



Regionales Innovationsnetzwerk

„Kinder- und Jugendgesundheit durch erfolgreiches Präventionsmanagement“

Ergebnisse

Ansprechpartner

MedEcon Ruhr GmbH, Universitätsstr. 136, 44799 Bochum, www.medecon.ruhr

Dr. Anja Hartmann Tel.: 0234. 978 36-35 hartmann@medeconruhr.de

Sebastian Becker Tel.: 0234. 978 36-38 sebastian.becker@medeconruhr.de

Informationen zum RIN finden Sie auf unserer Homepage unter: www.gesund-aufwachsen.ruhr

Gliederung

1	RIN „Präventionsmanagement“	1
2	Präventionslandschaft im Ruhrgebiet	2
2.1	Wie wächst zusammen, was zusammen gehört?	2
2.2	Wie kommt die Prävention dahin, wo sie hingehört?	3
2.3	Wo sind Lücken in den Präventionsketten?	4
2.4	Exkurs: Zum Präventionsverständnis des RIN	5
3	RIN Formate	6
4	RIN Themenfelder	7
5	RIN Expertenkreis	7
6	MedEcon Ruhr	8

1 RIN „Präventionsmanagement“

Regionale Innovationsnetzwerke (RIN) werden vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW gefördert, um in wichtigen gesellschaftlichen Handlungsfeldern disziplinen- und sektorenübergreifende Problemlösungen zu erarbeiten. Unser RIN hat das Ziel, die Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen im Ruhrgebiet zu verbessern und hierbei zu übertragbaren innovativen Lösungen im Präventionsmanagement zu kommen. Dabei steht die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Entwicklung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen im Mittelpunkt. Ergebnisse werden erwartet und angestrebt in Bezug auf:

- die sektoren- und stadtgrenzenübergreifende Transparenz im Präventionsgeschehen und einen darauf basierenden systematischen Austausch der Akteure und Akteursgruppen,
- neue Erkenntnisse über die Implementation, Durchführung und Wirkung von Präventionsprogrammen,
- zielgruppenorientierte Verbesserungen in den Mechanismen, Prozessen und Strukturen eines kooperativen Präventionsmanagements,
- beispielhafte Initiativen und Vorhaben, in denen derartige Innovationen in konkreten Präventionsfeldern entwickelt und erprobt werden,
- praxisbasierte Vorschläge zur Verbesserung der (politisch gesetzten) Rahmenbedingungen eines kooperativen und nachhaltigen Präventionsmanagements.

Der Hintergrund dieses Vorhabens liegt in der Ansicht, dass Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf von vielfältigen biologischen, psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren beeinflusst werden. Damit sind auch komplexe Anforderungen an Präventionsstrategien und -maßnahmen verbunden:

- Prävention findet immer mehr im Schnittfeld von medizinischen und sozialen Akteuren (unter Einschluss pflegerischer, psychologischer und pädagogischer Berufe) statt (Abschnitt 2.1).

- Sie ist immer häufiger zielgruppenspezifisch orientiert, um eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu bewirken (Abschnitt 2.2).
- Des Weiteren soll Prävention den gesamten Prozess des Aufwachsens in den Blick nehmen und in lebensphasenübergreifenden Präventionsketten organisiert werden (Abschnitt 2.3).

Diese Anforderungen gehen mit erhöhten Ansprüchen an die beteiligten Akteure einher und kollidieren mit unterschiedlichen Präventionsverständnissen der Akteure, sozialrechtlichen Fragmentierungen und den verschiedenen Finanzierungsmodi sowie Zuständigkeiten der Prävention und – nicht zuletzt – mit den alltäglichen Überforderungen, denen die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen ausgesetzt sind.

In der ersten Phase des RIN ging es vor allem um die Strukturierung und Beschreibung der Problemlagen. Neben der systematischen Erfassung der regionalen Präventionslandschaft standen Expertengesprächen und Workshops im Zentrum. Mit insgesamt 20 Expertengesprächen wurden die Sichtweisen aus verschiedensten Akteursgruppen gesammelt. Hierauf aufbauend konnten vier Workshops weitere Einblicke in die Perspektiven von Ärzteschaft, Gesundheits- und Jugendämtern sowie sozialen Akteuren¹ liefern und eine Diskussion sowie einen Austausch innerhalb der Akteursgruppen fördern.

