ein Überblick der Überlegungen dargestellt werden. Das Lesen im Uhrzeigersinn lässt die Gedankenschritte nachvollziehbarer erscheinen.

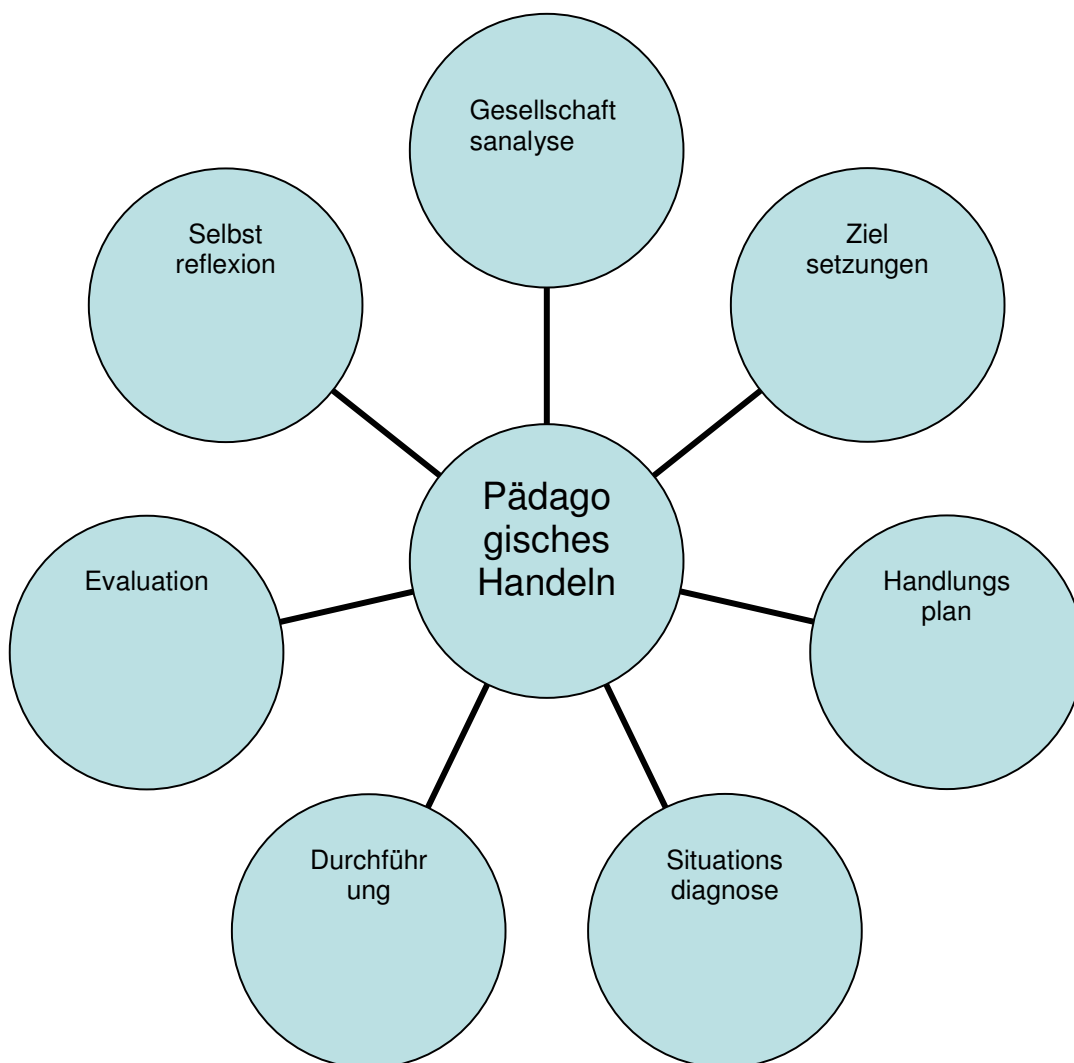


Abb. 61, Disziplinen pädagogischen Handelns

1. Gesellschaftsanalyse:

- soziodemographische Fakten, Gesundheitsberichterstattung
- Zielgruppenanalyse
- Analyse der Umweltbedingungen, der Möglichkeiten weiterer Unterstützung für das Erreichen des Ziels

2. Zielsetzungen:

- aufgrund der Gesellschaftsanalyse formulierte Ziele

3. Handlungsplan:

- Intervention in der Erwachsenenbildung (Vorträge, Schulungen)
- Intervention im Kindes-, Jugendalter (z.B. Spiele in Sportvereinen, Kindergärten, Schulen)

4. Situationsdiagnose:

- Flexibilität des Gesundheitspädagogen Situationen zu erkennen und die Intervention daran anzupassen (Eltern mit ähnlichen gesundheitsrelevanten Vorkenntnissen als homogene Gruppe, Kinder aus unterschiedlichsten Schichten als heterogene Gruppe)

5. Durchführung:

- auf die Situation angepasste Durchführung des Handlungsplanes

6. Evaluation:

- Evaluierung der durchgeführten gesundheitspädagogischen Maßnahme

7. Selbstreflexion:

- ständige kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den Anderen, kritische Betrachtung des eigenen Handelns, Fähigkeit der situativen Rollenübernahme der Anderen, Fähigkeit die Motivation des Anderen in Bezug auf sein gesundheitsrelevantes Verhalten zu verstehen

14.3 Gesundheitspädagogik: Die Wahl eines Lernmodells auf Basis von Theorie und Handlungsfeld

Als ein entscheidendes Fazit aus der vorangegangenen Interpretation wird die mangelnde theoretische Basis der Gesundheitspädagogik betrachtet und damit zusammenhängend die sehr offenen Interpretationsmöglichkeiten in Bezug auf die Gesundheitsförderung als Handlungsfeld.

Die Gesundheitspädagogik als sehr junge Disziplin konnte sich noch nicht als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften etablieren und wird teilweise unter Wissenschaften wie der Medizin, der Gesundheitswissenschaften oder Public Health geordnet.³³ Des Weiteren wird gesundheitspädagogische Lehre an deutschen Hochschulen angeboten, die sich auf keine theoretische Basis verständigen und somit dieser Disziplin ein hohes Maß an

³³ vgl. hierzu Punkt 3.1.4 dieser Arbeit

Interpretationsmöglichkeiten lassen.³⁴

Auch das für diese Arbeit evaluierte Fortbildungscurriculum konnte den Bezug zur Gesundheitspädagogik nur eingeschränkt herstellen.

Die Gesundheitspädagogik bedarf also dringend einer theoretischen Basis, welche sich auf ihre pädagogischen Wurzeln beziehen muss, um die Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften werden zu lassen, sich aber ebenso mit der Medizin als einem Kooperationspartner auseinandersetzen muss. Nur auf dieser Basis ist es möglich ihr Handlungsfeld aufzubauen.

Das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, welches in dieser Arbeit untergliedert wurde in pädagogische Lehre und pädagogisches Handeln, und auf der Basis der Evaluation des Fortbildungscurriculums der Präventionsassistentin erarbeitet wurde, hat einen zentralen Gedanken. Die Interaktion des Lernenden mit seiner Umwelt. Diese Interaktion spiegelt sich im pädagogischen Handeln vor allem in den Punkten Gesellschaftsanalyse, Selbstreflexion und Situationsdiagnose wider. In der pädagogischen Lehre findet man den Gedanken der Interaktion insbesondere in den Kooperationsfeldern „Bedingungen schaffen“, „Konzepte erarbeiten“ und „Zielgruppenanalyse“.

Des Weiteren besteht die Interaktion in der Auseinandersetzung der Gesundheitspädagogik mit ihrem historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontext, sowie mit ihrem wissenschaftlichen Hintergrund. Die Kulturgebundenheit, wie sie für die Pädagogik und die Medizin unter Punkt 14 dargestellt wurde, gilt also in selbem Maß für die Gesundheitspädagogik.

Aufgrund des interaktionistischen Gedankens, der sich in theoretischen und praktischen Bestimmungen der Gesundheitspädagogik wieder findet, sollte ein Lernansatz gefunden werden, der diese Bestimmung aufgreift.

³⁴ Vgl. hierzu Punkt 3 dieser Arbeit

Das interaktionistische Lernmodell

Dieses Modell bedeutet eine aktive Auseinandersetzung des Subjektes mit seiner Umwelt. Der Mensch wird als aktiv, selbstreflexiv und Gestalter seiner eigenen Entwicklung beschrieben. Der Pädagoge als beobachtend, der anstelle von "frontalen Kommandos lieber wohldosierte Steuerungsimpulse" geben sollte (Gerspach, 2000:200).

Um dem Menschen die Möglichkeit zu geben, sich selbstständig und selbstreflexiv zu entwickeln, muss ihm der nötige Raum gegeben werden, um dies in vollem Maß zu vollziehen. Unterricht bedeutet in dieser interaktionistischen Sichtweise, den Educanten in selbstständigem und selbstkritischem Denken zu fördern.

Dieser interaktionistische Ansatz wird beispielsweise durch Klaus Hurrelmann (2002) detailliert beschrieben, welcher sich in erster Linie auf das Lebensalter Jugend bezieht.

Auch wenn Hurrelmann (2002) in erster Linie den Sozialisationsprozess des Jugendlichen meint, so spiegelt seine Vorstellung von Entwicklung und Lernen den heutigen Zeitgeist wieder. Der Mensch lernt in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und ist dabei ein kritisches, selbstreflexives Individuum.

