

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Studiengang Gesundheit

Ausstellungen als Medium für die Gesundheitsförderung?

- Eine Darstellung am Beispiel der Ausstellung Riesenküche
zum Thema Kindersicherheit -

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 21.02.2006

vorgelegt von Jana Nobiling

1. Prüfer: Prof. Dr. Detlef Krüger
2. Prüfer: Dipl. Päd. Nicole Knaack (TK)

Vorwort

Nach dem 20-wöchigen Pflichtpraktikum im 5. Semester meines Studiums in der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse (TK) im Bereich Gesundheitsmanagement (GM) bekam ich im Rahmen eines Werkvertrages die Möglichkeit, für die TK die Riesenküche der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ (BAG) als Kooperationsprojekt zu organisieren, um damit das Medium „Ausstellung“ als neuen Zugangsweg für die Primärprävention zu testen.

Bereits während meines Praktikums besuchte ich mit Frau Knaack, meiner Ansprechperson in der TK, im April 2003 den Weltgesundheitstag in Bonn, auf dem wir die Geschäftsführerin von der BAG Frau Abel und die Riesenküche kennen lernten. Da die TK seit Ende 2003 verstärkt Angebote für die Zielgruppe Familie anbietet, passte die Wanderausstellung Riesenküche mit dem thematischen Focus auf Kindersicherheit und Kinderunfallprävention gut in die strategische Planung.

Ich bekam damit das erste Mal die Möglichkeit, neben meinem Studium ein eigenes Projekt zu organisieren und zu betreuen. Die fachliche Verantwortung lag bei Frau Knaack, die mir für Fragen jederzeit zur Verfügung stand. Grundlage für die Wanderausstellung Riesenküche war neben den vertraglichen Vereinbarungen zwischen der BAG und der TK die Standort- und Zeitplanung der Riesenküche, die ich in Absprache mit den TK-PräventionsmitarbeiterInnen und den zuständigen GeschäftsstellenleiterInnen erstellte. Neben den vertraglichen Abstimmungen führte ich in der TK Abstimmungsgespräche für die Versicherung der Riesenküche während der Ausstellung und kümmerte mich um grundlegende Informationen und Absprachen zum Transport der Riesenküche zu den einzelnen Standorten, der von einer externen Firma durchgeführt wurde.

Ein weiterer Meilenstein lag in der Erstellung des Medienpakets, das für die Ausstellung angefertigt wurde. Dazu gehörte die Erstellung und Gestaltung des Flyers für das Direct Mailing, die wiederum Terminabsprachen, Gestaltungs-, Produktions- und Druckabsprachen beinhaltete. Im Zusammenhang mit der Flyer-Produktion habe ich das Direct Mailing mit der dafür zuständigen Abteilung geplant und das dazugehörige Anschreiben entwickelt.

Für die Broschüre „Vorsicht, jetzt komm ich“ und den „Leporello Kindersicherheit“, beides Medien, die für die Riesenküche neu entwickelt und produziert wurden, erstellte und erteilte ich die entsprechenden Bedarfsanforderungen, die für die zuständigen Abteilungen als Grundlage für die Kosten, Inhalte und Beschreibungen des jeweiligen Mediums, Gestaltung, Produktion und Zeitplan dienen. Für die Broschüre waren neben inhaltlichen Absprachen mit der Autorin der Broschüre, Dr. med. Stefanie Märzheuser (Kinderchirurgin an der Charité Berlin und Präsidentin der BAG), Absprachen mit der

Abteilung Kundenbindung in der TK notwendig, da die Broschüre in einer internen Kooperation entwickelt wurde. Die Produktion des Leporellos Kindersicherheit wurde inhaltlich von GM angestoßen. Für Fragen der Gestaltung und Produktion stand ich durchgängig in engem Absprachekontakt mit den zuständigen Abteilungen.

Neben den Medien, die für TK-Versicherte und Interessierte produziert und gelagert werden, gibt es im TK-Intranet Muster für Printmedien für die einzelnen TK-Gesundheitskurse (z.B. Flyer, Plakate, Beratungsblätter), die von den PräventionsberaterInnen für den Gebrauch vor Ort verwendet werden und mit individuellen Inhalten ausgefüllt werden können. Für die Riesenküche entwickelte ich für das Intranet ein Plakat, ein Beratungsblatt und ein Informationsblatt über die Ausstellung im TK-Style. Diese Medien wurden von der TK-Hausdruckerei gedruckt und an die PräventionsberaterInnen gesendet.

Für die gesamte Ausstellungs-Zeit war zudem eine gute und enge Zusammenarbeit mit der TK-Logistik wichtig. Durch detaillierte Terminabsprachen wurde jeder Standort der Ausstellung vom Lager mit den entsprechenden Medien beliefert. Ebenso musste die Einlagerung der neuen Medien geplant und abgesprochen sowie der Lagerbestand der bereits vorhandenen Medien ständig überprüft werden.

Neben der Erstellung der Medien kümmerte ich mich zusammen mit den entsprechenden Fachabteilungen um den Internet-Auftritt der Riesenküche, den Presstext, der den regionalen Presseabteilungen der TK zur Verfügung gestellt wurde und den Artikel für die Mitgliederzeitschrift TK-Aktuell. Für die Vorbereitung der Ausstellung an den einzelnen Standorten erarbeitete ich den Vortrag zum Thema Kindersicherheit, der den PräventionsberaterInnen als Foliensatz oder als Powerpoint-Präsentation zur Verfügung gestellt wurde und stellte eine Mappe mit Kopiervorlagen für die einzelnen Standorte vor.

Für die Eröffnungsveranstaltung in Hamburg am 3. März 2004 unterstützte mich ein Mitarbeiter der lokalen Presse-Arbeit, der sich um die Einladung von regionaler Presse und Fernsehsendern kümmerte. In der Zeit der Riesenküche in Hamburg habe ich die Riesenküche zusammen mit einer Kollegin betreut und die Besucher bei offenen Fragen beraten sowie an zwei Abenden den Vortrag zum Thema Kindersicherheit gehalten.

Für die gesamte Ausstellungszeit stand ich als Ansprechperson an allen Schnittstellen zur Verfügung und kümmerte mich um den Verlauf eines reibungslosen Ablaufs an den Standorten.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen und Institutionen bedanken, die an der Entstehung dieser Diplomarbeit beteiligt waren. Hier sind in erster Linie Frau Dipl. Päd. Nicole Knaack von der TK zu nennen, die mich sowohl bei der Organisation der Ausstellung Riesenküche und meiner Diplomarbeit stets unterstützt hat und Herr Prof. Dr. Detlef Krüger von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, der diese Diplomarbeit fachlich betreut hat.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Martina Abel von der BAG und ihren Kolleginnen für die gute Zusammenarbeit während der TK-Riesenküchen-Ausstellung und die Bereitstellung von vielen Literaturquellen für die vorliegende Arbeit bedanken.

Ein großer Dank geht außerdem an meine Kolleginnen und Kollegen der TK, die mich während der Organisation und Durchführung der Riesenküche unterstützt haben.

Jana Nobiling, Hamburg im Februar 2006

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Bedeutung von Kinderunfällen	8
2.1	Datengrundlage in Deutschland	9
2.2	Prävalenz / Inzidenz von Kinderunfällen	10
2.2.1	Unfälle mit nicht-tödlichem Ausgang.....	10
2.2.2	Unfälle mit tödlichem Ausgang.....	13
2.2.3	Schwerpunkt Sturzunfälle bei Kindern	14
2.2.4	Unfallort Küche.....	15
3	Welche Bedeutung kommt dem Setting Familie in der Gesundheitsförderung zu? ...	17
3.1	Der Setting-Ansatz	18
3.2	Familiengesundheit und Kindersicherheit im Setting Familie.....	20
3.3	Prävention von Kinderunfällen	23
3.3.1	Ursachen von Kinderunfällen	23
3.3.2	Möglichkeiten der Unfallprävention im Kindesalter	27
3.4	Kinderunfallprävention in der GKV - am Beispiel der TK	28
4	Wie lässt sich das Präventionsverhalten bezogen auf Kinderunfälle beeinflussen? ..	30
4.1	Health Belief Modell – Modell der Gesundheitsüberzeugung	30
4.2	Transtheoretisches Modell der Phasen der Veränderung.....	31
4.3	Ausstellungen in der Gesundheitsförderung	33
4.3.1	Kurzer historischer Überblick über Gesundheitsausstellungen.....	33
4.3.2	Gesundheitsausstellungen in der heutigen Zeit.....	34
4.3.3	Evaluation von Gesundheitsausstellungen	37
4.3.4	Gesundheitsausstellungen als Teil vom Gesundheitsmarketing.....	40
5	Die Ausstellung Riesenküche.....	43
5.1	Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“	43
5.2	Die Riesenküche	46
5.3	Ablauf und Organisation der Ausstellung in der TK	49
5.4	Bewerbung der Ausstellung Riesenküche.....	51
5.4.1	Direct Mailing	51
5.4.2	Presse und Internet.....	52

6	Auswertung der Rückmeldebögen zur TK-Ausstellung Riesenküche	53
6.1	Das Befragungsinstrument.....	54
6.2	Die Ergebnisse im Einzelnen	55
6.3	Interpretation der Ergebnisse des Rückmeldebogens	75
7	Fazit.....	78
8	Literaturverzeichnis	80
9	Abbildungsverzeichnis.....	87
10	Tabellenverzeichnis.....	88
11	Abkürzungsverzeichnis.....	89
12	Anhang	90

1 Einleitung

„Kinder leben nicht auf einer Insel, sondern sind Teil der Gesellschaft.“¹

Noch immer gelten 60% der Kinderunfälle als vermeidbar (vgl. Schriever 1997). Dennoch fehlt der Thematik Kindersicherheit bisher auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung in Deutschland eine entsprechende Lobby. Die BAG hat sich des Themas Kindersicherheit angenommen und hat damit eine bundesweit anerkannte Institution geschaffen, die seit knapp zehn Jahren erfolgreich auf dem Gebiet der Kindersicherheit und Unfallprävention im Bereich Heim und Freizeit tätig ist. Ebenso ist das Thema Kindersicherheit und Familie für die TK von großer Relevanz, da sie für ihre Versicherten primärpräventive Maßnahmen sowie Setting-Maßnahmen nach §20 SGB V anbietet.

Ausstellungen sind ein Medium, das die Gesundheitsaufklärung und -förderung etwa seit Beginn des 20. Jahrhunderts nutzt, um der Bevölkerung Botschaften und Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen zu vermitteln. Mit einfachen, aber damals innovativen Darstellungsmöglichkeiten, z.B. anhand von gezeichneten Bildern, Graphen und Diagrammen, wurden der Bevölkerung die demographische Entwicklung der Bevölkerung, Zahlen der Säuglingssterblichkeit oder umfassende Hygieneausstellungen demonstriert.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob Ausstellungen ein geeignetes Medium für die moderne Gesundheitsförderung sind. Um einen Themenbezug zu einem Gesundheitsthema herzustellen, wird diese Arbeit auf dem Hintergrund der Wanderausstellung Riesenküche zum Thema Kindersicherheit geschrieben, die 2004 im Rahmen einer Kooperation zwischen der TK und der BAG durchgeführt wurde.

Die Arbeit teilt sich im Wesentlichen in zwei Bereiche, einen Theorie-Teil, der den Hauptteil der Arbeit darstellt und einen Auswertungs-Teil. Im theoretischen Teil (Kapitel 2 bis 5) werden zunächst die Bedeutung von Kinderunfällen in Deutschland und die Bedeutung des Settings Familie sowie die Möglichkeiten der Kinderunfallprävention erläutert. Dann folgt ein genereller Überblick über Gesundheitsausstellungen, deren Potentiale in der Gesundheitsförderung und die Beschreibung der Ausstellung Riesenküche. Der Auswertungs-Teil (Kapitel 6) umfasst die deskriptive Auswertung der Rückmeldebögen, die während der TK-Ausstellung Riesenküche von den Besuchern ausgefüllt wurden.

¹Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (ohne Jahr): Bericht der Bundesrepublik an die vereinten Nationen gemäß Artikel 44 Abs. 1: Buchstabe b des Übereinkommens über die Rechte des Kindes. www.bmfsfj.de (Zugriff: 12.01.06)

2 Bedeutung von Kinderunfällen

„In the world's rich nations, more than 20.000 children will die from injuries in the next twelve months.“

(UNICEF 2001)

Das schreibt der United Nations Children`s Fund (UNICEF) im Jahr 2001 einleitend in der Publikation „A league table of child deaths by injury in rich nations“. In allen Industrienationen sind Unfälle die Haupt-Todesursache bei Kindern. Nimmt man alle Unfallursachen zusammen (Verkehrsunfälle, absichtliche Verletzungen, Ertrinken, Stürze, Feuer, Vergiftungen und sonstige Unfälle), sterben pro Jahr mehr als 20.000 Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahren in den OECD-Mitgliedsstaaten an einem Unfall (vgl. UNICEF 2001). Für ein Kind, das in einem Industrieland zur Welt kommt, liegt die Wahrscheinlichkeit vor dem 15. Lebensjahr an einem Unfall zu sterben etwa bei 1 zu 750 (vgl. UNICEF 2001). Auch wenn vor 30 Jahren diese Wahrscheinlichkeit noch etwa doppelt so hoch lag, bleibt das Thema Kinderunfälle auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung, denn immer noch gelten 60% der Unfälle als vermeidbar (vgl. Schriever 1997).

Unfälle werden allgemein als zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse verstanden, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (vgl. § 8 SGB VIII). Häufig enden Unfälle bei den Betroffenen in körperlichem und seelischem Leid, so dass dem Unfallschutz eine sozialmedizinische Bedeutung zukommt. Etwa 3.000 Kinderunfälle führen pro Jahr zu einer schweren bleibenden Behinderung. Hauptrisikogruppe sind Kleinkinder. Sie verunglücken zu Hause etwa 2,5 bis 3,5-fach häufiger als Schulkinder (vgl. Schriever 1997).

Unfälle führen zur erheblichen Belastung der Volksgesundheit, des Gesundheitswesens und des Gesundheitsbudgets (vgl. Schriever 1997). Im Jahr 1999 wurden geschätzte 10 Milliarden Euro in der Europäischen Union für die Behandlung von Verletzungen von Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren ausgegeben, die durch Unfälle initiiert waren (vgl. Vincenten 2005).

Schwerpunkt dieser Arbeit sind Kinderunfälle im Bereich Heim und Freizeit. Diese Unfallart soll aus dem Grund hervorgehoben werden, weil die Kindheit der Lebensabschnitt ist, in dem Kinder heranwachsen, sich entwickeln, durch die Familie geprägt werden und der als sicherer und behüteter Zeitabschnitt in den Lebenslauf des Kindes einfließen soll. Fast die Hälfte aller Unfälle (47%) von Kindern unter 14 Jahren ereignen sich innerhalb des Wohnhauses (27% in Wohnräume, Bad, Küche etc.) oder in der

unmittelbaren Umgebung (20%). Dies sind in der Regel die Orte, an denen Kinder ihre meiste Zeit verbringen (vgl. BAuA 2002a).

2.1 Datengrundlage in Deutschland

Eine einheitliche Erfassung aller Unfälle in der Bundesrepublik Deutschland gibt es nicht. Die für die einzelnen Lebensbereiche publizierten Unfallzahlen werden aus verschiedenen Statistiken zusammengestellt bzw. hochgerechnet. Für Deutschland sind folgende Statistiken zu nennen: Die Todesursachenstatistik, veröffentlicht vom statistischen Bundesamt, die Statistik der gesetzlichen Unfallversicherung und die Straßenverkehrsunfallstatistik. Die statistische Erfassung der Unfalltoten und Unfallverletzten in den Bereichen Arbeit und Schule ist im Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) gesetzlich geregelt. Dort ist auch die Verpflichtung der Unfallversicherungsträger zur Unfallprävention verankert. Für den Bereich Verkehr regelt das Straßenverkehrunfallstatistikgesetz die statistische Erfassung von Unfällen.

Für die Erfassung der Unfallverletzten im Bereich Heim und Freizeit gibt es bisher keine entsprechende Rechtsgrundlage. Anfang der 1990er Jahre sowie in 1996/97 wurden in Deutschland im Auftrag der Europäischen Union repräsentative Haushaltsbefragungen zu Unfallverletzungen in Heim und Freizeit durchgeführt. Diese wurden im Rahmen des europäischen Systems „European Home and Leisure Accident Surveillance System“ (EHLASS)² von der EU teilgefördert und waren damit der deutsche Beitrag zum EHLASS-System. Nationale Durchführungsstelle war die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). In anderen EU-Staaten werden die Unfallzahlen in ausgewählten Krankenhäusern erhoben. Diese Form der Krankenhauserhebung ist in Deutschland nicht realisierbar, da mit dieser Methode mehr als 50% der Unfälle im Bereich Heim und Freizeit nicht erfasst werden. Viele Unfallopfer lassen ihre Verletzungen ausschließlich vom Hausarzt behandeln (vgl. BAuA 2002b).

Die Stichproben der Befragungen können anhand statistischer Grundlagen für das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet werden. Die aktuellen Zahlen der BAuA zum Thema Unfälle im Heim- und Freizeitbereich stammen aus dem Jahr 2000 aus der repräsentativen Haushaltsbefragung, die zum Thema „Unfallverletzungen in Heim und Freizeit im Jahr 2000“ erstellt wurde.

² Die EU hat 1986 eine Statistik über Heim- und Freizeitunfälle eingerichtet, das EHLASS-System. Ziel des ursprünglich auf fünf Jahre begrenzten Demonstrationsvorhabens war es, Informationen über verschiedene Aspekte der Sicherheit von Erzeugnissen zu sammeln, die Gegenstand von Unfällen waren. Das Vorhaben erstreckte sich auf Unfälle, die sich im privaten Bereich oder in der Schule ereigneten und eine ärztliche Behandlung zur Folge hatten.

2.2 Prävalenz / Inzidenz von Kinderunfällen

Im Folgenden wird die Kinderunfallsituation in Deutschland anhand ausgewählter Datenquellen dokumentiert. Daraus lassen sich Argumente für die Durchführung der Ausstellung Riesenküche ableiten.

2.2.1 Unfälle mit nicht-tödlichem Ausgang

Jedes Jahr verletzen sich in der Altersgruppe unter 15 Jahren ca. 1,8 Millionen Kinder in Deutschland so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden müssen. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 14,1% aller Kinder zwischen 0 und 15 Jahren in Deutschland (im Jahr 2000 $n=12.777.000$ Kinder, Statistisches Bundesamt 2001). Ein Großteil der nicht-tödlichen Unfälle ereignet sich in der Schule und im Kindergarten ($n=1.057.652$) und im Bereich Heim und Freizeit ($n=571.000$). Vergleichsweise wenig nicht-tödliche Unfälle ereignen sich im Verkehr ($n=215.000$).

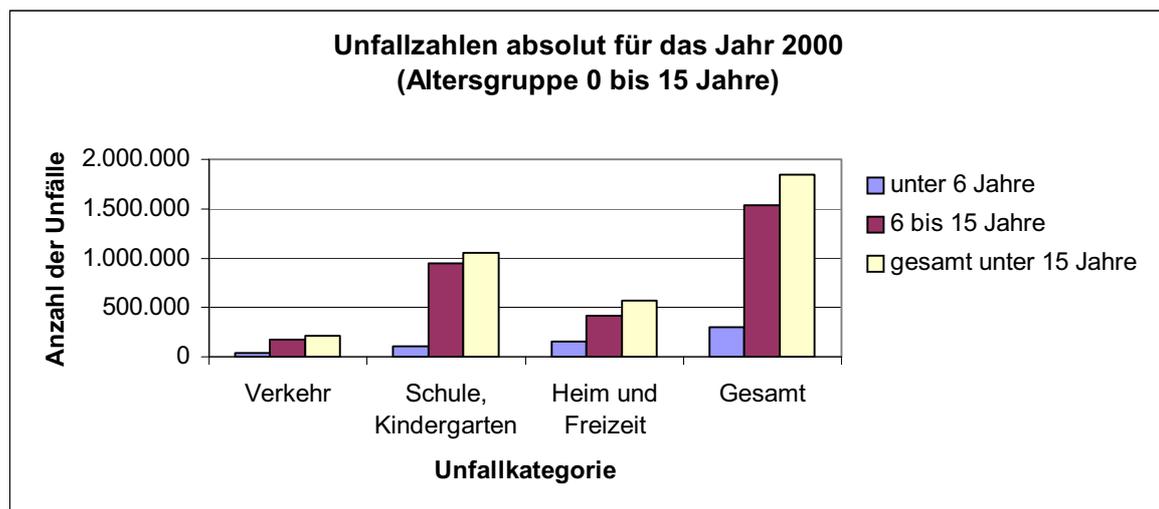


Abbildung 1: Unfallzahlen absolut für das Jahr 2000 (BAuA 2002a)

Rechnet man diese Zahl auf die Quote von Unfällen pro 1.000 Kinder der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre hoch, so verunfallen 100 pro 1.000 Kinder in der Schule und Kindergarten, 45 im Bereich Heim und Freizeit und 17 im Verkehr.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Bereich Heim und Freizeit in der Altersgruppe unter sechs Jahren. Daher wird diese Altersgruppe im Folgenden detaillierter betrachtet.

Von 5,63 Mio. Unfallverletzungen im Heim- und Freizeitbereich im Jahr 2000, die einen Arztbesuch nach sich zogen, konzentrieren sich 2,9% auf die Altersklasse bis 6 Jahre, das entspricht einer Grundgesamtheit von rund 153.000 Unfällen. Jungs schneiden in der

Unfallstatistik dabei schlechter ab als Mädchen: 93.000 Jungs hatten im Jahr 2000 einen Unfall, das entspricht 60,6% der Unfälle in dieser Altersgruppe. Der Anteil der Mädchen liegt bei 39,4%. Das entspricht rund 60.000 Unfällen, die ärztlich behandelt werden mussten.

Abbildung 2 stellt den Unfallvorgang von Kinderunfällen mit allen Unfällen gegenüber. Bei einem Drittel der Kinderunfälle (33%) ist ein Zusammenstoß mit einem Gegenstand oder einer Person Ursache für die Verletzung. Der Sturz aus der Höhe ist der zweithäufigste Unfallvorgang (28%). Wenn man zusätzlich zu dem Sturz aus der Höhe den Sturz auf der Ebene addiert (18%), ergibt sich eine Summe von 46%. Dies macht deutlich, dass der Sturz der häufigste Unfallvorgang mit Verletzungsfolge im Kindesalter ist. Wenn man den Sturz detaillierter betrachtet, wird zudem ein Unterschied zwischen den unter 6-Jährigen und den 6- bis 14-Jährigen deutlich: Bei der jüngeren Altersgruppe ist der Sturz aus der Höhe häufiger (34% im Vergleich zu 26%). Dies ist dadurch zu erklären, dass die Kleinkinder z.B. auf Möbel klettern und dann abrutschen oder hinfallen.

Außerdem ist auffällig, dass der Unfallvorgang „Verletzen durch heiße Gegenstände bzw. Feuer“ bei allen Kinderunfällen bei 3% liegt, bei den unter 6-Jährigen jedoch bei 7% (vgl. BAuA 2002a). Ein Grund dafür ist die Neugierde und Unwissenheit der Kleinkinder, die z.B. auf eine heiße Herdplatte greifen (vgl. 3.3.1).

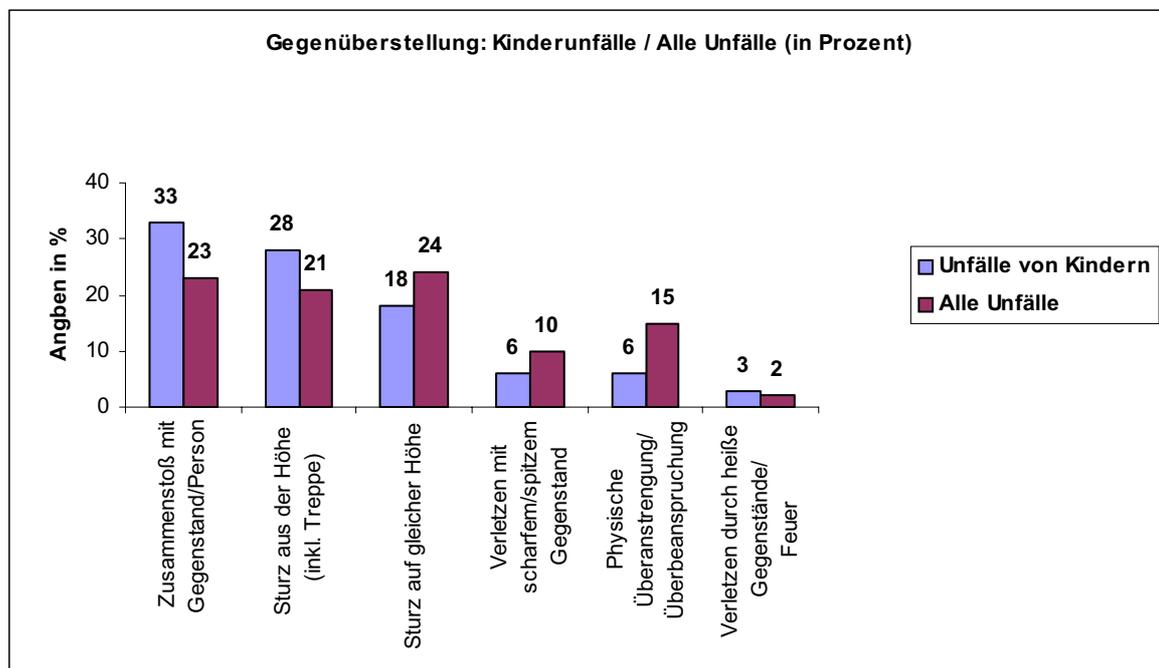


Abbildung 2: Gegenüberstellung: Kinderunfälle / alle Unfälle (BAuA 2002a)

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die Unfallursachen in den Altersgruppen der unter 6-Jährigen sowie der 6- bis 14-Jährigen im Vergleich zu den Unfallzahlen gesamt:

Unfallursache für Kinderunfälle in Prozent

	Zum Vergleich alle Unfälle	Alle Kinderunfälle	Kinderunfälle bei unter 6-Jährigen	Kinderunfälle bei 6- bis 14-Jährigen
Basis: Unfälle	3.519	373	100	273
Nennungen zu Unfallursachen (Mehrfachnennungen)	6.185	659	178	482
Technische Mängel am Gerät	3	3	2	4
Bauliche Mängel	15	11	5	13
Umgebungseinflüsse	31	22	9	27
- Witterungseinflüsse	9	8	2	10
- Ablenkung	8	5	-	6
Organisatorische Mängel	4	3	9	1
Fehler anderer Personen / mangelnde Aufsicht	10	30	52	22
Verhaltensfehler des Verunfallten	59	59	46	64
- Eile, Hast, zu hohe Geschwindigkeit	13	13	9	14
- Stolpern/Aus-/Abrutschen	6	6	7	5
- Tragen eines ungeeigneten Kleidungsstückes	6	3	3	3
- Sportlicher Einsatz/fairer Rempler beim Sport/Spiel	7	7	-	11
- Ungeschicklichkeit, Unfähigkeit	5	7	11	5
- Unkenntnis, Ungewohntheit	4	4	4	4
- Nichttragen von Schutzkleidung	4	5	2	6
- Unsicherer Stand, Sitz	3	3	7	2
- Benutzen eines ungeeigneten Gegenstandes	2	2	-	3
Physisch, psychische Einflussfaktoren	44	44	51	50
- Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit	21	15	12	17
- Unvorsichtigkeit, Leichtsinn	8	24	36	20
- Überforderung, Überlastung	6	2	2	2
sonstige Unfallursachen	7	4	3	50
Keine Ursache erkennbar	3	1	0	1

Tabelle 1: Unfallursachen von Kinderunfällen in Prozent (BAuA 2002a)

Für die Altersklasse der unter 6-Jährigen wird deutlich (Darstellung in rot), dass die Unfälle vor allem durch Fehler anderer Personen bzw. mangelnde Aufsicht (52%) begründet sind. Des Weiteren liegen die Unfälle durch Ungeschicklichkeit bzw. Unfähigkeit des Verunfallten mit 11% sowie der unsichere Stand/Sitz mit 7% deutlich höher als bei den zu vergleichenden Darstellungen. Ebenfalls die Ursache Unvorsichtigkeit bzw. Leichtsinn liegt bei den unter 6-Jährigen mit 36% deutlich höher als bei den 6- bis 14-jährigen Kindern. Die Gründe, warum sich die Unfallursachen in den Altersgruppen der unter 6-Jährigen und der 6- bis 14-Jährigen so stark unterscheiden, werden in 3.3.1 näher betrachtet.

Tabelle 1 macht deutlich, dass Präventionsangebote im Bereich der Kinderunfallverhütung altersspezifisch geplant werden müssen, damit sie erfolgreich durchgeführt werden können.

2.2.2 Unfälle mit tödlichem Ausgang

Unfälle sind in den Industrienationen der größte Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern. In Deutschland sterben nach dem ersten Lebensjahr mehr Kinder an den Folgen von Unfällen (465 im Jahr 2001) als an Krebs (324) und Infektionskrankheiten (84) zusammen. Diese Zahl entspricht einer Unfall-Todesrate von 3,9 Kindern pro 100.000 der Altersgruppe 1 bis 15 Jahre. Am häufigsten betroffen sind Kinder der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre. Dort liegt die Unfall-Todesrate bei 5,8 pro 100.000 (Statistisches Bundesamt 2003).