2 Präventionslandschaft im Ruhrgebiet

Die gewonnenen Ergebnisse spiegeln die Sichtweisen von unterschiedlichen Akteuren aus der Präventionslandschaft wider und sind an Hand von Leitfragen in den folgenden Abschnitten zusammengefasst.

2.1 Wie wächst zusammen, was zusammen gehört?

Prävention im Spannungsfeld unterschiedlicher Professionen, Disziplinen und Handlungsfelder

Bei der Gestaltung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter spielt die Kooperation zwischen dem medizinischen und sozialen Sektor aus Sicht aller einbezogenen Akteure eine wichtige Rolle. Kennen sich die Akteure und haben Ansprechpersonen, können Wege kurz gehalten und Probleme schneller weiterverfolgt werden. Jedoch stellt sich die Kooperation aus verschiedenen Gründen als schwierig dar.

Zunächst können unterschiedliche **Präventionsverständnisse** der Akteure zu einem Kooperationshindernis werden. Dabei geht es weniger um die exakte Definition von Prävention im Sinn von Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention (s.u.), sondern vielmehr um das implizite Verständnis von Prävention sowie die unterschiedlichen beruflichen Strukturen. Während beim medizinischen Sektor die Primärfunktion von Prävention natürlich in der Verbesserung der Gesundheit liegt, werden gesundheitsbezogene Präventionsmaßnahmen des Sozial- und Bildungswesens häufig unter anderen Gesichtspunkten durchgeführt. Dort gelten sie als erfolgreich, wenn auch die eigentlichen sektoralen Funktionen wie z.B. der Bildungsauftrag in den Schulen unterstützt und berücksichtigt werden. Möchte man also die Kooperation fördern, sollte man diese unterschiedlichen Herangehensweisen an Gesundheitsförderung und Prävention bei der Planung von Vorhaben berücksichtigen.

¹ Hiermit sind unterschiedlichste Einrichtungen gemeint, die Präventionsarbeit leisten. Darunter fallen z.B. Vereine, Wohlfahrtsverbände oder auch Stiftungen.

Daneben spielen organisatorische und institutionelle Gegebenheiten eine Rolle. So stellt sich der vielfach gewünschte intensivere **Einbezug der niedergelassenen Pädiaerinnen und Pädiaer** als Herausforderung dar. Der Status der beruflichen Selbstständigkeit sowie der Umstand, dass die Behandlung der Patienten immer die ärztliche Anwesenheit voraussetzt, limitieren den ärztlichen Spielraum für Treffen mit anderen Berufsgruppen. Darüber hinaus kann die Netzwerkarbeit bei Ärztinnen und Ärzten nicht hinreichend über die Vergütungsstrukturen des medizinischen Sektors abgebildet werden.

Auch die **SGB-Finanzierung** wurde in diesem Kontext problematisiert, denn sie führt zu einer sozialrechtlichen und monetären Versäulung in der Prävention, die einer Kooperation der Sektoren entgegenwirkt. Auch wenn eine Zusammenarbeit in verschiedenen Situationen hilfreich und sinnvoll wäre, bestehen durch die gesetzliche und finanzielle Trennung viele Fragmentierungen, die häufig nur punktuell und fallbezogen überwunden werden können. Die **Förderung von Modellprojekten** generiert hier zwar neue erfolgsversprechende Ansätze; diese stehen aber auf Grund der zeitlichen Limitierung der Förderung nicht wirklich auf einer nachhaltigen Basis. In langfristiger Perspektive sind feste Strukturen notwendig, auf die sich die Akteure beziehen können und die eine Zusammenarbeit verstetigen.

Daneben bestehen bei der Kooperation auch **Bedenken bezüglich des Datenschutzes oder der Vertrauensbasis**. Wenn beispielsweise Kindertagesstätten (Kitas) mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kooperieren, so ist den Akteuren oft unklar, welche Informationen weitergegeben werden dürfen und was dafür berücksichtigt werden muss. Die Kooperation zwischen unterschiedlichen Sektoren eröffnet andererseits aber auch neue Spielräume. So können Kinderärztinnen und –ärzte auf Grund ihres besonderen Vertrauensverhältnisses zu den Familien eine wichtige Vermittlerposition zu den Jugendämtern einnehmen.