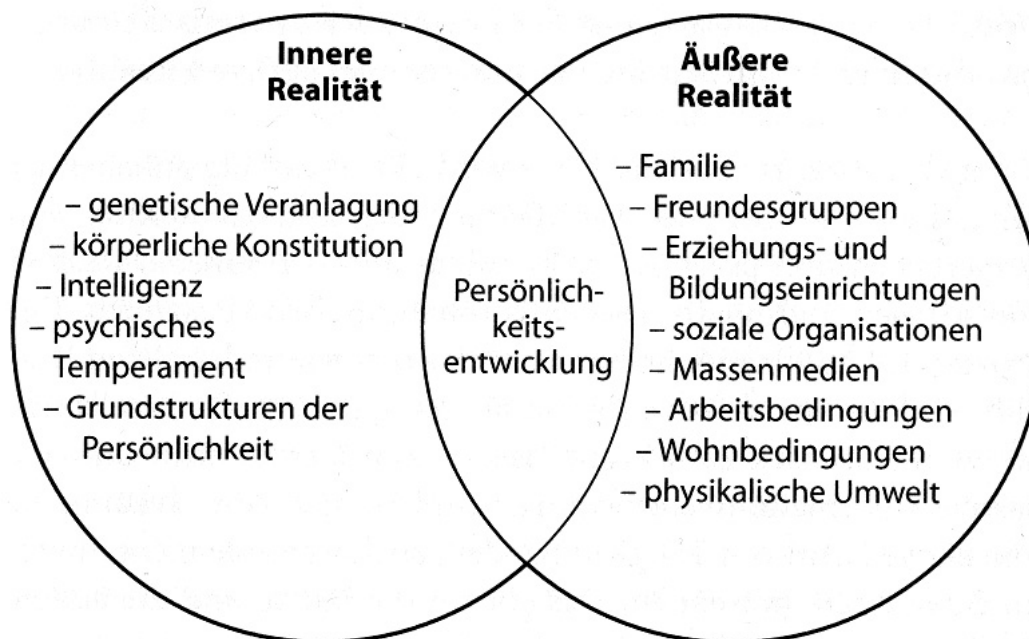


Abb. 62, Das interaktionistische Lernmodell, Hurrelmann, 2002: 122

15 Medizin: Neuorientierung einer alten Wissenschaft

Die vorangegangene Interpretation der Evaluationsergebnisse konnte das Fortbildungscurriculum als gutes Beispiel dafür zeigen, welche Rolle Gesundheitspädagogik in Kooperation mit anderen Wissenschaften einnimmt und wie wichtig es ist, sie als Teildisziplin der Erziehungswissenschaften zu verstehen und zu etablieren.

Die Ergebnisse der Evaluation haben weitere Fragen aufgeworfen, die sich mit der Medizin als Wissenschaft, aber in erster Linie mit dem Berufsbild der Mediziner befassen werden.

Bei der Differenzierung der Probleme bei der praktischen Umsetzung wurden neben Räumlichkeiten, Zeitmangel und Personalmangel in einigen Auswertungen die Ärzte als Problemfeld genannt. Dies verwundert zu Recht, da sowohl die Ärzte die Fortbildung wohl in den meisten Fällen finanzieren, ihre Mitarbeiterin zu den Kurstagen von der Arbeit befreien und somit Unannehmlichkeiten für die Teilnahme an der Fortbildung bereitwillig in Kauf nehmen.

In einigen Fällen gaben die Präventionsassistentinnen an, sie vermuten, „der Arzt oder die Ärztin möchte sich nichts aus der Hand nehmen lassen“. Das Problem wäre also hier ein Kompetenzkonflikt zwischen medizinischer Assistentin und Arzt, welcher sich auf der Ebene Angestellte / Arbeitgeber abspielt.

Auf der Gegenseite hat man aber Studien wie sie in der Einleitung dieser Arbeit geschrieben wurden, die eindeutig eine Arbeitsunzufriedenheit der deutschen Ärzte teilweise auch aufgrund von zeitlicher Überlastung aufweisen.³⁵

Diese Aussage passt freilich nicht mit der Aussage der Präventionsassistentinnen zusammen, dass sich ihre Arbeitgeber keine Arbeit abnehmen lassen möchten.

Bevor jedoch weiter in diese Richtung argumentiert und gearbeitet wird, muss darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Evaluation nur vereinzelt Aussagen zu Problematik zwischen Präventionsassistentin und Ärzten vorliegen, dass diese aus wissenschaftlicher Sicht nicht weiterverfolgt werden sollte und aufgrund der geringen Relevanz vernachlässigt werden sollte.

Dennoch ist die Autorin der Meinung, dass man das Problemfeld „Arztstatus“ bzw. die nähere Betrachtung des Berufsbildes der Mediziner durchaus näher betrachten müsse, um einen besseren Einblick in die Problematik zu bekommen, denn das Berufsbild der Mediziner hat sich in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel unterziehen müssen.

Dieser Wandel beruht auf mehreren Gründen:

Da ist die sich ändernde Patientenschaft, die durch zahlreiche Medienangebote wie Fernsehen und Internet in der Lage ist, sich gezielt über Erkrankungen und Heilungsmethoden zu informieren.

Ebenso aber auch die immer höher qualifizierten medizinischen Assistenzberufe, die große Bereiche der Gesundheitsversorgung abdecken. Sowie die sich ändernden Krankheitsbilder, die immer häufiger psychosoziale Ursachen aufweisen, Infektionskrankheiten in den Hintergrund stellen und die Präventivmedizin an Bedeutung zunehmen lassen.

Der Wandel des Arztberufes, des Medizinerstandes sollte also näher betrachtet werden, da er direkte Auswirkungen auf die gesundheitspädagogische Arbeit hat, wie in der vorliegenden Evaluation deutlich geworden ist.

³⁵ vgl. hierzu Punkt 2.5 dieser Arbeit

15.1 Der Wandel des Berufsbildes der Mediziner

Die großen medizinischen Erfolge, insbesondere der letzten 200 Jahre, machten die Mediziner zu einer äußerst bedeutsamen Berufsgruppe. Die Medizin wurde ausschließlich als Naturwissenschaft verstanden und die Forschungserfolge in diesem Bereich waren enorm. Die Konsequenz aus diesem biomedizinischen Ansatz war, dass der menschliche Körper für alle „Nicht-Mediziner“ als naturwissenschaftliches Gefüge immer schwerer zu verstehen war, zu welchem kein Bezug mehr hergestellt werden konnte.

Den Ärzten wurde eine große Verantwortung zugeschrieben, die aufgrund folgender Faktoren in Zukunft nicht mehr in dem Maße tragbar sein wird:

- Komplexe Einflussfaktoren auf Gesundheit
- der Wandel der Krankheitsbilder und somit die steigende Verantwortung des Menschen für den eigenen Körper und die Ausweitung der Verantwortungsbereiche im Gesundheitssektor unter anderem in die Soziologie, Politik, Psychologie, Pädagogik
- der Wandel der Patientenschaft, welche immer besser informiert ist, und die damit zusammenhängende Mündigkeit des Patienten und auch wachsenden Skepsis der Patienten gegenüber medizinischer Maßnahmen.
- Der wachsende Einfluss alternativer Heilungsmethoden in der europäischen Schulmedizin, wie beispielsweise die chinesische Medizin

15.1.1 Bedeutung der Einflussfaktoren auf Gesundheit und die Verteilung von Verantwortung

In Punkt vier dieser Arbeit wurden die Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen dargestellt. Die biomedizinischen Aspekte werden an dieser Stelle als ausreichend bekannt angenommen. Neben der Biomedizin sollte aber auf weitere Einflussfaktoren verwiesen werden, wie Schichtzugehörigkeit, Umwelt, Arbeitswelt, Familie und Geschlecht.

Betrachtet man die Anzahl der genannten Einflussfaktoren auf die Gesundheit, so

müssen auch die Heilungsmethoden, Interventionsmaßnahmen sowie die Präventionsarbeit äußerst komplex betrachtet werden.

Wenn man die Medizin als reine Naturwissenschaft versteht, so kann sie nicht allein in der Lage sein, den Menschen zu heilen und dessen Gesundheit zu fördern, da die Bedingungen für Gesundheit weit über die Biomedizin hinausgehen. Die Verantwortlichkeit für die Gesundheit der Bevölkerung verteilt sich somit auf verschiedene Personengruppen.

Dies müssten auf wissenschaftlicher Ebene zum Beispiel Gesellschafts- und Kulturwissenschaftler sein, auf Bildungsebene beispielsweise Erzieher und Lehrer, um schon die Kinder und Jugendlichen über Gesundheit aufzuklären, die Arbeitgeber, um gesunde Arbeitswelten zu schaffen. Diese Reihe ließe sich beliebig weiterführen und verteilt sich auf verschiedenste Ebenen. Entscheidend ist, dass es für die Gesundheit der Menschen keinen einzelnen Verantwortlichen geben kann.

15.1.2 Wandel der Krankheitsbilder , Stärkung der primären Prävention

Die aktuelle KiGGS-Studie zeigt, dass sich das Krankheitsbild von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren stark geändert hat. Dies wurde bereits in der Einleitung ausführlich dargestellt, jedoch werden die Hauptpunkte nochmals aufgerufen.

Die Krankheitsbilder, welche durch verhaltensbedingte Risikofaktoren beeinflusst werden, sind immer mehr vertreten, beispielsweise Allergien, Adipositas, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, Unfälle oder psychosomatische Erkrankungen.

Der Bereich der primären Prävention gewinnt somit zunehmend an Bedeutung, während die Bereiche der sekundären und tertiären Prävention nicht vernachlässigt werden dürfen. Das heißt, die „Gesundheitsarbeit“ summiert sich und kann sowohl zeitlich nicht mehr allein von den Ärzten getragen werden, als auch aufgrund ihrer auf die Schulmedizin fokussierte Ausbildung.

Primäre Prävention kann nicht allein im medizinischen Setting geleistet werden, sondern betrifft inzwischen alle Bereiche kindlicher Sozialisation bzw. Jugendsozialisation. Hierzu zählen sämtliche Bildungseinrichtungen,

Sportvereine, Freizeiteinrichtungen und die Familien.

Eine weitere Konsequenz der Steigerung verhaltensbedingter Erkrankungen ist die zunehmende Verantwortung des Menschen gegenüber seinem Körper.

Hält man sich die langjährige wissenschaftlich bedingte Trennung von Körper und Natur, bzw. Leib und Seele vor Augen, so lässt sich vermuten, dass der Mensch erst wieder lernen muss, sich als Ganzes zu betrachten und seinen Körper nicht vom „Geist“ zu separieren.³⁶

Es wird deutlich, dass es nicht mehr allein Aufgabe des Arztes ist, für die Gesundheit seiner Patienten zu sorgen. Die Verantwortung muss von verschiedenen Parteien und Wissenschaften getragen werden.