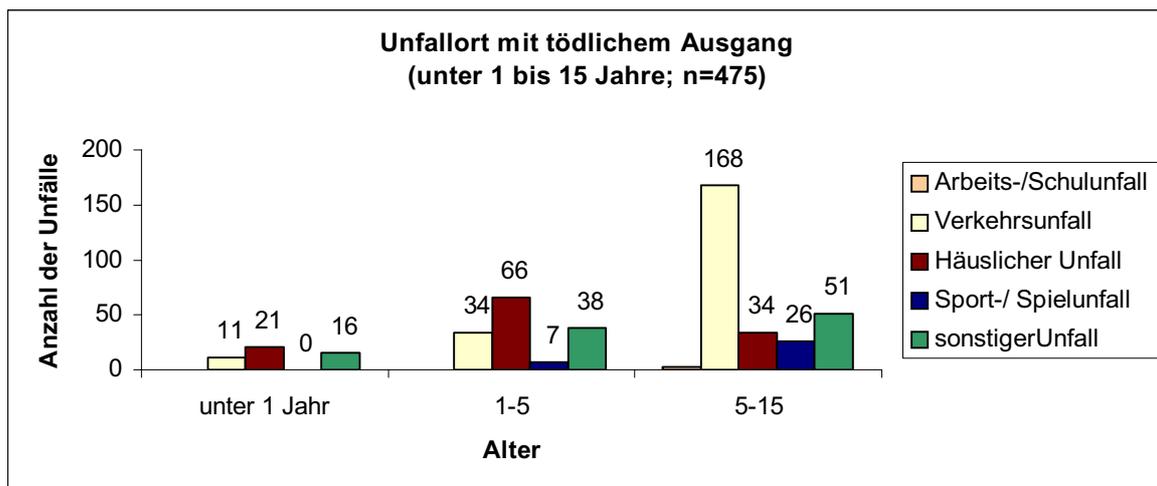


Abbildung 3: Unfallort mit tödlichem Ausgang (unter 1 bis 15 Jahre) (BAuA 2002a)

Abbildung 3 zeigt, dass der häusliche Unfall für Kinder in der Altersgruppe von unter 1 Jahr bis 5 Jahre die meisten Unfälle mit tödlichem Ausgang zu verzeichnen hat im Gegensatz zu den anderen genannten Unfallorten. Wenn man die absoluten Zahlen dieser Graphik betrachtet, beträgt der tödliche Unfall im häuslichen Bereich in der Altersgruppe unter 1 Jahr einen Anteil von 4,4% (n=21) und in der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre 13,9% (n=66), gemessen an der Gesamtzahl der Unfälle in der Altersgruppe unter 1 bis 15 Jahre. In der Altersgruppe von 5 bis 15 Jahren liegt der Verkehrsunfall mit 35,4% (n=168) deutlich an der Spitze, der Anteil der tödlichen Unfälle im Haushalt geht wieder auf 7,2% (n=34) zurück. Diese Veränderungen sind unter anderem durch ein geändertes Freizeitverhalten dieser Altersgruppe zu erklären: Sie halten sich weniger im Haus auf und nehmen aktiver am Straßenverkehr, z.B. mit dem Fahrrad, teil.

2.2.3 Schwerpunkt Sturzunfälle bei Kindern

Im Folgenden wird genauer auf den Unfallschwerpunkt „Sturz-Unfälle“ in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre eingegangen. Datengrundlage ist hier die „Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre) in Deutschland“, die im Auftrag des Fördervereins der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Kindersicherheit erarbeitet wurde.

Die Trenddaten in Abbildung 4 1990 bis 1997 zeigen, dass das Hauptrisiko eines tödlichen Sturzunfalls für Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter besteht. Im Säuglingsalter stehen die Sturzunfälle vor allem im Zusammenhang mit dem Kinderbett oder Hochstuhl (1997: 3 von 6 Sturzunfällen, 1998: 2 von 4 Sturzunfällen). Im Kleinkindalter sind tödliche Stürze von Gebäuden (über den Balkon oder aus dem Fenster) die häufigste Unfallart mit ca. 50% (1997: 10 von 18 Sturzunfällen, 1998: 5 von 11 Sturzunfällen) (vgl. Ellsäßer ohne Jahr).

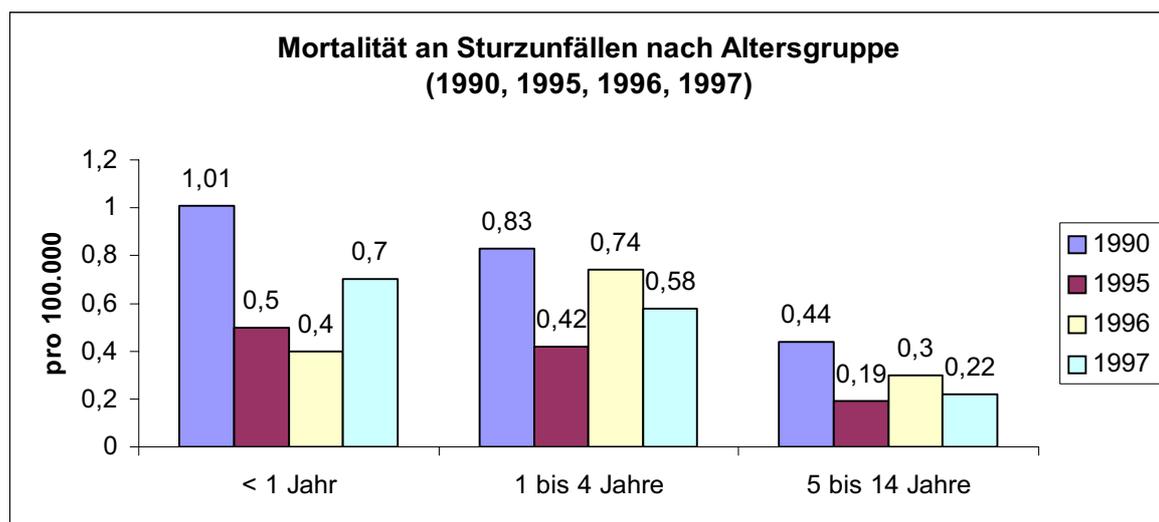


Abbildung 4: Mortalität an Sturzunfällen nach Altersgruppe (Ellsäßer ohne Jahr)

Abbildung 4 zeigt einen insgesamt sinkenden Trend der Mortalität an Sturzunfällen bis zum Alter von 14 Jahren. Dennoch gibt es auch wieder wechselnde Trends, wenn man die Jahre einzeln betrachtet. Mögliche Gründe für den rückläufigen Trend der Mortalitätsrate sind eine verbesserte Rettungsmedizin, eine intensive Verkehrsunfallprävention und Fortschritte in der Produktsicherheit (vgl. Ellsäßer ohne Jahr).

Bei Sturzunfällen in der Altersgruppe unter 15 Jahren ohne tödlichen Ausgang ist der häufigste Unfallort der Heim- und Freizeitbereich, danach folgen die Schule und an dritter

Stelle der Verkehr. Diese Zahlen liefert ein repräsentatives gemeindebezogenes Unfallmonitoring in Delmenhorst³ für das Jahr 1998:

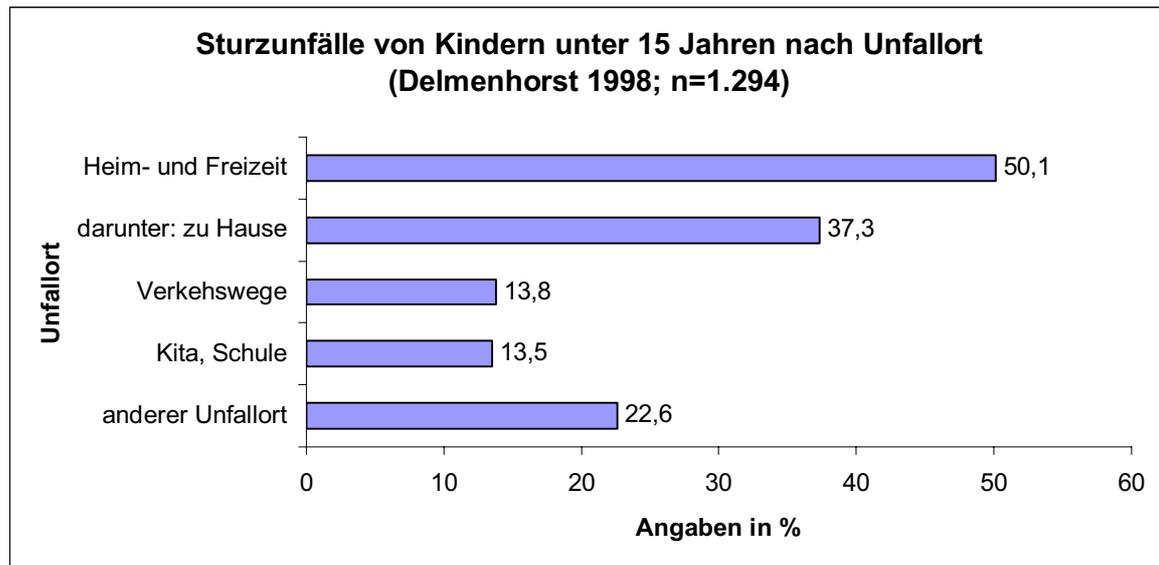


Abbildung 5: Sturzunfälle von Kindern unter 15 Jahren nach Unfallort (Eillsäßer 2002)

Abbildung 5 macht deutlich, dass vor allem im Bereich Heim und Freizeit in den Maßnahmen zur Unfallverhütung ein Schwerpunkt auf die Prävention von Sturzunfällen gelegt werden muss.

Die Unfallschwerpunkte entsprechen dem Lebensraum und Bewegungsradius eines Säuglings und Kleinkindes. Im Säuglingsalter sind Treppen der häufigste Unfallgrund. Danach folgen Stürze aus dem Hochbett und an dritter Stelle stehen Stürze mit Verletzungen durch das Fallen auf Tischkanten bzw. Tischflächen oder das Herunterfallen vom Sessel oder dem Sofa. Der Wickeltisch ist ein weiterer Unfallschwerpunkt.

2.2.4 Unfallort Küche

Besonders hervorzuheben sind Unfälle in der Küche, da die Unfallarten häufig zu gesundheitlichen Langzeitbeeinträchtigungen führen (z.B. Verbrühungen und Verbrennungen). Anhand der „Unfallvielfalt“ wird die Brisanz im Wohnumfeld Küchedeutlich. Folgende Unfallarten sind für die Küche dokumentiert:

- Verbrennungen
- Verbrühungen (z.B. am Wasserkocher)
- Stürze (z.B. von der Arbeitsplatte oder Küchenschränken)

³ Das Unfallmonitoring in Delmenhorst ist neben einer umfassenden Einschulungsuntersuchung in Brandenburg das einzige bevölkerungsbezogene Erfassungssystem in Deutschland, das Verletzungen bei Kindern insgesamt und nicht nur in Teilbereichen abbildet. Zusätzlich werden außerdem soziokulturelle bzw. soziale Merkmale erhoben. Für das Jahr 1998 wurde in Delmenhorst ein umfassendes gemeindebezogenes Unfallmonitoring durchgeführt, das genaue Zahlen zu Unfällen liefert, die zu einer ärztlichen Versorgung in den Unfallambulanzen bzw. zu einer stationären Behandlung führten.

- Unfälle mit Strom
- (Schnitt-)Verletzungen (z.B. durch leicht zugängliche Messer in Schubladen oder in der Spülmaschine)
- Vergiftungen (z.B. durch nicht oder unzureichend verschlossene Reinigungsmittel)

Im Jahr 2000 passierten 8,2% aller Kinderunfälle in der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre in der Küche (vgl. Henter 2002). Die Küche gehört für Kinder im Haushalt zu den spannendsten Räumen. Sie können viel beobachten und ausprobieren. Aus der kindlichen Wahrnehmung heraus (vgl. 3.3.1) kann gut nachvollzogen werden, dass Kinder gerne mit anfassen und ausprobieren möchten, natürlich gerade dann, wenn sie unbeobachtet sind. Eine Küche darf trotz der vielen Gefahrenquellen aber nicht tabu für das Kind sein. Erwachsene müssen die Gefahrenquellen kennen und ihre Kinder effektiv davor schützen.

In den folgenden Kapiteln wird auf die Bedeutung von Kinderunfällen im Setting Familie sowie auf Möglichkeiten der Unfallprävention eingegangen.

3 Welche Bedeutung kommt dem Setting Familie in der Gesundheitsförderung zu?

Gesundheit stellt nicht das Ziel des Lebens dar, sondern einen wesentlichen Bestandteil des Alltages, so auch in Familien. Hurrelmann (2000) sieht Gesundheit als gelungene Bewältigungsstrategie von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen. Hinzu kommt die Verbindung von Selbstvertrauen mit bewusster Lebensführung (bezogen auf Arbeit, Leistung, Anspannung und Rationalität) und Genussfähigkeit (bezogen auf Entspannung, angenehmes Essen und Trinken, Bewegung, Bindung, Liebe und erfüllte Sexualität) (vgl. BZgA 2003a). Deutlich wird hier eine ganzheitliche Sicht auf den Begriff Gesundheit.

Gesundheitsförderung ist im Sinne der WHO-Definition ein umfassendes individuelles, soziales und gesellschaftspolitisches Handlungsfeld und wird inhaltlich in der Ottawa-Charta von 1986 beschrieben. Ziel ist es, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Franzkowiak 1998, S.96) Gesundheitsförderung umfasst damit zum einen die Förderung individueller und sozialer Kompetenzen für eine gesunde Lebensgestaltung im Alltag, zum anderen umfasst Gesundheitsförderung die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (vgl. 3.1) und die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der WHO ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen ansetzt. Damit wird der salutogene Ansatz in Anlehnung an das Salutogenesemodell von Antonovsky deutlich. Lange Zeit stand jedoch der pathogen orientierte Ansatz der **Prävention** im Vordergrund, bei dem die Vermeidung von Gesundheitsrisiken im Vordergrund steht. Heute wird die Gesundheitsförderung überwiegend als gleichrangige Ergänzung zur Prävention angesehen (vgl. BZgA 2003a). Die folgende Abbildung stellt Gesundheitsförderung und Prävention als eine grundlegende Strategie zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit dar:

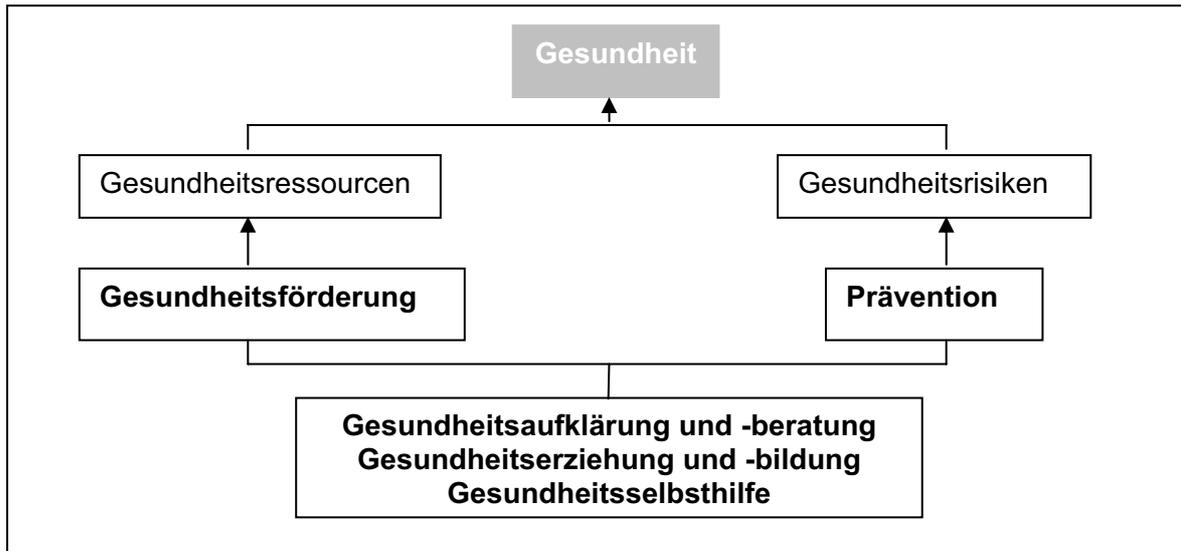


Abbildung 6: Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. BZgA 2003a)

In Bezug auf die Vermeidung von Kinderunfällen müssen sich gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen ergänzen und vor allem die Kompetenzen der Erwachsenen fördern.

3.1 Der Setting-Ansatz

„Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Es ist andererseits ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können.“ (Grossmann, Scala 2003)

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz von zentraler Bedeutung, er gilt als eine Schlüsselstrategie. Ihm liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag entsteht und aufrechterhalten wird (vgl. Altgeld et al 2004). Der Setting-Ansatz wird bereits in der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 fokussiert. Dort heißt es, dass „Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (Franzkowiak 1998, S.98) Der Setting-Ansatz gilt als die Antwort auf die natürlichen Grenzen von individuen- oder gruppenbezogenen Gesundheitserziehungs- oder Präventionsmaßnahmen (vgl. Schwartz 2000). Da in der Vergangenheit viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Primärprävention nicht den erhofften Erfolg erbracht haben, gilt der Setting-Ansatz als „neuer“ Weg, die Menschen in ihrer direkten Lebensumgebung mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu erreichen. Ziel des Setting-Ansatzes ist es, sowohl das Verhalten des Einzelnen als auch des gesamten Settings und die dortigen Verhältnisse durch ganzheitliche gesundheitsförderliche

Maßnahmen nachhaltig zu verbessern. Des Weiteren soll mit Setting-Angeboten erreicht werden, dass Veränderungsprozesse langfristig angelegt sind, Anregungen zur Selbstentwicklung enthalten, die die Problemwahrnehmung schärfen und die Problembearbeitungskapazität im sozialen System erhöhen (vgl. Kolip 2002).

Das jeweilige Setting muss als Ziel von Interventionen genau präzisiert werden. Es muss im Einzelfall entschieden werden, welche Gruppierungen (z.B. in der Familie) mit welcher Zielsetzung in Maßnahmen einbezogen werden sollen. „Diese Integrationsleistung ist selbst eine Intervention und muss daher auf Basis einer qualifizierten Organisationsdiagnose entwickelt werden.“ (Grossmann, Scala 2003) Ein Setting ist immer auch ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer gesundheitsförderlichen Maßnahme definiert wird (vgl. Grossmann, Scala 2003). Setting-Projekte sind erkennbar an einem komplexen Programmgemisch verschiedener Ansätze und Strategien.

Settings stehen nie für sich alleine, sondern sind immer Teil eines größeren Systems. Der Setting-Ansatz kann daher nur langfristige Erfolge erzielen, wenn verschiedene Settings gleiche bzw. ähnliche Ziele anstreben und synergetisch agieren (vgl. BZgA 2003b).

Der Setting-Ansatz ist neben dem individuellen Ansatz (z.B. Gesundheitskurse) zudem ein wichtiger Zugangsweg für die Maßnahmen der Primärprävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Damit sind Interventionen gemeint, die auf die Verhältnisse abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (vgl. AG der Spitzenverbände der Krankenkassen). Neben den Settings Arbeitsplatz bzw. Betrieb, Schule, Kindergarten oder Gemeinde wird auch das Setting Familie als wichtiges Handlungsfeld für die GKV genannt. „Ziel ist es, unter aktiver Unterstützung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotentiale im Lebensbereich zu ermitteln und im Setting einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert.“ (AG der Spitzenverbände der Krankenkassen)

In der aktuellen Landschaft von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist eine hohe Akzeptanz des Setting-Ansatzes zu erkennen. Auf dem Kongress „Armut und Gesundheit 2005“ in Berlin wurde allerdings deutlich, dass zwar viele gesundheitsförderliche Projekte als Setting-Maßnahme tituliert werden, dahinter aber häufig keine „richtigen“ Setting-Projekte stecken. Ziel muss daher sein, den Akteuren und Organisatoren von gesundheitsförderlichen Maßnahmen die zum Teil komplexen Inhalte des Setting-Ansatzes zu verdeutlichen.

3.2 Familiengesundheit und Kindersicherheit im Setting Familie

„Die Familie beeinflusst wie keine andere Sozialisationsinstanz die Lebensbedingungen und somit die Einstellungen, die Gefühle und das Verhalten von Kindern und Jugendlichen.“ (Limbourg 2000)

Historisch gesehen hat sich die Familie im vergangenen Jahrhundert jedoch stark verändert. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war es in über 40% der Familien üblich, mit drei oder mehr Generationen unter einem Dach zu leben. Knapp 100 Jahre später, liegt dieser Anteil unter 10%. Gleichzeitig ist die Anzahl der Einzelpersonenhaushalte von unter 10% auf ca. 30% gestiegen (vgl. Schnabel 2001). Dies macht deutlich, dass die Familie als soziales System in dieser Zeit einen Bedeutungswandel erlebt hat und ihr dadurch nur noch ein Bruchteil der ehemals vorhandenen personellen Ressourcen zur Verfügung steht. Es stellt sich zudem die Frage, ob die Familie durch diese starke Veränderung an Bedeutung verloren hat; zum einen für ihre Mitglieder, zum anderen aber auch für die Gesellschaft. Die Anzahl der Forschungsberichte im Bereich der Familienförderung/-Forschung in Bezug auf gesundheitliches Potential in der Familie lassen darauf schließen. „Als Folge davon ist einiges über die positiven Effekte der funktionalen, mehr noch über die negativen Effekte der Problemfamilie, sehr wenig über die schädigenden Effekte der normalen und die positiven Effekte der Problemfamilie und so gut wie gar nichts darüber bekannt, wie all diese Erscheinungen miteinander zusammenhängen.“ (Schnabel 2001)

In aktueller gesundheitswissenschaftlicher Literatur wird die Familie als wichtige Gesundheitsressource und als Setting für die gesundheitliche Entwicklung erkannt. Die Familie gilt als die primäre Instanz für Sozialisation und Erziehung. Folgende Kriterien haben eine Bedeutung für die Gesundheit der oder in der Familie:

- Frühe und nachhaltige Prägung von Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensweisen (vgl. Schnabel 2001)
- Herausbildung von speziellen Krankheits- und Gesundheitskulturen
- Strategien zur Bewältigung von Konflikten und Krisen
- Lieferant von sozio-emotionaler Unterstützung (Beziehung)
- Die Wahrnehmungshaltung gegenüber dem Körper wird in den ersten fünf Lebensjahren angelegt. (vgl. Kolip 2002, Hurrelmann 2000, Schnabel 2001)

Schnabel (2001) stellt zu den genannten Punkten die These auf, „...dass keine wichtigere und geeignetere Interventionsinstanz als die Familie existiert, um (...) ein Maximum an gesundheitssichernden Wirkungen zu erzielen.“ (Schnabel 2001) Das Setting Familie bildet somit für gesundheitsförderliche und (unfall-)präventive Maßnahmen *die* Grundlage.

Neben dieser Wichtigkeit ist in der Planung von Maßnahmen im Setting Familie zu beachten, dass Familie auch Privatsphäre bedeutet, in die durch „externe“ Maßnahmen nur begrenzt eingegriffen werden kann und darf. In Deutschland steht die familiäre Privatsphäre aus historischen aber auch verfassungsrechtlichen und traditionellen sozialpolitischen Gründe zudem unter besonderem Schutz (vgl. Schnabel 2004). Ziel gesundheitsförderlicher Maßnahmen muss es daher sein, Familien von der Effektivität und Wichtigkeit der Maßnahmen zu überzeugen und Interventionswege zu finden, die die familiäre Privatsphäre berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit Familiengesundheit und Kindersicherheit bekommt die WHO-Definition von Gesundheit⁴ eine weitere Dimension und muss daher aus einem zusätzlichen Blickwinkel betrachtet werden. Denn die Kindergesundheit in Bezug auf Kinderunfälle ist maßgeblich von der Gesundheit und dem Gesundheitsverständnis der Eltern abhängig. Das in der WHO-Definition genannte Wohlbefinden wird bei Kindern und somit der Familie in seinen unterschiedlichen Ausrichtungen in einem sehr bedeutsamen Umfang durch unfallbedingte Verletzungen und Traumatisierungen beeinträchtigt. Besonders für Kinder stellen Unfälle große Stresssituationen dar (vgl. Bundesverband der Unfallkassen 2001).

⁴ Definition von „Gesundheit“ nach der WHO: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (BZgA 2003a)

Da sich das Gefahrenbewusstsein von Kleinkindern erst im Laufe der Kindheit entwickelt (vgl. 3.3.1), liegt die Unfallprävention uneingeschränkt in der Verantwortung der Eltern bzw. Erziehungspersonen:

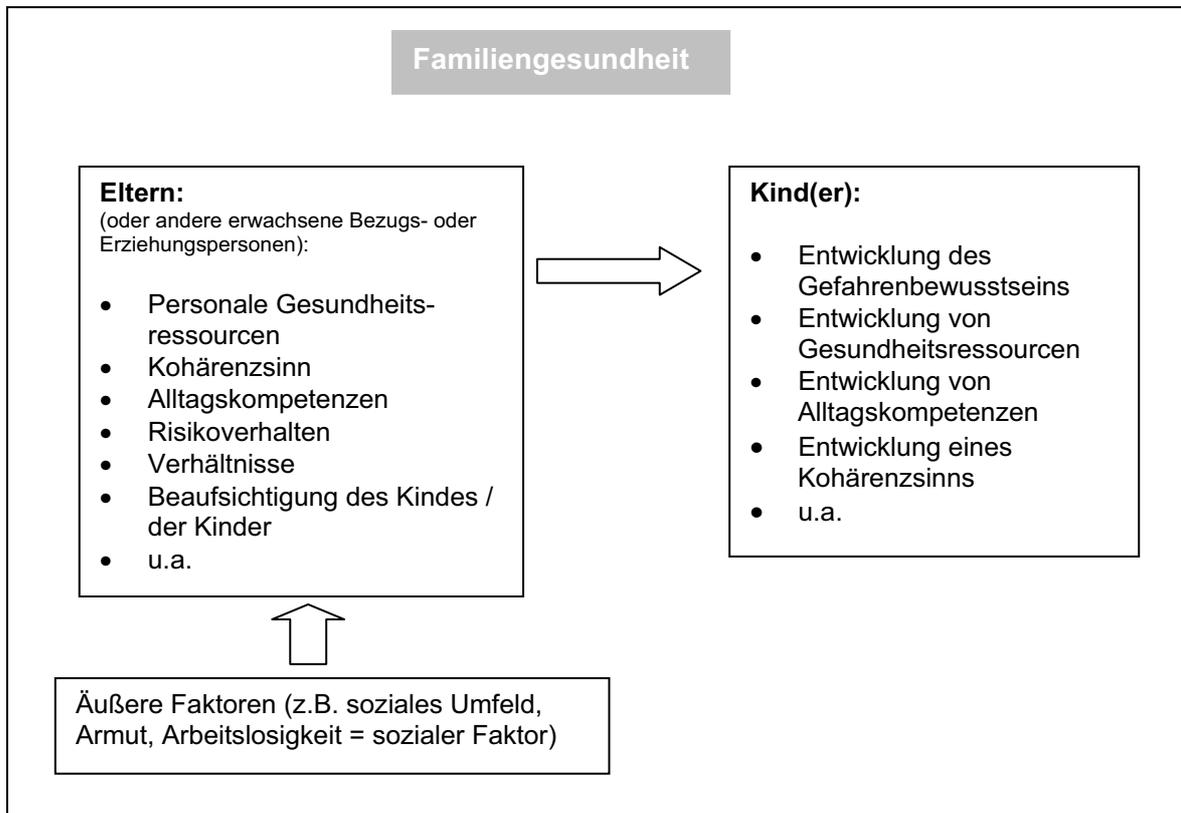


Abbildung 7: Familiengesundheit (eigene Darstellung)

In einer bundesweiten Repräsentativerhebung wurde der Präventionsbedarf werdender und junger Eltern ermittelt (vgl. Bergmann 2004). Es stellte sich heraus, dass in der Zeit vor und nach der Geburt das Interesse an vorausschauender Beratung sehr groß ist, dieser Bedarf in Deutschland aber überwiegend nicht gedeckt wird. Die Ergebnisse zeigten außerdem, dass es Eltern nicht nur um aktuelle Anliegen, wie z.B. „was kann ich tun, wenn mein Kind schreit?“ geht, sondern auch um die langfristige Gesundheit ihrer Kinder. Der Informationsbedarf bei werdenden und jungen Eltern wird heute meist über Zeitschriften und Bücher gedeckt. Im Bereich der Printmedien kann zum Teil sogar von einem „Information-Overload“ gesprochen werden (vgl. 4.3.4), der eher zu einer Abwehrhaltung als zu einer Verhaltensänderung führen kann. Der bestehende Bedarf an interaktiven Maßnahmen, wie z.B. Kursen, Ausstellungen und/oder Seminaren zum Thema „Kindergesundheit“ wird zurzeit in Deutschland nicht gedeckt.

3.3 Prävention von Kinderunfällen

Wie Kapitel 1 zeigt, spielen Kinderunfälle in der Mortalität und Morbidität im Kindesalter eine erhebliche Rolle; in der Inzidenz wie auch in der Prävalenz. Zwar nehmen die Unfälle mit schweren Verletzungen oder Todesfolge seit Jahren ab, dennoch gilt: Unfälle sind keine Zufälle oder Schicksalsschläge, sie lassen sich zu mehr als 60% vermeiden (vgl. Abel ohne Jahr). Sicherheit von Erwachsenen ist nicht mit Kindersicherheit gleichzusetzen. Eltern oder Erwachsenen gelingt es häufig nicht mehr, sich in die phantasievolle Welt von Kindern zurückzusetzen. Sicherheitsorientiertes Verhalten ist bei Kindern von vielen verschiedenen physiologischen und psychologischen Fähigkeiten abhängig, die erst im Laufe der Kindheit erworben werden (vgl. Schriever 1997).

Um wirksame Maßnahmen für die Prävention von Kinderunfällen zu planen und durchzuführen, müssen die kognitiven Fähigkeiten und das Gefahrenbewusstsein von Kindern bekannt und verstanden werden. Ebenfalls die Perspektive bzw. Sichtweise der Kinder, wie sie ihre Umgebung wahrnehmen, muss berücksichtigt werden, denn Kinderunfälle ereignen sich meist durch das Zusammentreffen mehrerer Bedingungsfaktoren

Wichtig ist bei der Erfolgsmessung von Maßnahmen zur Unfallprävention im Kindesalter, dass es nie gelingen wird, alle Unfälle zu vermeiden. Es handelt sich hierbei vor allem um Unfälle, die im Kleinkindalter durch den entwicklungsbedingten Bewegungsdrang und die damit verbundene Neugier, die Lebensumgebung kennen zu lernen, passieren (z.B. Unfälle beim Laufen lernen oder spielen) (vgl. Hubacher ohne Jahr). Es muss deutlich werden, dass Kinder aus diesen Bewegungssituationen lernen, Erfahrungen sammeln und ihre Grenzen kennen lernen. Die Aufgabe der Eltern besteht darin, Kinder auf Gefahren aufmerksam zu machen und natürliche Bewegungsräume zu schaffen.