Dabei gibt es in Bezug auf die disziplinen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und ein kooperatives Präventionsmanagement viele positive Beispiele, Entwicklungen und Ansätze. Von den Beteiligten angesprochen wurden hierbei Qualitätszirkel in verschiedenen Städten, die sowohl medizinischen sowie sozialen Akteuren einen Raum zum Austausch bieten. Außerdem wurden Dokumentationen des kindlichen Entwicklungsstandes über Vorsorgebögen für Eltern genannt, die die Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Kitas förderten. Als ein gutes Beispiel für Strukturen wurde in verschiedenen Gesprächen die Zusammenarbeit in der Zahngesundheit aufgeführt, die sich seit langer Zeit bewährt hat. Im Unterschied zu anderen Präventionsaktivitäten handelt es sich hierbei aber um eine obligatorische Präventionsmaßnahme, die die Akteure zur Zusammenarbeit verpflichtet. Insofern ist die Freiwilligkeit vieler Angebote auch mit geringen Kooperationsanreizen verbunden.

2.2 Wie kommt die Prävention dahin, wo sie hingehört?

Zielgruppenorientierung und Erreichbarkeit bei Präventionsmaßnahmen

Die Verteilung von Gesundheit und Krankheit folgt den Mustern sozialer Ungleichheit in der Gesellschaft. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung haben daher auch den gesellschaftlichen Auftrag, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Allerdings besteht hier die Problematik, dass die Zielgruppen, die die Hilfe am meisten benötigen, nur unzureichend erreicht werden. Hierzu zählen neben Familien in prekären sozioökonomischen Lebenslagen auch Familien mit Migrationshintergrund und alleinerziehende Eltern. Von vielen Angeboten profitiert jedoch nicht diese Klientel, sondern Bevölkerungsgruppen, die in soliden sozialen und gesundheitlichen Lagen leben („**Mittelschichtsbias**“). Dieses Fazit ziehen viele der beteiligten Akteure, sowohl aus dem medizinischen als auch sozialen Sektor. Als typisches Beispiel wurde die Beteiligung der Eltern an Präventionsaktivitä-

ten in verschiedenen Settings genannt (z. B. Informationsabende in Kitas), die je nach Schichtzugehörigkeit, sozialem Milieu und Migrationshintergrund sehr unterschiedlich ausfällt.

Sozial und ökonomisch benachteiligte Familien werden auch deshalb häufig nicht erreicht, weil die Maßnahmen und Programme vielfach einer impliziten „**Komm-Struktur**“ folgen. Mangelnde Kenntnisse über vorhandene Hilfsangebote, Sprach- und Formulierungsschwierigkeiten, das Misstrauen gegenüber Organisationen und Bürokratien (insbesondere aus dem kommunalen Bereich wie der Kinder- und Jugendhilfe) oder schlicht und ergreifend Zeitnot und Beanspruchungen durch den Alltag führen dazu, dass Angebote von den Familien nicht „aufsuchend“ in Anspruch genommen werden können. Bei Familien mit Migrationshintergrund kommen erschwerend Sprachbarrieren hinzu.

Gleichzeitig fällt auf, dass die Ansprache und die Botschaften an die Zielgruppen häufig einem **Defizitmodell** folgen. Damit ist gemeint, dass die Beschreibung der Zielgruppen und ihrer präventiven Bedarfe häufig auf Mängel und Probleme statt auf Fähigkeiten und Potentiale abstellt. Diese Semantik, in der Begriffe wie „Hilfe“, „Bedarf“ und „Problem“ dominieren, erschwert den Zugang zu vielen Zielgruppen und wirkt unter Umständen auch diskriminierend. Ein positiverer Umgang mit Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, die Potentiale und Kompetenzen in den Vordergrund stellt, ist daher aus Sicht der Beteiligten notwendig.

Für eine bessere Erreichbarkeit werden von den meisten Akteuren **Settings** wie Kitas, Schulen, Vereine oder Quartiere angesehen. Dies liegt zum einen an den damit verbundenen Möglichkeiten, auf Verhalten und Verhältnisse präventiv einwirken zu können als auch an der Vermittlerfunktion der Settings. In Bedarfsfällen kann der Rat oder die Unterstützung von anderen Akteuren aus dem medizinischen oder sozialen Bereich hinzugezogen werden. Als mögliche Ansatzpunkte nannten die Beteiligten Schulungen über gesundheitliche Themen in den Settings oder den Einbezug der Großeltern. Diese sind oftmals offener für Gesundheitsthemen und ermöglichen durch ihren Einbezug den Zugang zu schwierig erreichbaren Zielgruppen.