15.1.3 Der Wandel der Patientenrolle

Eine Untersuchung von Gerd Marstedt (2003) zeigt in verschiedenen Befunden, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient stark gewandelt hat. So bezieht sich Marstedt (2003) zum einen auf eine Schweizer Ärztebefragung aus dem Jahr 2000, zum anderen auf eine eigene Untersuchung aus dem Jahr 2003.

Bei der Befragung der Ärzte geben 88 % „gestiegene Patienten-Ansprüche an ärztliche Beratung“ an. 59 % der Ärzte verweisen auf eine „zunehmende Skepsis gegenüber ärztlicher Beratung“, 61 % auf eine „informierte Patientenschaft“ und 41 % verweisen auf ein „vermehrtes Einholen von Zweitmeinungen“.

Diese Befunde kongruieren mit den von Marstedt (2003) erhaltenen Ergebnissen aus dem Jahr 2003. In diesen wünschen sich über die Hälfte der Patienten eine bessere „Möglichkeit, sich als Patient über die Qualität von Ärzten zu informieren“, 80 % würden ein Gütesiegel begrüßen, welche den Ärzten für zwei Jahre

³⁶ als psychologisches Erklärungsmodell sollte an dieser Stelle auf die psychosomatische Perspektive verwiesen werden, die das biomedizinische Modell um das seelische Erleben erweitert. Das seelische Erleben findet seinen Ausdruck in körperlichen (somatischen) Erscheinungsformen (Franzkowiak, 2004d:190ff).

vergleichbar mit einem TÜV-Siegel ausgehändigt werden könnte. Nur 25 % der Patienten überlassen dem Hausarzt gerne allein die Entscheidung über die ärztliche Behandlung, die übrigen Patienten möchten am liebsten mitentscheiden, 15 % sogar allein.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Rolle der Mediziner geändert hat. Sie müssen sich auseinander setzen mit einer kritisch gewordenen Patientenschaft, müssen Entscheidungen begründen und sich immer mehr in der Rolle der gesundheitlichen Berater sehen, weniger als medizinische Autorität.

Die Patienten auf der anderen Seite haben die Möglichkeit sich über verschiedenen Medien, wie Internet, Literatur, Zeitschriften und ihre Krankenkasse zu informieren.

Tabelle 3: Genutzte Informationsmedien für gesundheitsbezogene Fragen (Angaben in %, N=1075)

Zeitungen, Zeitschriften	70
Familien- und Bekanntenkreis	47
Internet	41
eigener Hausarzt	35
Ratgeber in Buchform, Lexika	28
eigene Krankenkasse	17
Telefon. Auskunftsdienst (Hotline, Hörertelefon)	5

Abb. 63, Marstedt (2003: 7)

Der Patient hat also eine aktive Rolle in der Gesundheitsversorgung eingenommen. Allerdings ist es nicht klar, inwieweit dies die Ärzte entlastet und somit positiv aufgenommen wird oder inwieweit die Ärzte sich in ihrer Handlungsfreiheit und Glaubwürdigkeit beschnitten fühlen, so dass es sich eher um eine konfliktreiche Beziehung zwischen Patient und Arzt handeln könnte. Konfliktreich könnte diese Beziehung auch sein, da die Ärzte pädagogische Tätigkeiten übernommen haben, für welche sie nicht qualifiziert sind, was sowohl die Ärzte als auch die Patienten unbefriedigt zurücklässt.

Es muss auf die sich ändernde Situation reagiert werden, sei es in der Ausbildung der Mediziner oder der Stärkung des medizinischen Assistenzpersonals. Als jedoch noch entscheidendere Reaktion sieht die Autorin die Trennung von

Handlungs- und Aufgabenfeldern von Mediziner und Pädagogen. Gesundheitsversorgung kann nicht mehr allein Aufgabe der Mediziner sein, so zeigen es die Ergebnisse, sondern muss die Interaktion beider Wissenschaftsbereiche und noch andere forcieren.

Denn eine für alle Parteien befriedigende ärztliche Versorgung kann vor dem Hintergrund der beratenden und diskussionsfähigen Funktion des Arztes kaum geleistet werden, betrachtet man die durchschnittliche Verweildauer des Patienten im Behandlungszimmer von 8 Minuten (Koch et al., 2007).

15.1.4 Einfluss alternativer Heilungsmethoden

Der Einfluss alternativer Heilungsmethoden hat stark zugenommen. Im Vergleich zu den 70er Jahren greifen doppelt so viele Patienten, heute 60 %, auf alternative Heilungsmethoden zurück (Spielberg, 2007). Hierzu zählen in erster Linie Akupunktur, Naturheilverfahren, Homöopathie und Chiropraktik. Dabei werden jedoch weniger als die Hälfte der Leistungen von den Krankenkassen übernommen, so dass die Patienten für den Hauptteil der Heilmittel selbst aufkommen müssen. Dies impliziert, dass sich nicht alle Patienten alternative Heilungsmethoden leisten können, auch wenn die diese bevorzugen würden.

Der wachsende Einfluss der alternativen Heilungsmethoden zeigt auch, dass die Schulmedizin nicht mehr als einzige Heilungsmethode betrachtet wird bzw. betrachtet werden kann. Hierfür plädiert auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Hoppe, und setzt sich einen europäischen „Dialog für Pluralismus in der Medizin“, denn „Medizin ist mehr als nur eine reine Naturwissenschaft“ (Spielberg, 2007).

Die vier vorangegangenen Punkte verstehen sich als Bedingungen für den Wandel des Berufsbildes der Mediziner. Dies sollte ungedingt Konsequenzen für die Medizin, ihre beruflichen Vertreter, aber auch für die gesundheitliche

Versorgung der Menschen generell haben.

Das Arbeitsfeld der Mediziner bedarf einer Aktualisierung und Neudefinierung, so dass diese sich weder in ihrer Kompetenz beschnitten fühlen noch von äußeren Anforderung überfordert fühlen. Tendenzen, den Arzt als gesundheitlichen Berater zu verstehen, der die Fäden für die Gesundheit seiner Patienten in der Hand hält, ist weder in der medizinischen Berufsausbildung Thema noch wird es im Berufsbild der Mediziner erfasst und somit auch nicht vergütet.

Die Medizin sollte sich, wie auch die Pädagogik, auf ihre Wurzeln beziehen und sich dabei bewusst sein, dass der naturwissenschaftliche Aspekt Jahrhunderte lang nur einen Teilbereich der Medizin darstellte.

15.2 Konsequenzen für das Fortbildungscurriculum der Präventionsassistentin

Es kann nicht gesagt werden, dass die durchgeführte Evaluation gezielt die Frage über den Wandel der Medizin forciert hätte. Eher waren es die überraschenden Antworten von wenigen Befragten der Stichprobe, die die vorangegangene Ausführung bedingt haben. Bei der Gestaltung der Evaluation wurde nicht davon ausgegangen, dass die Arbeitgeber ein Hindernis in der praktischen Umsetzung sein würden, sonst hätte gezielter in diese Richtung befragt werden können.

Diese Interpretation sollte jedoch Konsequenzen für das Fortbildungscurriculum haben:

Eine Konsequenz sollte die Gestaltung der Nachbefragung der Teilnehmerinnen sein. Diese Nachbefragung wird von den Organisatoren jeweils sechs Monate nach Abschluss der Fortbildung sowohl an die Präventionsassistentinnen als auch an deren Arbeitgeber versandt, um die praktische Umsetzung der Lerninhalte in den Praxis- bzw. Klinikalltag zu evaluieren. Aufgrund der Ergebnisse dieser Evaluation sollte die Nachbefragung insbesondere Kompetenzkonflikte und weitere Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung in den Mittelpunkt stellen, welche eine differenziertere Aussage über die Rolle des Arbeitgebers bei der praktischen Umsetzung zulassen würde.

Als zweite Konsequenz für das Fortbildungscurriculum sollten die Ärzte in die Fortbildung mit einbezogen werden. Diese Forderung wurde bereits in Bezug auf die Gesundheitspädagogische Lehre formuliert und scheint auch im Zusammenhang mit dem Verständnis der Berufsrolle der Mediziner sinnvoll zu sein.

Denn hypothetisch ließe sich auch vermuten, dass die Arbeitgeber in Kompetenzkonflikte mit in ihren Augen „konkurrierenden“ Berufsgruppen, wie medizinisches Assistenzpersonal, geraten. Aber auch in Rollenkonflikte mit der kritisch gewordenen Patientenschaft. Ein möglicher Weg wäre in diesem Zusammenhang die bereits erwähnte Anpassung der medizinischen Ausbildung an die sich ändernden Handlungsfelder, aber eben auch die Einbeziehung der Ärzte in die Veranstaltung, so dass dort unter Moderation Handlungsfelder neu definiert werden könnten und Kompetenzkonflikte artikuliert und verringert werden könnten.

Das System Praxis bzw. Klinik wird durch die Präventionsassistentin verändert und die Ergebnisse machen deutlich, dass sie allein es nicht bewältigen kann, dieses System wieder zu stabilisieren und ihre Zusatzqualifikation zudem erfolgreich umzusetzen. So ist es notwendig, Arbeitsfelder neu zu definieren, so dass die Ärzte lernen, ein Stück ihrer medizinischen Autorität an die Präventionsassistentin abzugeben während sie diese Arbeitsfelder und Zuständigkeiten zwischen den Kolleginnen neu definieren muss.

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation verdeutlichen auch den Wunsch der Teilnehmerinnen, aus ihrer reinen Assistenzrolle auszubrechen und selbstständig medizinisch versorgend tätig zu sein. Dies ist aus den freien Antwortmöglichkeiten der abschließenden Fragen zu erkennen, die die hohe Motivation und das gesteigerte Selbstbewusstsein darstellen, welche die Fortbildung bei den Präventionsassistentinnen ausgelöst hat.

16 Schluss – Forschungsperspektiven

Das Fortbildungscurriculum „Präventionsassistentin“ bot mit dem praktischen Arbeitsfeld in der Medizin und der pädagogischen Aufgabe der Gesundheitsförderung ein geeignetes Forschungsfeld für die Gesundheitspädagogik.