3.3.1 Ursachen von Kinderunfällen

Kinder sind neugierig, impulsiv, manchmal übermütig und unberechenbar und kennen ihre Grenzen noch nicht. Sie sind daher einer erhöhten Gefährdung ausgesetzt, weil ihre kognitive und sensomotorische Entwicklung noch nicht ausgereift ist und sie ihr Verhalten noch nicht vorausschauend steuern können (vgl. Mehr Sicherheit für Kinder). Zusätzlich haben Kinder bis etwa zum 7. Lebensjahr eine egozentrische Sichtweise (vgl. Imhäuser-Vennemann), die nach dem Motto „Was ich nicht sehe, ist nicht da“ funktioniert. Sie übersehen deshalb viele Gefahren und können Hindernisse oftmals nicht erkennen.

Grundsätzlich betrachtet, lassen sich die Ursachen von Kinderunfällen in vier Bereiche aufteilen (vgl. Limbourg 1997):

- Ursachen beim Kind
- Ursachen bei den Erwachsenen
- Bauliche und technische Ursachen
- Ursachen durch Defizite bei der Kontrolle und Überwachung

Ursachen beim Kind: Entwicklung des Gefahrenbewusstseins

„Kinder werden weder mit einem Bewusstsein für Sicherheit und Gefahr geboren, noch ist ein solches plötzlich vorhanden.“ (Hubacher ohne Jahr) Das Gefahrenbewusstsein entwickelt sich bei Kindern in drei Stufen (vgl. Schriever 1997, Limbourg 1997, Hubacher ohne Jahr), die durch bestimmte Entwicklungsbesonderheiten charakterisiert sind (vgl. Joswig ohne Jahr):

1. Stufe: Akutes Gefahrenbewusstsein: Wichtige Grundlagen für die Entwicklung des Gefahrenbewusstseins sind die Wahrnehmung von Schmerz und das Gefühl von Angst. Säuglinge und Kleinkinder haben in den ersten zwei Lebensjahren noch kein direktes Gefahrenbewusstsein. Sie wollen ihre unmittelbare Umwelt mit allen Sinnen kennen lernen und stecken daher alles in den Mund (ggf. Erstickungs- und/oder Vergiftungsgefahr), ertasten Formen, erkabbeln und erklettern alle erdenklichen Ecken (vgl. Mehr Sicherheit für Kinder). Das akute Gefahrenbewusstsein entwickelt sich bis zum 5. bis 6. Lebensjahr durch eigene Erfahrungen (z.B. auf die heiße Herdplatte greifen), aber auch durch Anwesenheit bei Unfällen und Verletzungen von anderen. Hinzu kommen Erklärungen und Hinweise der Eltern (z.B. Feuer oder die Herdplatte ist heiß; ich verbrenne mich oder Messer sind scharf, daran kann man sich schneiden und wehtun).

2. Stufe: Antizipierendes Gefahrenbewusstsein: Merkmal dieser Stufe ist das Voraussehen von Gefahren. Auf dieser Stufe lernen Kinder, durch welche Verhaltensweisen sie in Gefahr geraten können. Diese Stufe wird mit etwa 8 Jahren erreicht.

3. Stufe: Präventives Gefahrenbewusstsein: Diese Stufe wird erst mit 9 bis 12 Jahren erreicht. Kinder sind dann in der Lage, Gefahren nicht nur zu erkennen, sondern vorbeugende Verhaltensmaßnahmen zu entwickeln.

Neben diesen drei Stufen der Entwicklung des Gefahrenbewusstseins sind aber auch noch andere Aspekte in der Prävention von Kinderunfällen zu berücksichtigen. Bis ins

zweite Lebensjahr erlernen Kleinkinder die **motorischen Grundfunktionen** (z.B. Greifen, Sitzen, Laufen usw.). Ab dem zweiten Lebensjahr folgt die Verbesserung von Feinmotorik und Schnelligkeit. Letzteres jedoch bei starker motorischer Unruhe. So ergibt sich daraus eine Gefahrenquelle, da die körperlichen Möglichkeiten schnell überstiegen werden; es kommt vermehrt zu Stürzen. Die **Körperbeherrschung** und die **Wahrnehmung** muss somit erst erlernt werden. Die **Koordination** von Sehen und Motorik entwickelt sich nur langsam. Ein Kleinkind kann gleichzeitig nur geradeaus laufen und dabei geradeaus schauen. Gefahren von links oder rechts können nicht registriert werden. Das **Sehen** von Hell-Dunkel ist ab der Geburt möglich, Farbunterschiede werden bis zum 5. Lebensjahr gelernt. Das 3D-Sehen ist jedoch schwieriger. Ein Kind kann dies erst mit etwa 9 Jahren. Das bedeutet, dass bis dahin Entfernungen von Kindern nicht bzw. nicht sicher eingeschätzt werden können. Dies ist z.B. im Straßenverkehr gefährlich. Hinzu kommt die Schwierigkeit der Verknüpfung des Sehens von Formen, Größe und Bewegung: 3 bis 4-Jährige können stehende und fahrende Autos nicht voneinander unterscheiden.

Ursachen bei den Erwachsenen

Die Darstellung der Entwicklung des Gefahrenbewusstseins bei Kindern macht deutlich, dass die Ursachen von vielen Kinderunfällen nicht beim Kind selber, sondern bei anderen Unfallbeteiligten liegt (z.B. Eltern, Autofahrer, u.a.) (vgl. Limbourg 1997). Viele Erwachsene wissen immer noch zu wenig über alterstypische kindliche Verhaltensweisen und stellen sich nicht ausreichend auf Kinder ein.

Bauliche und technische Ursachen

Städte, Wohngebiete, Spielplätze, Möbel, Häuser und Wohnungen sind häufig wenig kinderorientiert geplant und gebaut (vgl. Limbourg 1997). Eine Gefährdung für Kinder kann daher nicht ausgeschlossen werden. Kinder können z.B. vom Balkon oder in den Gartenteich fallen, mit der Lauflernhilfe „Gehfrei“ verunfallen, in eine Waschmaschine klettern, sich am Backofen verbrennen u.a.

Ursachen durch Defizite bei der Kontrolle und Überwachung

Einrichtungen, in denen Kinder sich aufhalten (z.B. Spielplätze) oder Geräte (z.B. Spielzeuge), mit denen Kinder spielen, müssen gewartet und kontrolliert werden. Diese Aufgaben werden jedoch häufig überhaupt nicht oder viel zu selten wahrgenommen.

Ein weiterer Faktor ist der **soziale Faktor**, der in der heutigen Zeit an Bedeutung im Bereich von Kindergesundheit und Kinderunfällen gewinnt. Glik (1993) analysierte die häusliche Wohnqualität und Gefahrensituation für das Unfallspektrum „Verbrennungen,

Vergiftungen und Stürze“ in Familien mit Kleinkindern sowie die Persönlichkeit und erzieherische Einstellung der Mütter. Ergebnis war, dass alle aufgetretenen Unfallarten mit niedrigem Bildungsniveau, Armut und abweichender familiärer Situation korrelierten. Gleichzeitig waren die Haushaltsrisiken und im Ergebnis das Unfallrisiko geringer, wenn Mütter ihre Kinder enger beaufsichtigten.

Im Rahmen von Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Brandenburg wurden Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 1998 ausgewertet (nicht repräsentativ für das Bundesgebiet). Ergebnis war hier eine deutliche Korrelation zwischen dem sozialen Status der Familie und dem Gesundheitszustand der Kinder (vgl. Ellsäßer 2000). Ein Sozialgradient bezogen auf den Heim- und Freizeitbereich und die Kindertagesstätte ist in dieser Untersuchung jedoch nicht erkennbar. Signifikant mehr häusliche Unfälle passieren lediglich in Mehrkindfamilien im Vergleich zu Einkindfamilien, unabhängig vom sozialen Status. Im Bereich Verkehr wird ein Sozialgradient deutlich: Bei Unfällen im Straßenverkehr und bei Verbrennungen liegt die Anzahl der Unfälle fast doppelt so hoch als in den sozial besser gestellten Familien.

Schriever (1997) beschreibt, dass Kleinkinder häufiger in engen, unaufgeräumten Räumen mit einem erhöhten Lärmpegel, unregelmäßigen Essens- und Schlafzeiten, bei labilen Eltern und zerrütteten Ehen verunfallen. Diese Grundsituation trifft meist für einkommensschwächere Familien zu. „Die inneren Spannungen und affektiven Belastungen absorbieren die Aufmerksamkeit und verkürzen die Wahrnehmung von Gefahrensignalen.“ (Schriever 1997)

Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens erbringen die gewünschten Effekte jedoch häufig zunächst in privilegierten Bevölkerungsgruppen, in denen der Bildungsgrad hoch ist (vgl. Geyer 2003). Erst nach einer gewissen Zeitspanne profitieren auch die niedriger Qualifizierten, also Angehörige unterer sozioökonomischer Gruppen. Bei der Planung von primärpräventiven Angeboten muss diese Zielgruppe daher speziell berücksichtigt werden, damit die Wissensunterschiede in der Bevölkerung nicht zu groß werden.

3.3.2 Möglichkeiten der Unfallprävention im Kindesalter

Grundsätzlich lassen sich drei Interventionsstrategien im Bereich der Unfallprävention unterscheiden (vgl. Hubacher ohne Jahr, Limbourg 1997):

- Enforcement (Reglementierungen und Gesetze; Kontrolle und Überwachungen)
- Engeneering (Technische Maßnahmen)
- Education (Aufklärung und Erziehung)

Der Schwerpunkt wird in dieser Arbeit auf den Bereich Education und Engeneering gesetzt, der Bereich Enforcement wird der Vollständigkeit halber kurz dargestellt.

Enforcement

Kontrollen und Überwachungen sowie Reglementierungen und Gesetze können die Sicherheit von Kindern fördern. So war z.B. die Einführung der Anschnallpflicht für Kinder im PKW ein deutlicher Beitrag zur Verbesserung der Kindersicherheit. Ein Gehfrei-Verkaufsverbot (existiert seit 2004 in Kanada), könnte viele schwere Kinderunfälle verhindern (vgl. Schriever 1997, Limbourg 1997). Gesetzliche Regelungen haben in der Regel weit reichende und nachhaltige Effekte bei konsequenter Umsetzung.

Engeneering

„Die Unfallforschung zeigt immer wieder, dass die meisten Unfälle auf menschliches Versagen zurückzuführen sind.“ (Limbourg 1997) Da der Mensch also ein „...unzuverlässiges Element in einem Sicherheitssystem“ (Limbourg 1997) darstellt, ist es sinnvoll, technische Maßnahmen in die Unfallprävention zu integrieren (z.B. ein Herdschutzgitter oder Steckdosenabdeckungen). Hubacher (ohne Jahr) und Limbourg (1997) weisen technischen Maßnahmen eine hohe und dauerhafte Wirksamkeit bei der Unfallverhütung zu. Im Vergleich zu den anderen genannten Interventionsstrategien sind sie mit großem Erfolg in der Unfallprävention verbunden. Voraussetzung für eine langfristige Wirksamkeit ist die Funktionstüchtigkeit der technischen Maßnahmen.

Education

Schriever (1997) legt den Schwerpunkt der Unfallprävention auf den Bereich der Aufklärung und Erziehung, da er wegen der physiologischen Defizite im Kindesalter (vgl. 3.3.1) die meisten Unfälle auf menschliches Versagen zurückführt. Deshalb sollten Kinder und deren Bezugspersonen über Unfallgefahren aufgeklärt werden und „...unfallvorbeugende und sicherheitsorientierte Verhaltensweisen erlernen.“ (Limbourg 1997) Wichtig ist, dass diese Lernprozesse in jeder Entwicklungsphase und auch in den

Erziehungs- und Bildungsinstitutionen altersspezifisch und kontinuierlich angewandt werden.

Massenmedien (z.B. Presse, Radio, Fernsehen und Internet) spielen eine wichtige Rolle im Bereich der Gesundheitserziehung und -aufklärung, da mit ihnen auf das jeweilige Thema aufmerksam gemacht werden kann, um die Wahrnehmung des Themas zu fokussieren.

3.4 Kinderunfallprävention in der GKV - am Beispiel der TK

Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bieten Maßnahmen zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung gemäß § 20 SGB V an. Gemäß der gemeinsamen und einheitlichen Empfehlungen und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V sollen die Krankenkassen einen Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung leisten.

Welche Methoden stehen der TK für die Kinderunfallprävention zur Verfügung? Sie könnte ihren Versicherten Sicherheitstrainings anbieten. Diese sind jedoch sehr teuer und erreichen genau wie Informationsveranstaltungen (z.B. Ein-Abend-Veranstaltung zu dem Thema Kindersicherheit) nur eine kleine Zielgruppe. Merkblätter, Flyer und Plakate sind nicht interaktiv und ihre Wirkung ist zudem nicht nachhaltig. Unterrichtsmodule sind denkbar, aber erst für eine Zielgruppe ab dem ersten Schuljahr einsetzbar. Informationsmedien wie Broschüren sind für die GKV eine sinnvolle und zudem finanzierbare Maßnahme. Die TK stellt ihren Versicherten derzeit im Bereich Kindersicherheit Informationsmedien in Form einer Kindersicherheitsbroschüre, einem Kindernotfallausweis und einer Meßlatte, auf dem Unfallgefahren in Bezug zur Größe des Kindes dargestellt sind, zur Verfügung. Diese Medien liegen für Besucher in den TK-Geschäftsstellen zum Mitnehmen aus. Eine weitere Möglichkeit stellt eine Ausstellung zum Thema Kindersicherheit dar. Dies ist ein moderner und neuer Zugangsweg für die TK und ist zudem relativ kostengünstig. In einer Ausstellung können zudem Methoden, wie Informationsveranstaltungen, Printmedien und individuelle Beratung der Besucher integriert werden. Die TK-Ausstellung Riesenküche wurde durch Rückmeldebögen auf ihre Wirksamkeit bezüglich des neuen Zugangsweges für ihre Versicherten ausgewertet. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6 dargestellt.

In der TK waren zum Zeitpunkt der Planung der Riesenküche rund 207.100 Kinder im Alter zwischen 0 und 4 Jahren versichert (Stand 09/2003). Für diese Zielgruppe werden daher auf Grund der immer noch hohen Kinderunfallzahlen (vgl. 2.2) Maßnahmen und

Informationen zur Unfallprävention bereitgestellt. Neben den beschriebenen Maßnahmen im Bereich der Primärprävention wurden an Familien mit Kindern in der genannten Altersgruppe ein Mailing zum Thema Kinder und Sicherheit versandt. Diese Aktion wurde vom Bereich Kundenbindung und Versichertenservice (KuV) angestoßen. Die Antwortquote (Responsequote) lag bei knapp 28%. Davon befanden 91% das Mailing als sehr gut bzw. gut. Knapp 66% gefällt das Angebot gut; finden es sinnvoll und nützlich, nur etwa 3,5% empfanden diese Art von Angebot als unnötige Geldausgabe der TK bzw. konnten den Nutzen der Maßnahme nicht erkennen (vgl. Techniker Krankenkasse 2003). Es ist also zu erkennen, dass das Thema Kindersicherheit bei den TK-Versicherten ein Bedürfnis weckt.

Die Riesenküche richtet sich an das Setting Familie, dessen Bedeutung in 3.1 näher beschrieben ist. Ziel der Ausstellung ist es, Erwachsene in einer Erfahrungswelt durch eigenes Erleben für Unfallgefahren von Kindern zu sensibilisieren, sowie über Möglichkeiten zu informieren, wie sie ihre Kinder vor Gefahren im Haushalt (vor allem in der Küche) schützen können.

4 Wie lässt sich das Präventionsverhalten bezogen auf Kinderunfälle beeinflussen?

Die Durchführung präventiver Maßnahmen erfordert eine genaue Kenntnis der psychosozialen Prozesse bei der Zielgruppe, die auf der einen Seite für die Ausführung von riskantem Verhalten verantwortlich sind, auf der anderen Seite für das Aufnehmen eines gesundheitsbewussten Verhaltens. Im Folgenden werden daher das Health Belief Modell (HBM) und das Transtheoretische Modell (TTM) dargestellt sowie die damit entstehenden Möglichkeiten für die Ausgestaltung von effektiven Maßnahmen im Bereich Kindersicherheit.

4.1 Health Belief Modell – Modell der Gesundheitsüberzeugung

Das HBM entstand in den 1950er Jahren. (vgl. BZgA 2003a). Die damalige Annahme, „...dass Menschen rational denken und ihnen die negativen Konsequenzen ihres Verhaltens nur aufgezeigt werden müssten, um sie fast zwangsläufig zu veranlassen, ihr Verhalten zu ändern[.]“ (BZgA 2003a), stellte die Grundlage für die Entwicklung des Modells dar. Das Modell besteht aus folgenden Komponenten:

1. die subjektiv wahrgenommene Verwundbarkeit (Vulnerabilität): Hier geht es um **Situations-Ergebnis-Erwartungen**.
Z.B.: „Wenn ich zu Hause kein Herdschutzgitter anbringe, dann laufe ich Gefahr, dass mein Kind sich verbrüht.“
2. der subjektiv wahrgenommene Schweregrad der Verwundbarkeit. Hier handelt es sich um eine **Ergebnis-Folge-Erwartung**.
Z.B.: „Wenn mein Kind auf die heiße Herdplatte fasst, kann es sich dabei schwere Verbrühungen zuziehen.“

Aus der Stressforschung ist bekannt, dass sich aus der Kombination von Verwundbarkeit und dem Schweregrad der Vulnerabilität eine subjektive Bedrohung für den betroffenen Menschen ergibt (vgl. Furian 1998). Diese stellt aus Sicht des HBM eine Motivation zum Gesundheitsverhalten dar.

3. Aus der Abwägung von den Vorteilen und/oder dem Nutzen der Maßnahme ergibt sich eine (subjektive) Kosten-Nutzen-Analyse. Diese Handlungswirksamkeit stellt eine **Handlungs-Ergebnis-Erwartung** dar.
Z.B.: „Wenn ich ein Herdschutzgitter anbringe, vermindert sich die Gefahr, dass sich mein Kind an der heißen Herdplatte verbrennt.“
4. Barrieren; z.B. finanzieller Art, Nebenwirkungen, o.ä.

Eine positive Bilanz der Handlungs-Ergebnis-Erwartung gegen die Barrieren zeigt den Weg auf, den die betroffene Person gehen wird. (vgl. Furian 1998, BZgA 2003a)

Inzwischen wurde das HBM durch folgende Komponenten erweitert (vgl. BZgA 2003a):

- Der **Handlungsanstoß**, der durch interne oder externe Auslöser gegeben werden kann. Dazu zählen z.B. Ereignisse wie Tod oder ein schwerer Unfall im Familienumfeld, ein Medienspot, ein Zeitungsbericht u.a.
- Eine **demographische, sozialpsychologische Differenzierung** nach Alter, Geschlecht, sozialökonomischen Status, u.a.
- Die **Selbstwirksamkeitsüberzeugung**; Einschätzung der eigenen Kompetenz, eine Handlung durchführen zu können.

Die oben beschriebene subjektive Bedrohung, die sich für Eltern durch einen möglichen Unfall ihres Kindes ergibt, ist im Bereich der Kinderunfallprävention nicht zu unterschätzen und hat möglicherweise auf das Präventionsverhalten bezogen auf Kinderunfällen einen größeren Einfluss als bei präventiven Maßnahmen für die Erwachsenengesundheit (z.B. Nichtrauchermaßnahmen oder Gewichtsreduktionskurse), die auf der Grundlage des HBM entwickelt werden. Die Gesundheit der Kinder steht bei Eltern meist an erster Stelle. Bezogen auf ihre eigene Gesundheit haben Erwachsene häufig ein Gefühl der Unverletzlichkeit (Invulnerabilität) (vgl. Woll 2005) oder fühlen sich z.B. durch die Folgen des Rauchens selbst nicht bedroht, („mich trifft das nicht!“), so dass anzunehmen ist, dass die subjektive Bedrohung durch ein gesundheitliches Fehlverhalten geringer ausfallen dürfte, als bei ihren Kindern. Zu berücksichtigen ist, dass die subjektive Bedrohung des Kindes nur dann zu einer Änderung des Verhaltens bei den Eltern führt bzw. führen kann, wenn diese, wie oben aufgeführt, über eine Selbstwirksamkeitsüberzeugung verfügen und ihre Kompetenz so einschätzen, dass sie ihr Kind vor Unfällen schützen können.

4.2 Transtheoretisches Modell der Phasen der Veränderung

Das TTM identifiziert spezifische Phasen, die Menschen bei einer individuellen Verhaltensänderung typischerweise durchlaufen:

1. **Absichtslosigkeit** (precontemplation): Die Person führt das anzustrebende Verhalten überhaupt nicht aus und zieht es auch nicht in Betracht, ihr Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern. Ein Problembewusstsein ist nicht vorhanden. Dies ist die stabilste Phase im TTM.
Z.B.: Das Wohnumfeld wird nicht kindersicher gestaltet. Die Eltern sehen keine Notwendigkeit darin, sich über Maßnahmen der Kinderunfallprävention zu informieren.

2. **Absichtsbildung** (contemplation) / Aufmerksamkeitsbereitschaftsphase: Die Person führt das anzustrebende Verhalten nicht aus, aber es besteht eine mögliche Absicht zur Veränderung. Sie wird offen für Informationen zu diesem Thema. Sie beginnt, ihr Verhalten zu überdenken. Vor- und Nachteile der Veränderungen werden abgewogen; das Gewohnte wird häufiger als positiver bewertet.

Z.B.: Das Wohnumfeld ist immer noch nicht kindersicher gestaltet, aber die Eltern sind offen für Informationen zu diesem Thema und beginnen über eine Umgestaltung nachzudenken.

3. **Vorbereitung** (preparation): Die Person hat die Intention einer Verhaltensänderung in nächster Zukunft. Die Selbstwirksamkeitseinschätzung ist in dieser Phase relativ hoch. In dieser Phase geht es meistens um ein Ausprobieren. Dies ist meistens eine un stabile Phase.

Z.B.: Eltern haben Vorbereitungen getroffen; Informationsmaterialien über technische und erzieherische Maßnahmen zur Kinderunfallprävention liegen vor; jetzt probieren sie aus. Technische Maßnahmen im Bereich Kindersicherheit ohne große Schwierigkeiten umgesetzt. Im erzieherischen Bereich werden die Eltern auch Rückschläge verzeichnen müssen. Das muss nicht heißen, dass umgehend ein Unfall passiert. Das bedeutet, dass das Kind auf die Hinweise von den Eltern reagiert und diese Hinweise entsprechend umsetzt und sich daran hält. Diese Veränderung wird jedoch aufgrund des sich erst langsam entwickelnden Gefahrenbewusstseins nicht sofort einwandfrei funktionieren.

In den Phasen 1 bis 3 sind eher kognitive, affektive und selbstevaluierende Prozesse bedeutsam.

4. **Umsetzung** (action): Das Verhalten wird seit relativ kurzer Zeit regelmäßig ausgeführt. Dies ist in der Regel die schwierigste Phase; die Rückfallgefahr in das alte Verhaltensmuster ist sehr hoch. Es wird geraten, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen.
5. **Stabilisierung** (maintenance): Dies ist die gesundheitsbezogen „ideale“ Phase. Das Verhalten wird stetig ausgeübt und es haben sich neue Verhaltensmuster gebildet. Die Rückfallgefahr ist noch vorhanden, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles ist aber sehr gering. (vgl. BZgA 2003a).

Das TTM stellt ein hilfreiches Modell in der Planung von Gesundheitsausstellungen dar. Es ist anzunehmen, dass die Erreichung einer größeren Zielgruppe möglich ist, wenn die oben genannten Phasen berücksichtigt werden, da Menschen in den verschiedenen

Phasen der Verhaltensänderung in einer Ausstellung erreicht werden können. Eine Ausstellung könnte somit z.B. Menschen erreichen, die sich gerade in der 2. Phase befinden und sich „unverbindlich“ informieren möchten. Es können aber auch Informationen oder Ausstellungsbereiche geschaffen werden, die für Menschen interessant sind, die sich gerade in Phase 3 und 4 befinden. Es ist außerdem anzunehmen, dass sich Menschen durch eine ansprechende Ausstellung in ihrer Verhaltensänderung bestätigt fühlen, ihre Selbstwirksamkeitseinschätzung dadurch gesteigert wird und somit die Rückfallgefahr in das alte Verhalten reduziert wird.

4.3 Ausstellungen in der Gesundheitsförderung

„Eine Ausstellung (auch Exposition) ist eine öffentliche Veranstaltung, bei der Ausstellungsobjekte (Exponate) einem Publikum gezeigt werden.“

(vgl. <http://de.wikipedia.org>).

Man unterscheidet dauerhafte Ausstellungen, die meist in einem Museum stattfinden von Sonderausstellungen. Letztere sind thematisch und zeitlich begrenzt und setzen sich mit einer besonderen und/oder aktuellen Fragestellung auseinander. Zu den Sonderausstellungen gehören auch Wanderausstellungen, zu denen die meisten modernen Gesundheitsausstellungen zählen. Wanderausstellungen sind vielfältig einsetzbar, da durch ihre Flexibilität die Zielgruppe der jeweiligen Ausstellungs-Thematik gut erreicht werden kann. Denn im Gegensatz zu dauerhaften Ausstellungen kommt eine Wanderausstellung zu den Menschen und nicht die Menschen zur Ausstellung.

4.3.1 Kurzer historischer Überblick über Gesundheitsausstellungen

Ausstellungen und Museen sind seit der Gründung von Sozial- und Hygiene-Museen Ende des 19. Jahrhunderts ein traditionelles Medium zur Vermittlung von gesundheitlichem Wissen und dienten schon damals zur Einstellungsbildung bezüglich der eigenen Gesundheit. Ausstellungen zum Thema Gesundheit haben seitdem eine stetige Veränderung durchgemacht: Weg von der Strategie gesundheitlicher Aufklärung durch Abschreckung und Belehrung durch den erhobenen Zeigefinger, hin zur Vermittlung von Eigenverantwortlichkeit im Gesundheitshandeln, der salutogene Ansatz hat den pathogenen Ansatz abgelöst. Gesundheitsförderung, Kommunikation und die besucherorientierte Vermittlung von Fähigkeiten und Einsichten zu Gesundheitsthemen sind in den Mittelpunkt gesundheitlicher Aufklärung und Gesundheitsausstellungen gerückt. Ausstellungen haben heute als Informationsmedium jedoch nicht mehr den Stellenwert wie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. 1911 kamen beispielsweise fünf

Millionen Besucher zur Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden. Solche Besucherzahlen werden heute nicht mehr erreicht, obwohl das Interesse an Gesundheitsthemen heute immer noch groß ist. Zum einen haben Gesundheitsausstellungen aufgrund anderer und neuerer gesundheitlicher Gefährdungen und Ängste in der heutigen Gesellschaft andere thematische Schwerpunkte. Zum anderen entstanden durch Print- und elektronische Medien neue Zugangswege, die es ermöglichen, (Gesundheits-)Informationen in der Bevölkerung zu verbreiten.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bestanden Gesundheitsausstellungen meist aus Statistiken und Graphiken, die aus Volkszählungen o.ä. resultierten. Diese damals neuartige Form der Darstellung weckte das Interesse der Bevölkerung, wurde von einigen Besuchern anfangs jedoch als „Kurvenlandschaft“ oder „herrliche Alpenlandschaft“ disqualifiziert (vgl. Nikolow 2001). Offensichtlich war die Darstellung für die Besucher eine Überforderung, denn mit den dargestellten Statistiken war es für die Bevölkerung erstmals möglich, Gesundheit und Krankheit nicht als individuelles Ereignis, sondern als Gesamtheit/Bevölkerungskollektiv zu erleben. Die Statistiken dienten neben der Verbildlichung von Daten der Meinungsbildung zu Gesundheits- und Krankheitsthemen. Mit den damaligen Ausstellungen wollten die Initiatoren einen Beitrag dazu zu leisten, die praktizierten Gesundheitsregeln zum Allgemeingut zu erheben (vgl. Nikolow 2001).

4.3.2 Gesundheitsausstellungen in der heutigen Zeit

Moderne Gesundheitsausstellungen sollen gesundheitsbezogene Einstellungen und gesundheitsrelevantes Verhalten im Sinne der Gesundheitsförderung positiv beeinflussen. Ziel ist es, Wissen zu erweitern und zu vertiefen und die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen.

Gesundheitsausstellungen stellen im Gegensatz zu Ausstellungen mit dem Schwerpunkt auf Krankheitsverhütung einen breiter angelegten sozialen Aspekt in den Vordergrund. Es werden nicht nur persönliche Verhaltensweisen und Gewohnheiten des Besuchers angesprochen, sondern es wird auch Einfluss auf politische, gesellschaftliche, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren genommen. Die komplexen Wirkungszusammenhänge einer Gesundheitsausstellung erfordern beim Besucher ein Bewusstsein über die Herausforderungen, die mit dem vielschichtigen Thema Gesundheitsförderung und deren Facetten und Wechselwirkungen verknüpft sind. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass sich Wissen, Einstellung und Verhalten jedes einzelnen Besuchers in einem lebenslangen Entwicklungsprozess befinden.

Im Gegensatz zu Ausstellungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben Gesundheitsausstellungen auf der einen Seite durch moderne Medien (z.B. Internet, Fernsehen,

verschiedene Printmedien, u.a.) Konkurrenz bekommen, auf der anderen Seite haben sie dadurch auch mehr Möglichkeiten der Darstellung, da viele Medien miteinander kombiniert werden können und somit die Wirkung einer Ausstellung bei ihren Besuchern vergrößert werden kann. Die modernen Ausstellungen zur Gesundheitsaufklärung spielen in Medienstrategien eine große Rolle, da sie verschiedene Ansätze der Aufklärung miteinander verbinden: Eine Gesundheitsausstellung kann an der Schnittstelle von massenmedialer und personaler Kommunikation angesiedelt werden. Somit ist eine Reaktion auf zwei ausdifferenzierte Besucherverhalten möglich. Zum einen ist neben einem informellen Lernumfeld ein schnelles Wechseln zwischen einem möglichst vielfältigen (Medien-)Angebot möglich, zum anderen kann eine gezielte Beratung des Besuchers durch einen face-to-face-Kontakt ermöglicht werden. Menschen können in Ausstellungen zu Beteiligten werden, so dass Denk- und Handlungsanstöße meist in erster Linie durch eine persönliche Betroffenheit von Seiten des Besuchers entstehen. Zudem gibt es Lebensphasen, wo die Aufnahmebereitschaft besonders groß (z.B. werdende und junge Eltern) und der Wille zur Nutzung von Beratungsangeboten zur Veränderung des persönlichen Verhaltens größer ist als zu anderen Zeitpunkten des Lebens. Akut empfundene Bedrohungen (z.B. für das werdende Kind oder den Säugling) lösen dann am leichtesten eine Handlungsbereitschaft aus.