Als ein weiterer Ansatzpunkt wurden **partizipatorische Ansätze** zur Einbindung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in die Entwicklung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen angesehen. Während in anderen Politikfeldern sehr ausgereifte Instrumente zur Partizipation und Bürgerbeteiligung zum Einsatz kommen, ist die Prävention immer noch sehr durch die Professionen geprägt, was ihr stellenweise einen paternalistischen Zug verleiht. Daher besteht in der Präventionspraxis ein großer Bedarf nach innovativen Partizipationsinstrumenten; ebenso ist eine bessere Kenntnis über die Interessenslagen und Motive der Kinder und Jugendlichen notwendig.

Sehr häufig wurde in den Interviews und in den Workshops auf die Problematik der **Personen ohne Versicherungsschutz** aufmerksam gemacht. Darunter sind auch viele Kinder und Jugendliche, die nicht in den Genuss von Vorsorgeuntersuchungen und anderen präventiven Maßnahmen kommen (darunter sind nicht nur Asylbewerbende, sondern auch andere Personengruppen, die trotz gesetzlicher Pflicht keine Krankenversicherung haben). Der Anteil dieser Kinder nimmt nach den Aussagen in den letzten Jahren zu; die bürokratischen Hürden für eine angemessene (präventive und kurative) Versorgung dieser Kinder sind erheblich. Hier sind dringend Lösungen erforderlich.

2.3 Wo sind Lücken in den Präventionsketten?

Nachhaltiges und am Lebenslauf orientiertes Präventionsmanagement

Mit dem Begriff der Präventionskette wird ein lückenloses Angebot von Präventionsmaßnahmen über den gesamten Verlauf der Kinder- und Jugendphase bezeichnet. Trotz der von allen Akteuren als wichtig erachteten Entwicklung dieser Ketten bestehen noch Lücken in einigen Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen.

Der **Altersbereich von ein bis drei Jahren** wurde mehrfach als problematisch beschrieben. Während die Betreuung im ersten Lebensjahr durch Familienhebammen, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser und niedergelassene Pädiatrie gut abgedeckt ist, klafft zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr eine Lücke. Hier besteht bis auf die freiwilligen ambulanten U-Untersuchungen keine institutionelle Einbettung der Familien. Dies bedeutet für soziale und medizinische Institutionen wenig Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen. Diese Lücke kann sich unter Umständen sogar bis zum sechsten Lebensjahr hinziehen, da der Besuch eines Kindergartens keinen verpflichtenden Charakter besitzt.² Diese Lücke ist gerade für Kinder aus einem gesundheitsbelastenden familiären Umfeld von Nachteil und wiegt umso stärker, wenn man sich den Umstand bewusst macht, das gerade im diesem Alter die wesentlichen Weichen für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern gestellt werden.

Der zweite große Problembereich liegt offenbar im **Jugendalter**. Die altersentsprechende Distanzierung der Jugendlichen von ihren Eltern und der „Wertewandel“ hin zu höherer Risikobereitschaft und Hedonismus erschweren die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe. Gesundheit durchläuft in dieser Lebensphase einen Werteverlust; damit geht einher, dass der Zugang des Gesundheitssektors zu den Jugendlichen in der Regel kleiner wird, während der des sozialen Sektors und der Bildung an Bedeutung zunimmt. Daher sind in dieser Phase Präventionsmaßnahmen im Ganztagsbereich der Schule vielversprechend, zum Beispiel Bewegungsförderungs- und Ernährungsprogramme, wobei weniger der Gesundheitsbezug als der „Eventcharakter“ im Mittelpunkt stehen sollte. Auch die Einbindung von Jugendlichen selbst als Mediatoren sowie eine verstärkte Kooperation mit Jugendverbänden wurde angedacht. Auch wenn die Bedeutung der Gesundheit in diesem Alter auf den ersten Blick vermeintlich schrumpft, ist gerade die Jugendphase für die Entwicklung des Gesundheit im weiteren Lebenslauf wichtig, weil in diesen Jahren viele grundlegende Verhaltensweisen und Routinen erlernt und kultiviert werden, die sich im Erwachsenenalter fortsetzen (zum Beispiel der Umgang mit Genussmitteln). Dabei wurde auch angemerkt, dass man generell mehr Wissen über diese Lebensphase generieren müsse, um Folgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung abzuleiten.