Die Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass der Bereich der Lehre für die Zielgruppe der Medizinischen Fachangestellten und Kinderkrankenschwestern passend ist, der Bereich der praktischen Umsetzung aber noch verbessert werden kann. Dabei sind die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung meist an den Arbeitsplätzen zu finden, seien es Raum, Zeit, Personalmangel oder Kompetenzkonflikte zwischen den Kollegen. Die Konsequenz, die für das Fortbildungscurriculum getroffen werden sollte, ist die Berücksichtigung des Systems „Arbeitsplatz“ mit allen Facetten. Das bedeutet konkret, die Einladung der Arbeitgeber zum Fortbildungscurriculum, die Bildung von Arbeitsgruppen mit Präventionsassistentinnen, Arbeitgebern und Kollegen, um gemeinsam Möglichkeiten der praktischen Umsetzung zu erläutern.

Die Lernenden, ob es sich im konkreten Fall um die Fortbildungsteilnehmerinnen handelt und um die Kinder, Jugendlichen und deren Eltern, werden also immer auch vor dem Hintergrund ihres sozialen und ökonomischen Umfeldes sowie unter Beachtung ihrer psychologischen und physiologischen Aspekten gefördert,

denn nur dann können die Lerninhalte auch vermittelt und von der Zielgruppe angewandt werden.

Die Konsequenz, die in dieser Arbeit für das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung allgemein getroffen wurde, ist die Betonung des sozialen Umfeldes der Zielgruppe sowie die Betonung der Interaktion zwischen Gesundheitsförderer, Zielgruppe oder –person und den verschiedenen Systemen, zu welchen die Zielgruppen gehören.

Die Ergebnisse der Evaluation haben auch gezeigt, dass gerade die Interdisziplinarität von verschiedenen Wissenschaften innerhalb des Fortbildungscurriculums die praktische Umsetzung positiv beeinflussen. So haben medizinische Themen die gleiche Gewichtung wie Themen der Didaktik oder der Psychologie. Für die Gesundheitspädagogik ist dieser Aspekt von größerer Bedeutung als für die Medizin oder die Psychologie, denn gerade gleichberechtigtes Agieren der Gesundheitspädagogik neben Nachbarwissenschaften ist für die Gesundheitspädagogik nicht selbstverständlich. Denn sie ist nach wie vor im Prozess der Etablierung als Tochterdisziplin der Erziehungswissenschaften und läuft immer wieder Gefahr, sich in den Dienst einer anderen Wissenschaft stellen zu lassen.

Durch die kritische Betrachtung des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ konnte diese Arbeit deutlich machen, dass es sehr wohl möglich ist, die Gesundheitspädagogik gleichberechtigt neben Nachbarwissenschaften wie der Medizin fungieren zu lassen und dass die Gesundheitspädagogik sich insbesondere durch ihre Interaktion mit Nachbarwissenschaften auszeichnet, jedoch nie ihren Ursprung als Tochterdisziplin der Erziehungswissenschaften aus den Augen verlieren sollte.

Da gerade über die Begriffe der Gesundheitsförderung wie auch über den Begriff der Gesundheitspädagogik kein wissenschaftlicher Konsens herrscht, hat diese Arbeit dazu beigetragen, die Gesundheitspädagogik und ihre Verortung in der Wissenschaft darzustellen und somit ihren Prozess der Etablierung maßgeblich zu unterstützen.

Die Frage nach der Bestimmung der Gesundheitspädagogik ermöglichte und

bedingte den Blick auf das historische Erbe der Erziehungswissenschaften ebenso wie auf das der Medizin. Diese Auseinandersetzung verdeutliche einen wichtigen Punkt in der wissenschaftlichen Arbeit:

die enge Verbundenheit von Kultur, Zeit und Wissenschaft.

Wird man sich über die Rolle der Medizin und der Erziehungswissenschaften im Laufe der Jahrhunderte und Jahrzehnte bewusst, so werden Entwicklungen und Prozesse innerhalb dieser Wissenschaften deutlich, die sich nur in der Auseinandersetzung mit der kulturellen Welt entwickeln konnten.

Die Konsequenz, die daraus für diese Arbeit gezogen wird, ist das Bewusstsein über einen heutigen Stand von Medizin, Erziehungswissenschaften und Gesundheitspädagogik zu schreiben, der in einer starken kulturellen Verbundenheit mit der heutigen Zeit steht. Die Ansätze und Leitfäden dieser Arbeit dürfen nicht den Anspruch haben, unverändert zu bleiben, sondern werden sich immer in einem Prozess der Weiterentwicklung befinden.

Neben der Bestimmung der Gesundheitspädagogik hat diese Arbeit einen weiteren wesentlichen Beitrag zum Handlungsfeld Gesundheitsförderung beigetragen, denn sie konnte ein entscheidendes Forschungsdefizit in der Gesundheitsförderung schließen – den Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen gesundheitsfördernder Projekte durch Evaluation.

Der erfolgreiche Verlauf und die zahlreichen positiven Veränderungen des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ sind zum Teil auf die Durchführung der Prozessevaluationen, welche seit Beginn Bestandteil der Fortbildung sind, zurückzuführen. Zum großen Teil aber auch auf die externe Evaluation, welche die empirische Basis dieser Arbeit ist und weitere wichtige Ergebnisse lieferte, die wiederum zur Optimierung des Curriculums beitragen konnten.

Dabei hat sich die Autorin an den Evaluationskriterien von Wulfhorst (2002) und Naidoo et al. (2003) orientiert, ihre Fragen darauf abgestimmt und dadurch umfangreiche Ergebnisse erzielen können.

Diese Kriterien können durchaus als Basis für jede Evaluation in der Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Nicht zuletzt leisteten diese Evaluationen auch einen entscheidenden Beitrag, die

Entwicklung des Fortbildungscurriculums für Außenstehende transparent zu machen und seine Wirksamkeit nachzuweisen. Diese Aspekte haben den Erfolg des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ deutlich unterstützt, welches bis heute knapp 400 ausgebildete Präventionsassistentinnen vorweisen kann.

Die vorliegende Arbeit hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die Forschungsdefizite sowohl in der Theorie als auch im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung aufzuheben.

Nach Abschluss dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es möglich geworden, die Gesundheitspädagogik als Tochterdisziplin der Erziehungswissenschaften zu bestimmen, sie neben Nachbarwissenschaften einzuordnen und somit der Gesundheitsförderung eine theoretische Basis zu geben.

Ebenso konnte diese Arbeit dazu beitragen, die Bedeutung von Evaluation in der Gesundheitsförderung zu unterstreichen und hierfür einen konkreten Handlungsleitfaden für zukünftige Projekte in der Gesundheitsförderung erstellen.

Die Begleitung des Fortbildungscurriculums „Präventionsassistentin“ über drei Jahre zeigt die Bedeutung wissenschaftlicher Arbeit. Sie motiviert auch, den wissenschaftlichen Anteil in der Gesundheitsförderung neben der praktischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nie aus den Augen zu verlieren.

17 Ausblick – Beispiele von Veränderungen im Fortbildungscurriculum Präventionsassistentin

Ich bin seit dem Abschluss der Evaluation freie Mitarbeiterin im Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt und seit Herbst 2008 Geschäftsführerin der im Mai 2008 gegründeten „Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“ (DAPG). Diese Akademie wurde gegründet, um sämtliche Fortbildungsveranstaltungen des Netzwerkes unter akademischer Leitung weiterzuführen und somit für einen hohen Qualitätsstandard zu sorgen. Als Geschäftsführerin ist es mir möglich, den Inhalt und Ablauf des Curriculums maßgeblich mitzubestimmen immer in Absprache mit der ärztlichen Leitung. Meine Erfahrungen, die ich aus dieser Dissertation ziehe sowie der damit zusammenhängende gesundheitspädagogische Ansatz, welchen ich vertrete, kommen der Entwicklung des Curriculums sehr entgegen.

Im Folgenden möchte ich kurz auf die bisherigen sowie geplanten Veränderungen verweisen, welche ihre Basis auf dieser wissenschaftlichen Arbeit und insbesondere auf den Ergebnissen meiner Evaluation hat.

Die Ergebnisse meiner Evaluation machen einen Handlungsbedarf in Bezug auf die praktische Arbeit der Präventionsassistentin notwendig.

Die geplanten Veränderungen basieren auf dem gesundheitspädagogischen Ansatz dieser Arbeit. So wurde beschlossen, in Zukunft die Arbeitgeber der angehenden Präventionsassistentinnen einzuladen, so dass beide Parteien gemeinsam die Umsetzung in den Praxisalltag erarbeiten. Von dieser gemeinsamen Sitzung erhoffen sich die Organisatoren mehr Unterstützung der Präventionsassistentinnen durch ihre Arbeitgeber, um die Präventionsarbeit in den Praxis- und Klinikalltag zu integrieren.

Als Lerneinheit, bei denen die Ärzte / Ärztinnen partizipieren könnten, könnte beispielsweise die Einheit „Präsentation der Hausarbeiten“³⁷ dienen.

³⁷ die Abgabe einer Hausarbeit gilt als ein Prüfungskriterium. Bei den Hausarbeiten handelt es sich um die Darstellung eines oder mehrerer Bereiche der praktischen Umsetzung der Präventionsarbeit an der jeweiligen Arbeitsstelle. Die Darstellung muss in schriftlicher Form abgegeben werden, in der Lerneinheit „Präsentation Hausarbeit“ persönlich vorgetragen werden

Ebenso soll es den Arbeitgebern in Zukunft möglich sein, die Hausarbeiten ihrer Präventionsassistentinnen, welche im Intranet „Präventionsassistentin“ ausgestellt sind, zu sichten. Diese Hausarbeiten berichten über die praktische Umsetzung der Präventionsarbeit an der Arbeitsstelle und gelten als Abschlussarbeit des Curriculums. Durch diesen Schritt könnten sich die Ärzte ein Bild über die Hausarbeiten aller Präventionsassistentinnen machen und so zur Umsetzung der Präventionsarbeit in ihrer Praxis motiviert werden.