Durch eine kompetente Ansprache und Beratung von Seiten des Veranstalters kann sich beim Besucher folgende Wirkungskette ergeben:

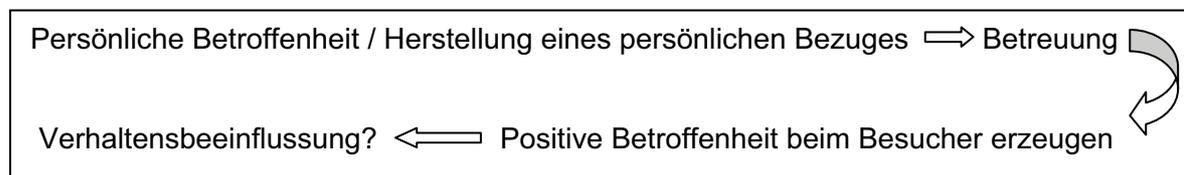


Abbildung 8: Wirkungskette Betroffenheit / Verhaltensbeeinflussung; in Anlehnung an das HBM (eigene Darstellung)

Durch interaktive Angebote in einer (Gesundheits-)Ausstellung hat der Besucher die Möglichkeit, durch eigenes Erleben und Ausprobieren der Ausstellungsobjekte die Thematik der Ausstellung intensiver und direkter zu erleben. Zudem ist eine stärkere Sensibilisierung für die Thematik möglich, da, wie Abbildung 8 darstellt, durch die Herstellung eines persönlichen Bezuges zum Ausstellungs-Thema die Möglichkeit der Verhaltensbeeinflussung vergrößert wird. „Der Schlüssel für die Effektivität der Aufklärung liegt in dem Nutzen, den sie [die Ausstellung] für die Zielperson hat: je stärker sie Neugier und Interesse weckt, je mehr sie unterhält, je größer ihre praktische Relevanz, umso wirkvoller ist sie.“ (Schnocks in Meier 1996, S.3) Der Ausstellungsplaner muss jedoch berücksichtigen, dass er in der Umsetzung der Ausstellung eine Balance zwischen der

Informationsvermittlung und einem reinem „Spaßangebot“ findet, damit das Ziel der Ausstellung nicht aus den Augen verloren wird.

(Gesundheits-)Ausstellungen können ihre Botschaft auf spezifische Weise vermitteln. Verglichen mit anderen Medien und Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung können Gesundheitsausstellungen zusammenfassend folgendes leisten:

- Sie können unterschiedliche Informationskanäle wie Text, Bild, Ton und audiovisuelle Medien einschließen und miteinander verbinden und damit alle Sinne beim Besucher aktivieren.
- Es können Veranschaulichungsobjekte gezeigt werden, die oftmals dreidimensional, gestalterisch und didaktisch aufbereitet und abwechslungsreich durch ihre Verschiedenheit sind.
- Sie können Angebote machen, die Besucher aktiv werden lassen, die ihren Verstand und ihre Gefühle ansprechen.
- Sie können mediale und personale Kommunikationsmöglichkeiten anbieten.
- Sie können dem einzelnen Besucher die Entscheidung über Tempo, Auswahl der Informationen sowie deren Vermittlungsform selbst überlassen.
- Ausstellungen können spezielle Betreuungs- oder Veranstaltungsangebote und Informations-Materialien zum „Mitnehmen“ anbieten.

(vgl. Dauschek 1997)

Wanderausstellungen zu Gesundheitsthemen gehören seit vielen Jahren auch zur Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Nachdem Gesundheitsausstellungen in den 1960er und 70er an Bedeutung verloren, da im Mittelpunkt der bisherigen Konzepte Belehrung und Wissensvermittlung standen, wurden in den 1990er Jahren dialog- und erlebnisorientierte Konzepte für Gesundheitsausstellungen entwickelt, die sich unter anderem durch die Beteiligung und Einbeziehung von Laien auszeichneten. Ziel war es, die Besucher von Gesundheitsausstellungen über mehrere Sinne positiv anzusprechen und in die Ausstellung zu integrieren. Dies sollte vor allem durch interaktive Medien erreicht werden.

Von der BZgA wurden in den 1990er Jahre unter anderem zwei große Wanderausstellungen entwickelt, die mit großem Erfolg durch Deutschland „tourten“. Beide Ausstellungen waren nach dem Prinzip der fliegenden Bauten entwickelt worden. Zum einen war dies die Ausstellung „LiebesLeben“, die im Rahmen der Aids-Aufklärungskampagne „Gib Aids keine Chance“ zum Thema Sexualität und Aids entwickelt und 1994

erstmalig der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Bei dieser Ausstellung stand nicht die Wissensvermittlung im Vordergrund. Sie beinhaltete ein Programm, das zum Dialog ermuntert, Sprachlosigkeit und Kommunikationsbarrieren anspricht und diese Schwierigkeit der Kommunikation selbst zum Thema macht.

Zum anderen war dies die suchtpreventive Wanderausstellung „SehnSucht“, die 1996 erstmalig gezeigt wurde. Auf ca. 4000 Quadratmetern überdachter Ausstellungsfläche, gegliedert in sieben Stationen, wurden insbesondere durch abgestimmte Exponate, Texte und audiovisuelle Medien Informationen zum Thema Sucht und Suchtprevention vermittelt. Hauptziel war es, Kenntnisse der Besucher auf den erweiterten Suchtbegriff zu vertiefen, d.h., das Thema Sucht aus seiner engen, oft auf illegale Drogen bezogene Sichtweise zu lösen und Kenntnisse über suchtauslösende soziale und psychische Mechanismen und attraktive Alternativen zu suchtauslösenden Verhalten darzustellen.

4.3.3 Evaluation von Gesundheitsausstellungen

„Man läuft sicherer, wenn das Ziel des Weges bekannt ist.“ (Munro 1993)

In der Literatur über Gesundheitsausstellungen wird neben der formativen⁵ und der summativen⁶ Evaluation ein Schwerpunkt auf die Front-End Evaluation (FEE) (Vorab-Evaluation) gelegt. Sie bietet die Möglichkeit, bereits während der Planung eines Ausstellungskonzeptes einen Überblick über die Kenntnisse, Vorstellungen und Gefühle potentieller Besucher zu verschaffen und diese in das Ausstellungskonzept zu integrieren. Die FEE hat einen präventiven Charakter, da sie einen konkreten Ausgangspunkt bestimmt, Grenzen der zukünftigen Ausstellung erkennen lässt und die Festlegung eines Kommunikationsniveaus erlaubt. FEE ermöglicht es potentiellen Besuchern, indirekt aber aktiv am Planungsprozess mitzuwirken und nicht nur Informations-Empfänger der Ausstellung zu sein. Zudem können sie sich neben dem konkreten Ausstellungs-Thema auch zu Bedingungen und Gegebenheiten äußern, die sie für ihre eigene Gesundheit als bedeutungsvoll erachten (vgl. Abbildung 9).

⁵ formative Evaluation (auch formative Prozessevaluation): Diese Form der Evaluation umfasst die Planung, Durchführung und Wirkung der einzelnen Elemente einer Maßnahme/eines Programms in ihrem Verlauf (Prozess). Zudem wird durch die Rückkopplung von Zwischenergebnissen zu einer Optimierung beigetragen (vgl. BZgA 2003a).

⁶ summative Evaluation (auch summative Produktevaluation): Diese Form der Evaluation untersucht das Endergebnis einer Maßnahme/eines Programms. Dabei wird der Gesamteffekt aller Teilmaßnahmen bewertet (vgl. BZgA 2003a).

Die FEE zählt aber auch zu den finanziell aufwändigsten Schritten bei der Planung einer (Gesundheits-)Ausstellung. Bei der Wanderausstellung „Verflixte Schönheit“, die von der Forschungsgesellschaft „anstiftung“⁷ entwickelt wurde, fielen für die FEE 16% des gesamten Ausstellungsbudgets an (vgl. Dauschek 1996).

Die FEE verschafft den Ausstellungsplanern ein „bottom-up-Feedback“ von den potentiellen Besuchern der Ausstellung, so dass mit der Nutzung dieser Evaluations-Form bereits eine Integration und Partizipation in den Entwicklungsprozess einer Ausstellung realisiert wird. Die Einbeziehung von „Laien“ in die Ausstellungsplanung kann dabei verschiedene positive Effekte mit sich bringen: „...in the spirit of effective health promotion, the potential audience will make the exhibitions not only more relevant for them personally, but perhaps encourage them to look at health from a new perspective: as a process in which they are *able* to play an active role,...“ (Meier et al 1997, S. 137).

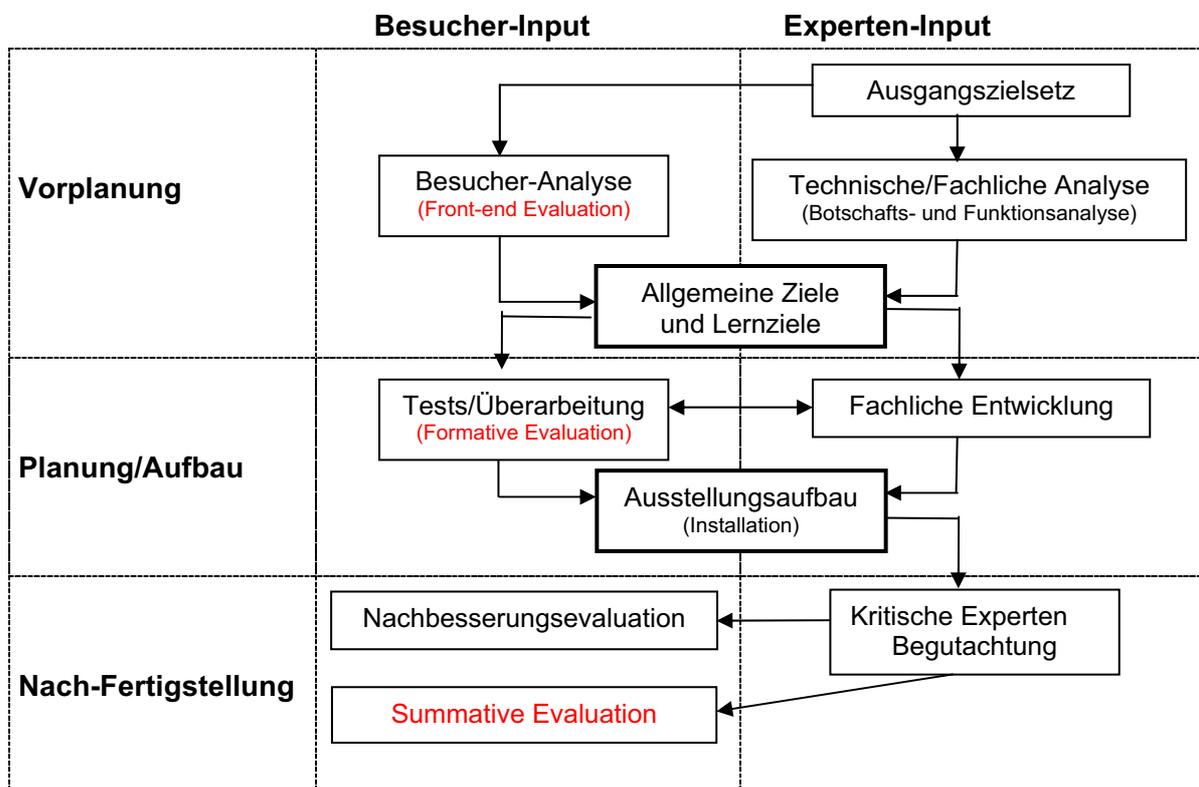


Abbildung 9: Stufen der Ausstellungs-Evaluation (Munro 1993. In: Klein 1993)

Gesundheitsausstellungen sind keine Verkaufsausstellungen, denn es geht nicht um den Aufbau von Geschäftsbeziehungen, sondern um den „Verkauf“ einer Botschaft, die aus

⁷ Die „anstiftung“ ist eine Münchener Forschungsgesellschaft, die 1982 gegründet wurde. Sie wird aus Mitteln der Familienstiftung Mittelsten Scheid finanziert und kooperiert in allen Themenfeldern mit der ebenfalls aus der Familie Mittelsten Scheid finanzierten ERTOMIS Stiftung. Die „anstiftung“ ist keine Förderstiftung, sondern realisiert in der Regel eigene Projekte.

einem Bündel aufeinander bezogener Botschaften, Einsichten, Anregungen und Denkanstößen besteht (vgl. Dauschek 1997). Der Erfolg einer Gesundheitsausstellung kann daher nicht an einer erreichten Besucherzahl oder der Anzahl von Pressemitteilungen gemessen werden. Der Erfolg liegt in der Erreichung von Verstärkungsfaktoren der Ausstellungsziele. „Für die Beurteilung des Erfolges einer Ausstellung ist die Qualität des einzelnen Besuches entscheidender als die Quantität der Besuche.“ (Dauschek 1997, S. 177) Der Nachweis von Wirkungen einer Ausstellung ist daher das wichtigste Anliegen, zugleich aber auch das größte Problem. Bereits bei der Wirkung des kognitiven Wissenszuwachses nach dem Besuch einer Gesundheitsausstellung sind Zuwächse nur schwer zu belegen, da die Wissensvoraussetzungen der Besucher individuell sind. Angaben zum Wissenszuwachs belegen nur sehr begrenzt, ob etwas verstanden oder gemerkt wurde. Es kann lediglich erhoben werden, was vom Besucher real gemerkt und gelernt wurde. Die Nachhaltigkeit von (Gesundheits-)Ausstellungen ist somit schwer nachweisbar. Angaben von Erhebungen sind somit nur ein Indikator für mögliche Wirkungen, nicht jedoch ein Beleg für die Wirkung selbst (vgl. Paatsch 2003). Evaluationen zeigen, dass vor allem Erlebnis und Interaktion erfolgreiche Methoden zur Vermittlung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensmustern sind. Für die Erstellung und Durchführung von Gesundheitsausstellungen gibt es keinen einheitlichen Leitfaden. Jedes gesundheitsförderliche Thema ist spezifisch, so dass die Herangehensweise an eine Ausstellung zu einem entsprechenden Thema immer individuell geplant werden muss. Zudem sind das Zustandekommen, der Verlauf, die Akzeptanz und die Bewertung einer Gesundheitsausstellung u.a. von folgenden Faktoren jedes Besuchers beeinflusst:

- Alter, Geschlecht, Bildung, Sozial- und Berufsstatus;
- Vorwissen, Allgemeinbildung, Informationsbedürfnis, Betroffenheit bzw. persönlicher Bezug zum Ausstellungsthema
- Vorhandene gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen, Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten und zu Veränderungen von Einstellungen und Verhalten
- Kulturelle Interessen und Verhalten
- Individuelle Rahmenbedingungen
- u.a.

(vgl. Dauschek 1997)

4.3.4 Gesundheitsausstellungen als Teil vom Gesundheitsmarketing

Gesundheitskommunikation kommt in der heutigen Zeit eine immer größere Bedeutung zu, da der Mensch (nicht nur in der Rolle des Patienten) stärker „Koproduzent“ und „subjektiver Experte“ der eigenen Gesundheit wird (vgl. Ose 2004). Um dieser Rolle gerecht zu werden, benötigt der Mensch Nutzungskompetenzen und Partizipationsmöglichkeiten, für die die Gesundheitskommunikation eine wichtige Bedeutung darstellt, da sie Vermittler zwischen „Professionals“ und „Nutzern“ ist. Zu beachten ist jedoch, dass ein „top-down-Ansatz“ bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu einem „erhobenen Zeigefinger“ führen kann. Dieser steht einer Verhaltensänderung im Wege. Für eine effektive Gesundheitskommunikation ist es daher wichtig, Kommunikationsmaßnahmen und -inhalte der jeweiligen Maßnahme anzupassen und die Emotionalität des Ausstellungsthemas bereits in der Planung zu berücksichtigen: „Reviewing the statements of the visitors, it appears that their emotional reactions played a role in determining the level to which they were open and receptive to the exhibitions message.“ (Meier et al, S. 129)

Für die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen an ein breites Publikum stehen vielfältige Kommunikationskanäle bzw. Vermittlungswege zur Verfügung. Durch unterschiedliche Medien können je nach Zielgruppenbedürfnissen unterschiedliche Aspekte kommunikativer Botschaften besonders gut hervorgehoben und vermittelt werden. Die verschiedenen Kommunikationskanäle, die bei der TK-Ausstellung Riesenküche angewandt wurden, sind in 5.4 näher dokumentiert.

Vor dem Hintergrund des ständig steigenden Informationsangebotes im Gesundheitsbereich (Internet, Fernsehen, Printmedien) und somit auch zum Thema Kindersicherheit kann es bei Eltern oder anderen betreuenden Erwachsenen zu einem „Information-Overload“ (vgl. Dannenberg 2003) kommen, der dazu führen kann, dass wichtige Informationen nicht oder nur selektiv vom Nutzer wahrgenommen und umgesetzt werden. Dem zielgerechten und effektiven Marketing⁸ kommt daher eine immer größere Bedeutung zu. Bei der angesprochenen Zielgruppe muss durch ein gezieltes Marketing ein Bedürfnis geweckt werden, das durch die beworbene Maßnahme gestillt wird. Das Ziel des Marketings der TK-Ausstellung Riesenküche ist daher, die TK-Versicherten durch das Mailing und andere Bewerbungsformen von dem Medium „Ausstellung“ im Zusammenhang „Kindersicherheit“ zu informieren. Außerdem muss das Interesse bei der Zielgruppe geweckt werden, die TK-Ausstellung Riesenküche zu besuchen, um sich dort

⁸ Marketing im Gesundheitswesen: Marketing wird im Gesundheitsbereich, der sich zunehmend marktwirtschaftlich und kundenorientiert entwickelt, ein immer wichtigeres Führungsinstrument zur Gestaltung und Steuerung der Marktbeziehungen. Es wird im Gesundheits- und Medizinmarketing zwischen dem dienstleistungsorientierten, beziehungsorientierten und dem gesellschaftsorientierten Ansatz unterschieden (vgl. Kreyher 2001).

über das Thema Kindersicherheit umfassend zu informieren bzw. um eine Verhaltens- und/oder Verhältnisänderung im eigenen Wohnbereich zu erzielen.

In der Regel sind multimediale Strategien sinnvoll, damit sich die unterschiedlichen Wirkungspotentiale einzelner Medien ergänzen können. Eine Möglichkeit, um ein Produkt oder eine Maßnahme effektiv zu vermarkten, liegt in der Nutzung des Marketing-Mix, der aus den „4 Ps“ (vgl. Dannenberg 2003) besteht:

Marketing-Mix			
Produkt-Politik	Distributions-Politik	Kontrahierungs-Politik	Kommunikations-Politik
(Produkt)	(Platzierung)	(Preis)	(Promotion)
=	=	=	=
Unfallverhütung	Platzierung in der Primärprävention der TK	kostenloses Maßnahme für TK-Versicherte und Besucher	Durch gezielte Kommunikationsmaßnahmen die Zielgruppe erreichen

Tabelle 2: Marketing-Mix (vgl. Dannenberg 2003) und die „Übersetzung der „4Ps“ auf die TK-Ausstellung Riesenküche (eigene Darstellung)

Ziel des Marketing-Mix ist die optimale Kombination der einzelnen Bereiche. Dabei muss in der Umsetzung auf Wechselwirkungen und Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Instrumenten geachtet werden.

Die **Produkt-Politik** ist ein zentrales Element der Markenpolitik jedes Unternehmens, so auch in der TK. Sie umfasst alle Entscheidungen zur marktgerechten Ausgestaltung der angebotenen (Dienst-)Leistungen im Markt. Bei jedem Produkt/jeder Maßnahme ist die Marke des Unternehmens zu berücksichtigen und zu platzieren, um beim Kunden bzw. Versicherten einen Wiedererkennungswert und als Langzeitwirkung eine Identifikation mit der Marke TK zu erreichen. Die produktpolitischen Ziele stehen im engen Zusammenhang mit den Unternehmens- und Marketingzielen. Sie werden in zwei Gruppen aufgeteilt (vgl. Dannenberg 2003):

1. Ökonomische Ziele: z.B. Gewinn- und Rentabilitätsziele, Wachstums- und Marktstellungsziele. Für die TK bedeutet dies, ihren Versicherten wirtschaftliche Leistungen und Services zur Verfügung zu stellen (z.B. im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung), die ihr gegenüber den Mitbewerbern einen Vorteil verschafft und zugleich die Marke TK stärkt.

2. Psychographische Ziele: Diese Ziele stellen Einstellungen und Images dar. Hier wird die Wirkung der Marke TK im Bewusstsein der Bevölkerung in den Mittelpunkt gerückt.

Die **Distributions-Politik** umfasst bei der Riesenküche die Platzierung der Themen Unfallprävention und Kindersicherheit in den Maßnahmen der Primärprävention der TK.

Im Mittelpunkt der **Kontrahierungs-Politik** steht die Preispolitik eines Produktes/einer Maßnahme. Im Fall der Riesenküche war der Besuch der TK-Ausstellung Riesenküche und die ausgelegten Informationsmaterialien kostenlos.

Die **Kommunikations-Politik/Promotion** umfasst die Entwicklung von zielgruppen-gerechten Kommunikationsmaßnahmen, Medien (Broschüren, Internet, usw.) und Pressearbeit usw. Die Ziele der Kommunikations-Politik leiten sich aus den übergeordneten Unternehmens- und Marketingzeilen ab. Im Rahmen der Riesenküche wurden, wie in Kapitel 5 dargestellt ist, verschiedene Wege der Kommunikation gewählt, um eine möglichst breite Zielgruppe zu erreichen.

Wichtig für die Kommunikations-Politik eines Unternehmens - und so auch von der TK - ist die Entwicklung der Corporate Identity (CI). Dabei geht es um die Festlegung gemeinsamer Unternehmenszwecke, -ziele und Verhaltensgrundsätze, die Entscheidungen und Handlungen Orientierung geben und Akzeptanz nach innen und außen liefern sollen (vgl. Kreyher 2001). Für die Gestaltung von Medien ist u.a. das Corporate Design (CD), also die visuelle Darstellung, von entscheidender Bedeutung, denn nur dann bekommt die Marke TK einen Wiedererkennungswert auf dem Markt.

5 Die Ausstellung Riesenküche

In diesem Kapitel werden die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ (BAG) und die Riesenküche dargestellt. Kooperationen mit fachlich kompetenten Institutionen dienen der Förderung von Netzwerken und sind somit auch für gesetzliche Krankenversicherungen wie der TK von großem Interesse. Zum einen bringen Kooperationen z.B. zusätzliche Fachkompetenz in dem jeweiligen Fachgebiet bzw. Handlungsfeld mit sich, zum anderen wird dadurch eine zusätzliche Platzierung der Marke TK auf dem Markt möglich. Die Arbeit mit kompetenten Kooperationspartnern der TK, wie z.B. im Bereich Kindersicherheit, wird von den Besuchern der Riesenküche befürwortet. Dies zeigt die Auswertung der Rückmeldebögen in Kapitel 6.

5.1 Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit schlossen sich Ende 1997 die Hauptakteure aus dem Bereich der Unfallprävention zur BAG Kindersicherheit zusammen. Damit wurde ein Aktionsbündnis für engagierte Institutionen, Organisationen, Arbeitskreise und Personen gegründet.

„Die BAG etablierte sich als Plattform

- zum Informations- und Erfahrungsaustausch
- zur Kooperation und Abstimmung von Vorhaben
- zur Initiierung und Erprobung von Projekten
- zur Ressourcenbündelung und -beschaffung
- zur Qualitätsverbesserung bei Planung und Durchführung von Maßnahmen“ (BAG 2003a).

Um als freies Kooperationsbündnis eine eigene Rechtsfähigkeit zu bekommen, wurde 2002 die Gründung eines gemeinnützigen Vereins angestoßen. Das Ergebnis war die Gründung des Vereins „Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ am 03. Dezember 2002 in Bonn. Die BAG tritt dafür ein, dass das Thema „Kinderunfälle“ in Deutschland mehr Gewicht erhält, dass die Aufklärung über Präventionsmaßnahmen verstärkt wird und bereits bestehende Aktivitäten und Initiativen bundesweit koordiniert werden können. „Ziele des Vereins:

1. Förderung des öffentlichen Interesses für Probleme und Aufgaben der Unfallverhütung
2. Koordinierung und Vernetzung von Initiativen und Projekten, die sich mit der Verhütung von Unfällen bei Kindern und Jugendlichen befassen

3. Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, Organisationen, Initiativen und Projekten auf nationaler und internationaler Ebene
4. Durchführung von Aktionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Kindersicherheit“ (BAG 2003a)

Durch die genannten fehlenden Steuerungsgremien für den Bereich Kindersicherheit in Deutschland wird damit ein Bedarf bedient, der in deutschen Nachbarländern und im europäischen Ausland schon länger auf der politischen Tagesordnung zu finden ist.

Die BAG besteht aus einem Steuerungsgremium, vier Arbeitsgruppen und den Mitgliedern und Kooperationspartnern. Das Koordinationssekretariat der BAG ist der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. in Bonn angegliedert (vgl. BAG 2001). Die Mitgliedschaft begründet sich in der Unterschrift der „Bonner Erklärung zur Kindersicherheit“⁹ und die damit verbundene Bereitschaft, sich aktiv an der Verwirklichung der Ziele der „Bonner Erklärung“ zu beteiligen.

Die vier Arbeitsgruppen der BAG sind wie folgt aufgeteilt:

- AG 1: „Praktische Maßnahmen zur Unfallverhütung“:
 - in der Familie
 - in der Kindertagesstätte
 - in der Schule
- AG 2: „Strategische Maßnahmen zur Unfallverhütung“:
 - Bildung von regionalen Allianzen
 - „Sichere Gemeinde“
- AG 3: „Epidemiologie, Evaluation und Gesundheitsberichterstattung“
- AG 4: „Produktsicherheit“

(vgl. BAG 2001)

⁹ Die „Bonner Erklärung zur Kindersicherheit“ wurde am 02. Dezember 1997/98 auf Abstimmungstagungen zur Prävention von Kinderunfällen im Heim- und Freizeitbereich beschlossen. „Die Teilnehmer (...) stimmen darin überein, dass die Kooperation und Koordination der Aktivitäten und Maßnahmen sowie ihre möglichst arbeitsteilige Umsetzung/Durchführung wichtige Voraussetzung für eine effektive und langfristige wirksame Prävention von Kinderunfällen im Haushalt ist.“ (www.kindersicherheit.de/html/bonner.html; Zugriff am: 21.06.04)

Die Maßnahmen der BAG finden über verschiedene Zugangswege statt, so dass eine große Zielgruppe erreicht werden kann:

Öffentlichkeits-wirksame Maßnahmen	→	<ul style="list-style-type: none"> • Jährlich stattfindender Kindersicherheitstag; jeweils unter einem aktuellen Motto: <ul style="list-style-type: none"> - 2002: „Ich sehe was, was Du nicht siehst... – Unfallgefahren zu Hause entdecken und beseitigen“ - 2003: „Auf die Plätze. Fertig. Los. Unfälle in der Freizeit vermeiden.“ - 2004: „Kinderunfälle gehen jeden an. Jeden Tag“ - 2005: „Gehüpft wie gesprungen. Bewegung fördern – Unfälle vermeiden“ • Ausstellung Riesenküche
Die BAG im Internet	→	<ul style="list-style-type: none"> • Seit 1999 ist die BAG im Internet unter www.kindersicherheit.de vertreten. Dort findet man die Projekte und Aktivitäten der BAG, Hinweise zur Vorbeugung und Unfällen sowie allgemeine Informationen zum Thema Kindersicherheit. • Seit 2003 gibt es von der BAG in Kooperation mit der BZgA im Internet eine Datenbank, in der Maßnahmen, Aktivitäten und Medien zum Thema „Kinderunfälle“ aufgelistet werden: www.bzga.de/kindersicherheit
Veröffentlichungen und Informationsmedien	→	<ul style="list-style-type: none"> • Printmedien: Broschüren, Flyer, Plakate • Aktionsmappen • Pressearbeit
Kongress- und Konferenzteilnahmen	→	<ul style="list-style-type: none"> • Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin • Pressekonferenzen zu aktuellen Themen • u.a.

Tabelle 3: Maßnahmen der BAG (BAG 2001, BAG 2003, eigene Darstellung)

Die TK ist auf die BAG „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ auf dem Weltgesundheitstag 2003 aufmerksam geworden, der unter dem Motto „Gesunde Umwelt – gesunde Kinder“ in Bonn von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. organisiert wurde. Die BAG hatte im Vorraum der Fachveranstaltungen die Riesenküche aufgebaut und durch einen Fachvortrag zum Thema „Mehr Sicherheit für Kinder – Kinderunfälle vermeiden“ und durch verschiedene Printmedien auf sich und das Thema Kindersicherheit aufmerksam gemacht. Durch ein erstes Gespräch mit der Geschäftsführerin Frau Martina Abel auf dem Weltgesundheitstag entstand die Idee einer Kooperation.