Neben den benannten Lücken stellen altersspezifische **Übergängen in Kindheit und Jugend**, die sich auf Grund der Fragmentierung der Strukturen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich ergeben, eine Herausforderung für die Entwicklung von Präventionsketten dar (Pädiatrie - Erwachsenenmedizin, Kindergarten - Grundschule, Grundschule - weiterführende Schule). Durch die nicht immer einheitlich geregelte Dokumentation und Weitergabe von Informationen entstehen Reibungsverluste, die zu Brüchen in der Präventionskette führen.

Auch bei **Umzügen von Familien** entstehen oftmals Lücken in der Weitergabe von Informationen, so dass eine sinnvoll Begleitung von Familien (im Sinne einer kontinuierlichen „Verlaufsdagnostik“) erschwert wird.

2.4 Exkurs: Zum Präventionsverständnis des RIN

Wie bereits weiter oben erwähnt, gibt es verschiedene Definitionen von Prävention wie auch ein unterschiedliches Verständnis der Akteure. In den Interviews und Workshops ist jedoch immer wieder aufgefallen, dass eine strikte Trennung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der Realität nicht besteht und auch die Grenzen zur Kuration häufig verschwimmen. Kennzeichnend ist vielmehr, dass die Akteure einen Blick auf das Kind bzw. den Jugendlichen und dessen Problemlage

² Es sei allerdings an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es hierbei um eine sehr kleine Gruppe von Kindern handelt. Mit zunehmendem Alter (der Kinder zwischen drei und sechs Jahren) wird ein immer geringerer Anteil (unter 10%) nicht-institutionell betreut.

haben. Die daraus resultierende Bereitschaft zur Unterstützung macht dabei nicht an Definitionen halt.

Als Beispiel sei an dieser Stelle auf die Problematik von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen: Vorbeugende Maßnahmen stellen die wohl sinnvollste Herangehensweise dar. So können u.a. Bewegungsangebote oder Informationen über eine gesunde Ernährung den Kindern und Eltern dabei helfen, die Problematik gar nicht erst aufkommen zu lassen. Aber was ist, wenn es für vorbeugende Maßnahmen im primärpräventiven Sinne bereits zu spät ist? An diesem Punkt ansetzende Maßnahmen besitzen mehr den Charakter einer Intervention und sind unter Umständen bereits als kurativ zu bezeichnen. Dennoch haben sie in Bezug auf die Entwicklung der gesundheitlichen Lage im weiteren Lebensverlauf gleichzeitig präventiven Charakter (Sekundärprävention), da sie zukünftige Chronifizierungen und auch die Wahrscheinlichkeit für Folgeerkrankungen abwenden. Ebenso gehören die Verhinderung des Wiederauftretens der Erkrankung und die Rehabilitation (Tertiärprävention) von Kindern und Jugendlichen zum Präventionsalltag der beteiligten Akteursgruppen. Dabei geht es um eine Integration und Begleitung in den Alltag trotz Erkrankung sowie der Vorbeugung eines sich immer weiter verschlechternden Krankheitsverlaufes.

Aus diesem Grund wird sich das RIN nicht auf Primärprävention und Gesundheitsförderung beschränken, sondern – anknüpfend an einen weiten Präventionsbegriff und abgeleitet aus den Erfordernissen der Neuen Morbidität – auch **Sekundär- und Tertiärprävention** einschließen. Hierbei sind zum einen die Verschränkungen zwischen den Präventionsformen zu betonen. Allen gemeinsam ist, dass es sich um interdisziplinäre Vorhaben handelt, die sowohl den medizinischen wie auch den Sozial- und Bildungssektor betreffen. Beispielsweise erfolgt die sekundärpräventive Frühdetektion von Erkrankungen nicht nur über die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, sondern auch durch systematische Erhebungen in Kita und Schule (Spracherhebungen, Schuleingangsuntersuchungen) und durch die Beobachtungen und Einschätzungen der dort tätigen Professionen. Tertiäre Präventionsaufgaben wie die Begleitung von chronischen Erkrankungen und die Integration der betreffenden Kinder in die alltäglichen Lebenszusammenhänge sind ebenfalls intersektorale Aufgaben, die in enger Abstimmung zwischen den Akteuren aus Medizin, Sozialsektor und Bildungswesen erfolgen müssen.