Wenngleich die Durchführung der Evaluationen bereits einen hohen Standard aufweisen, so wurden dennoch einige Punkte optimiert, wie beispielsweise die Fragebögen der begleitenden Kursevaluation.

So wurde eine differenziertere Abfrage der Lerneinheiten (aufgeteilt in die Frage nach der Präsentation und nach dem Inhalt) eingeführt. Diese Veränderung macht es möglich, die Dozenten gezielt auf Verbesserungsmöglichkeiten in ihren Vorträgen hinzuweisen.

Die Nachbefragung der Präventionsassistentinnen und deren Arbeitgeber sechs Monate nach der Teilnahme werden in Zukunft vermehrt die Probleme bei der praktischen Umsetzung erfragen.

Die differenzierten Ergebnisse der Lerneinheiten werden den jeweiligen Dozenten zur Verfügung gestellt, so dass sie ihre Lehre aufgrund dessen optimieren können.

Die Ergebnisse der Evaluationen von einigen Lerneinheiten, beispielsweise des Themengebietes „Moderation und Information“³⁸ haben gezeigt, dass aufgrund des unterschiedlichen Vorwissens der Teilnehmerinnen nicht jede denselben Nutzen aus diesen Lerneinheiten zieht. Seit Anfang 2008 werden die Teilnehmerinnen während der Kurse über ihre Vorkenntnisse befragt, die Ergebnisse ausgewertet und bei der entsprechenden Lerneinheit, meist am

und als PDF Dokument unter www.praeventionsassistentin.de ins Forum eingestellt werden. Für die Erstellung der Hausarbeit sind 10 Arbeitsstunden vorgesehen.

³⁸ Die Lerneinheiten des Themenblockes „Moderation und Information“ beinhalten unter anderem den Umgang mit Präsentationstechniken (z. B. Powerpoint) sowie die Informationsgewinnung mit Hilfe des Internets.

nächsten Tag darauf reagiert. Für den Dozenten bleibt jedoch sehr wenig Zeit, sich entsprechend vorzubereiten und gegebenenfalls zwei Gruppen zu bilden, so dass in Zukunft die Befragung einige Wochen vor der geplanten Lerneinheit stattfinden wird.

Bis heute wurden knapp 400 Kinderarzhelferinnen und Kinderkrankenschwestern ausgebildet, sowie vier Standorte in Deutschland aufgebaut. Ein fünfter Standort wird im Jahr 2010 hinzukommen, um dem steigenden Nachfrage an Fortbildungsplätzen gerecht zu werden.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1, Hölling et al. 2007:796

Abb. 2, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
(Wiedenmayer et al, 2006: 10

Abb. 3, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
(Wiedenmayer et al, 2006: 12

Abb. 4, Statistisches Bundesamt, 2004

Abb. 5, Bundesministerium für Gesundheit, 2004

Abb. 6, Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche, Blättner et al., 2006
Prävention und Gesundheitsförderung, Springer Verlag, Heft 2, 2006

Abb. 7, Lange et al., 2007:584

Abb. 8, Lange et al. 2007: 585

Abb.9, Hauptdeterminanten der Gesundheit, Dahlgreen et al., 1993

Abb. 10, Medizinische Universität Ulm ,2008

Abb. 11, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München Januar
2008

Abb. 12, Auszug aus der unveröffentlichten Nachbefragung, Osnabrück 2004

Abb. 13, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München 2007

Abb. 14, Auszug aus der unveröffentlichten Kursevaluation, München 2007

Abb. 15, Auszug aus einer unveröffentlichten Kursevaluation, München 2008

Abb. 16, Auszug aus einer unveröffentlichten Nachbefragung, Bad Orb 2006

Abb. 17 und 18, Auszug aus einer unveröffentlichten Kursevaluation, München

Abb. 19 – 22, Frage 1-4 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 23, Frage 5 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 24 - 26, Frage 6 - 8 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 27, Frage 9 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 28, Frage 10 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 29, Frage 10.1 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 30, Frage 10.2 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 31, Frage 10.3 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 32, Frage 11 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 33, Frage 12 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 34, Frage 13 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 35, Frage 14 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 36, Kreuztabelle aus Frage 3 und 13 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 37, Kreuztabelle aus Frage 3 und 14 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 38, Frage 15 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 39, Frage 16 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 40, Kreuztabelle aus Frage 15 und 16 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 41, Frage 17 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 42, Kreuztabelle aus Frage 15 und 17 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 43, Frage 18 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 44, Frage 19 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 45, Frage 20 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 46, Frage 21 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 47, Kreuztabelle aus Frage 15 und 21 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 48, Frage 22 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 49, Frage 23 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 50, Frage 24 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 51, Frage 25 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 52, Frage 26 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 53, Frage 27 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 54, Frage 28 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 55, Frage 29 der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Abb. 56, Das Verhältnis von Gesundheitspädagogik und –förderung

Abb. 57, Kooperationsfelder der Pädagogik , Kron, 2001: 33

Abb. 58, Personengruppen pädagogischer Lehre und pädagogischen Handelns

Abb. 59, Interaktionspartner pädagogischer Lehre

Abb. 60, Übersicht: pädagogische Lehre

Abb. 61, Disziplinen pädagogischen Handelns

Abb. 62, Das interaktionistische Lernmodell, Hurrelmann, 2002: 122

Abb. 63, Marstedt 2003: 7

Literaturverzeichnis

Becker, P (2004) Anforderungs- Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Bengel, J, Strittmatter, R & Willmann, H. (2001) Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Blättner, B, Kohlenberg-Müller, K, & Grewe, A (2006) Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche. Weshalb sind sie nur bei manchen Kindern erfolgreich? In: Prävention und Gesundheitsförderung, Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberg. 1 / 121-127.

Ergebnisse des Kinder- Jugendgesundheitssurveys. Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007; Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Springer Medizin Verlag. Band 50, Heft, 5-6.

Böhm, W. (1994) Wörterbuch der Pädagogik. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.

Böhm, W (2004) Geschichte der Pädagogik: von Platon bis zur Gegenwart. C.H. Beck Verlag, München.

Böse-O'Reilly, St, Heudorf, U, Lob-Corzilius, Th, Mühlendahl, K. E., Otto, M & Schmidt, S (2007) Children Environment in central Europe: Threats and Chances. Int. J Hyg. Environ. Health (2007), doi:10.1016 / J.ijheh.2007.07.010

Böse-O'Reilly (2007). Continuous medical education (CME). Do we need CME for paediatric environmental medicine in Europe? Int. J Hyg. Environ. Health (2007), doi:10.1016 / J.ijheh.2007.07.010

Bräuer, G (1994) Vom Puzzle zum Bild. Fossile Dokumente der Menschwerdung. In: Schiefenhövel W, Vogel Ch, Vollmer G & Opolka U Beiträge aus dem Funkkolleg „Der Mensch - Anthropologie heute“ (Hg.), Vom Affen zum Halbgott: Der Weg des Menschen aus der Natur. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Ettischer, H, Lehmann, H & Meyer Dr., M (1998) Gesundheit für Kinder und Jugendliche. In: Konzepte / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.).BzgA, Köln.

Fehr, R (2004a) Ökologische Perspektive I: Umwelt und Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Fehr, R (2004b) Ökologische Perspektive II: Ökologische Gesundheitsförderung: In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Fehr, R, Kobusch, A-B & Wichmann, H-E (1998) Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, K & Laaser, U (1998) Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Franzkowiak, P (2004a) Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Franzkowiak, P (2004b) Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Franzkowiak, P (2004c) Belastung und Bewältigung / Stress-Bewältigungs-Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Franzkowiak, P (2004d) Psychosomatische Erklärungsmodelle. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Franzkowiak, P (2004e) Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Gerhards, J & Rössel, J (2003) Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile - eine empirische Studie. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Gerspach, M (2000) Einführung in pädagogisches Denken und Handeln. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Göpel, E (2004) Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Griefhahn, B (1998) Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, K & Laaser, U (1998) Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Grossmann, R & Scala, K (2004) Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Hamann, B (1998) Pädagogische Anthropologie. Julius Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn.

Hellmann, J, Lob-Corzilius, T, Böse-O'Reilly, St & Petersen, E (2008). Vorbildprojekt zur Vorbeugung. Fünf Jahre Curriculum Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: Weiterbildung. Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trends. 3: 16-19.

Hempel, U et al. (2006) Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert-Koch-Institut (Hg), Berlin.

Höfling, S (2001) Patientenorientierte Ausbildung in der Medizin. In: Mandl, H (Hg.) Lernmodelle der Zukunft am Beispiel der Medizin. München. Hans-Seidl-Stiftung.

Hölling, H & Schlack, R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Springer Medizin Verlag. Band 50, Heft, 5-6: 794-799.

Hurrelmann K (2002) Einführung in die Sozialisationstheorie. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Hurrelmann, K (2004) Eine Einführung in die Sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Hurrelmann, K & Franzkowiak, P (2004) Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Jöckel, K-H, Babisch, B, Bellach, B-M, Bloomfield, K, Hoffmeyer-Zlotnik, J, Winkler, J & Wolf, c (1998). Messung und Qualifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens, W, Bellach, B-M, Jöckel, K-H (Hg.) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften, MMV Medizin Verlag, München, 1 / 3-38.

Kaba-Schönstein, L (2004a) Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Kaba-Schönstein, L (2004b) Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Kaba-Schönstein, L (2004c) Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Kaba-Schönstein, L (2004d) Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Klever-Deichert G, Gerber A, Schröer M-A, Plamper E (2007) International erfolgreiche Intervention der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit in Deutschland – Entwicklung und exemplarische Anwendung eines Bewertungsinstruments. Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; 9.

Klocke, A (2006) Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Jugendalter. In: Wendt, C & Wolf, Ch (Hg.) Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46.

Koch, K., Gehrman, U. & Sawicki, P. (2007) Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Deutsches Ärzteblatt 104, 38 / A-2584 - A-2591.

Kolip, P (1998) Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, K & Laaser, U Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Kron, F (2001) Grundwissen Pädagogik. Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Lafaille, R (2004) Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Lampert, T, Mensink, G B M, Romahn, N & Woll, A (2007a). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Springer Medizin Verlag. Band 50, Heft, 5-6: 634-642.