Am 11. November 2003 fand das erste „Kick-off-Treffen“ bei der BAG in Bonn statt. Bei diesem Treffen wurden erste Ideen und Vorstellungen der Kooperation besprochen, die sich später im Kooperationsvertrag wieder finden. Das Interesse an einer Kooperation

bestand von beiden Seiten, so dass der Grundstein für eine Zusammenarbeit gelegt wurde:

Interesse der BAG an einer Kooperation mit der TK	Interesse der TK an einer Kooperation mit der BAG
<ul style="list-style-type: none"> • Lobby-Arbeit für die Sicherheit für Kinder • Die Zusammenarbeit mit einer der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland fördert den Bekanntheitsgrad der BAG • Die Ausstellung Riesenküche einem größeren Publikum eröffnen • Veröffentlichung und Verbreitung der Informationsmedien der BAG 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Thema Kindersicherheit und Unfallverhütung im Setting Familie platzieren und dadurch den Setting-Gedanken in der Primärprävention stärken • Zusammenarbeit mit einer kompetenten, bundesweit tätigen Institution zum Thema Kindersicherheit und Unfallverhütung im Rahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V • Die Ausstellung Riesenküche als neuen Zugangsweg für die Primärprävention nutzen/testen

Tabelle 4: Interessen der Kooperation zwischen BAG und TK (eigene Darstellung)

5.2 Die Riesenküche

Hintergrund für die Entwicklung der Riesenküche war die Tatsache, dass Unfälle im Haushalt als Gefahr für die Kindersicherheit im öffentlichen Bewusstsein noch immer wenig präsent sind. Wie in 2.1. dargestellt, wird dies unter anderem dadurch deutlich, dass es bisher von Seiten des Gesetzgebers keinen gesetzlichen Rahmen für die Unfallverhütung und Dokumentation von Unfällen im Bereich Heim und Freizeit gibt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ (BAG) hat daher, mit Unterstützung von mehreren Kooperationspartnern, wie z.B. Johnson & Johnson, die Riesenküche geplant und gebaut und hat damit ein öffentlichkeitswirksames und interessantes Medium geschaffen, um auf sich und das Thema Kindersicherheit aufmerksam zu machen.

Die Riesenküche ist das Modell einer „normalen“ Küchenzeile: Schränke, Schubläden, eine Spüle und ein Herd mit Ofen. Zusätzlich gibt es einen großen Trip-Trap-Stuhl und einen Tisch mit zwei Stühlen. Darüber hinaus sind einige Details, wie ein Kochtopf, eine Pfanne, Gemüsedosen und Kochlöffel in dem jeweiligen Größenverhältnis vorhanden. Erwachsene erleben die Küchenwelt hier aus Sicht eines etwa 2-Jährigen Kindes: Schranktüren wirken so groß wie Wohnungstüren, Schubläden wirken überdimensional groß und das Ofenfenster ist direkt auf Augenhöhe. Außerdem sind die Herdplatten und die Spüle nur durch Ertasten zu entdecken, da die Arbeitsplatte erst auf einer Höhe von 1,75 m beginnt.

Die Riesenküche demonstriert u.a. folgende Unfallgefahren:

- für Kinder unsichtbare heiße Herdplatten,
- überstehende Pfannenstiele, Töpfe auf den vorderen Herdplatten,
- Reinigungsmittel, die leicht zugänglich in Schränken aufbewahrt werden,
- Verletzungsgefahren an Schubladen (Quetschungen) und durch darin aufgehobene Messer sowie spitze und scharfe Gegenstände,
- drohende Stürze aus der Höhe (vom Stuhl, der Arbeitsplatte usw.)



Abbildungen 10 und 11: Bilder der Riesenküche (www.kindersicherheit.de)

Neben dem Einsatz von Schutzvorkehrungen (vgl. Engineering) liegt das größte Präventionspotential in der Fähigkeit von Erwachsenen, Gefahren zu entdecken und zu beseitigen. Daher kommt der Sensibilisierung für Unfallgefahren durch Aufklärung und Beratung eine entscheidende Rolle zu. Die Riesenküche vermittelt Erwachsenen einen Blick in die kindliche Sichtweise. Sie sollen auf diese Weise die Küchenwelt mit Kinderaugen begreifen und erleben. Sie stellen dabei fest, wie interessant und riesig eine Küche für Kinder ist, aber auch, wie gefährlich sie sein kann. So können Unfallgefahren wahrgenommen und vermieden werden.

Auf dem Kindersicherheitstag 2002 wurde die Riesenküche von der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Charité Berlin zum ersten Mal eröffnet. Die Riesenküche tourt seitdem durch Deutschland. Sie steht interessierten Einrichtungen, wie z.B. Gesundheitsämtern, Volkshochschulen, Krankenhäusern, sowie Unternehmen für ihre Kindersicherheits-Aktionen zur Verfügung.



Abbildung 12: Ulla Schmidt auf dem Weltgesundheitstag 2003 in Bonn (www.kindersicherheit.de)

Während der Ausstellung wird den Besuchern parallel zum „Erlebnis Riesenküche“ eine große Anzahl von Informationsmedien zur Verfügung gestellt, so dass auch der Bereich Education (Wissensvermittlung) mit der Ausstellung erreicht werden kann. Im Rahmen der TK-Riesenküche umfassten die Informationsmedien folgenden Umfang:

- Broschüren: „Vorsicht, jetzt komm ich“ von der TK (Autorin: Dr. med. Stefanie Märzheuser, Präsidentin der BAG), „Erste-Hilfe-Tipps“ von der BAG
- TK-Kindernotfallausweis, auf dem wichtige Daten des Kindes eingetragen werden können
- TK-Kindersicherheits-Leporello: Eine 1:1-Messlatte, auf der Unfallgefahren in Bezug zur Größe des Kindes dargestellt sind
- Verschiedene Materialien, die als Kopien zur Verfügung gestellt wurden; z.B. über die Entwicklung des Gefahrenbewusstseins der Kinder, Unfallgefahren und deren Präventionsmöglichkeiten im Bereich Heim und Freizeit u.a.

Der Versand dieser Informationsmaterialien wurde während der Kooperation zwischen der BAG und der TK zentral über das Lager der TK-Hauptverwaltung (TK-HV) organisiert.

5.3 Ablauf und Organisation der Ausstellung in der TK

Nach dem „Kick-off-Treffen wurden folgende Meilensteine für das Projekt „Riesenküche in der TK“ festgelegt:

Termin	Meilenstein
Dezember 2003	Vertragsabschluss zwischen der BAG und der TK
Dezember 2003	Infrastruktur der Ausstellung in der TK planen
Januar 2004	TK-Printmedium (Meßlatte/Leporello und Broschüre) ist abgestimmt und geht in die Produktion
Januar 2004	Ausstellungstermine sind mit den TK-PräventionsberaterInnen in den einzelnen Geschäftsstellen abgestimmt und der BAG mitgeteilt. Versicherung für die Wanderausstellung ist organisiert
Februar 2004	Begleitmedien für die Ausstellung sind fertig (Broschüre, Leporello, Plakate, Flyer, Informationsmaterialien, Fragebogen, Fachvortrag, Pressetexte, Internet)
Mitte Februar 2004	Das erste Mailing wird zentral von der TK-HV an TK-Versicherte versendet.
3. März 2004	Eröffnung der Ausstellung „Riesenküche“ der TK-HV in Hamburg
März bis Oktober 2004	Riesenküche tourt durch die TK-Geschäftsstellen

Tabelle 5: Meilensteine der Ausstellung Riesenküche (eigene Darstellung)

Voraussetzung für die Umsetzung der Wanderausstellung Riesenküche in den TK-Geschäftsstellen oder anderen geeigneten Räumlichkeiten in den Regionen war die Mitarbeit und Einbeziehung der TK-PräventionsberaterInnen. Kapazität und/oder Interesse, sich an der Ausstellung zu beteiligen, sie vor Ort zu organisieren und zu begleiten, wurde daher im Vorwege (ab November 2003) per E-Mail abgefragt. Die dadurch entstandene Ballung der Ausstellungsstandorte in der Region Kassel/Duisburg/Dortmund ist aufgrund der hohen Dichte von TK-Versicherten sinnvoll. Die Primärprävention war 2003 bis Mitte 2004 in der TK noch über die einzelnen TK-Geschäftsstellen organisiert (heute ist die allgemeine Gesundheitsförderung/Primärprävention in der TK-Hauptverwaltung (TK-HV) dem Bereich Gesundheitsmanagement angegliedert), so dass die Organisation auch mit den Geschäfts- bzw. Dienststellenleitern/-innen abgestimmt wurde.

Vorgesehen war, dass die Riesenküche, inklusive Auf- und Abbau, immer 14 Tage an einem Standort verbleibt; jeweils von Mittwoch bis Mittwoch, damit der Transport und Aufbau direkt und nicht über das Wochenende von einer externen Firma durchgeführt werden konnte. In der Planung wurden, wenn es der Zeitplan der Ausstellungsstandorte zuließ, möglichst kurze Entfernungen zwischen den Standorten berücksichtigt. Da die TK-Geschäftsstellen am Wochenende nicht geöffnet haben, ergaben sich so meist zehn Ausstellungstage pro Standort. Der erste Ausstellungstag war an den meisten Standorten

am Donnerstag, der letzte Ausstellungstag entweder am Montag oder Dienstag. In einigen Regionen wurden Sonderregelungen getroffen: Einige TK-PräventionsberaterInnen suchten sich geeignete Räumlichkeiten außerhalb der TK (z.B. in Einkaufszentren; dann auch mit der Möglichkeit, die Riesenküche auch am Samstag den Besuchern zeigen zu können), zum Teil wurde der Termin in einer Region auf zwei Standorte aufgeteilt, damit mehr TK-Versicherte die Möglichkeit hatten, sich die Riesenküche anzuschauen.

Es ergab sich folgender Terminplan:

Termin	Stadt	Ort
03.03. bis 12.03.2004	Hamburg	TK-Hauptverwaltung
18.03. bis 30.03.2004	Stuttgart	TK-Geschäftsstelle
01.04. bis 14.04.2004	Freiburg	Volksbank
19.04, 22.04. und 26.04.2004	Fulda	TK-Geschäftsstelle
03.05. bis 10.05.2004	Kassel	Einkaufspassage
14.05. bis 25.05.2004	Duisburg	TK-Geschäftsstelle
27.05. bis 04.06.2004	Dortmund	TK-Geschäftsstelle
10.06. bis 19.06.2004	Kiel	Einkaufszentrum
24.06. bis 29.06.2004	Bremen	TK-Geschäftsstelle
01.07. bis 07.07.2004	Oldenburg	TK-Geschäftsstelle
08.07. bis 20.07.2004	Münster	TK-Geschäftsstelle
Sommerpause		
19.08. bis 30.08.2004	Osnabrück	TK-Geschäftsstelle
02.09. bis 13.09.2004	Aachen	Stadtverwaltung
16.09. bis 28.09.2004	Erfurt	TK-Geschäftsstelle
30.09. bis 11.10.2004	Braunschweig	TK-Geschäftsstelle
14.10. bis 19.10.2004	Neubrandenburg	Marktplatzcenter
21.10. bis 26.10.2004	Rostock	Einkaufszentrum/Sparkasse

Tabelle 6: Terminplan der Riesenküche (eigene Darstellung)

Am 3. März 2004 wurde die Riesenküche in der TK-HV in Hamburg eröffnet. Frau Abel und Frau Dr. Märzheuser von der BAG, haben die Ausstellung zusammen mit Nicole Knaack eröffnet. Zudem gab es ein Pressegespräch mit verschiedenen Journalisten und Fernseh-Teams, z.B. von RTL und NDR.

Die Betreuung der Riesenküche wurde an den Standorten meist von studentischen Hilfskräften durchgeführt. Anfangs war nur eine sporadische Betreuung durch die TK-PräventionsberaterInnen geplant, beim Ausstellungs-Auftakt in Hamburg wurde jedoch schnell deutlich, dass eine durchgehende Betreuung der Besucher notwendig ist, um direkt auf Fragen der Ausstellungsbesucher eingehen zu können. Die studentischen Hilfskräfte wurden im Vorwege ausführlich über die Riesenküche und das Thema Kindersicherheit informiert. Die TK-PräventionsberaterInnen erhielten vor dem Ausstellungsbeginn eine Mappe mit Informationsmaterial, um sich ebenfalls über das Thema Kindersicherheit zu informieren.

5.4 Bewerbung der Ausstellung Riesenküche

Wie in bereits in 4.3.4 dargestellt, ist die Bewerbung und die Kommunikationsstrategie für eine gesundheitsförderliche Maßnahme maßgeblich für deren Erfolg. Im Folgenden wird daher genauer auf die von der TK durchgeführten Maßnahmen eingegangen.

5.4.1 Direct Mailing

Direct Mailings, also die individualisierte Ansprache einer Zielperson per E-Mail oder Post, werden im Marketing zum einen genutzt, um Neukunden zu gewinnen, zum anderen dienen sie jedoch hauptsächlich dazu, bestehende Kundenkanäle zu verbessern und die Bindung zu erhöhen (vgl. Meffert 1998). Um Versicherte über zielgruppenspezifische Angebote zu informieren, werden in der TK postalische Mailings durchgeführt, die die entsprechenden Informationen für den Versicherten enthalten. Grundlage für ein Mailing ist eine Datenselektion, in der die Zielgruppe selektiert wird und Postleitzahlregionen festgelegt werden, in denen die Zielgruppe angeschrieben werden soll. Für das Mailing Riesenküche haben die TK-PräventionsberaterInnen die Postleitzahlen vorgegeben, die Datenselektion wurde von der Fachabteilung in der TK-HV durchgeführt. Zielgruppe waren TK-Versicherte mit Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren in den entsprechenden Postleitzahlregionen. Daraus ergab sich eine Gesamtsumme von knapp 95.000 Versicherten. Das Mailing bestand aus einem Anschreiben, das für jeden Standort individuell mit Daten und Öffnungszeiten und ggf. dem Hinweis auf einen Fachvortrag angefertigt wurde. Der Anhang des Mailings bestand aus einem Rückmeldebogen, der als Planungshilfe für die Organisatoren vor Ort diente und einem Flyer (s. Anlage xy). Dieser informiert über die Ausstellung, gibt einen kurzen Hinweis auf Unfallgefahren im Wohnbereich und stellt den Kooperationspartner BAG vor. Des Weiteren wurden auf zwei Flyer-Seiten die Termine der einzelnen Standorte dargestellt. Da einige Termine zu Beginn des Druckes noch nicht definitiv feststanden, wurde entschieden, den Flyer in drei Auflagen mit den jeweiligen Aktualisierungen zu drucken. Daraus ergaben sich drei Produktions-Blöcke:

1. Hamburg, Stuttgart und Freiburg = 33.000 Flyer
2. Duisburg, Dortmund, Kiel, Bremen, Oldenburg und Münster = 36.000 Flyer
3. Osnabrück, Aachen, Erfurt, Braunschweig, Neubrandenburg, Rostock = 25.900 Flyer

Jedes Mailing wurde etwa 10 Tage vor Ausstellungsbeginn zentral von der TK-HV an die TK-Versicherten versandt. Die genaue Anzahl der Mailings pro Standort zeigt die folgende Tabelle:

Stadt	Anzahl der Mailings
Hamburg	16.370
Stuttgart	8.846
Freiburg	4.029
Fulda	Eigenbewerbung vor Ort
Kassel	4.239
Duisburg	461
Dortmund	5.871
Kiel	8.120
Bremen und Oldenburg	8.038
Münster	2.723
Osnabrück	4.378
Aachen	803
Erfurt	3.687
Braunschweig	5.086
Neubrandenburg	1.724

Tabelle 7: Anzahl der Mailings pro Standort (TK-Erhebung)

5.4.2 Presse und Internet

Die Pressearbeit ist in der TK zum einen über die TK-HV organisiert sowie über regionale Pressestellen in den TK-Geschäftsstellen und/oder Landesvertretungen. Pressemitteilungen haben den Vorteil, dass auch nicht TK-Versicherte und andere Interessierte (z.B. MitarbeiterInnen in Kindergärten, Kinderärzte, u.a.) auf die Riesenküche aufmerksam gemacht werden konnten. Die Presse beschäftigte sich in ihren Veröffentlichungen, die über die reine Terminankündigung hinausging, schwerpunktmäßig mit der Zielsetzung der Ausstellung, wobei vorrangig die Besonderheit der Größe der Riesenküche und das Thema Kindersicherheit im Mittelpunkt stand. Die Pressemitteilungen wurden in der TK-HV erstellt und dann den regionalen Pressestellen der TK zur Verfügung gestellt.

Die Riesenküche erreichte im Jahr 2004 einen Platz unter den Top 10 der TK-Veröffentlichungen, was als ein deutlicher Erfolg für GM verzeichnet werden kann. Die Anzahl der veröffentlichten Abdrucke lag bei 253. Das ergibt eine Gesamtauflage von ca. 9,42 mio.

Im Internet wurde unter www.tk-online.de eine Seite mit Informationen über die Ausstellung Riesenküche erstellt. Dort waren die Ausstellungs-Termine im aktuellsten Stand zu finden; hier konnte auch kurzfristig auf Änderungen eingegangen werden. Diese Seite wurde mit anderen, bereits bestehenden TK-Seiten zum Thema Kinderunfälle und Kindersicherheit verlinkt. Zudem war für eine Woche ein Teaser auf der ersten Seite des Internetauftrittes der TK zu finden, damit die Besucher der Internetseite auf die Riesenküche aufmerksam gemacht werden.

6 Auswertung der Rückmeldebögen zur TK-Ausstellung Riesenküche

An allen Ausstellungsstandorten der TK-Riesenküche wurde neben den Informationsmaterialien ein Rückmeldebogen ausgelegt. Dieser hatte das Ziel zu untersuchen, ob zum einen das Thema Kindersicherheit bei TK-Versicherten von Interesse ist, zum anderen, ob sich der Zugangsweg „Ausstellung“ für die Primärprävention nach §20 SGB V für eine GKV eignet.

Zusätzlich wurde die Anzahl der Ausstellungs-Besucher gezählt, wodurch sich eine Gesamtzahl von 8913 Besuchern ergab. Dies lag deutlich über der angenommenen Zielgröße von 5600 Besuchern. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass an einigen Standorten auch die Kinder der erwachsenen Besucher mitgezählt wurden. Es ist anzunehmen, dass die Besucherzahl an einigen Standorten sogar noch höher lag, da die Zählung händisch und parallel zu den Beratungen der Besucher durchgeführt wurde. Die höchsten Besucherzahlen wurden in Kiel (n=2258) und Neubrandenburg (n=1502) erreicht. Dies resultierte durch den Standort der Riesenküche. Die Laufkundschaft der Einkaufszentren, in denen die Riesenküche aufgebaut war, führte zu einem höheren Impact¹⁰. Dieses Beispiel zeigt, dass bei entsprechender Platzierung eine größere Zielgruppe erreicht werden kann als durch ein Mailing.

Abbildung 13 zeigt die Verteilung der Besucherzahlen der einzelnen Standorte:

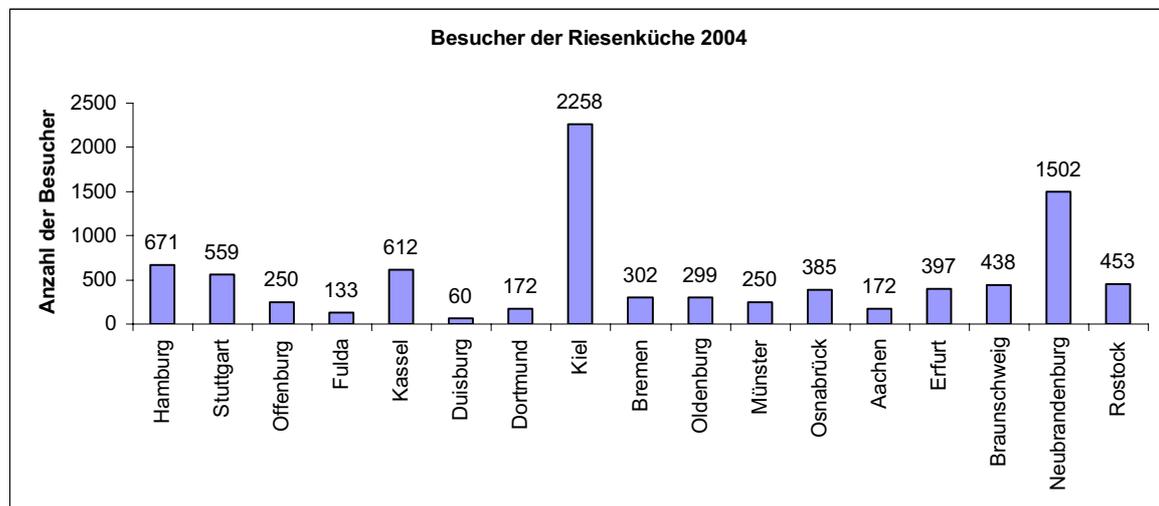


Abbildung 13: Besucher der Riesenküche (TK-Erhebung)

¹⁰ Der Impact ist das entscheidende Kriterium für den Erfolg einer präventiven Maßnahme. Es ist das Produkt aus der Rekrutierungsrate (Teilnehmer in % von n) und der Effektivitätsrate (Quote der Teilnehmer mit tatsächlich verändertem Verhalten) (vgl. Knaack 2005).

Die folgende Tabelle stellt die Zielzahlen und die realen Besucherzahlen noch einmal gegenüber:

Standort	Zielzahlen	Reale Besucherzahlen
Hamburg	500	671
Stuttgart	500	559
Freiburg	200	250
Fulda	100	133
Kassel	250	612
Duisburg	100	60
Dortmund	150	172
Kiel	1000	2258
Bremen	250	302
Oldenburg	250	299
Münster	250	250
Osnabrück	250	385
Aachen	250	172
Erfurt	350	397
Braunschweig	250	438
Neubrandenburg	750	1502
Rostock	250	453
Gesamt	6150	8913

Tabelle 8: Zielzahlen und reale Besucherzahlen an den Standorten der Riesenküche (TK-Erhebung)

Eine genaue Response-Quote in Bezug auf die versandten Mailings kann nicht berechnet werden, da die Besucher nicht nur aufgrund des Mailings die Riesenküche besuchten, sondern auch durch Pressemitteilungen o.ä. auf die Riesenküche aufmerksam wurden.

6.1 Das Befragungsinstrument

Die Datenerhebung fand im Rahmen der TK-Ausstellung Riesenküche statt. Zum Einsatz kam ein standardisierter vorwiegend quantitativer Rückmeldebogen (s. Anlage xy), der aus zwei Teilen bestand. Der erste Teil beinhaltete neun Fragenkomplexe, die zum Teil in Unterfragestellungen unterteilt wurden. So ergaben sich insgesamt 24 Antwortmöglichkeiten. Der zweite Teil beinhaltete Fragen zur Person und war in sechs Fragen unterteilt.

Die Teilnahme an der Befragung war anonym und freiwillig. Der Rückmeldebogen lag zusammen mit den Informationsmaterialien auf einem Tisch und konnte sich dort von den Besuchern genommen und vor Ort ausgefüllt werden. Es war zu beobachten, dass sich für einige Besucher ein „unruhiges“ Ausfüllen des Rückmeldebogens ergab, da viele Besucher mit ihren Kindern zur Ausstellung kamen und diese auch während des Ausfüllens beaufsichtigt werden mussten. Es ist anzunehmen, dass durch diese

Schwierigkeit viele fehlende Werte in den Rückmeldebögen entstanden, die durch die Gewährleistung einer ruhigeren Umgebung nicht entstanden wären.

Die elektronische Datenerfassung und deskriptive Auswertung erfolgte mit SPSS und Microsoft Excel. Die qualitativen Interviewaussagen werden aus Gründen der besseren Übersicht in Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Der Übersicht halber werden im Folgenden ausschließlich die maskulinen Formen, z.B. „Besucher“ verwendet. Dieser Ausdruck beinhaltet z.B. sowohl die Besucher als auch die Besucherinnen der Riesenküche.

6.2 Die Ergebnisse im Einzelnen

Im Folgenden werden die einzelnen Fragen weitgehend in der durch den Rückmeldebogen vorgegebenen Reihenfolge ausgewertet. Insgesamt wurden 492 Rückmeldebögen ausgefüllt. Als Kriterium für die Auswertung wurde festgelegt, dass Rückmeldebögen nicht berücksichtigt werden, wenn mehr als 80% der Fragen (mehr als 80% = mehr als sechs fehlende Antworten) oder die Fragen zu Alter und Geschlecht nicht beantwortet wurden oder wenn das Alter der Befragten unter 16 Jahren lag. Des Weiteren konnten sechs Fragebögen in der Auswertung nicht berücksichtigt werden, weil sie vor Ort individuell verändert wurden. Insgesamt konnten somit 415 Rückmeldebögen ausgewertet werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die Fragen 07 und 08 bei diesen Kriterien nicht berücksichtigt werden, da der Vortrag nur an einigen Standorten angeboten werden konnte. In der Auswertung werden diese Fragen daher gesondert betrachtet.

Zusätzlich zur deskriptiven Auswertung werden verschiedene bivariate Zusammenhänge untersucht, die für die Fragestellungen für den Rückmeldebogen interessant sind. Anschließend werden die Ergebnisse interpretiert sowie Handlungsempfehlungen gegeben.

51,8% (n=115) der befragten Besucher waren zwischen 31 und 40 Jahren. Dies entspricht der Hauptzielgruppe, die die TK mit ihren Maßnahmen erreichen möchte und die ebenfalls als Hauptzielgruppe für die TK-Ausstellung Riesenküche in der Planungsphase definiert war. Wie in der Planung bereits vermutet wurde, war die Mehrzahl der Besucher weiblich. Sie stellten mit 77,3% (n=321) mehr als ein Drittel der Besucher dar. 22,7% (n=94) der Besucher waren männlich und meistens zwischen 31 bis 40 Jahre alt.

Der Großteil der Befragten war deutscher Nationalität (96,1%). Die genannten Berufe waren vielfältig und ließen sich nicht in jedem Fall eindeutig einer der zwei Cluster (Akademiker/Nicht-Akademiker) zuordnen. Zum einen war nicht immer klar, ob es sich bei dem angegebenen Beruf um den gelernten Beruf (z.B. „Architektin“) oder den momentan oder zuletzt ausgeführten Beruf (z.B. „Hausfrau“) handelt, zum anderen existierten viele sehr allgemeine Tätigkeitsbeschreibungen, die nur schwer zuzuordnen waren (z.B. „Dozentin“, „Beamte“ oder „Angestellte“). In der Gruppe der Befragten betrug der Akademikeranteil 33,7% (n=140), der der Nicht-Akademiker lag bei 49,9% (n=207). 12,8% wurden der Gruppe „Sonstige“ zugeordnet. 15 Befragte machten keine Angaben zum Beruf.

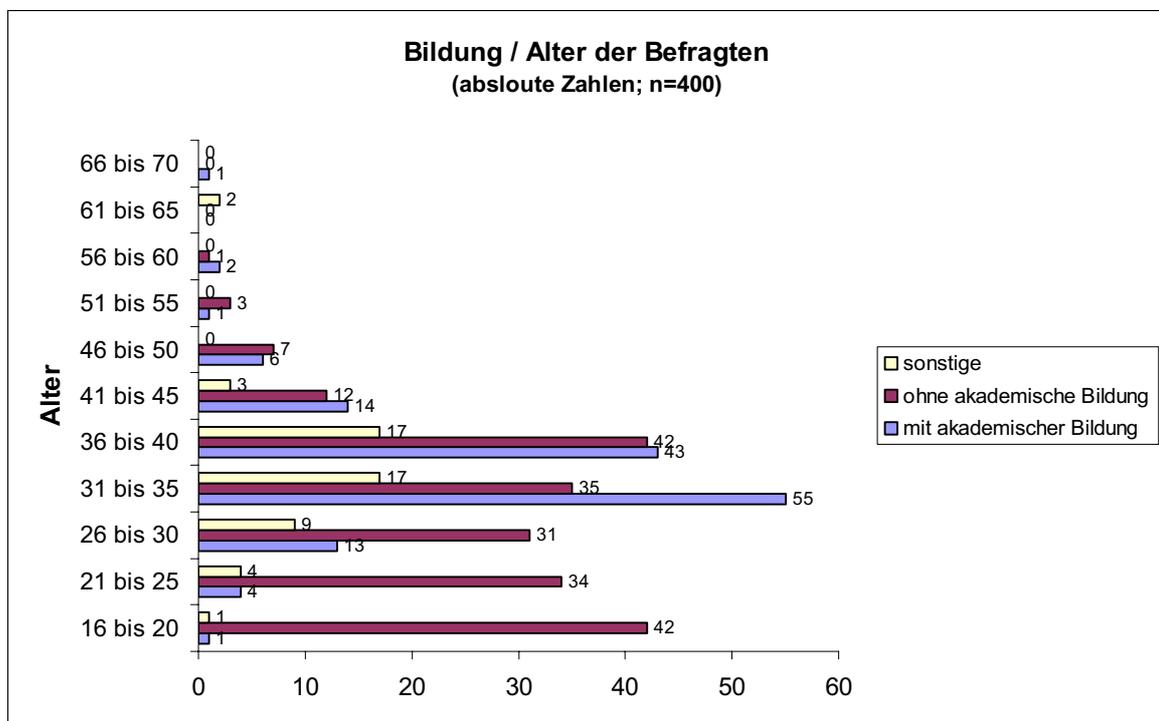


Abbildung 14: Bildung / Alter der Besucher (TK-Erhebung)

Abbildung 14 macht deutlich, dass in der Hauptzielgruppe der 31- bis 40-Jährigen eine akademische Bildung deutlich häufiger als in den anderen Altersgruppen vertreten ist. Besucher im Alter zwischen 16 und 30 Jahren gaben häufig an, gerade in der Ausbildung zur Kinderpflege, Kindergärtner oder Erzieher zu sein. Dieser (Ausbildungs-)Berufszweig ist neben der beschriebenen Hauptzielgruppe eine zweite wichtige Zielgruppe im Zusammenhang Kinderunfallprävention, die mit der TK-Ausstellung Riesenküche erreicht werden sollte.