Zweitens wird das RIN auch **konkrete Krankheitsbilder und Indikationen** in den Blick nehmen. Demnach soll erörtert werden, ob und welche Verhaltens- und Verhältnisfaktoren relevant sind für die Entstehung und Entwicklung der prominenten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter bzw. zu deren Verhinderung beitragen. Dahinter steht auch die Beobachtung, dass den Akteuren des sozialen Sektors häufig überhaupt nicht bewusst ist, dass ihre Aktivitäten im Kinder- und Jugendbereich als Gesundheitsprävention beschrieben werden können. Umgekehrt ist den medizinischen Akteuren vielfach nicht bewusst, dass in der Kinder- und Jugendhilfe und in den Bildungseinrichtungen auf wichtige Risiko- und Schutzfaktoren Bezug genommen wird, die auch medizinisch relevant und mitunter sogar Gegenstand klinischer Forschung sind. Indem das RIN auf konkrete Krankheitsbilder Bezug nimmt, kann es dazu beitragen, die „Verständigung“ zwischen den beiden Sektoren zu erleichtern und die inhaltlichen Überschneidungen in der Prävention genauer zu definieren.

3 RIN Formate

In der ersten Phase wurden die zentralen Fragestellungen des RIN mit den Akteuren in Interviews und – noch sektorspezifischen – Workshops erörtert. In den beiden nächsten Jahren sollen diese Fragestellungen in Verbindung mit spezifischen Themenfeldern bearbeitet werden – und zwar berufsgruppen- und sektorenübergreifend. Ziel ist die Erarbeitung und ggf. Erprobung von vielversprechenden Instrumenten und Lösungsansätzen. Dabei werden Ergebnisse auf drei Ebenen angestrebt:

- regulatorische Lösungen und Formate für die Verbesserung des Präventionsmanagements, die projekt- und standortübergreifend zum Einsatz kommen können (*Steuerung*),
- konkrete Präventionskonzepte, die auf spezifische Probleme, Aufgaben, Standorte, Zielgruppen oder Akteure bezogen sind (*Versorgung*),
- Fragestellungen und Ansätze, die neue Erkenntnisse über die Entwicklung, Implementation, Durchführung und Wirkung von Präventionsprogrammen ermöglichen (*Wissen*).

Das RIN ist als **dynamisches Netzwerk** angelegt, welches einerseits von den Ideen und Anregungen seiner Mitglieder lebt und andererseits aktuelle Trends in der Präventionslandschaft des Ruhrgebiets schnell und unbürokratisch aufgreifen soll. Die Netzwerkarbeit erfolgt in verschiedenen Formaten: Zentral sind die **RIN Boards**, welche halbjährlich zusammentreffen und verschiedene Themenfelder bearbeiten. Als inhaltliche und strategische Begleitung wird ein **Expertenkreis** für das RIN gebildet. Dieser setzt sich aus Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen zusammen, die sich zweimal jährlich treffen und bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Themenfelder beratend zur Seite stehen. Die Ergebnisse der Aktivitäten werden einmal jährlich auf dem **RIN Forum** der Öffentlichkeit präsentiert und im **RIN Journal** publiziert.

Als **transdisziplinäres Netzwerk** spielt der bilaterale Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis im RIN eine besonders wichtige Rolle. Das RIN versteht sich als wissenschaftliches „Reallabor“, dessen Leitfragen und Themenstellungen anschlussfähig an wissenschaftliche Diskurse in medizinischen und gesellschaftswissenschaftlichen Disziplinen sind bzw. auch aus der Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Forschungsstand hervorgegangen sind. In den jährlichen **RIN-Kolloquien** werden die in den Boards diskutierten Praxiserfahrungen und die dort erarbeiteten Ergebnisse systematisch in die Wissenschaft kommuniziert und mit den dortigen Forschungsaktivitäten verknüpft.

Die **RIN-Koordination** in inhaltlicher, organisatorischer und administrativer Hinsicht wird durch MedEcon Ruhr übernommen.

4 RIN Themenfelder

Die RIN Themenfelder stellen den inhaltlichen Kern des RIN dar und sollen in den folgenden zwei Jahren mit interessierten Akteuren in den Boards diskutiert und bearbeitet werden. In den Themenfeldern verbinden sich die übergeordneten Leitfragen mit konkreten Problemstellungen und Lösungsvorschlägen, die insbesondere in den Expertengesprächen und Workshops wie auch in weiteren RIN-relevanten Zusammenhängen benannt wurden. Die Themenfelder dienen dazu, das breite Spektrum derartiger Problemstellungen und Vorschläge zu „clustern“, um diese für die nachfolgenden RIN-Phasen bearbeitbar zu machen.

Die konkreten Inhalte werden zurzeit in Kooperation mit dem RIN Expertenkreis erarbeitet und zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

5 RIN Expertenkreis

Der RIN Expertenkreis setzt sich aus Akteuren aus verschiedenen Bereichen zusammen, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Prävention aufweisen. Er soll sowohl MedEcon Ruhr als Koordinator wie auch den Teilnehmern des RIN-Netzwerks beratend zur Seite stehen. Die Akteure repräsentieren in diesem Zusammenhang unterschiedliche Institutionen und Standpunkte, sie können durch ihr Wissen um und ihre Kenntnisse über Prävention dem RIN in der inhaltlichen Ausgestaltung weiterhelfen. Der Expertenkreis setzt sich aus den folgenden Personen zusammen:

Herr Prof. Dr. Sven Dieterich

Professor für Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter der Hochschule für Gesundheit Bochum

Herr Norbert Dyhringer

Leitung der Hauptabteilung III „Soziales“ der Arbeiterwohlfahrt des Bezirkverbandes Westliches Westfalen e.V.

Frau Doris Franzen

Geschäftsbereich „Prävention/Gesundheitssicherung“ der AOK Rheinland/Hamburg

Herr Volker Grans

Geschäftsführer des Deutschen Kinderschutzbundes Ortsverband Dinslaken-Voerde e.V.

Herr André Heller

Leiter des Fachbereichs „Allgemeiner Sozialer Dienst und Wirtschaftliche Jugendhilfe“ der Stadt Kamp-Lintfort

Herr PD Dr. Hermann Kalhoff

Leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Dortmund

Frau Dr. Ulrike Horacek

Leiterin des Gesundheitsamtes Kreis Recklinghausen

Herr Winfried Köhler

Landeskoordinator des Landesprogramms Bildung und Gesundheit in NRW

Frau Martina Pattberg

Leiterin des Fachbereichs „Kinder-, Jugend- und Familienhilfe“ der Caritas Sozialdienste e.V. Mülheim an der Ruhr

Herr Dr. Christof Rupieper

Niedergelassener Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Kinderpneumologe, Gelsenkirchen

Frau Prof. Dr. Silvia Schneider

Professorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum

Herr Prof. Dr. Peter Strohmeier

Seniorprofessor im Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) der Ruhr-Universität Bochum

6 MedEcon Ruhr

MedEcon Ruhr ist das Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr, dem über 140 Mitglieder angehören, und eine vom Land NRW anerkannte Gesundheitsregion. Die Geschäftsstelle des Vereins (MedEcon Ruhr GmbH) übernimmt das Netzwerkmanagement, stößt Projektentwicklungen an und stellt die Vorzüge der Gesundheitsregion im nationalen und internationalen Kontext heraus. Seit zwei Jahren hat MedEcon Ruhr einen übergreifenden Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendgesundheit gelegt, der unter dem Titel „Gesund aufwachsen im Revier“ firmiert.

Neben dem RIN koordiniert MedEcon Ruhr in diesem Schwerpunkt die regionale Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendkliniken an der Ruhr, den NIKI-Forschungsverbund zu „neuen Volkskrankheiten im Kindes- und Jugendalter“ sowie verschiedene krankheitsspezifische Ansätze, insbe-

sondere in der Kinder- und Jugendneurologie. An der Schnittstelle zu anderen MedEcon-Feldern stehen eine Vielzahl weiterer Themen auf der Agenda – von der Kinderradiologie über das pädiatrische Schnittstellenmanagement bis zum Kinderschutz.