Lampert, T & Thamm, M (2007b). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Springer Medizin Verlag. Band 50, Heft, 5-6: 600-608.

Lange, M, Kamtsiuris, P, Lange, C, Schaffrath Rosario, A, Stolzenberg, H & Lampert, T (2007) Messung soziodemographischer Merkmal im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. In: Robert-Koch-Institut (Hg.) Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Springer Medizin Verlag. Band 50, Heft, 5-6, 578-589.

Lehmann, F, Geene, R, Kaba-Schönstein, L, Kilian, H, Meyer-Nürnberger, M, Brandes, S, Bartsch, G (2005) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten. Ansatz-Beispiele-Weiterführende Informationen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Köln.

Lehmann, M (2004) Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Marstedt G (2003) Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Böcken, J, Braun, B, Schnee, M (Hg.) Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Maschewsky-Schneider, U, Babitsch, B & Ducki, A (1998) Geschlecht und GEsundheit. In: Hurrelmann, K & Laaser, U (1998) Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Naidoo, J & Wills, J (2003) Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BzgA (Hg.). Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Naidoo, J & Wills, J (2003) Health Promotion – Foundations for Practice. Edinburg.

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch (2004). Walter de Gruyter Verlag, Berlin.

Raithel, J, Dollinger, B & Hörmann, G (2007) Einführung in die Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Reble, A (1999) Geschichte der Pädagogik. Klett-Cotta, Stuttgart.

Riemann, K (2004) Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Rosenstock, R (2003) Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Schaub, H & Zenke, K (2007) Pädagogik. dtv Verlag, München.

Schipperges, H (1990) Das Bild der Gesundheit im Spiegel der Geschichte. In: Gropengießer, V, Schneider, I (Hg) Gesundheit: Friedrich Jahresheft, Seelze. 8: 14-25.

Schmid, P (1997) Pädagogik im Zeitalter der Aufklärung. In: Harney, K & Krüger, H.H. (1997) Einführung in die Geschichte der Erziehungswissenschaften und der Erziehungswirklichkeit. Leske und Budrich Verlag, Opladen.

Schnell, R, Hill, P & Esser, E (2005) Methoden der empirischen Sozialforschung. R. Oldenbourg Verlag, München.

Schweiger, M (2005) Medizin: Glaube, Spekulation oder Naturwissenschaft? Gibt es zur Schulmedizin eine Alternative? Eine historisch-philosophisch begründete Auseinandersetzung zwischen Schulmedizin und alternativer Medizin. W. Zuckschwerdt Verlag, München.

Schubert, I, Horch, K, Kahl, H, Köster, I, Meyer, Ch & Reiter, S (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Robert-Koch-Institut Statistisches Bundesamt (Hg.), Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Spielberg, P (2007) Schul- und Komplementärmedizin: Miteinander statt nebeneinander. Deutsches Ärzteblatt 104. 46 / A-3148 / B-2770 / C-2672.

Stark, W (2004) Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Stockmann, R (2000) Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Leske und Budrich Verlag, Opladen.

Tenorth, H.E. (1997) Erziehungswissenschaften in Deutschland - Skizze ihrer Geschichte von 1900 bis zur Vereinigung 1990. In: Harney, K & Krüger, H.H. Einführung in die Geschichte der Erziehungswissenschaften und der Erziehungswirklichkeit. Leske und Budrich Verlag, Opladen.

Trojan, A & Legewie, H (2000) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung – Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt.

Wiedenmayer, G & Spies, G (2006). Gesundheit von Vorschulkindern in München. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2004/2005. Themenheft der Münchner Gesundheitsberichterstattung. Referat für Gesundheit und Umwelt (Hg.), München.

Wulfhorst, B (2002) Theorie der Gesundheitspädagogik: Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Zirfas, J (2004) Pädagogik und Anthropologie: eine Einführung. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Zwick, E (2004) Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Band 1. In: Zwick E (Hg.) Reform und Innovation. Beiträge pädagogischer Forschung. LIT Verlag, Münster.

Internetadressen

Bartens, W (2001) Was hab ich bloß? In: Die Zeit (Hg.), http://zeus.zeit.de/text/archiv/2001/07200107_modekrankheiten.xml, 14.12.2008.

<http://www.bpb.de/>, 20.03.2008

Dahlgren G & Whitehead M (1993) Tackling inequalities in health; what can we learn from what has been tried?

<http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf> (09.03.2009)

<http://www.fitness-fuer-kids.de>, 12.03.09

<http://www.gbe-bund.de>, 20.03.2008

www.igel-verzeichnis.de, 14.04.08

Klever-Deichert G, Gerber A, Schröer M-A, Plamper E. (2007) International erfolgreiche Intervention der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit in Deutschland – Entwicklung und exemplarische Anwendung eines Bewertungsinstruments. Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; 9

http://www.boeckler.de/pdf/pm_2007_10_22_praevention.pdf (01.03.2009)

<http://www.ku-eichstaett.de/Fakultaeten/PPF/fachgebiete/Paedagogik>, 11.04.2008

<http://www.akademie.uni-freiburg.de/gesundheitspaedagogik>, 11.04.2008

Anhang

- **Curriculum der Bundesärztekammer**
- **Anschreiben der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation**
- **Fragebogen der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation**
- **Codierungsplan der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation**
- **Nachbefragungen während des Curriculums durchgeführt vom „Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt“**

Curriculum der Bundesärztekammer



**Fortbildungscurriculum für Arzthelferinnen/
Medizinische Fachangestellte
„Prävention im Kindes- und Jugendalter“**

Herausgeber: Bundesärztekammer

Anschreiben
der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Julia Hellmann

XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX

Frau

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

München, 04.08.2006

Nachbefragung zur Fortbildung Präventionsassistentin

Sehr geehrte Frau XXXXX,

Sie haben vor einiger Zeit Ihre Fortbildung zur Präventionsassistentin erfolgreich abgeschlossen. Während der Fortbildung und nach sechs Monaten haben Sie bereits einen Fragebogen beantwortet.

Als Arzthelferin und Gesundheitspädagogin möchte ich im Rahmen meiner Doktorarbeit den langfristigen Erfolg der Fortbildung zur Präventionsassistentin überprüfen. Meine Nachbefragung ist mit Herrn Dr. Böse-O`Reilly sowie Herrn Lob-Corzilius vom **Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt** abgesprochen. Beide sind ebenfalls an den Ergebnissen sehr interessiert.

Ich bitte Sie deshalb, den beigefügten Fragebogen zu beantworten. Die Beantwortung dauert nach meiner Erfahrung etwa 15 Minuten. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet, bitte machen Sie auf den Bögen keine persönlichen Angaben.

Da es sich bei dieser Fortbildung um verhältnismäßig kleine Kursgruppen handelt, ist jeder beantwortete Fragebogen für mich äußerst wichtig, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erlangen. Bitte versenden Sie den Fragebogen bis zum 18.08.2006 im beiliegenden, freifrankierten Rückumschlag.

Durch Ihre Mithilfe ist es möglich, die Präventions-Fortbildung weiter zu verbessern und dadurch auch die gesundheitliche Situation der Kinder.

Für Ihr Engagement bin ich Ihnen sehr dankbar und verbleibe mit kollegialen Grüßen,

Julia Hellmann

Fragebogen
der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Fragebogen

bitte kreuzen Sie pro Frage einen Punkt an

Frage 1:

Die Seminare haben für meine Tätigkeit relevante Themengebiete der Pädiatrie abgedeckt

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 2:

Ich habe in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 3:

Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit Patientenelementen geschult

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 4:

Die Seminare haben mir Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0-5 Jahre aufgezeigt

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 5:

Ich bin tätig in einer

- Kinderklinik
- Kinderarztpraxis mit max. 5 Mitarbeitern (inkl. Ärzte)
- Kinderarztpraxis mit mehr als 5 Mitarbeitern (inkl. Ärzte)

bitte beantworten Sie nur Frage 6, 7 oder 8, je nach Ihrem Beruf

Frage 6:

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Klinik** praktisch umsetzen

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 7:

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Kinderarztpraxis mit maximal 5 Mitarbeitern** praktisch umsetzen

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 8:

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Kinderarztpraxis mit mehr als 5 Mitarbeitern** praktisch umsetzen

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 9:

An meiner Arbeitsstelle wurden bereits vor meiner Teilnahme an der Präventions-Fortbildung Patientenschulungen durchgeführt

- Ja und die Themen der Fortbildung sind in das Schulungsprogramm neu aufgenommen worden
- Ja und die Themen der Fortbildung sind in das Schulungsprogramm teilweise aufgenommen worden
- Ja, aber die Themen der Fortbildung waren im Schulungsprogramm bereits enthalten
- Nein – wir bieten seit der Fortbildung Schulungen an
- Nein – wir bieten keine Schulungen an

Frage 10:

Wir hatten anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung der Fortbildungsinhalte

- Ja und wir haben diese Probleme nicht lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

- Ja, aber wir haben diese Probleme teilweise lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Ja, aber wir haben diese Probleme lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Nein, jedoch stellten sich später (mind. 7 Monate später) Probleme heraus

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Nein und wir haben bis heute keine Probleme bei der Umsetzung

Frage 11:

Wir haben an unserer Arbeitsstelle einen bestehenden Bereich (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) dauerhaft umgestaltet?

1. Nein

2. Ja - kurze Nennung dieser(s) Bereiche(s):

.....
.....
.....

Frage 12:

Wir haben das Leistungsspektrum (z.B. Eltern-Kind-Kurse) an unserer Arbeitsstelle dauerhaft erweitert

- Nein

- Ja - kurze Nennung dieser Leistungen:

.....
.....
.....