Abbildung 15 zeigt, dass 75,7% der Befragten Eltern waren. Dies lag daran, da mit dem Mailing nur Eltern angeschrieben wurden. Eine eindeutige Zuordnung war für einige Befragte jedoch nicht in jedem Fall möglich, da sie z.B. sowohl im beruflichen, als auch im privaten Umfeld mit Kindern zu tun haben. Bei „andere“ waren folgende Angaben am meisten vertreten:

- Beruflich
- Bekannte/Verwandte

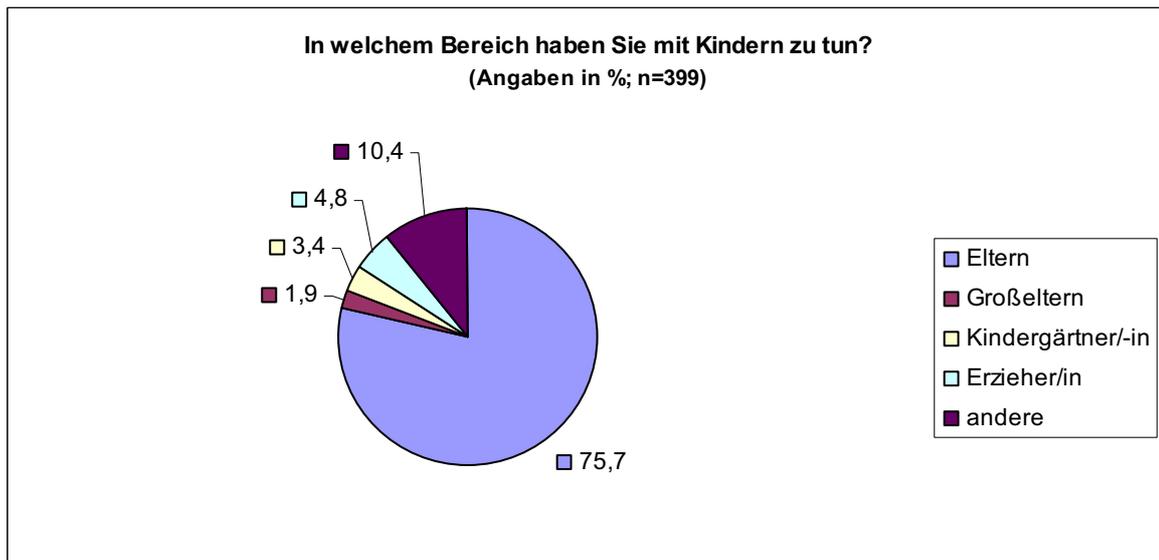


Abbildung 15: In welchem Bereich haben Sie mit Kindern zu tun? (TK-Erhebung)

Tabelle 9 zeigt, dass in mehr als der Hälfte der befragten Haushalte (50,6%) ein Kind lebte, in 15,9% zwei Kinder und in 3,9% drei Kinder. 21,4% der Befragten gaben an in einem Haushalt ohne Kinder zu leben.

Anzahl der Kinder im Haushalt	Angaben in %	Häufigkeit
keine Kinder	21,4	89
1 Kind	50,6	210
2 Kinder	15,9	66
3 Kinder	3,9	16
4 Kinder	1,0	4
5 Kinder	0,2	1

Tabelle 9: Anzahl der Kinder im Haushalt (n=386) (TK-Erhebung)

Abbildung 16 zeigt die genaue Verteilung zwischen der Anzahl der Kinder im Haushalt und dem Alter der Befragten. Die Haushalte mit nur einem Kind sind in den Altersgruppen

von 26 bis 45 Jahre am häufigsten vertreten. Die Haushalte ohne Kinder waren, wie zu vermuten, in der Altersgruppe zwischen 16 und 25 Jahren am stärksten vertreten.

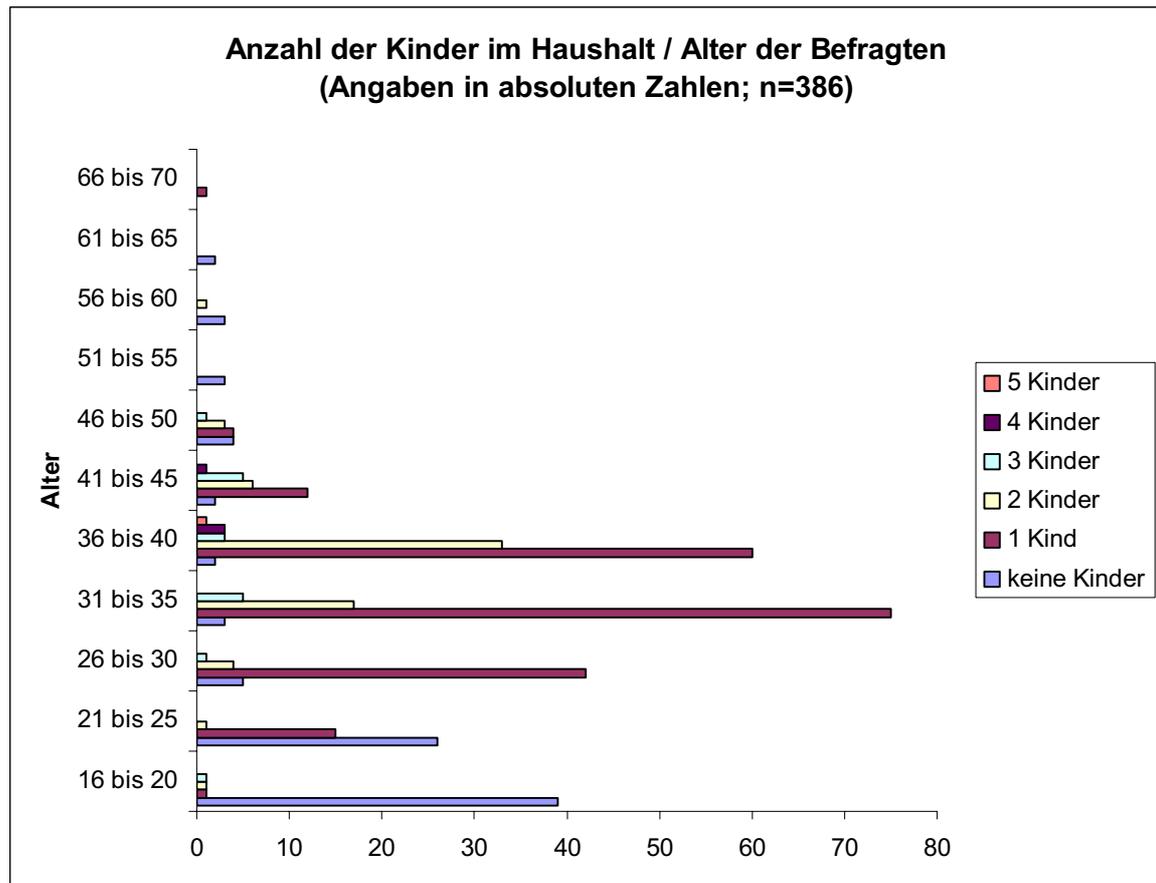


Abbildung 16: Anzahl der Kinder / Alter der Befragten (TK-Erhebung)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die befragten Besucher grob in zwei Hauptgruppen geteilt werden könnten: Besucher im Alter zwischen 26 und 40 Jahren, die mit einem oder zwei Kindern im Haushalt leben und Besuchern im Alter zwischen 16 und 25 Jahren ohne Kinder im Haushalt.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragen des Rückmeldebogens in der entsprechenden Reihenfolge dargestellt und ausgewertet.

Frage 1:

01. Wie gefällt Ihnen die Ausstellung Riesenküche?
- sehr gut
 - gut
 - weniger gut
 - gar nicht

Abbildung 17 ist zu entnehmen, dass die Riesenküche über 90% der Befragten entweder „sehr gut“ oder „gut“ gefiel. Lediglich 4,8% gefiel die Riesenküche „weniger“ gut und nur 1,2% der Befragten gefiel die Riesenküche „gar nicht“. Bei der Auswertung eines freiwillig ausgefüllten Rückmeldebogens, den sich die Ausstellungs-Besucher selbst vom Informations-Tisch nehmen konnten, ist zu berücksichtigen, dass die Möglichkeit besteht, dass gerade diejenigen einen Bogen ausfüllen, die sehr begeistert oder gar nicht begeistert waren. Dieses Phänomen kann für die Auswertung der Rückmeldebögen der Riesenküche, wenn überhaupt, nur bei der Rückmeldung des „sehr“ Gefallens genannt werden. Die Befragten, die angaben, dass ihnen die Riesenküche „weniger gut“ gefiel, gaben an, dass es zu wenig Details gab bzw., dass sie mehr von der Ausstellung erwartet hatten.

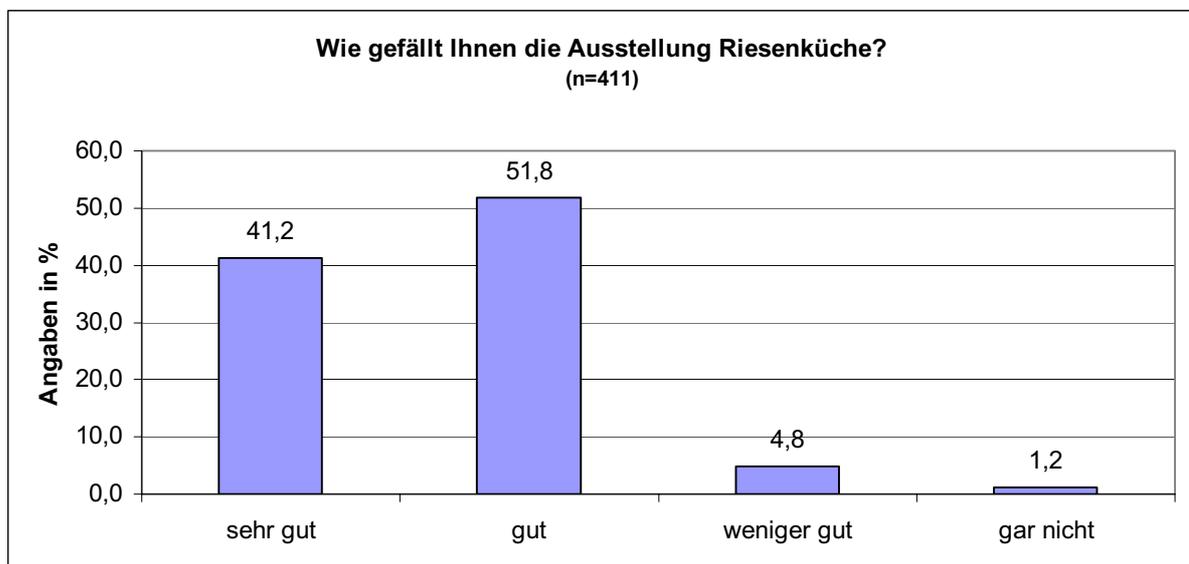


Abbildung 17: Gefallen der Riesenküche (TK-Erhebung)

Frage 2:

02. Finden Sie eine Ausstellung wie diese sinnvoll / nützlich?

- ja, weil _____
- nein, weil _____

Die quantitative Auswertung in Abbildung 18 zeigt, dass fast alle Befragten (97,6%) eine Ausstellung wie die Riesenküche sinnvoll und/oder nützlich finden. Lediglich 5 Besucher (1,2%) gaben an, eine Ausstellung wie die Riesenküche nicht sinnvoll bzw. nützlich zu finden.



Abbildung 18: Finden Sie eine Ausstellung wie diese sinnvoll/nützlich? (TK-Erhebung)

405 der Befragten gaben zudem im qualitativen Teil der Frage 02 weitere Informationen, warum sie die Ausstellung Riesenküche sinnvoll und /oder nützlich fanden. Die Antworten wurden in der Auswertung in Kategorien zusammengefasst und dargestellt. Die jeweils häufigsten Nennungen werden hier dargestellt.

141 Befragte äußerten sich zur Perspektive in der Riesenküche:

- „Perspektive ist beeindruckend“
- „Kinderperspektive“
- „Erwachsene können sehen, wie kleine Kinder eine Küche sehen.“
- „Durch die Perspektive ist das Verhalten von Kindern besser zu verstehen.“
- „Kinderaugen“

70 Befragte machten Angaben zur besseren Vorstellung und zur Sensibilisierung für Unfallgefahren. Die häufigsten Nennungen hier:

- „bessere Vorstellung“
- „man sensibel für die Sicht von Kindern wird.“
- „sensibilisieren“
- „man Gefahren besser erkennen kann.“
- „Wahrnehmung schärfen“

44 Befragte gaben an, dass durch eine solche Ausstellung Gefahren besser erkannt werden können:

- „weil nur so gewisse Gefahren erkannt werden können“
- „Risiken und Gefahren werden klarer“

23 Befragte äußerten sich zu den Dimensionen der Riesenküche:

- „Dimensionen werden klarer“
- „Erwachsene haben andere Größenvorstellung“
- „Größe beeindruckt“
- „Maßstäbe werden klar“
- „Größenverhältnisse“

Ebenfalls 23 Befragte nannten das Stichworte im Zusammenhang Unfallprävention:

- „Unfallverhütung“
- „Prävention“
- „sinnvolle Vorbeugung“

Jeweils 20 Befragte gaben an, dass sie die Riesenküche für nützlich/sinnvoll halten, weil sie zum einen sehr anschaulich ist und somit Gefahrenquellen verdeutlicht werden und zum anderen, weil sie vieles über Gefahrenquellen noch nicht wussten und viele Menschen die Gefahrenquellen gar nicht sehen.

12 Befragte gaben ab, dass sie eine solche Ausstellung sinnvoll finden, weil man auf eine andere Art und Weise viel lernen kann, z.B. über Möglichkeiten zum Schutz. Ebenfalls 12 Befragte gaben an, dass sie die Ausstellung sinnvoll und/oder nützlich finden, weil man selber ausprobieren kann und das „selber Erleben länger hängen bleibt“.

Insgesamt wurden vier Angaben gemacht, warum die Befragten die Ausstellung nicht sinnvoll/nützlich fanden:

- „keine konkreten Maßnahmen vorgestellt (Vorteile/Nachteile verschiedener Maßnahmen)“
- „weil vieles schon bekannt ist“
- „weil viel zu beschränkt“
- „weil dafür zuviel Geld ausgegeben wird. Dies kann auch in Faltblättern dargestellt werden.“

Frage 3:

03. Wie sind Sie auf die Ausstellung aufmerksam geworden?
- Plakate
 - Presse
 - Mailing durch die TK
 - Internet
 - anderes: _____

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass unter „anderes“ sehr häufig Schule genannt wurde. Daher wurde für die Auswertung „Schule“ als eigener Wert aufgenommen. Schule bedeutet hier Berufsschule und weiterführende Schule. Abbildung 19 zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten (55,4%) durch das Mailing der TK auf die Ausstellung aufmerksam wurden. 9,6% wurden durch Zeitungsartikel auf die Ausstellung aufmerksam. Bei den Angaben „anderes“ wurde von 39 Befragten genannt, dass sie durch Freunde und Bekannte auf die Ausstellung aufmerksam wurden. Sechs Befragte gaben an, dass sie gerade zufällig in einer TK-Geschäftsstelle waren und sich daher die Riesenküche angeschaut haben.

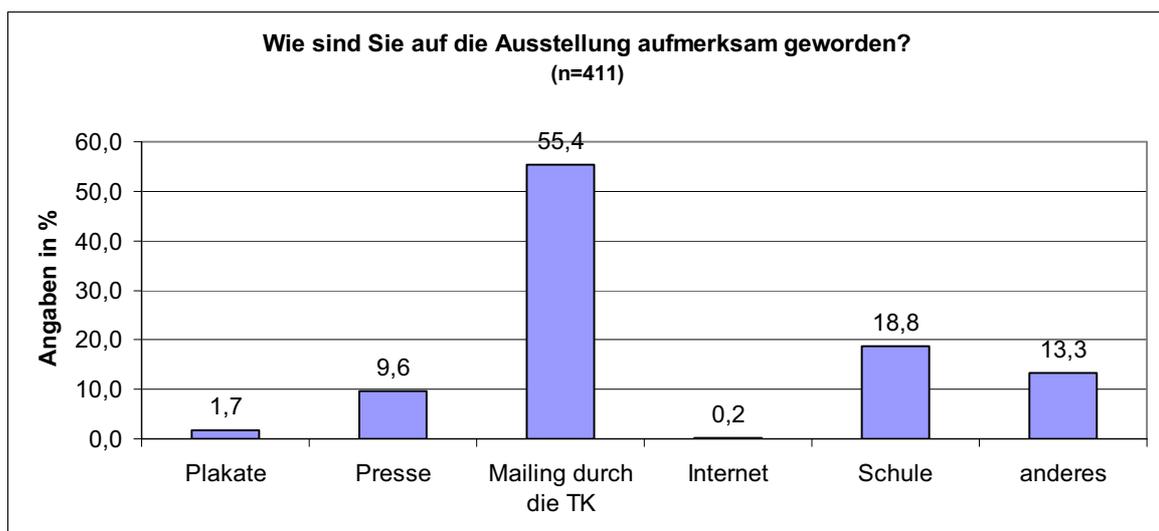


Abbildung 19: Wie sind Sie auf die Ausstellung aufmerksam geworden? (TK-Erhebung)

Frage 4:

04. Waren Ihnen die Unfallgefahren für Kinder im Haushalt vor dem Ausstellungsbesuch im vollen Umfang bekannt?
- Ja, im vollen Umfang
 - Teilweise
 - Nein, ich habe sie nicht gekannt
 - anderes: _____

36,9% (153) der Befragten gaben an, dass sie im vollen Umfang über die Unfallgefahren für Kinder im Haushalt informiert waren, 61,2% (254) antworteten, dass sie teilweise informiert waren. 1% (4) kannten die Unfallgefahren vor dem Ausstellungsbesuch nicht. Diese Ergebnisse zeigen, dass bei den Besuchern Interesse an dem Thema Kindersicherheit schon vor dem Besuch der Ausstellung Riesenküche vorhanden war.

Frage 5:

05. Ist Ihre Umgebung / Wohnung Ihrer Meinung nach kindersicher eingerichtet?
- Ja
 - Nein

Für die Auswertung wurde der Wert „teilweise“ als eigenständiger Wert in die Auswertung aufgenommen, da er vielfach als zwischenwert von den Befragten auf den Rückmeldebogen manuell eingetragen wurde.

Die Frage wurde jeweils etwa zur Hälfte mit „ja“ (47,0%) und mit „nein“ (46,3%) beantwortet.

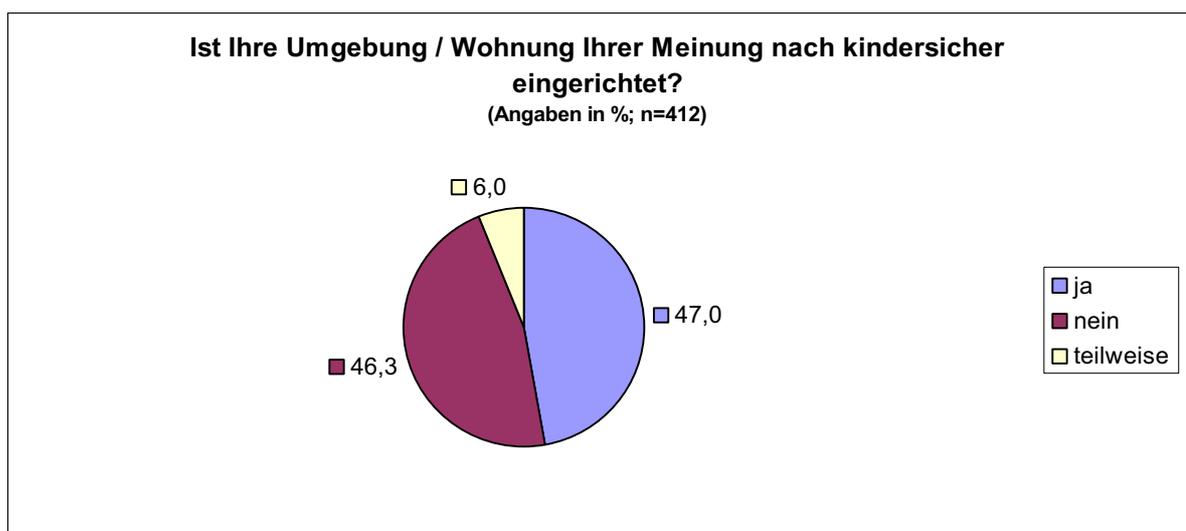


Abbildung 20: Ist Ihre Umgebung kindersicher gestaltet? (TK-Erhebung)

Da anzunehmen ist, dass Haushalte, in denen Kinder leben eher kindersicher gestaltet sind als Haushalte ohne Kinder, wird dies in der folgenden Kreuztabelle untersucht und dargestellt:

	ja	nein	teilweise	
keine Kinder im Haushalt	16	71	1	88
Kinder im Haushalt	168	104	24	296
Gesamt	184	175	25	384

Tabelle 10: Untersuchung der Frage, ob Haushalte mit Kindern häufiger kindersicher gestaltet sind als Haushalte ohne Kinder (TK-Erhebung)

Tabelle 10 bestätigt die oben angenommene Fragestellung: 168 von 296 Haushalten, in denen Kinder leben sind kindersicher. Das entspricht 56,8%. Jedoch gaben auch 104 Befragte (35,1%) an, dass ihr Haushalt trotz der dort lebenden Kinder nicht kindersicher gestaltet ist. Mit „teilweise“ antworteten 24 Befragten mit Kindern im Haushalt.

Frage 6:

06. Wie gefällt Ihnen das Informationsmaterial im Einzelnen?	sehr gut	gut	weniger gut	gar nicht
1 Die Sicherheitsbroschüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Der Kinder Notfallpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Das Kindermaßband (Leporello)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Informationsblatt zur Ausstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Erste-Hilfe-Broschüre der BAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 21 zeigt die Ergebnisse der Auswertung der fünf ausgelegten Informationsmaterialien, die die Ausstellungs-Besucher mitnehmen konnten bzw. die an die Besucher ausgegeben wurden (das Procedere war an einigen Standorten verschieden). Die Erste-Hilfe-Broschüre der BAG und die Sicherheitsbroschüre von der TK („Vorsicht, jetzt komm ich!“) sind geheftete DIN A5-Broschüren. Die Broschüre der BAG lag bereits vor der Kooperation mit der TK als Informationsbroschüre vor. Die TK-Broschüre wurde, ebenso wie das Kindermaßband, als Begleitmaterial zur Ausstellung produziert. Das Kindermaßband zeigt auf einer originalgetreuen Meßlatte die Unfallgefahren für Kinder in Bezug zu deren Größe. Der Kindernotfallausweis gibt zum einen auf einem kleinen Faltblatt Erste-Hilfe-Tipps zum anderen können Kontaktdaten des Kindes, wie z.B. der Name, Allergien, die Blutgruppe u.a. angegeben werden.

Die Auswertung der Rückmeldebögen zeigt, dass der Anteil der fehlenden Angaben sehr hoch ist. Er lag zwischen 13,3% und 28,7%. Dies ist u.a. dadurch zu erklären und wurde auch als Bemerkung von den Besuchern auf dem Fragebogen angegeben, dass viele Besucher noch keine Bewertung der Materialien durchführen konnten, da sie die

Materialien erst zu Hause lesen wollten. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die vorliegenden Bewertungen der einzelnen Medien durchweg positiv sind. Die Werte für die Angaben „weniger gut“ lagen, betrachtet auf alle fünf Informationsmedien, lediglich zwischen 0,5% und 4,3% und für „gar nicht“ zwischen 0,2% und 1,2%. Mehr als die Hälfte der Befragten (56,1%) gab an, dass ihnen der TK-Kindernotfallausweis sehr gut gefallen hat, 29,9% antworteten mit „gut“. 81,8% der Befragten bewerteten die TK-Broschüre „Vorsicht, jetzt komm ich!“ mit „sehr gut“ (36,9%) bzw. „gut“ (44,8%). Die Erste-Hilfe-Broschüre der BAG wurde zu 71,3% mit „sehr gut“ (37,1%) bzw. „gut“ (34,2%) bewertet. Das Kindermaßband (Leporello) wurde von 24,6% der Befragten mit „sehr gut“ beurteilt; 41,2% sagten „gut“. Das Informationsblatt zur Ausstellung Riesenküche wurde von 19% der Befragten als „sehr gut“ bewertet und von 52% mit „gut“.

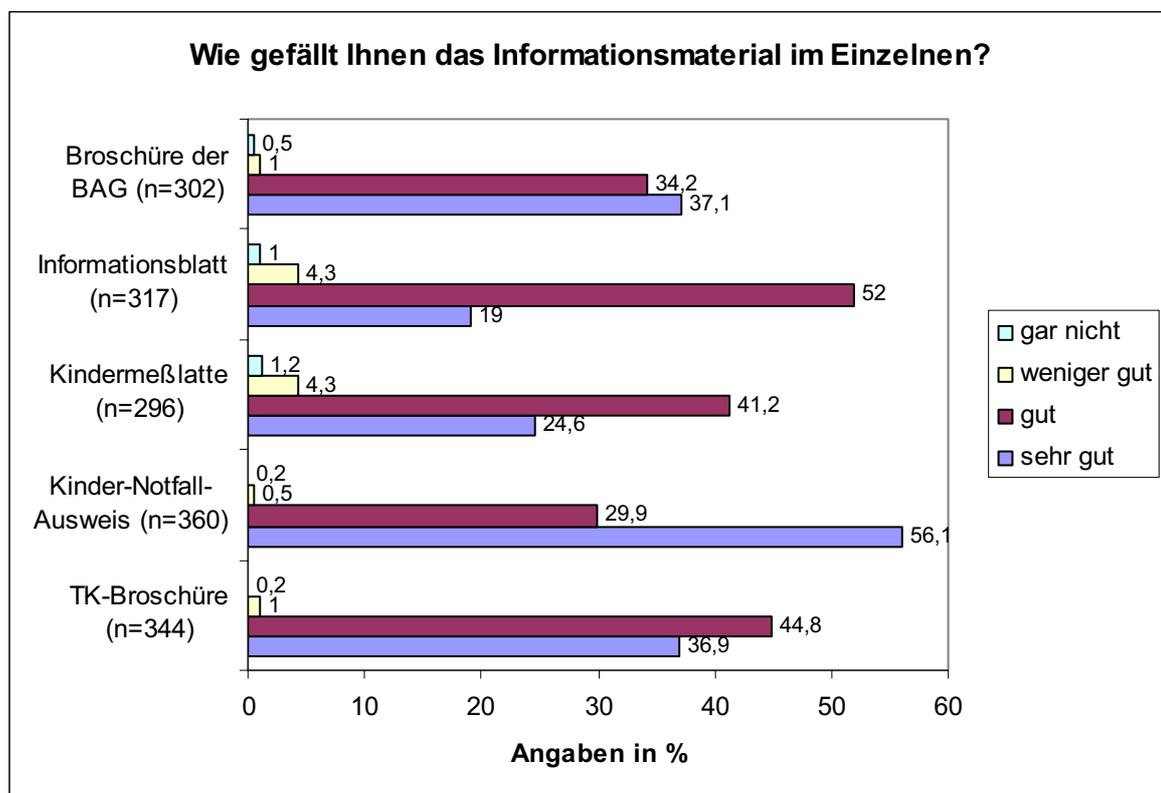


Abbildung 21: Gefallen des Informationsmaterials (TK-Erhebung)

Frage 9:

Inwieweit treffen Ihrer Meinung nach die nachfolgenden Aussagen zu? Trifft zu...	1 sehr	2 weniger	3 weiß nicht	4 eher nicht	5 gar nicht
Die Ausstellung der TK-Riesenküche werde ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>				
Während der Ausstellung habe ich Neues über Unfallgefahren im Haushalt gelernt.	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte meine Küche in den nächsten sechs Wochen kindersicher gestalten.	<input type="checkbox"/>				
Ich werde mir weitere Informationen zur Unfallverhütung im Haushalt besorgen.	<input type="checkbox"/>				
Die Riesenküche sollte allen interessierten TK-Versicherten zugänglich sein.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir von der TK weitere Ausstellungen zum Thema Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
Ich finde es richtig, dass die TK mit anderen kompetenten Institutionen bei der Krankheitsverhütung und Unfallverhütung zusammen arbeitet.	<input type="checkbox"/>				
Ich begrüße die Investition der TK in die Ausstellung Riesenküche.	<input type="checkbox"/>				
Ich verspreche mir keinen großen Nutzen von der Riesenküche.	<input type="checkbox"/>				
Die Ausstellung hat meine Erwartungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>				
Für Teilnehmer des TK-Bonusprogramms sollte es für den Besuch der Riesenküche einen Bonus geben.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir von der TK spezielle Gesundheitsangebote für Familien.	<input type="checkbox"/>				

Der Fragenkomplex 9 besteht insgesamt aus 12 Unterfragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ bis „gar nicht“. Die fehlenden Angaben lagen hier zwischen 4,3% und 13,6%.

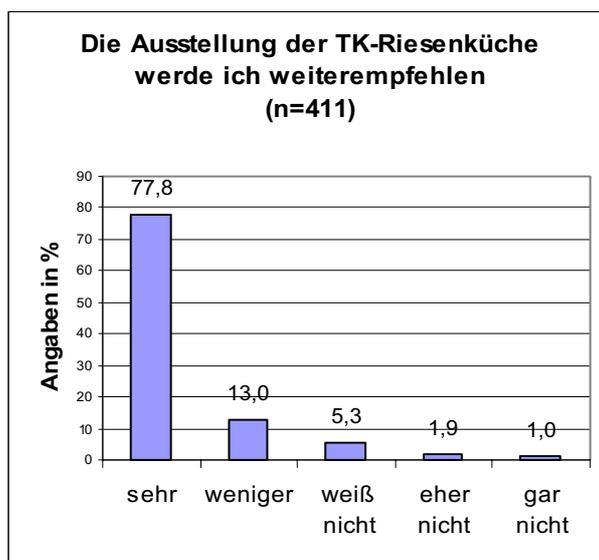


Abbildung 22: Ausstellung weiterempfehlen (TK-Erhebung)

Abbildung 22 zeigt, dass 77,8% der Befragten die Riesenküche weiterempfehlen werden. Dies macht mehr als zwei Drittel der Befragten aus und ist somit ein sehr gutes Ergebnis, denn jede (Gesundheits-)Ausstellung lebt von Mundpropaganda.

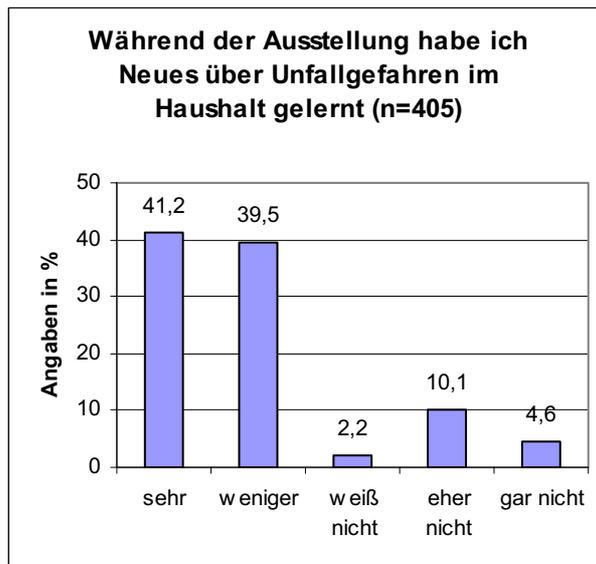


Abbildung 23 zeigt ein gemischtes Meinungsbild zur gestellten Frage. 41,2% der Befragten gaben an, dass sie Neues über Unfallgefahren im Haushalt gelernt haben. Der Anteil, der mit „weniger“ geantwortet hat, liegt jedoch mit 39,5% ebenfalls relativ hoch, 10,1% gaben „eher nicht“ und 4,6% „gar nicht“ an.

Abbildung 23: Neues Lernen über Unfallgefahren in der Ausstellung (TK-Erhebung)

Tabelle 11 zeigt die bivariaten Zusammenhänge zwischen dem Gefallen der Ausstellung und dem „Neues Lernen“. Bei 89 Besuchern (22,2%) ergab sich der Zusammenhang, dass ihnen die Ausstellung sehr gut gefallen hat und sie Neues über Unfallgefahren im Haushalt in der Ausstellung gelernt haben. 63 Befragte (15,7%) gaben an, dass ihnen die Ausstellung zwar „sehr gut“ gefallen hat; sie aber „weniger“ Neues über Unfallgefahren gelernt haben. Das Gefallen der Ausstellung ist also nicht automatisch mit dem Anspruch auf neue Informationen zu einem Thema verbunden. 2 Besucher gaben sogar an, dass ihnen die Riesenküche „gar nicht“ gefallen hat, sie aber mit „sehr“ auf die Frage geantwortet haben, ob sie Neues über Unfallgefahren gelernt haben.

	Während der Ausstellung habe ich Neues über Unfallgefahren im Haushalt gelernt					Total	
		sehr	weniger	weiß nicht	eher nicht		gar nicht
Wie gefällt Ihnen die Ausstellung Riesenküche?	sehr gut	89	63	4	8	4	168
	gut	78	92	4	26	8	208
	weniger gut	1	6	1	7	5	20
	gar nicht	2	0	0	1	2	5
Total		170	161	9	42	19	401

Tabelle 11: Gefallen der Riesenküche / Neues Lernen über Unfallgefahren (n=401) (TK-Erhebung)

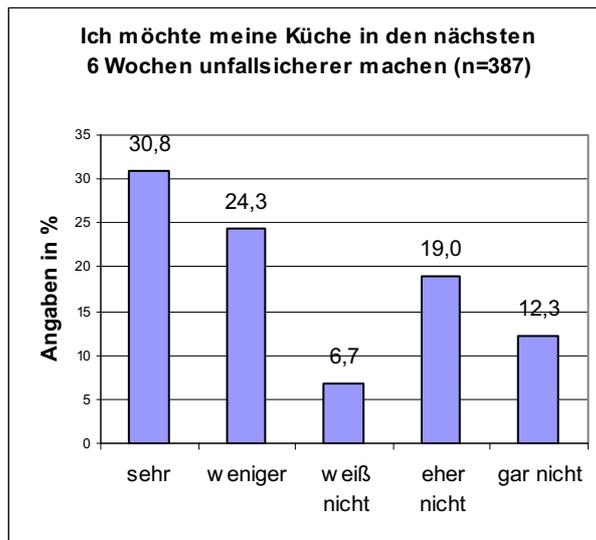


Abbildung 24 zeigt ein sehr gemischtes Antworten-Bild. Die Frage, ob es zutrifft, dass sie die Küche in den nächsten 6 Wochen unfallsicher gestalten wird, wurde von 30,8% der Befragten mit „sehr“ beantwortet. Dies ist etwas mehr als ein Viertel der Antworten. Es ist anzunehmen, dass Befragte, die keine Kinder im Haushalt keine Kinder haben, die Frage mit „trifft eher nicht“ bzw. „trifft gar nicht“ zu beantworteten.

Abbildung 24: Küche kindersicher gestalten (TK-Erhebung)

		Ich möchte meine Küche in den nächsten 6 Wochen unfallsicherer machen					Total
		sehr	weniger	weiß nicht	eher nicht	gar nicht	
Gibt es Kinder im Haushalt?	Kinder	115	79	16	41	24	
	keine Kinder	9	16	10	29	21	
Total		124	95	26	70	45	360

Tabelle 12: Gibt es Kinder im Haushalt / Ich möchte meine Küche in den nächsten 6 Wochen unfallsicherer machen. (TK-Erhebung)

In Tabelle 12 wird die Annahme aus Abbildung 24 bestätigt: Haushalte mit Kindern haben eher den Vorsatz, ihre Küche unfallsicherer zu machen als Befragte mit Haushalten ohne Kindern. Aus dieser Frage wird jedoch nicht deutlich, ob Befragte mit Kindern im Haushalt eventuell schon eine kindersichere Küche haben und daher mit „trifft eher nicht“ bzw. „trifft gar nicht“ zu geantwortet haben.

Auf die Frage, ob es zutrifft, dass die Befragten sich weitere Informationen zur Unfallverhütung im Haushalt besorgen, gaben 35,7% der Befragten an, dass dies „sehr“ zutrifft. 30,1% antworteten mit „weniger“, 13,7% mit „eher nicht“. Diese Antworten lassen sich in zwei Richtungen interpretieren: Zum einen kann es sein, dass sich einige Besucher noch weiteres Informationsmaterial besorgen, die über die vorliegenden Materialien bei der Ausstellung hinausgehen, weil sie noch tiefer in dieses Thema einsteigen möchten, es kann aber auch sein, dass sie sich weitere Informationen besorgen, weil sie sich nicht ausreichend informiert gefühlt haben. Dies ist den Antwortergebnissen nicht eindeutig zu entnehmen.

86,3% der Befragten gaben an, dass es „sehr“ zutrifft, dass die Riesenküche allen TK-Versicherten zugänglich sein sollte. Die Antworten „weniger“, „weiß nicht“, „eher nicht“ und „gar nicht“ lagen zwischen 0,2 und 6,3%.

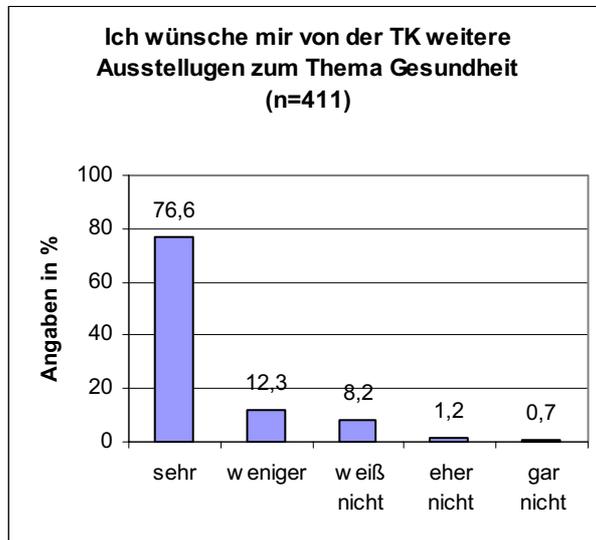


Abbildung 25 macht deutlich, dass es für mehr als zwei Drittel der Befragten (76,6%) „sehr“ zutrifft, dass sie sich weitere Ausstellungen zum Thema Gesundheit von der TK wünschen. Dies ist eine deutliche Aussage und kann als Handlungsempfehlung für weitere Gesundheitsangebote in die Planung aufgenommen werden.

Abbildung 25: Wunsch nach weiteren Gesundheitsausstellungen von der TK (TK-Erhebung)

Auf die Frage, ob die Befragten es richtig finden, dass die TK mit anderen kompetenten Institutionen im Bereich von Krankheits- und Unfallverhütung zusammen arbeitet wurde von fast alle Befragten (94%) mit „sehr“ beantwortet. Es kann der Schluss gezogen werden, dass hier auch die Kooperation mit der BAG gemeint wird.

Ebenfalls eindeutig waren die Antwort auf die Frage, ob es zutrifft, dass die Befragten die Investition der TK in die Ausstellung Riesenküche begrüßen. Hier antworteten 89,9% mit „sehr“. Die weiteren Antworten lagen zwischen 0,5% und 6,0%.

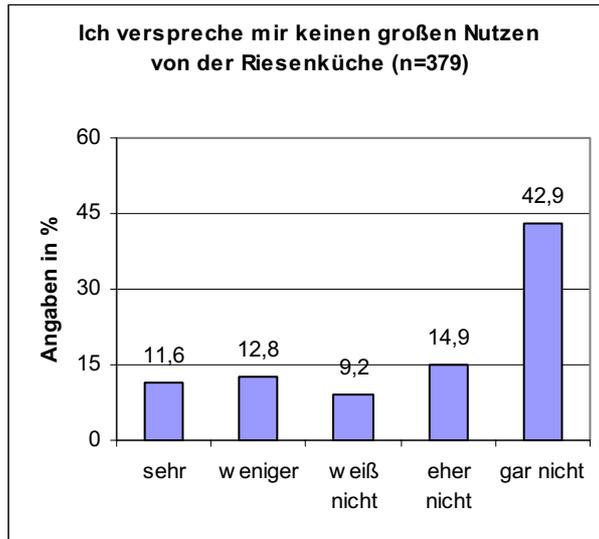
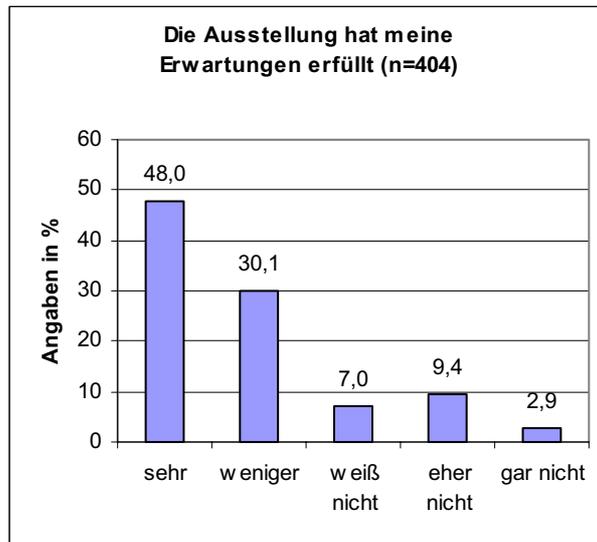


Abbildung 26 zeigt die subjektive Nutzeinschätzung der Befragten zur Ausstellung Riesenküche. Fast die Hälfte der Befragten (42,9%) gab an, dass es „gar nicht“ zutrifft, dass die Riesenküche keinen Nutzen hat; positiv ausgedrückt bedeutet dies, dass fast die Hälfte der Besucher einen Nutzen in der Ausstellung sehen.

Abbildung 26: Nutzen der Riesenküche (TK-Erhebung)

Insgesamt ergibt sich ein sehr gemischtes Antwortenfeld, das wahrscheinlich auf die Fragestellung zurückgeführt werden kann. Die Auswertung der Frage zeigt, dass auch die Werte bei den Antwortmöglichkeiten „sehr“ bis „eher nicht“ im Vergleich zu anderen Fragen des Rückmeldebogens höher ausfallen. Sie liegen bei 11,6% („sehr“), 12,8% („weniger“), 9,2% („weiß nicht“) und 14,9% („eher nicht“). Das Ausfüllverhalten und die handschriftlich eingefügten Bemerkungen der Befragten zeigen, dass beim ersten Lesen der Frage „einen Nutzen“ anstatt „keinen Nutzen“ gelesen wurde. Als dieser „Fehler“ entdeckt wurde, änderten die Befragten ihre Antwort um. Es ist ggf. anzunehmen, dass andere Befragte diesen „Fehler“ nicht erkannten, denn eigentlich passen die Antworten zu dieser Frage nicht zum bisherigen Antwortverhalten der Befragten.

Abbildung 27 zeigt die Ergebnisse auf die Frage, ob es zutrifft, dass die Ausstellung die Erwartungen der Befragten erfüllt hat. 48% antworteten mit „sehr“. Dies ist zwar fast die



Hälfte der Befragten, man kann aber auch sagen „nur“ die Hälfte der Befragten. Denn dies bedeutet, dass es für die andere Hälfte der Befragten nur „weniger“ (30,1%), „eher nicht“ (9,4%) und „gar nicht“ (2,9%) zutrifft, dass Ausstellung Riesenküche ihre Erwartungen erfüllt hat.

Abbildung 27: Erfüllung der Erwartungen an die Ausstellung (TK-Erhebung)

Bei vorherigen Antworten wurde bereits deutlich, dass sich einige Besucher mehr Details in der Ausstellung gewünscht hätten, sie sich die Ausstellung größer und in einem eigenen Raum gewünscht oder vorgestellt hätten bzw. dass die Werbematerialien wie z.B. der Flyer des Mailings schon „alle“ Informationen zur Ausstellung Riesenküche gegeben haben und sie daher nichts Neues mehr in der Ausstellung erleben konnten.

In der folgenden Kreuztabelle werden daher die Antworten zu den Fragen „Gefallen der Riesenküche“ und „Erwartungen“ dargestellt.

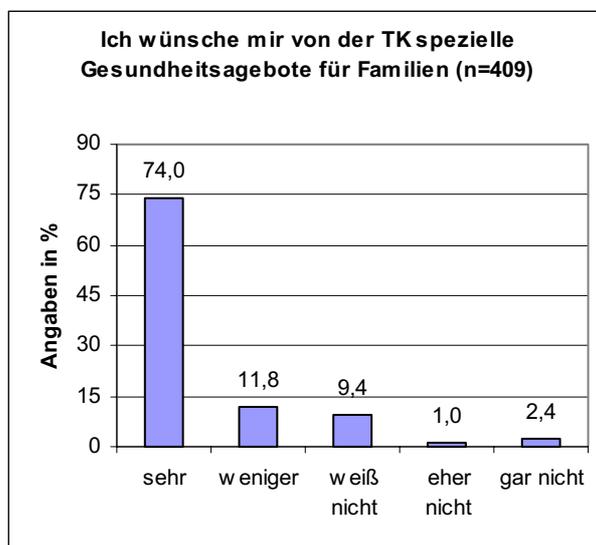
		Die Ausstellung hat meine Erwartungen erfüllt					Total
		sehr	weniger	weiß nicht	eher nicht	gar nicht	
Wie gefällt Ihnen die Ausstellung Riesenküche?	sehr gut	131	25	7	5	0	168
	gut	65	96	22	23	2	208
	weniger gut	1	2	0	9	8	20
	gar nicht	1	0	0	1	2	4
Total		198	123	29	38	12	400

Tabelle 13: Gefallen der Riesenküche / Ausstellung hat Erwartungen erfüllt (TK-Erhebung)

131 Befragte (32,8%) gaben an, dass ihnen die Ausstellung „sehr gut“ gefallen hat und ihre Erwartungen erfüllt wurden. 25 Befragte (6,3%) sagten, dass ihnen die Ausstellung zwar „sehr gut“ gefallen hat, es aber nur „weniger“ zutrifft, dass ihre Erwartungen erfüllt wurden.

65 Befragte (16,3%), denen die Ausstellung „gut“ gefallen hat gaben an, dass es „sehr“ zutrifft, dass ihre Erwartungen erfüllt wurden, 96 Befragten (24%) antworteten, dass ihnen die Ausstellung „gut“ gefallen hat, die Erwartungen aber nur „weniger“ erfüllt wurden, bei 23 Befragten (5,8%) wurden die Erwartungen „eher nicht“ erfüllt.

43,9% der Befragten gaben an, dass es „sehr“ zutrifft, dass Teilnehmer am TK-Bonusprogramm einen Bonus für den Besuch der Riesenküche erhalten sollten. Auch hier ist ein gemischtes Antwortspektrum zu erkennen. Dies kann damit zusammenhängen, dass das TK-Bonusprogramm während der Ausstellung Riesenküche noch relativ neu war und daher noch nicht so vielen Versicherten bekannt war.



74,0% der Befragten gaben an, dass es „sehr“ zutrifft, dass sie sich von der TK spezielle Gesundheitsangebote für Familien wünschen. Die TK hat seit Ende 2004 vermehrt Angebote für werdende Eltern und junge Familien entwickelt und umgesetzt, so dass dieser Wunsch der Befragten erfüllt ist.

Abbildung 28: Wunsch nach speziellen Gesundheitsangeboten für Familien (TK-Erhebung)

Im Folgenden wird auf den Vortrag (s. Anhang) eingegangen, der an einigen Standorten der Riesenküche angeboten wurde, der im Rückmeldebogen mit den Fragen 07 und 08 von den Befragten bewertet werden sollte.

An vielen Standorten konnten aus Gründen von knappen Personalkapazitäten kein oder nur zu bestimmten Uhrzeiten ein Vortrag für die Besucher angeboten werden. Der Vortrag dauerte etwa 20 Minuten und wurde vor Ort für angemeldete Gruppen, zu einem feststehenden Termin oder auf Nachfrage angeboten. Zudem wurde der Folienvortrag als Ausdruck zum Mitnehmen angeboten.

Frage 7:

Wenn Sie auch den Vortrag zum Thema Kindersicherheit besucht haben:

07. Wie hat Ihnen der Vortrag insgesamt gefallen?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- gar nicht

Was hat Ihnen besonders gefallen? _____

Was hat Ihnen nicht gut gefallen? _____

Die Auswertung der Rückmeldebögen wurde unabhängig von den anderen Fragen durchgeführt. Die Auswertungs-Kriterien waren die gleichen wie für die anderen Fragen auch (s. oben). So kam eine Grundgesamtheit von 171 Rückmeldebogen zusammen, die Anmerkungen zum Vortrag enthielten.

Die Charakteristik der Besucher des Vortrages weicht von der der Gesamt-Besucherzahl ab. Etwa ein Viertel der Besucher des Vortrages (23,4%) war zwischen 16 und 20 Jahren. Danach folgte mit 21,1% die Altersgruppe zwischen 31 und 35 Jahren. Diese Verteilung ist durch gezielte Einladungen an Berufsschulklassen an den einzelnen Standorten zu erklären. Dies wird auch in Abbildung 29 deutlich.

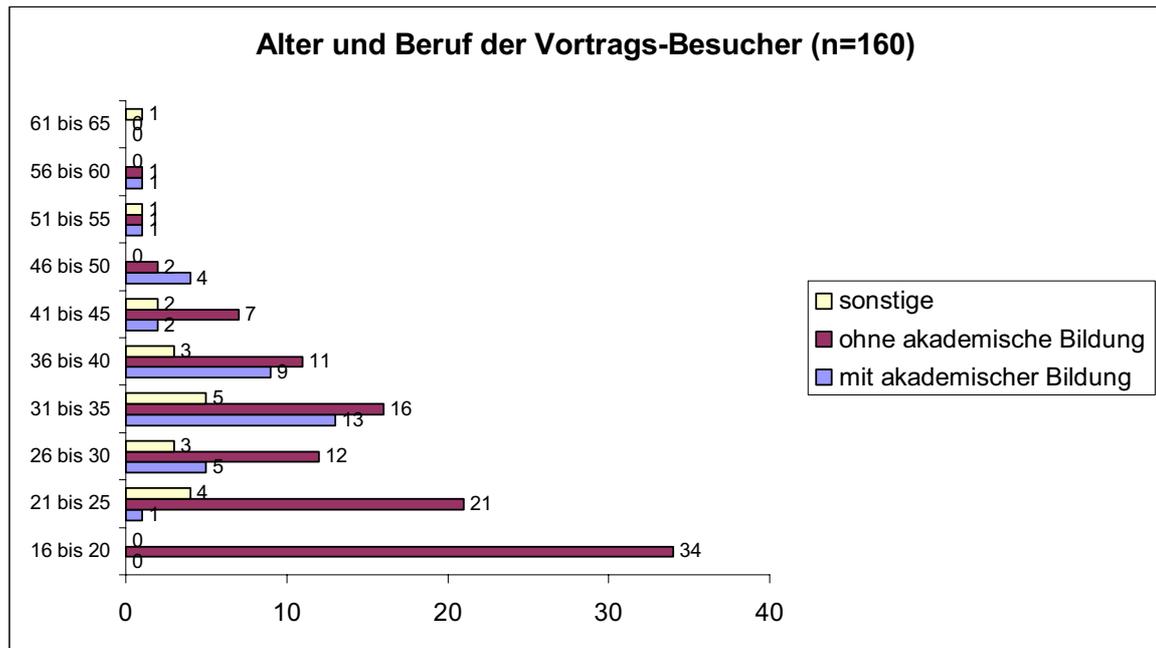


Abbildung 29: Alter und Beruf der Vortrags-Besucher (TK-Erhebung)

75,4% der Vortrags-Besucher waren weiblich, 24,6% männlich.

39,8 beurteilten den Vortrag mit „sehr gut“, 55,6% mit „gut“. Lediglich 4,1% sagten, dass ihnen der Vortrag „weniger gut“ und 0,6% „gar nicht“ gefallen hat. Zu der qualitativen Frage, was den Besuchern am Vortrag besonders gefallen hat, machten 88 Befragte Angaben.

Auf die Frage, was an dem Vortrag besonders gefallen hat, wurden 13 Mal „die präzisen Erklärungen zu den Gefahrenquellen“ genannt und 16 Mal das „selber ausprobieren“. Von neun Besuchern wurde an dieser Stelle noch einmal das Informationsmaterial zum Mitnehmen genannt. Jeweils sechs Besucher gaben die „Größenverhältnisse“ der Riesenküche an und die Hinweise zu den Gewichtsverhältnissen (z.B. von vollen Konservendosen). Die Folien bzw. die Inhalte des Vortrags wurden von vier Befragten genannt.

Zu der Frage, was den Besuchern am Vortrag nicht gut gefallen hat, wurden u.a. folgende Angaben gemacht:

- „Der Vortrag hätte ausführlicher sein können.“
- „Der Vortrag hätte kürzer sein können.“
- „Es gab zu wenig Beispiele“
- „Die Vortragsweise“
- „Es hätte mehr Material sein können.“
- u.a.

Frage 8:

08. Was war für Sie beim Vortrag besonders wichtig?

Zu dieser Frage machten 71 Befragte eine Angabe, wobei das „selber ausprobieren und erleben“ mit 12 Antworten am häufigsten genannt wurde. Weitere Antworten waren z.B.:

- „Verbesserungsvorschläge zur KS in Küche und Bad / Praktische Tipps“
- „auf Gefahrenquellen aufmerksam gemacht werden, auf die man nicht so leicht kommt.“
- „kompetente Betreuung“
- „Es war vorher nicht klar, wann Kinder Gefahren erkennen können / das Gefahrenbewusstsein bei Kindern / Infos über die Wahrnehmungsfähigkeit“
- „Miteinbeziehen der Zuhörer in den Vortrag“
- u.a.

6.3 Interpretation der Ergebnisse des Rückmeldebogens

Die Ergebnisse des Rückmeldebogens zeigen, dass die TK-Ausstellung Riesenküche bei den Besuchern sehr gut angekommen ist. Insbesondere die Frage nach dem allgemeinen Gefallen, dass fast alle Besucher eine solche Ausstellung als sinnvoll bzw. nützlich einschätzen und das Ergebnis zu der Frage nach den Erwartungen an die Riesenküche spiegeln dies wider.

Wie die Besucherzahlen zeigen, konnten die Zielzahlen an den meisten Standorten übertroffen, teilweise sogar sehr deutlich übertroffen werden. Dies ist ebenfalls positiv zu bewerten und spricht gleichzeitig für den Bewerbungsweg des Direct Mailings. Zudem zeigt die hohe Besucher-Resonanz, dass das Thema Kindersicherheit ein wichtiges Thema für TK-Versicherte ist und somit ein Bedürfnis nach Informationen auf diesem Themengebiet mit der Ausstellung Riesenküche bedient werden konnte.

Angesichts der Emotionalität, die Eltern mit ihren Kindern verbindet, wurde mit der Riesenküche, ein Zugangsweg geschaffen, der für viele Besucher durch das „eigene Erleben“ sehr ansprechend war. Besonders erfreulich sind die Rückmeldungen der Besucher auf die Frage, ob sie eine solche Ausstellung sinnvoll bzw. nützlich finden, die von fast allen Befragten mit „ja“ beantwortet wurde. Die Frage, ob den Besuchern die Unfallgefahren für Kinder im Haushalt vor dem Besuch der Riesenküche bekannt waren, macht einen Handlungsbedarf an Informations- und Wissensvermittlung zum Thema

Kindersicherheit deutlich, da mehr als die Hälfte der Besucher hier nur mit „teilweise“ antworteten. Dieser Handlungsbedarf wird ebenfalls durch die Tatsache deutlich, dass in mehr als 100 befragten Haushalten mit Kindern die Umgebung nicht kindersicher ist, und dass fast die Hälfte der Besucher Neues über Unfallgefahren im Haushalt in der Ausstellung gelernt hat. Die subjektive Einschätzung über den Nutzen der Ausstellung Riesenküche wird von den Besuchern ebenfalls hoch eingeschätzt, so dass auch hier eine positive Bilanz gezogen werden kann.

Die Rückmeldungen zu der Frage, wie die Besucher auf die Ausstellung Riesenküche aufmerksam wurden, macht deutlich, dass das Mailing, das an TK-versicherte Eltern mit Kindern zwischen 0 und 4 Jahren versandt wurde, ausschlaggebend für mehr als die Hälfte der Besucher der Riesenküche war.

Pressemitteilungen, die, wie Rückmeldungen von den TK-Präventionsberatern zeigten, an einigen Standorten schwer in der lokalen Presse zu platzieren waren, stellten ebenfalls ein geeignetes Medium dar, um Interessierte zum einen auf die Riesenküche aufmerksam zu machen und sie zum anderen zu einem Besuch der Ausstellung einzuladen. Die Platzierung der Riesenküche in den TOP 10 der Pressethemen im Jahr 2004 macht zudem deutlich, dass das Thema Kindersicherheit ein wichtiges Thema war und von der Presse, trotz der oben genannten Schwierigkeiten, vielfach aufgenommen wurde.

Die Informationsmaterialien, die von den Besuchern der Riesenküche zum Thema Kindersicherheit mit nach Hause genommen werden konnten, wurden durchweg positiv beurteilt, was die Qualität der Broschüren und der anderen Informationsmedien der TK zum Thema Kindersicherheit widerspiegelt. Sie stellten für die Besucher eine sinnvolle Ergänzung zur Ausstellung dar, so dass das „selber Erleben“ und die Wissensvermittlung durch die Informationsmaterialien und an einigen Standorten durch den Vortrag, sinnvoll miteinander verknüpft werden konnten. Zusätzlich wurde mit der persönlichen Betreuung der Besucher in der Ausstellung ein drittes Medium in der Durchführung der Ausstellung berücksichtigt, so dass die Ausstellung Riesenküche an der Schnittstelle zwischen massemedialer und personaler Kommunikation angesiedelt werden kann und dem Anspruch eines „Ansprache-Mix“ gerecht wird.

Fragen zu Bonuspunkten, Wünschen der Besucher zu einem Ausbau der TK-Angebote im Bereich Ausstellungen und Familien-Angeboten, die in den Rückmeldebogen integriert wurden ebenfalls meist positiv beantwortet. Wie schon in der direkten Auswertung erwähnt, ist die TK dem Wunsch nach weiteren Familien-Angeboten inzwischen nachgekommen. Die entwickelten Kurs-Angebote erreichen werdende Eltern und junge

Familien und umschließen die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung¹¹. Deutlich war ebenfalls der Wunsch nach weiteren Ausstellungen mit Gesundheitsthemen, so dass dieses Thema in Zukunft in der Planung von Angeboten der Primärprävention noch stärker berücksichtigt werden könnte.

¹¹ Es handelt sich hier um die neuen TK-Kurs-Konzepte „Stressfrei ins Familienglück“ (Stressbewältigung für werdende Eltern), „Bewegte Familie“ (Bewegungsangebot für Familien im Alter zwischen drei und fünf Jahren), „Familienbande“ (Gesundheitswochenenden für Familien mit Kindern zwischen sechs und zehn Jahren).

7 Fazit

Wanderausstellungen stellen ein vielfältiges Kommunikationsinstrumente dar, das in der Gesundheitsförderung zwar häufig eingesetzt, aber bisher selten diskutiert wird. Diese Tatsache machte sich bei der Recherche zu der vorliegenden Arbeit dadurch deutlich, dass es bisher nur wenig schriftliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zu diesem Thema gibt. 1994 wurde von verschiedenen Institutionen das Bedürfnis nach mehr Informationen zur Effektivität in der Umsetzung von Gesundheitsausstellungen laut. Diesem Bedürfnis wurde durch Workshops und einigen Veröffentlichungen nachgekommen. Heute gibt es einige ausgewählte Institute, die sich mit der Besucherforschung von Museen und Wanderausstellungen beschäftigen, z.B. die Universität Karlsruhe, von denen mehrere Literaturquellen in dieser Diplom-Arbeit verwendet wurden.

Evaluationen verschiedener Gesundheitsausstellungen zeigen das hohe Potential, das das Kommunikationsmedium „Ausstellung“ mit sich bringt. Dies wird auch in der Auswertung der Rückmeldebögen der TK-Ausstellung deutlich. Die Ergebnisse zeigen, dass die Riesenküche ein geeignetes Medium ist, um Erwachsene für die Unfallgefahren von Kindern im Haushalt zu sensibilisieren und über das Thema Kindersicherheit zu informieren. Wie jedoch in der vorliegenden Arbeit deutlich wird, ist jedes gesundheitsförderliche Thema spezifisch, so dass die Ergebnisse der Rückmeldebögen der Riesenküche nur mit großen Einschränkungen auf andere Gesundheitsausstellungen übertragbar sind.

Mit Ausstellungen hat man die Möglichkeit, eine Vielzahl von Personen mit einem Thema unmittelbar bekannt zu machen und/oder mit anschaulichen Objekten und Darstellungen über Ideen, Projekte und komplexe Themen zu informieren. Im Rahmen der Literaturrecherche zu dieser Arbeit wurde deutlich, dass Gesundheitsausstellungen dabei nicht primär als Quelle neuer Informationen dienen. Sie sind ein Medium, um einen interaktiven Zugangsweg zu einem Thema zu finden. Dabei steht die Sensibilisierung der Besucher im Vordergrund, um eine neue Sichtweise auf das Ausstellungs-Thema herzustellen. Das vorhandene Wissen kann dabei vertieft oder korrigiert werden, und die Relevanz des Ausstellungsthemas und die Handlungskompetenz der Besucher erhöht werden. Um eine langfristige Verhaltensänderung beim Ausstellungsbesucher zu erreichen, sollte eine Gesundheitsausstellung in eine (große) Gesundheits-Kampagne integriert werden. So wird auf verschiedenen Zugangs-Kanälen über einen längeren Zeitraum die Relevanz des Ausstellungs-Themas beim Besucher „wach gehalten“ und in den Alltag integriert.