Frage 13:

Seit der Teilnahme spreche ich die Patienten häufiger auf Präventionsthemen an

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 14:

Bei Patientenfragen zur Prävention fühle ich mich seit der Präventions-Fortbildung sicherer

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 15:

Meine Zusatzqualifikation ist gut erkennbar, beispielsweise durch ein Namensschild

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 16:

Die Patienten wissen von meiner Tätigkeit in der Praxis bzw. in der Klinik

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 17:

Die Patienten sprechen mich von sich aus auf Präventionsthemen an

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 18:

Die Patienten fragen den Arzt und mich inhaltlich ähnliche Fragen zu Präventionsthemen

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 19:

Der Arzt verweist Patienten mit Fragen zur Prävention an mich

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 20:

An meiner Arbeitsstelle werden Teambesprechungen mit Angestellten und Ärzten durchgeführt

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 21:

Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 22:

Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine Optimierung meines Lebenslaufes bei eventuellen Bewerbungen gelohnt

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 23:

Die Patienteltern berichten mir von der Umsetzung meiner Ratschläge zur Prävention

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 24:

In unserer Praxis / Klinik werden Broschüren zu Präventionsthemen in anderen Sprachen angeboten

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 25:

Mir ist es möglich, die Präventionsthemen ausländischen Patienten zu vermitteln

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

bei Bedarf eine kurze Erläuterung:

.....

.....

.....

Frage 26:

Nahmen weitere Mitarbeiter von Ihnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an der Präventions-Fortbildung teil?

- Nein
- Ja

Frage 27:

Ich bin auf die Präventions-Fortbildung folgendermaßen aufmerksam geworden

.....

Frage 28:

Ich hätte Interesse an weiteren Fortbildungskursen zur Präventionsassistentin

- trifft zu
- trifft meist zu
- bin unentschieden
- trifft kaum zu
- trifft nicht zu

Frage 29:

Der Zeitumfang der Präventions-Fortbildung von derzeit 60 Stunden

- reicht aus
- müsste um 30 Stunden ausgeweitet werden
- müsste um 60 Stunden ausgeweitet werden

Frage 30:

Ich würde folgende Themen aus der Präventions-Fortbildung ausklammern:

.....
.....
.....

Frage 31:

Ich würde folgende Themen in die Präventions-Fortbildung einfügen:

.....

.....

.....

Folgendes will ich Ihnen zum Abschluss sagen:

.....

.....

.....

Kodierungsplan

der für diese Arbeit durchgeführten Evaluation

Kodierungsplan

Frage 1: **gebpäd**

Die Seminare haben für meine Tätigkeit relevante Themengebiete der Pädiatrie abgedeckt

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 2: **anlprakt**

Ich habe in den Seminaren Anleitungen zur praktischen Umsetzung erfahren

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 3: **perselt**

Die Seminare haben mich im persönlichen Umgang mit Patienteneleitern geschult

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 4: arbkind

Die Seminare haben mir Möglichkeiten in der Präventionsarbeit mit Kindern von 0-5 Jahre aufgezeigt

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 5: tätigin

Ich bin tätig in einer

– Kinderklinik	– 1
– Kinderarztpraxis mit max. 5 Mitarbeitern (inkl. Ärzte)	– 2
– Kinderarztpraxis mit mehr als 5 Mitarbeitern (inkl. Ärzte)	– 3

bitte beantworten Sie nur Frage 6, 7 oder 8, je nach Ihrem Beruf

Frage 6: prakklin

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Klinik** praktisch umsetzen

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 7: praktümi

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Kinderarztpraxis mit maximal 5 Mitarbeitern** praktisch umsetzen

– trifft zu	– 2
-------------	-----

– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 8: praksemi

Ich konnte mein erlerntes Wissen in der **Kinderarztpraxis mit mehr als 5 Mitarbeitern** praktisch umsetzen

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Missing: 8 = eine andere Frage beantwortet (6,7 oder 8)

Frage 9: vorschul

An meiner Arbeitsstelle wurden bereits vor meiner Teilnahme an der Präventions-Fortbildung Patientenschulungen durchgeführt

– Ja und die Themen der Fortbildung sind in das Schulungsprogramm neu aufgenommen worden	– 2
– Ja und die Themen der Fortbildung sind in das Schulungsprogramm teilweise aufgenommen worden	– 1
– Ja, aber die Themen der Fortbildung waren im Schulungsprogramm bereits enthalten	– 0
– Nein – wir bieten seit der Fortbildung Schulungen an	– -1
– Nein – wir bieten keine Schulungen an	– -2

Frage 10: problpra

Wir hatten anfangs Probleme bei der praktischen Umsetzung der Fortbildungsinhalte

- Ja und wir haben diese Probleme nicht lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....
.....

.....
.....

-
-
-
- Ja, aber wir haben diese Probleme teilweise lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Ja, aber wir haben diese Probleme lösen können

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Nein, jedoch stellten sich später (mind. 7 Monate später) Probleme heraus

kurze Erläuterung der Probleme:

.....

.....

.....

- Nein und wir haben bis heute keine Probleme bei der Umsetzung

– 1.1: **japroblemechef**

1	nein
2	ja

10.1.2: **japroblemezeit**

1	nein
2	ja

10.1.3: **japroblemepersonal**

1	nein
2	ja

10.1.4: **japroblemevertrag**

1	nein
2	ja

10.1.5: **japroblemeeltern**

1	nein
2	ja

10.1.6: **japroblemesonstiges**

1	nein
2	ja

10.2.1:jateilweisechef

1	nein
2	ja

10.2.2:jateilweisezeit

1	nein
2	ja

10.2.3: jateilweisepersonal

1	nein
2	ja

10.2.4: jateilweisevertrag

1	nein
2	ja

10.2.5:jateilweiseeltern

1	nein
2	ja

10.2.6: jateilweisesonstiges

1	nein
2	ja

10.3.1:jalösenkönnenchef

1	nein
2	ja

10.3.2: jalösenkönnenzeit

1	nein
2	ja

10.3.3: jalösenkönnenpersonal

1	nein
2	ja

10.3.4: jalösenkönnenvertrag

1	nein
2	ja

10.3.5: jalösenkönneneltern

1	nein
2	ja

10.3.6: jalösenkönnensonstiges

1	nein
2	ja

10.4.1: neinspäterproblemechef

1	nein
2	ja

10.4.2:neinspäterproblemezeit

1	nein
2	ja

10.4.3:neinspäterproblemepersonal

1	nein
2	ja

10.4.4:neinspäterproblemevertrag

1	nein
2	ja

10.4.5:neinspäterproblemeeltern

1	nein
2	ja

10.4.6:neinspäterproblemesonstiges

1	nein
2	ja

Frage 11: umgesta

Wir haben an unserer Arbeitsstelle einen bestehenden Bereich (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) dauerhaft umgestaltet?

3. Nein	4. 1
5. Ja - kurze Nennung dieser(s) Bereiche(s):	6. 2

7. Frage 11.1 **nennun11** >>string

Frage 11.1.1 Vorsorgeuntersuchung

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.2 SIDS

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.3 Unfall

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.4 Ernährung

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.5 Stillen

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.6 Rauchen

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.7 Impfen

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.8 Karies

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.9 Infomaterial

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.10 Präventionsgespräche

1	Nein
2	Ja

Frage 11.1.11 Sonstiges

1	Nein
2	Ja

Frage 12: erweite

Wir haben das Leistungsspektrum (z.B. Eltern-Kind-Kurse) an unserer Arbeitsstelle dauerhaft erweitert

– Nein	1
– Ja - kurze Nennung dieser Leistungen:	2

– Frage 12.1: **nennun12** >> string

Frage 12.1.1 Erste Hife

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.2 Elterntreffen

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.3 Eltern Kind Kurs

1	Nein
---	------

2	Ja
---	----

Frage 12.1.4 Unfall

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.5 SIDS

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.6 Stillen

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.7 Schlaf

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.8 Ernährung

1	Nein
2	Ja

Frage 12.1.9 Sonstiges

1	Nein
2	Ja

Frage 13: ansprech

Seit der Teilnahme spreche ich die Patienten häufiger auf Präventionsthemen an

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 14: sicherer

Bei Patientenfragen zur Prävention fühle ich mich seit der Präventions-Fortbildung sicherer

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 15: qualierk

Meine Zusatzqualifikation ist gut erkennbar, beispielsweise durch ein Namensschild

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 16: patwiss

Die Patienten wissen von meiner Tätigkeit in der Praxis bzw. in der Klinik

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 17: patsprech

Die Patienten sprechen mich von sich aus auf Präventionsthemen an

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0

– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 18: ähnfrag

Die Patienten fragen den Arzt und mich inhaltlich ähnliche Fragen zu Präventionsthemen

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 19: aweistami

Der Arzt verweist Patienten mit Fragen zur Prävention an mich

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 20: teambesp

An meiner Arbeitsstelle werden Teambesprechungen mit Angestellten und Ärzten durchgeführt

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 21: zeitentl

Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine zeitliche Entlastung des Arztes gelohnt

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 22: lebensla

Die Präventions-Fortbildung hat sich in Bezug auf eine Optimierung meines Lebenslaufes bei eventuellen Bewerbungen gelohnt

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 23: patumset

Die Patienteneltern berichten mir von der Umsetzung meiner Ratschläge zur Prävention

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 24: andsprac

In unserer Praxis / Klinik werden Broschüren zu Präventionsthemen in anderen Sprachen angeboten

– trifft zu	– 2
-------------	-----

– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 25: ausländ

Mir ist es möglich, die Präventionsthemen ausländischen Patienten zu vermitteln

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 25.1: nennun25 >>string

Frage 25.1.1 ausländische Kollegin

1	Nein
2	Ja

Frage 25.1.2 fremdsprachige Infoblätter

1	Nein
2	Ja

Frage 25.1.3 kaum Ausländer

1	Nein
2	Ja

Frage 25.1.4 Sonstiges

1	Nein
2	Ja

Frage 26: weitmita

Nahmen weitere Mitarbeiter von Ihnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an der Präventions-Fortbildung teil?

– Nein	– 1
– Ja	– 2

Frage 27: aufmerks >> string

Ich bin auf die Präventions-Fortbildung folgendermaßen aufmerksam geworden

.....

Frage 27.1 Chef

1	Nein
2	Ja

Frage 27.2 Zeitschrift

1	Nein
2	Ja

Frage 27.3 Internet

1	Nein
2	Ja

Frage 27.4 Infopost

1	Nein
2	Ja

Frage27.5 Kollegin

1	Nein
2	Ja

Frage 27.6 Einladung

1	Nein
---	------

2	Ja
---	----

Frage 27.7 Flyer

1	Nein
2	Ja

Frage 27.8 Sonstiges

1	Nein
2	Ja

Frage 28: interest

Ich hätte Interesse an weiteren Fortbildungskursen zur Präventionsassistentin

– trifft zu	– 2
– trifft meist zu	– 1
– bin unentschieden	– 0
– trifft kaum zu	– -1
– trifft nicht zu	– -2

Frage 29: zeitumfa

Der Zeitumfang der Präventions-Fortbildung von derzeit 60 Stunden

• reicht aus	• 1
• müsste um 30 Stunden ausgeweitet werden	• 3
• müsste um 60 Stunden ausgeweitet werden	• 6

Frage 30: ausklamm >>>string

Ich würde folgende Themen aus der Präventions-Fortbildung ausklammern:

.....

Frage 30.1 Motorik ausklammern

1	Nein
2	Ja

Frage 30.2 Kinderrecht ausklammern

1	Nein
2	Ja

Frage 30.3 Impfung ausklammern

1	Nein
2	Ja

Frage 30.4 Rollenspiele ausklammern

1	Nein
2	Ja

Frage 30.5 sonstiges ausklammern

1	Nein
2	Ja

Frage 31: einfügen

Ich würde folgende Themen in die Präventions-Fortbildung einfügen:

.....

.....

.....

Frage 31.1 Erste Hilfe einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.1 ADHS einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.3 Ernährung einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.4 Essstörung einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.5 Allergie einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.6 Drogen_Sucht einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.7 Akne einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.8 Jugendliche einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage 31.9 sonstiges einfügen

1	Nein
2	Ja

Frage32: Folgendes will ich Ihnen zum Abschluss sagen **abschluss**

.....

.....

.....

**Beispiele einer Nachbefragung
der Präventionsassistentinnen und Ärzte
Sechs Monate nach Teilnahme am Curriculum
Präventionsassistentin**

Durchgeführt vom Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt

SECHS – MONATE – NACHBEFRAGUNG IM RAHMEN DES CURRICULUMS ZUR PRÄVENTIONSASSISTENTIN

Liebe neugebackene Präventionsassistentinnen,

wir würden gerne von Ihnen erfahren, was Sie in den vergangenen sechs Monaten in Ihrer Kinderarztpraxis oder Kinderklinik von den Inhalten des Curriculums haben umsetzen können. Was konnten Sie ferner von den erlernten Gesprächstechniken oder anderen didaktischen Hilfsmitteln in Ihrer täglichen Arbeit einsetzen? Zur Vorbereitung auf unser Treffen im Dezember möchten wir Sie um eine rasche Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens bis zum **18.11.2005** bitten. Bitte geben Sie Ihrem Kinderarzt/-ärztin den anderen Fragebogen zum getrennten Ausfüllen und senden Sie beide Fragebögen an folgende Adresse:

Kinderarztpraxis Dr. S. Böse-O'Reilly, z.Hd. Frau Wermuth, Implersstr. 23, 81371 München

Thema	Welche Präventionsthemen haben Sie neu in Ihre Arbeit aufgenommen? <i>bitte ankreuzen</i>	Welche Präventionsthemen haben Sie anders als bisher im Gespräch und/oder Anleitung umgesetzt? <i>bitte ankreuzen</i>	Konnten Sie die erlernten Inhalte für Ihre Arbeit verwerten? Bitte bewerten von 1-6 (= Schulnoten) <i>bitte ankreuzen</i>		
SIDS	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Karies	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Stillen, Beikost	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Allergieberatung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Passivrauchvermeidung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Impfungen	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Optimierte Mischkost	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Unfälle	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Bewegungsförderung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Sonstige: was?	☐	☐	1 4	2 5	3 6

Welchen Rahmen haben Sie umgestaltet oder neu genutzt? Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich!	Vorsorgeuntersuchungen ☐ Zusatztermine zu Vorsorgeuntersuchungen ☐ Elternabende ☐ Elternkurse ☐ Eltern-Kind-Kurse ☐ Andere Möglichkeiten ☐ wenn ja, welche.....
Welche methodisch – didaktischen Möglichkeiten lassen sich in der Praxis am besten einsetzen? Bitte freie Antwort	
Welche methodisch - didaktischen Möglichkeiten lassen sich in der Praxis am wenigsten einsetzen? Bitte freie Antwort	
Wo sehen Sie die größten Probleme bei der Umsetzung? Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich!	Zeit ☐ wenn ja, warum oder wie viel..... Raum ☐ wenn ja, warum oder wie viel..... Elterninteresse ☐ wenn möglich kurz erläutern..... Arztinteresse ☐ wenn möglich kurz erläutern.....
Haben Sie besondere Rückmeldungen bekommen ? Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich! Wenn möglich, bitte das Verhältnis abschätzen.	Von Patientenelementern positive ☐ negative ☐ keine ☐ Von Ihrem Arzt / Ärzten positive ☐ negative ☐ keine ☐
Welche Inhalte haben im Curriculum gefehlt? Bitte freie Antwort	
Welche didaktischen Anregungen haben gefehlt? Bitte freie Antwort	
Was sollen wir unbedingt verbessern ? Bitte freie Antwort	
Wie ist Ihr Gesamteindruck vom Curriculum? Bitte freie Antwort	

Würden Sie an einem **Nachtreffen** teilnehmen, das **im Februar kommenden Jahres** geplant ist?

ja ☐

nein ☐

SECHS – MONATE – NACHBEFRAGUNG IM RAHMEN DES CURRICULUMS ZUR PRÄVENTIONSASSISTENTIN

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir würden gerne von Ihnen erfahren, was Sie in den vergangenen sechs Monaten in Ihrer Kinderarztpraxis von dem haben umsetzen können, was Ihre Arzthelferinnen im Rahmen des Curriculums zur Präventionsassistentin erlernt haben. Wie konnten Sie ferner die von ihnen erlernten Gesprächstechniken oder anderen didaktischen Hilfsmittel in Ihrer täglichen Arbeit, z.B. den Vorsorgeuntersuchungen nutzen? Zur Vorbereitung auf unser nächstes Treffen im Dezember möchten wir Sie um eine rasche Beantwortung bis zum **18.11.2005** bitten. Ihre Arzthelferinnen erhalten ebenfalls diesen Fragebogen zum getrennten Ausfüllen!

Thema	Welche Präventionsthemen haben Sie neu in Ihre Arbeit aufgenommen? <i>bitte ankreuzen</i>	Welche Präventionsthemen haben Sie anders als bisher im Gespräch und/oder Anleitung umgesetzt? <i>bitte ankreuzen</i>	Konnten Sie die erlernten Inhalte für Ihre Arbeit verwerten? Bitte bewerten von 1-6 (= Schulnoten) <i>bitte ankreuzen</i>		
SIDS	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Karies	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Stillen, Beikost	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Allergieberatung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Passivrauchvermeidung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Impfungen	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Optimierte Mischkost	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Unfälle	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Bewegungsförderung	☐	☐	1 4	2 5	3 6
Sonstige: was?	☐	☐	1 4	2 5	3 6

Welchen Rahmen haben Sie umgestaltet oder neu genutzt? <i>Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich!</i>	Vorsorgeuntersuchungen ☐ Zusatztermine zu Vorsorgeuntersuchungen ☐ Elternabende ☐ Elternkurse ☐ Eltern-Kind-Kurse ☐ Andere Möglichkeiten ☐ wenn ja, welche.....
Welche methodisch – didaktischen Möglichkeiten lassen sich in der Praxis am besten einsetzen? Bitte freie Antwort	
Welche methodisch - didaktischen Möglichkeiten lassen sich in der Praxis am wenigsten einsetzen? Bitte freie Antwort	
Wo sehen Sie die größten Probleme bei der Umsetzung? <i>Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich!</i>	Zeit ☐ wenn ja, warum oder wie viel..... Raum ☐ wenn ja, warum oder wie viel..... Elterninteresse ☐ wenn möglich kurz erläutern..... Eigenes Interesse ☐ wenn möglich kurz erläutern.....
Haben Sie besondere Rückmeldungen bekommen ? <i>Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich! Wenn möglich, bitte das Verhältnis abschätzen.</i>	Von Patient*eltern positive ☐ negative ☐ keine ☐ Von Ihren Arzthelferinnen positive ☐ negative ☐ keine ☐
Welche Inhalte haben im Curriculum gefehlt? Bitte freie Antwort	
Welche didaktischen Anregungen haben gefehlt? Bitte freie Antwort	
Was sollen wir unbedingt verbessern ? Bitte freie Antwort	
Wie ist Ihr Gesamteindruck vom bisherigen Curriculum? Bitte freie Antwort	

Curriculum vitae

Julia Hellmann-Schoierer M.A.

Eduard Schmid Str. 32

81541 München

089 / 55066959

juliahellmann@gmx.de

Lebenslauf:

geb. 16.4.1980 in München

verheiratet, ein Kind

1999	Abitur in Icking bei München
1999 – 2001	Ausbildung zur Arzthelferin
2002 – 2006	Hochschulstudium der Erziehungswissenschaften, Nebenfächer Psychologie, Medizin Zusatzqualifikation Gesundheitspädagogik Abschluss Magister Artium
seit 2006	Promotion im Forschungsgebiet der Gesundheitspädagogik unter Leitung von Frau PD Dr. Dr. Elisabeth Zwick. gewünschte Prüfer PD Dr. Dr. Elisabeth Zwick, Prof. Dr. Rudolf Tippelt; Apl. Prof. Dr. med, Dr. med. habil. M.A. Wolfgang Gerhard Locher

Projekte:

2006 / 2007	Kongresssekretariat: 4th International Conference Children's Environment and Health in Vienna/AUSTRIA for INCHES. (INCHES = International Network for Children's Health, Environment and Safety)
2007	Mitgestaltung der Fortbildungscurricula „Präventionsassistentin“ des Netzwerkes Kindergesundheit und Umwelt e.V.
seit 2008	Geschäftsführung der Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter e.V.