Durch die Möglichkeit des Einsatzes eines Medien-Mix in einer Gesundheitsausstellung werden verschiedene Ansätze der Aufklärung miteinander verbunden. Da jeder Besucher mit einem anderen Vorwissen in eine Ausstellung kommt und zudem ein individuelles Medien-Nutzungsverhalten bezüglich der Informations-Aufnahme hat, kann so in einer Ausstellung eine breite Zielgruppe erreicht werden. Zusätzlich kann durch die persönliche Betreuung der Besucher eine Verbindung zwischen massenmedialer und personaler Kommunikation hergestellt werden, so dass mit einer (Gesundheits-)Ausstellung die Trias Erlebnis – Information – Beratung erreicht werden kann.

Allerdings muss bei der Entwicklung und Durchführung von (Gesundheits-)Ausstellungen berücksichtigt werden, dass sie zeit-, personal- und zum Teil kostenintensiv sind. Diese Tatsache muss von Anfang in der Planung berücksichtigt werden, um eine effektive Ausstellung zu entwickeln. Denn alle Vorzüge, die eine Ausstellung in ihrer Umsetzung mit sich bringt, müssen entsprechend umgesetzt und dem jeweiligen Ausstellungsthema angepasst werden. Dabei spielt die Definition der Zielgruppen eine Schlüsselrolle, da sie für die Herangehensweise an die Umsetzung der Ausstellungs-Thematik entscheidend ist. Ebenso muss von den Ausstellungsplanern berücksichtigt werden, dass die Darstellung des Ausstellungs-Themas bei den Besuchern keine Angst auslöst und somit die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung verringert wird. Jedes Ausstellungs-Thema muss somit gesondert auf seine Emotionalität untersucht werden.

Die Frage, wie man an ausstellungsferne Bevölkerungsgruppen herantritt, die darüber hinaus meist als typische „Risiko-Zielgruppe“ der Gesundheitsförderung definiert wird, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden.

Abschließend kann aufgrund der vorliegende Literaturexpertise und der Auswertung der Rückmeldebögen der TK-Ausstellung Riesenküche gesagt werden, dass Ausstellungen als Medium für die Gesundheitsförderung geeignet sind.

8 Literaturverzeichnis

Abel, Martina (ohne Jahr): Prävention von Kinderunfällen – eine gesundheitspolitische Verpflichtung. In: www.liga-kind.de/pages/203abel.htm (Zugriff: 22.10.2005).

Arbeitsgemeinschaft (AG) der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2003): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003. www.vdak.de (Zugriff: 15.12.2005)

Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Hans Huber. S. 41-55.

Bergmann, K.E.; Bergmann, R.L. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Hans Huber. S. 55-63.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.) (1993): Unfallgeschehen in Heim und Freizeit – Repräsentativumfrage für die neuen Bundesländer. Sonderschrift S33, Dortmund.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2002a): Unfallverletzungen in Heim und Freizeit im Jahr 2000. Sonderschrift S74, Dortmund/Berlin/Dresden.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2002b): Community Action Programme on Injury Prevention. Jahresbericht IPP -Deutschland 2000/2001-. München.

Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Kindersicherheit (Hrsg.) (2001): Abschlussbericht: Aufbau einer Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit. Februar 1998 - Februar 2001. Bonn. www.kindersicherheit.de/abschlussbericht.pdf (Zugriff: 20.10.2004)

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (Hrsg.) (2003a): Jahresbericht 2002: Ich sehe was, was Du nicht siehst – Unfallgefahren zu Hause entdecken und beseitigen. Bonn.

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (Hrsg.) (2003b): Aktionsmappe 2003: Mehr Informationen für Sie. Mehr Sicherheit für Kinder. Bonn.

Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.) (2001): Sicherheitsförderung – ein Baustein der Gesundheitsförderung in der Schule. GUV-Informationen: GUV-SI 8028.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1994): Dokumentation „Wanderausstellungen in der Gesundheitsförderung“ und „Europäischer Gesundheitsmarkt“. Bericht von einem internationalen Seminar und einer europäischen Ausstellung. Aachen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003a): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003b): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Auflage der deutschen Ausgabe. G. Conrad-Verlag.

Dannenberg, Marius, u.a. (2003): Handbuch Werbeplanung: Medienübergreifende Werbung effizient planen, umsetzen und messen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Dauschek, Anja (Hrsg.) (1996): „Toll, aber wir haben uns nicht geküsst...“. Ein Forschungsbericht zur Evaluation der Ausstellung „Verflixte Schönheit“. München: Frühmorgen und Holzmann.

Dauschek, Anja (Hrsg.) (1997): Fachtagung Ausstellungen als Medium in der Gesundheitsförderung; Deutsches Hygiene-Museum Dresden: Publikationsreihe „Wissenschaft im Deutschen Hygiene-Museum“; Bd. 6.

Eggert-Schmid Noerr, Annelinde (2005): Gesundheitsförderung in der Familie. www.allgemeine-zeitung.de (Zugriff: 26.11.2005).

Ellsäßer, Gabriele (ohne Jahr): Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre) in Deutschland.

www.kindersicherheit.de/expertise-sturzunfaelle.pdf (Zugriff: 22.10.2005).

Ellsäßer, Gabriele; u.a. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. In : Kinderärztliche Praxis (73), S. 248-257.

Ellsäßer, Gabriele (2003): Unfallrisiken im Säuglings- und Kleinkindalter: Rede auf dem Weltgesundheitstag 2003 in Bonn.

European Child Safety Alliance (Hrsg.) (2004): Priorities for child safety in the European Union. Agenda for Action. 2. Auflage. Amsterdam.

Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Mainz: Peter Sabo.

Furian, Gerald; Gruber, Michaela (1998): Evaluation der Aktion „Sicher groß werden“. Wien: Eigendruck „Sicher Leben“.

Geyer, S. (2003): Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten. Möglichkeiten und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention, 26, S. 35-39.

Glik DC, Greaves PE, Kronenfeld JJ, Jackson KL (1993): Safety hazards in households with young children. In: J. Pediat. Psych., 18, S. 115-131.

Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (1996): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 2. Auflage. München u.a.: Juventa.

Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003a): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S. 205-206.

Henter, Annelie (2002): Unfälle von Kindern im Alter bis einschl. 14 Jahren im Jahr 2000. Präsentation der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. www.kindersicherheit.de/wohnbed_kinderunfaelle.pdf (Zugriff: 20.10.2005)

Hubacher, M. (2001): Unfälle und Unfallprävention im Kindesalter. In: Schweiz Med Forum (24), S. 631-635.

Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. München u.a.: Juventa.

Imhäuser-Vennemann, Margot (ohne Jahr): Unfälle im Kindesalter. In: www.kji-merzbach.de/texte/infoboard_kinderunfaelle.htm (Zugriff: 14.07.2004).

Joswig, Helga (ohne Jahr): Phasen und Stufen in der kindlichen Entwicklung. In: Das Online-Familienhandbuch, www.familienhandbuch.de (Zugriff: 22.09.2005).

Klein, Prof. Dr. Hans-Joachim (Hrsg.) (1993): Front-End Evaluation. Ein nichtssagender Name für eine vielsagende Methode. Karlsruhe: Offsetdruckerei: P.Rohrhirsch.

Knaack, Nicole (Hrsg.) (2005): Vorlesungsfolien „Gesundheitsmarketing“, Wintersemester 2004/05.

Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung. München u.a.: Juventa.

Krause, Regina et al (1989): Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation. 1. Auflage. Sankt Augustin: Asgard-Verl.Hippe.

Kreyher, Volker J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing – Grundzüge und Strategien. In: Kreyher, Volker J. (Hrsg.) (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: Decker`s.

Kuratorium für Schutz und Sicherheit – Institut „Sicher Leben“ (Hrsg.) (1999): Umfassender Überblick über europäische Daten zu Verletzungen durch Heim- und Freizeitunfälle (Comprehensive view on european (HLA) injury data) – Abschlussbericht.

Limbourg, Maria (1997): Der Kinderunfall: Epidemiologie und Prävention. Vortrag bei der Tagung des Kuratoriums für ZNS über Kinderunfälle - Prävention, Behandlung und Rehabilitation in Düsseldorf, Oktober 1997.

Limbourg, Maria (u.a.) (2000): Mobilität im Kindes- und Jugendalter. Opladen: Leske+Budrich.

Martinius, Joest (ohne Jahr): Die Beziehung zwischen Kinderunfällen, Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Belastungen.

www.liga-kind.de/pages/203martinius.htm (Zugriff: 22.10.2005).

Meffert, H. (1998): Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung: Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. 8. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler.

Mehr Sicherheit für Kinder – Safe Kids e.V. (Hrsg.) (ohne Jahr): Die kindliche Entwicklung und der Umgang mit Gefahren. In: www.mobile-familienmagazin.de (Zugriff: 14.07.20074).

Meier, Anette; Klein, Hans Joachim (Hrsg.) (1996): Wie steht's mit dem „LiebesLeben“? Empirische Untersuchung einer Wanderausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung rund um das Thema Sexualität und Aids. Universität Karlsruhe: Institut für Soziologie. Eine Studie im Auftrag der BZgA, Köln.

Meier, Anette; Munro, Paricia (1997): A Comparative Analysis of Health Promotion Exhibitions. Translation of the Final Report from German: Eine komparative Analyse gesundheitsfördernder Ausstellungen. University of Karlsruhe (TH), Department of Sociology.

Munro, Patricia (1993): Auf dem Weg: Warum Front-End Evaluation? In: Klein, Prof. Dr. Hans-Joachim (Hrsg.) (1993): Front-End Evaluation. Ein nichtssagender Name für eine vielsagende Methode. Karlsruhe, S. 45-56.

Munro, Patricia (1997): Zum Konzept des EU-Forschungsprojekts „Eine komparative Analyse gesundheitsfördernder Ausstellungen“. In: Dauschek, Anja (Hrsg.) (1997): Fachtagung „Ausstellungen als Medium in der Gesundheitsförderung“; Deutsches Hygiene-Museum Dresden: Publikationsreihe „Wissenschaft im Deutschen Hygiene-Museum“; Bd. 6.

Nikolow, Sybilla (2001): Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit - >Kurvenlandschaften< in Gesundheitsausstellungen am Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland. In: Gerhard, Ute et al (Hrsg.): Infografiken, Medien, Normalisierung: Zur Kartographie politisch-sozialer Landschaften. Heidelberg: Synchron, S. 223-241.

Ose, Dominik; Hurrelmann, Klaus (2004): Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Hans Huber. S. 389-398.

Paatsch, Ulrich (2003): Einführung in die Evaluation von Museen und Ausstellungen. In: Lehrbrief „Evaluation und Besucheranalysen, empirische Informationsgewinnung in Museen und Ausstellungseinrichtungen“ des Instituts für Kulturmanagement an der Fernuniversität Hagen.

Schnabel, Peter-Ernst (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. München u.a.: Juventa.

Schnabel, Peter-Ernst (2004): Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u.a.: Hans Huber. S. 281-293.

Schriever, Jörg (1997): Kinderunfälle und altersspezifisches Gefahrenbewusstsein. www.liga-kind.de/pages/203schriever.htm (Zugriff: 22.10.2005).

Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2000): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München u.a.: Urban & Fischer.

Sozialgesetzbuch V, VII, VIII. www.juris.de (Zugriff: 20.12.2005).

Techniker Krankenkasse; Bereich Kundenbindung und Versichertenservice (Hrsg.) (2003): Kinder und Sicherheit: Ergebnisse Volltest 04/2003.

UNICEF (Hrsg.) (2001): A league tabel of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No. 2. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf (Zugriff: 20.10.2005)

UNlvation e.V. (Hrsg.) (1999): Evaluation der suchtpreventiven Wanderausstellung „SehnSucht“ 1998/99. Abschlussbericht; im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Vincenten, Joanne (2005): Kindersicherheit auf die deutsche Agenda: BAG Mehr Sicherheit für Kinder – Mitgliederversammlung Berlin, 1. Dezember 2005.

Woll, Alexander Prof. Dr. (2005): Institut für Sport und Sportwissenschaften Universität Karlsruhe (TH). Skript zur Vorlesung Sport und Gesundheit. Sommersemester 2005.
www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/download/skript_Vorlesung_Sport_und_Gesundheit_2005.pdf (Zugriff: 13.11.2005)

Internetquellen:

www.anstiftung.de (Zugriff: 12.02.2006)

www.bmfsfj.sw: (Zugriff am 12.01.2006)

www.kindersicherheit.de/html/bonner.html: Bonner Erklärung zur Kindersicherheit; (Zugriff: 21.06.2004)

<http://de.wikipedia.de>: (Zugriff am 08.12.2005)

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unfallzahlen absolut für das Jahr 2000 (BAuA 2002a).....	10
Abbildung 2: Gegenüberstellung: Kinderunfälle / alle Unfälle (BAuA 2002a).....	11
Abbildung 3: Unfallort mit tödlichem Ausgang (unter 1 bis 15 Jahre) (BAuA 2002a)	13
Abbildung 4: Mortalität an Sturzunfällen nach Altersgruppe (Ellsäßer ohne Jahr)	14
Abbildung 5: Sturzunfälle von Kindern unter 15 Jahren nach Unfallort (Ellsäßer 2002)....	15
Abbildung 6: Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. BZgA 2003a).....	18
Abbildung 7: Familiengesundheit (eigene Darstellung)	22
Abbildung 8: Wirkungskette Betroffenheit / Verhaltensbeeinflussung; in Anlehnung an das HBM (eigene Darstellung).....	35
Abbildung 9: Stufen der Ausstellungs-Evaluation (Munro 1993. In: Klein 1993).....	38
Abbildungen 10 und 11: Bilder der Riesenküche (www.kindersicherheit.de)	47
Abbildung 12: Ulla Schmidt auf dem Weltgesundheitstag 2003 in Bonn (www.kindersicherheit.de).....	48
Abbildung 13: Besucher der Riesenküche (TK-Erhebung).....	53
Abbildung 14: Bildung / Alter der Besucher (TK-Erhebung)	56
Abbildung 15: In welchem Bereich haben Sie mit Kindern zu tun? (TK-Erhebung)	57
Abbildung 16: Anzahl der Kinder / Alter der Befragten (TK-Erhebung)	58
Abbildung 17: Gefallen der Riesenküche (TK-Erhebung).....	59
Abbildung 18: Finden Sie eine Ausstellung wie diese sinnvoll/nützlich? (TK-Erhebung) ..	60
Abbildung 19: Wie sind Sie auf die Ausstellung aufmerksam geworden? (TK-Erhebung) 62	
Abbildung 20: Ist Ihre Umgebung kindersicher gestaltet? (TK-Erhebung)	63
Abbildung 21: Gefallen des Informationsmaterials (TK-Erhebung)	65
Abbildung 22: Ausstellung weiterempfehlen (TK-Erhebung).....	66
Abbildung 23: Neues Lernen über Unfallgefahren in der Ausstellung (TK-Erhebung)	67
Abbildung 24: Küche kindersicher gestalten (TK-Erhebung).....	68
Abbildung 25: Wunsch nach weiteren Gesundheitsausstellungen von der TK (TK-Erhebung)	69
Abbildung 26: Nutzen der Riesenküche (TK-Erhebung).....	70
Abbildung 27: Erfüllung der Erwartungen an die Ausstellung (TK-Erhebung).....	71
Abbildung 28: Wunsch nach speziellen Gesundheitsangeboten für Familien (TK-Erhebung)	72
Abbildung 29: Alter und Beruf der Vortrags-Besucher (TK-Erhebung).....	74

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unfallursachen von Kinderunfällen in Prozent (BAuA 2002a)	12
Tabelle 2: Marketing-Mix (vgl. Dannenberg 2003) und die „Übersetzung der „4Ps“ auf die TK-Ausstellung Riesenküche (eigene Darstellung).....	41
Tabelle 3: Maßnahmen der BAG (BAG 2001, BAG 2003, eigene Darstellung)	45
Tabelle 4: Interessen der Kooperation zwischen BAG und TK (eigene Darstellung)	46
Tabelle 5: Meilensteine der Ausstellung Riesenküche (eigene Darstellung).....	49
Tabelle 6: Terminplan der Riesenküche (eigene Darstellung).....	50
Tabelle 7: Anzahl der Mailings pro Standort (TK-Erhebung)	52
Tabelle 8: Zielzahlen und reale Besucherzahlen an den Standorten der Riesenküche (TK-Erhebung)	54
Tabelle 9: Anzahl der Kinder im Haushalt (n=386) (TK-Erhebung)	57
Tabelle 10: Untersuchung der Frage, ob Haushalte mit Kindern häufiger kindersicher gestaltet sind als Haushalte ohne Kinder (TK-Erhebung)	64
Tabelle 11: Gefallen der Riesenküche / Neues Lernen über Unfallgefahren (n=401) (TK-Erhebung)	67
Tabelle 12: Gibt es Kinder im Haushalt / Ich möchte meine Küche in den nächsten 6 Wochen unfallsicherer machen. (TK-Erhebung).....	68
Tabelle 13: Gefallen der Riesenküche / Ausstellung hat Erwartungen erfüllt (TK-Erhebung)	71

11 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft "Mehr Sicherheit für Kinder e.V."
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
bzw.	beziehungsweise
CI	Corporate Identity
ECOSA	European Consumer Safety Association
EHLASS	European Home and Leisure Accident Surveillance System
EU	Europäische Union
FEE	Front-End-Evaluation
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GM	Gesundheitsmanagement
HBM	Health Belief Modell
KuV	Kundenbindung und Versichertenservice (in der TK)
Mio.	Million
Mrd.	Milliarden
o.ä.	oder ähnlich/ähnliches
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
TK-HV	TK-Hauptverwaltung
TTM	Transtheoretisches Modell
u.a.	und andere/anderes
UNICEF	United Nations Children`s Fund
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

12 Anhang

Das Anschreiben für das Direct Mailing	I
Der Rückmeldebogen der Riesenküche	II
Der Folienvortrag zum Thema Kindersicherheit	III

Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

Techniker
Krankenkasse

Adresse

Hauptverwaltung

Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Für Rückfragen:
Christine Musterfrau
Tel. 0123 - 45 67 89
Fax: 012 - 23 45 67

Einladung in die Riesenküche

00. April 2004

Sehr geehrte Frau Mustername,

Schranktüren so hoch wie Wohnungstüren, ein Hochstuhl als Kletterparadies und Herdschalter in Augenhöhe - das ist die Riesenküche. Hier erleben Eltern die spannende und zugleich gefährliche Küchenwelt aus Kindersicht und lernen, typische Unfallsituationen wahrzunehmen und zu beseitigen. Denn: Unfälle zu vermeiden bedeutet in erster Linie, Gefahren zu erkennen.

Die TK hat sich dem Thema Kindersicherheit angenommen und lädt Sie und Ihre Familie herzlich in die Riesenküche in Aachen ein.

Wir präsentieren die Riesenküche in der Zeit vom 02. September bis zum 13. September 2004 im Foyer der Stadtverwaltung Katschhof, 52058 Aachen.

Zu folgenden Öffnungszeiten können Sie die Riesenküche besuchen:

Montag, Dienstag und Donnerstag: 8:30 - 12:00 Uhr und 13:30 - 15:00 Uhr

Mittwoch: 8:30 - 12:00 Uhr und 13:30 - 17:00 Uhr

Freitag: 8:30 - 12:00 Uhr

Natürlich halten wir vor Ort ein umfangreiches Informationsangebot für Sie bereit.

Seien Sie unser Gast in der Riesenküche. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Weitere Informationen finden sie auch im Internet unter www.tk-online.de.

Mit freundlichem Gruß



Nicole Knaack

Techniker
Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Tel. 0241-8870-227
Fax: 0241-8870-298
www.tk-online.de

Commerzbank Hamburg
BLZ 200 400 00
Konto 221035900

Vorstand
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)
Helmut Dose
Dr. Christoph Straub
Verwaltungsrat
Wolf Garling (Vorsitzender)

einfach per Fax an **012 - 23 45 67**
oder: per Email an Christine.musterfrau@tk-online.de
oder: per Post an die unten stehende Adresse

Antwort

Techniker Krankenkasse
Straße
PLZ

Rückmeldung:

Ja, ich möchte mir die Riesenküche am _____ anschauen.

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Telefon* _____

weitere Teilnehmer:

Name, Vorname _____

Name, Vorname _____

Ich komme mit _____ Kind/ern

Datum, Unterschrift

*freiwillige Angaben

Dies ist eine unverbindliche Anmeldung und dient den Mitarbeitern als Planungshilfe für die Ausstellung.

Techniker Krankenkasse
Stichwort: Prävention-Riesenküche
Nicole Knaack GM/H4.34
Bramfelder Str. 140

22305 Hamburg

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Die Riesenküche ist die erste Ausstellung der TK zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen. Wir möchten von Ihnen wissen, wie Ihnen dieses Angebot der TK gefällt. Indem Sie uns die beigefügten Fragen beantworten, helfen Sie mit, das TK-Gesundheitsprogramm weiter zu entwickeln. Gesund in die Zukunft - dafür möchten wir etwas tun!

01. Wie gefällt Ihnen die Ausstellung Riesenküche?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- gar nicht

02. Finden Sie eine Ausstellung wie diese sinnvoll / nützlich?

- ja, weil _____
- nein, weil _____

03. Wie sind Sie auf die Ausstellung aufmerksam geworden?

- Plakate
- Presse
- Mailing durch die TK
- Internet
- anderes: _____

04. Waren Ihnen die Unfallgefahren für Kinder im Haushalt vor dem Ausstellungsbesuch im vollen Umfang bekannt ?

- Ja, in vollem Umfang.
- Teilweise
- Nein, ich habe sie nicht gekannt.
- anderes: _____

05. Ist Ihre Umgebung / Wohnung Ihrer Meinung nach kindersicher eingerichtet?

- Ja
- Nein

06. Wie gefällt Ihnen das Informationsmaterial im Einzelnen?

	sehr gut	gut	weniger gut	gar nicht
1 Die Sicherheitsbroschüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Der Kinder Notfallpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Das Kindermaßband (Leporello)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Das Informationsblatt zur Ausstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die Erste-Hilfe Broschüre der BAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie auch den Vortrag zum Thema Kindersicherheit besucht haben:

07. Wie hat Ihnen der Vortrag insgesamt gefallen?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- gar nicht

Was hat Ihnen besonders gut gefallen? _____

Was hat Ihnen nicht gut gefallen? _____

08. Was war für Sie beim Vortrag besonders wichtig?

09.

Inwieweit treffen Ihrer Meinung nach die nachfolgenden Aussagen zu? trifft zu	1 sehr	2 weni- ger	3 weiß nicht	4 eher nicht	5 gar nicht
Die Ausstellung der TK- Riesenküche werde ich weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>				
Während der Ausstellungen habe ich Neues über Unfallgefahren im Haushalt gelernt.	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte meine Küche in den nächsten 6 Wochen unfallsicherer machen.	<input type="checkbox"/>				
Ich werde mir weitere Informationen zur Unfallverhütung im Haushalt besorgen.	<input type="checkbox"/>				
Die Riesenküche sollte allen interessierten TK-Versicherten zugänglich sein.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir von der TK weitere Ausstellungen zum Thema Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
Ich finde es richtig, dass die TK mit anderen kompetenten Institutionen bei der Krankheitsverhütung und Unfallverhütung zusammen arbeitet.	<input type="checkbox"/>				
Ich begrüße die Investition der TK in die Ausstellung "Riesenküche".	<input type="checkbox"/>				
Ich verspreche mir keinen großen Nutzen von der Riesenküche.	<input type="checkbox"/>				
Die Ausstellungen hat meine Erwartungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>				
Für Teilnehmer des TK-Bonusprogramms sollte es für den Besuch der Riesenküche einen Bonus geben.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir von der TK spezielle Gesundheitsangebote für Familien.	<input type="checkbox"/>				

Fragen zur Person:

A. **Alter:** _____ Jahre

B. **Geschlecht:** m w

C. **Nationalität:** _____

D. **Beruf:** _____

E. **In welchem Bereich haben Sie mit Kindern zu tun?**

Eltern

Wie viele Kinder gibt es in Ihrem Haushalt? _____

Wie alt sind sie? _____

Großeltern

Kindergärtner / Kindergärtnerin

Erzieher / Erzieherin

Kinderarzt / Kinderärztin

andere: _____

F: In meinem Haushalt leben Kinder im Alter von:

0-1 Jahr

1-2 Jahre

3-4 Jahre

älter als 4 Jahre

keine Kinder

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Techniker Krankenkasse

Kindersicherheit

Kinderunfälle im Haushalt

Dipl. Päd. Nicole Knaack

Fachreferentin für Gesundheitsförderung



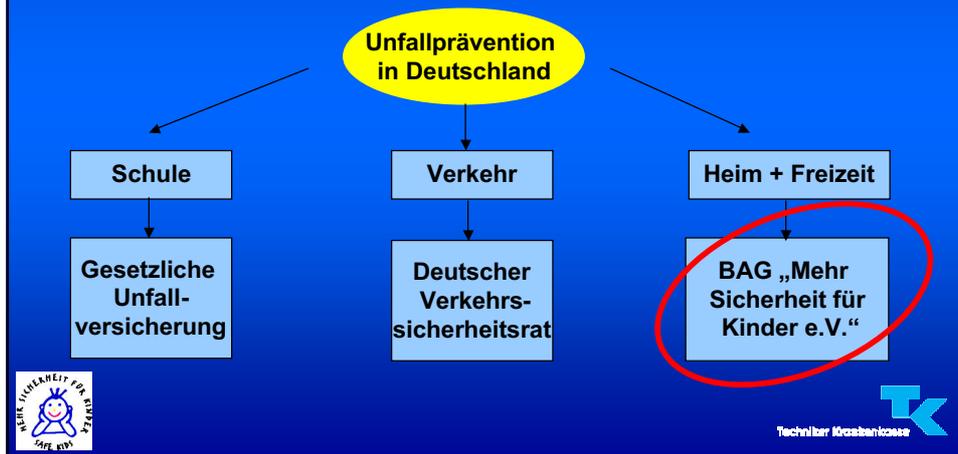
Worum geht es heute?

- Die BAG
- Warum organisiert die TK diese Ausstellung?
- Zahlen, Daten, Fakten
- Das kindliche Gefahrenbewusstsein
- Was kann man tun?
Ein paar wertvolle Tipps



Die BAG stellt sich vor

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.



Warum macht die TK diese Ausstellung?

Hauptrisikogruppe:

Kindergarten- und Vorschulalter

→ Sie verunglücken vor allem zu Hause 2,5 bis 3,5 fach häufiger als Schulkinder

WARUM??



Kinder im Alter zwischen 0 und 4

- Bis zum 6. Lebensjahr leben Kinder „Ich“-Bezogen
- Kinder glauben, dass Erwachsene ihre Welt aus der gleichen Perspektive wahrnehmen wie sie selber
- Kinder haben in diesem Alter kein vorausschauendes Gefahrenbewusstsein



Einige Zahlen zu Kinderunfällen

- Es sterben mehr Kinder an Unfallfolgen (532) als an allen Infektionskrankheiten (122) und Krebs (340) zusammen.
- Etwa 1,8 Mio. Kinder unter 15 Jahren hatten im Jahre 2000 einen Unfall.
- 236.000 Kinder unter 15 Jahren mussten 1999 wegen Unfallverletzungen im Krankenhaus behandelt werden.
- 571.000 Heim- und Freizeit-Unfälle bei Kindern, davon 256.000 im häuslichen Bereich



Das kindliche Gefahrenbewusstsein

1. Stufe: Akutes Gefahrenbewusstsein

- **1. / 2. Lebensjahr:** kein Gefahrenbewusstsein
- **Bis zum 5. / 6. Lebensjahr:** Entwicklung des Gefahrenbewusstseins durch eigene Erfahrungen, z.B. Anwesenheit bei Unfällen oder Erklärungen der Eltern.

2. Stufe: vorrausschauendes Gefahrenbewusstsein

- **8. Lebensjahr:** Kinder haben durch Erfahrungen gelernt, z.B. zu heißen Tee kann man nicht trinken.

3. Stufe: Präventives Gefahrenbewusstsein

- **9. – 12. Lebensjahr:** Kinder sind in der Lage Gefahren zu erkennen und vorbeugende Verhaltensmaßnahmen zu entwickeln



Einige Beispiele

Koordination

→ Koordination von Sehen und Motorik entwickelt sich nur langsam

Sehen

→ Sehen von Hell und Dunkel ist ab der Geburt möglich

→ Farbunterschiede werden bis zum 5. Lebensjahr erlernt

→ Geschwindigkeitseinschätzung ist eine komplizierte Verknüpfung des Sehens von Form, Größe und Bewegung



Was ist ein Unfall?

- Ein plötzliches Ereignis?
- Nicht vorhersehbar?
- Schicksal?
- Pech?

→ Ein vermeidbarer Vorfall



Was kann man tun?

Education

Erziehung:
Verbieten, Erklären
Experimentieren,
Einüben
„Lerne am Modell“

Engineering

Technische Sicherheit verbessern:
Produkte, Wohnumfeld,
Schutzausrüstung,
Sicherheitsartikel

Enforcement

Gesetzgebung:
Gesetzliche
Maßnahmen,
Normen,
Vorschriften
Kontrolle,
Strafe



Einige Sicherheitstipps: Küche

- Wasserkocher, Kaffeemaschine, Bügeleisen, Friteuse,... außer Reichweite von Kindern aufstellen, das Kabel nicht herunterhängen lassen.
- Herd: Pfannenstiele nach hinten drehen, Herdschutzgitter, Backofenfensterschutz anbringen.
- Lassen Sie scharfe Messer nicht unbeaufsichtigt liegen.
- schließen Sie immer die Spülmaschinen- und Waschmaschinentür.
- Reinigungs-, Putz- und Lösungsmittel in einem abschließbarem Schrank aufbewahren.
- Plastiktüten unter Verschluss halten.



Haben Sie noch Fragen?



Informationen zum Thema

Techniker Krankenkasse

www.tk-online.de

01802 - 85 85 85

BAG „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“

www.kindersicherheit.de

0228 – 28 98 08 - 55



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift