



# Info\_Dienst

## für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg  
11. Jahrgang • 2. Ausgabe 2011

### In diesem Info\_Dienst

Personalien	2
Gesunde Bundespolitik	3
Bewegung in Berlin-Brandenburg	6
Kinder und Jugendliche	11
Altern und Gesundheit	14
Soziale, gesunde Stadt	16
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	18
Suchtprävention	20
Patienteninteressen	22
Termine/Veranstaltungen	27
Publikationen	28
Impressum	28

# 2\_11

## Editorial

Vor zehn Jahren hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einen Expertenkreis einberufen, der sich mit dem Thema Transparenz über Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Zielgruppen befasste. Hintergrund war die Novellierung des § 20 SGB V, in dessen erstem Absatz nunmehr für die gesetzlichen Krankenkassen geregelt wurde, „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Was seinerzeit vor allem durch Daten und Public Health-Forschung belegt wurde, zählt mittlerweile zum allgemeinen Wissensstand von Politik und Praxis. Präventionsangebote werden vorrangig von „ressourcenstarken“ Bevölkerungsgruppen genutzt. Erfolgreiche Angebote, die die Gesundheitschancen sozial Benachteiligter nicht weiter verschlechtern, müssen sich durch Konzepte auszeichnen, die den Zugang, die Beteiligung und die Mitwirkung der Zielgruppen im Blick haben. Aus dem Expertenkreis der BZgA hat sich 2003 auch die Initiative zur Gründung des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt. Es ist eines der großen Verdienste des Kooperationsverbands, erfolgreiche Konzepte, die Menschen in schwierigen Lebenslagen tatsächlich erreichen, als Good Practice-Projekte, -Programme bzw. -Netzwerke zu iden-

tifizieren. Dieses Handlungswissen hat der Kooperationsverbund für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu Empfehlungen verdichtet. Ziel ist es, zu einer systematischen Verbreitung Erfolg versprechender Strategien zu kommen. Wichtige Partner in diesem gemeinsamen Lernprozess sind die Kommunen. Gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem Deutschen Städtetag, dem Städte- und Gemeindebund und dem Landkreistag, werden ihre Erfahrungen durch den Kooperationsverbund dargestellt und fachlich begleitet.

Damit kommt auch die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in eine neue Entwicklungsphase. Qualitätsentwicklung und das konkrete Zusammenwirken unterschiedlicher Partner, Professionen und Ressorts, die für ein gesundes Aufwachsen aller Jungen und Mädchen einen Beitrag leisten müssen, sollen von der exemplarischen Erprobung zu einer breiten Umsetzung gebracht werden. Präventionsketten, wie sie Gesundheit Berlin-Brandenburg auch mit Berliner Bezirken derzeit entwickelt, sind dabei ein wichtiger Baustein. In der Rubrik Kindergesundheit erfahren Sie mehr über diesen Partnerprozess und natürlich wird auch der nächste Kongress Armut und Gesundheit, den wir gemeinsam mit dem Zentrum für Technologie und Gesellschaft der TU-Berlin am 9. und 10. März 2012 durchführen, ein Forum zur Information und Diskussion dieses wichtigen Themas bieten.

Ihre  
Carola Gold



# Personalien

## Gesundheit Berlin-Brandenburg ist Mitglied der Nationalen Armutskonferenz

Seit Juni ist Gesundheit Berlin-Brandenburg Mitglied der Nationalen Armutskonferenz (nak). Ohne Gegenstimme haben die Delegierten auf ihrer jüngsten Konferenz die Aufnahme in den bundesweiten Verbund beschlossen. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landes seniorenvertretungen (BAG LSV) wurde neu in den Zusammenschluss aufgenommen. Die Nationale Armutskonferenz (nak) ist im Herbst 1991 als deutsche Sektion des Europäischen Armutsnetzwerks (European AntiPoverty Network-EAPN) gegründet worden. Ihr Ziel ist es, Bedürftigkeit in Deutschland zu minimieren. Die nak will mit Forderungen wie einer gerechten Wohlstandsverteilung, Bildungsgerechtigkeit, Mindestlohn, Gleichberechtigung und Gesundheitsvorsorge zu einer sozialen Politik beitragen.

Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.nationale-armutskonferenz.de](http://www.nationale-armutskonferenz.de)

## DAK und BKK Gesundheit schließen sich zusammen

Die Hamburger Krankenkasse DAK und Deutschlands größte Betriebskrankenkasse BKK Gesundheit werden Anfang 2012 zur DAK-Gesundheit fusionieren. Damit wird sie nach der Barmer GEK und der TK zur drittgrößten gesetzlichen Krankenkasse. Als Grund für die Fusionierung wird der massive Mitgliederverlust im Zuge der Erhebung von Zusatzbeiträgen seit Anfang 2011 genannt. Noch im Juli war der Zusammenschluss der beiden Kassen gescheitert. Als Vorstandsvorsitzender ist der bisherige Chef der DAK, Herbert Rebscher, angedacht.

## Ulrike Maschewsky-Schneider mit Salomon-Neumann-Medaille ausgezeichnet

Im September 2011 wurden Frau Prof. Dr. phil. Ulrike Maschewsky-Schneider und der Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V. mit der Salomon-Neumann-Medaille ausgezeichnet, die seit 1986 jährlich durch die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) für besondere Verdienste um die Präventiv- und Sozialmedizin verliehen wird.

Die Laudatio hielt Prof. Dr. Ilona Kickbusch, langjährige Mitarbeiterin der WHO und Initiatorin der Ottawa-Charta. Sie würdigte die Geehrte als eine Frau, die exemplarisch für die Grundsätze und Werte der DGSMP stehe und „sie in Lehre und Forschung, in der Verbindung zur Praxis sowie in Ämtern und Funktionen“ vermittelt.

Ulrike Maschewsky-Schneider ist Sprecherin der Berlin School of Public Health und Vorstandsmitglied von Gesundheit Berlin-Brandenburg.

## Neuer Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes

Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes hat Jürgen Graalman und Uwe Deh zum Geschäftsführenden Vorstand des AOK-Bundesverbandes berufen. Sie haben ihre neuen Positionen am 1. Oktober 2011 übernommen. Graalman tritt die Nachfolge von Dr. Herbert Reichelt an, der in den Ruhestand gegangen ist. Uwe Deh übernimmt eine neue Aufgabe im Erweiterten Vorstand des AOK-Bundesverbandes, dem er als Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen-Anhalt bisher bereits angehört hatte.

## In diesem Info\_Dienst

<b>Gesunde Bundespolitik</b> .....	<b>3</b>
Diskussion um Präventionsgesetz im Bundestag .....	3
Viel Wissen und Praxis für bessere Gesundheitschancen .....	4
„Dialog auf gleicher Augenhöhe“ .....	5
<b>Bewegung in Berlin-Brandenburg</b> .....	<b>6</b>
Kitas bewegen .....	6
Gesund älter werden in Brandenburg .....	7
„Die Arbeit mit engagierten Akteuren kann viel bewegen“ .....	8
Krank ohne Papiere .....	9
<b>Kinder und Jugendliche</b> .....	<b>11</b>
Gesund aufwachsen für alle! .....	11
Kommunale Praxis Früher Hilfen .....	12
Kinder im Kontext häuslicher Gewalt .....	12
<b>Altern und Gesundheit</b> .....	<b>14</b>
„Auf Menschen mit Demenz zugehen“ .....	14
Engagierte Ältere .....	15
Arm, alt, pflegebedürftig.....	15
<b>Soziale, gesunde Stadt</b> .....	<b>16</b>
Gesundheitsförderung im Quartier nachhaltig gestalten .....	16
Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung Hand in Hand .....	17
<b>Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt</b> .....	<b>18</b>
Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen in Berlin .....	18
Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz ...	19
<b>Suchtprävention</b> .....	<b>20</b>
Suchtprävention in der Ausbildung systematisch verankern .....	20
Drogen – HIV/Aids – Hepatitis .....	21
<b>Patienteninteressen</b> .....	<b>22</b>
„Wir haben uns viel vorgenommen“ .....	22
Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen .....	23
Versorgungsstrukturgesetz 2012 .....	24
Qualität in der medizinischen Versorgung .....	25
Engagement der Patientenforsprecher/innen stärken .....	25
Arzneimittelreport veröffentlicht .....	26
<b>Termine/Veranstaltungen</b> .....	<b>27</b>
<b>Publikationen</b> .....	<b>28</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>28</b>

# Gesunde Bundespolitik

Diskussion um Präventionsgesetz im Bundestag /  
Viel Wissen und Praxis für bessere Gesundheits-  
chancen / Partizipative Qualitätsentwicklung

## Diskussion um Präventionsgesetz im Bundestag

### Opposition drängt auf gesetzliche Regelungen



Die Oppositionsparteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE drängen auf eine Ausweitung von Prävention und Gesundheitsvorsorge und fordern ein in den Sozialgesetzbüchern gesetzlich verankertes Präventionsgesetz. Kurz vor der Sommerpause am 1. Juli hat der Bundestag in einer 75-minütigen Debatte die Anträge der Oppositionsparteien diskutiert. Für die Koalition lehnten Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer und FDP-Gesundheitsexperte Dr. Erwin Lotter ein Präventionsgesetz und zentrale Institutionen zur Koordinierung von Prävention und Gesundheitsvorsorge, wie von den Oppositionsparteien vorgeschlagen, jedoch ab. Alle Anträge wurden zur weiteren Beratung an den Gesundheitsausschuss weitergeleitet.

Mit einem Präventionsgesetz und zentralen Institutionen zur bundesweiten Koordinierung wollen die Bundestagsfraktionen von SPD,

Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE einen neuen ordnungspolitischen Rahmen für Prävention finden.

Die SPD favorisiert ein Nationales Institut für Prävention, „das Richtlinien für die Schaffung verbindlicher Strukturen und Rahmenvorgaben erarbeitet, qualifizierte Beratungsangebote für die Akteure anbietet, Standards für Qualitätssicherung und Evaluierung entwickelt und die Einhaltung nationaler Präventionsziele überwacht“. Zudem fordert die SPD-Fraktion die Bundesregierung dazu auf, eine umfassende Präventionsstrategie für den Bund zu entwickeln, die Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Reha etabliert und im Besonderen „Leistungen in Settings mit niedrighwelligen Maßnahmen und einer ziel- und zielgruppenorientierten Ansprache besonders fördert“.

Bündnis 90/Die Grünen regen die Gründung

eines Bund-Länder-Arbeitskreises an. Dieser soll „Empfehlungen für den neuen ordnungspolitischen Rahmen zur besseren Steuerung und Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung im Bund und in den Ländern und Kommunen“ geben. Zudem schlagen sie ein Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für nichtmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung vor, das Kriterien für Qualitätsentwicklung und Evaluation festlegt. Die Fraktion DIE LINKE favorisiert eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene, „die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden wird und über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines Fonds verfügt“.

Die schwarz-gelbe Koalition hat bisher noch keine Präventionsstrategie vorgelegt. Johannes Singhammer, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, hat in einem Interview mit dem Ärzteblatt deutlich gemacht, dass ein Präventionsgesetz nicht zwingend erforderlich sei. Ein Paradigmenwechsel hin zu einer präventiven Ausrichtung des Gesundheitswesens könne auch mit den vorhandenen Instrumenten gelingen. Hierbei sei eine „auf Eigeninitiative, Flexibilität und regionale Besonderheiten gründende Präventionspolitik“ notwendig – ein Präventionsgesetz, wie es die Oppositionsparteien vorschlagen, sei hingegen der falsche Weg. Die Bundesregierung setze hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung ganz auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bemühungen, Prävention und Gesundheitsvorsorge gesetzlich zu verankern, bestehen bereits seit einigen Jahren. 2005 wurde der entsprechende Gesetzesentwurf von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag beraten und mehrheitlich verabschiedet. Gescheitert ist das Vorhaben dann letztlich im Bundesrat. Auch Bemühungen zu Zeiten der Großen Koalition führten zu keiner Verabschiedung eines Präventionsgesetzes.

Merle Wiegand

Qualitätsentwicklung und Wege zu Ermittlung wirksamer Präventionsstrategien standen im Mittelpunkt der diesjährigen Herbsttagung, die der AOK Bundesverband, das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), AG Public Health, und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. am 19. Oktober im WZB durchführten.

Die Ergebnisse der Tagung werden derzeit zusammengestellt und können über [olmos@gesundheitbb.de](mailto:olmos@gesundheitbb.de) bestellt werden.

# Viel Wissen und gute Praxis für bessere Gesundheitschancen

## Neues Portal „gesundheitsliche-chancengleichheit.de“ online gegangen

Gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern, ist das Ziel des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der bundesweite Verbund bündelt Erfahrungen, Aktivitäten und Expertise von 53 Partnerorganisationen und entwickelt das Wissen rund um die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten durch den gemeinsamen Austausch kontinuierlich weiter. Mit dem Relaunch der gemeinsamen Internetplattform „www.gesundheitliche-chancengleichheit.de“ werden die bestehenden Strukturen und laufenden Prozesse nun auch online nachvollziehbar gemacht.

Das neue Webportal ermöglicht durch die interaktive und offene Form den Kooperationspartnern eine einfache und vor allem niedrigschwellige Darstellung der eigenen Aktivität



sentieren ihre Erfahrungen und Erfolge, Akteure aus der Wissenschaft kommentieren aktuelle fachliche Entwicklungen aus dem Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und die Regionalen Knoten in den Bundesländern berichten von ihren Aktivitäten. Die Internetseite bietet jedoch mehr als die Teilhabe der relevanten Akteure aus der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Neben der größten bundesweiten Praxisdaten-

bank zu Angeboten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, der umfassenden Sammlung an Materialien und aktuellen Terminen und Wettbewerben werden vor allem die thematischen Arbeitsschwerpunkte des Verbundes (Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Älteren, bei Arbeitslosen und der Gesundheitsförderung im Quartier) auf der Webseite präsentiert. Dazu gehört auch die umfassende und laufend aktualisierte Onlineumsetzung der Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ sowie eine praxisnahe Konkretisierung der Good Practice-Kriterien. Wie kann Partizipation konkret im

Quartier oder bei Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden? Sowohl die Online-Arbeitshilfen und die Good Practice-Konkretisierungen als auch Kommentare von Experten/innen geben hierfür Inspiration, Ansatzpunkte und Unterstützung für die eigene Arbeit. Die Webseite wird laufend weiterentwickelt, so dass auch künftig viel Neues auf dem Portal zu erwarten sein wird.

Niels Löchel

4



**Christine Volk-Uhlmann, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Regionaler Knoten Baden-Württemberg**

„Ich nutze die Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, um mich über Aktuelles im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu informieren, meinen Infodienst zu bestücken und um die Kontaktdaten der Knotenkoordinatorinnen und -koordinatoren bundesweit abzurufen. Auch für meinen Arbeitsschwerpunkt „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Älteren“ bringt mir die Website eine Menge: Ich informiere mich darüber, welche Organisationen das Thema auch behandeln, wer als Referent/in für eine Veranstaltung in Frage kommt oder was es an neuer Literatur aus dem Bereich gibt. Besonders schätze ich die thematische Anordnung und die klarere – auch optische – Gliederung der Seite. Die neue Startseite mit dem Überblick, was aktuell neu eingestellt ist, ist aus meiner Sicht die größte Verbesserung, weil sie einiges an Recherche erspart. Insgesamt nutze ich den Webauftritt seit dem Relaunch deutlich häufiger als vorher, besonders weil die Site soviel klarer gestaltet und nutzerfreundlicher ist.“

ten. So vielfältig wie die Prozesse im Verbund sind, so unterschiedlich ist auch die Form der Inhalte. Von Kommentaren zu Veranstaltungen, fachlichen Beiträgen, Berichten aus der Praxis bis hin zu multimedialen Inhalten wie zum Beispiel Videos findet sich nun die ganze Bandbreite der laufenden Aktivitäten im Web wieder – und ohne dass die Übersicht verloren geht. Das neue Portal setzt auf die Vielfalt der Akteure, die sich einbringen können. Praktiker prä-



**Katarina Prchal, Humboldt Universität Berlin**

„Strukturiert und handhabbar finde ich die Informationen, die ich suche.

Sei es zur Gesundheitsförderung im Quartier oder zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Insbesondere für ein breites Fachpublikum lohnt sich ein Klick auf die Praxisdatenbank, die fortwährend aktualisiert und mit neuen Praxisprojekten gefüllt wird. Hier kann man sich von zahlreichen Projektideen inspirieren lassen. Und wenn mir ein Angebot gefällt, finde ich ganz leicht Informationen zu den Projektinhalten, Zielgruppen und auch Kontaktmöglichkeiten. Doch nicht nur für Praktikerinnen und Praktiker ist die Seite hilfreich. Im Rahmen der

Lehre und Forschung bietet die Seite für Studierende einen Zugang zu aktuellen Debatten in der Gesundheitsförderung, neuen Studien, aktuellen Tagungen sowie Anregungen für eigene Forschungsbeiträge und -vorhaben. Besonders hervorzuheben ist der interaktive Austausch von Akteuren aus Wissenschaft und Praxis, der eine Plattform für Diskussionen zu aktuellen wie brisanten Themen rund um die Gesundheitsförderung bietet. Die Einsicht in die Beiträge zeigt, welche Innovationspotentiale (neue Ideen zum Thema werden präsentiert und diskutiert) und Vielfältigkeiten (es antworten Studierende, Praktiker/innen aus verschiedenen Sozial- und Gesundheitsbereichen und Fachleute) solch ein Medium hervor zu bringen vermag.“

## „Dialog auf gleicher Augenhöhe“

### Peter Struck, Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V., über die Anwendung partizipativer Methoden in der AIDS-Prävention

**Info Dienst:** Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Vorteile bei der Anwendung partizipativer Methoden, was die Nachteile?

**Struck:** Partizipation ist in der Entstehungsgeschichte, der Konzeption und im Alltag der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. vielfältig verankert. Insbesondere in der zielgruppenspezifischen Prävention hat die Partizipation einen hohen Stellenwert. Die Einbindung der jeweiligen Zielgruppe mit ihren spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen ermöglicht eine an ihrer Lebenswelt orientierte Arbeit. Zudem wird die Erreichbarkeit der Zielgruppe erhöht – manchmal überhaupt erst ermöglicht.

Partizipation setzt die Bereitschaft zum Dialog auf gleicher Augenhöhe voraus. Dazu bedarf es gewisser Voraussetzungen: Die Einrichtung muss in ihrem Konzept, ihren Strukturen und ihrem Alltagshandeln offen für Zusammenarbeit sein. Außerdem müssen Frauen und Männer der Zielgruppe bereit sein, sich aktiv zu beteiligen. Aber auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen. So müssen beispielsweise genügend Zeit, ein ausreichendes Budget und Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

**Info Dienst:** Wie und zu welchem Zweck kam die partizipative Evaluation für Ihre Arbeit zur Anwendung?

**Struck:** Seit 15 Jahren beteiligt sich die AIDS-Hilfe Bielefeld an Herzenslust – der nordrhein-westfälischen AIDS-Präventionskampagne für schwule und bisexuelle Männer. Das Bielefelder Herzenslust-Team besteht aus vier schwulen Männern, die sich ehrenamtlich engagieren. Sie sind regelmäßig mit immer wieder neuen Aktionen zu Safer-Sex, HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen in der schwulen Szene präsent.

Die Teilnahme an einem Forschungsprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention der AIDS-Hilfen bot der AIDS-Hilfe Bielefeld die Möglichkeit, die selbst entwickelte Präventionsaktion „Gleitgel, Gummi und Popo“ zu evaluieren – eine Drag-Performance mit Volkslied-Charakter, die auf unterhaltsame Art eine Präventionsbotschaft vermittelt („Infotainment“).

Um die Wirkungen und die Akzeptanz der Präventionsaktion messen zu können, war es wichtig zu erfragen, ob die Präventionsbotschaften von der Zielgruppe verstanden werden und die Aktion eher Interesse weckt oder sie auf Ablehnung stößt. Von Bedeutung war

on zu berücksichtigen?

**Struck:** Um die Akzeptanz und Wirkung der Herzenslustaktion zu überprüfen, entwickelte Herzenslust Bielefeld gemeinsam mit drei AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen, die hauptamtlich in der Prävention arbeiten, und einer Mitarbeiterin des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung ein Evaluationsdesign, das eine Kombination (Triangulation) von Datenquellen und Methoden vorsah. Es wurden drei Instrumente entwickelt. Dazu gehören ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Präventionsaktion durch die Herzenslust-Aktivisten, ein Fragebogen für die Beobachtung der Aktion und der Reaktion der Zielgruppe durch Dritte sowie ein kurzer Fragebogen zur Befragung der Gäste im Anschluss an die Aktion. Die Daten wurden im Frühjahr 2007 auf zwei Partys – eine Herzenslust-Party der AIDS-Hilfe Bielefeld und eine schwul-lesbischen Party in einem kommerziellen Club – gesammelt.

**Info Dienst:** Was waren die zentralen Ergebnisse Ihrer Evaluation?

**Struck:** Die unterschiedlichen Ergebnisse der verschiedenen Datenquellen haben für reich-



### Reihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ)

Dieser Text ist Teil unserer Reihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ). PQ meint die Entwicklung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe. Einen umfassenden Überblick über die Methoden der PQ findet sich in dem Internet-Handbuch

[www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de), das das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) mit (damals) Gesundheit Berlin und Praktiker/innen entwickelt hat.

auch, ob es Unterschiede in der Wirkung der Aktion in verschiedenen Lokalisationen gibt, die Ziele der Präventionsaktion erreicht wurden und schlussendlich, ob sich Folgerungen für die zukünftige Präventionsarbeit ableiten lassen.

**Info Dienst:** Wie gelang es Ihnen, die verschiedenen Perspektiven der Akteure Ihrer Evaluati-

on Diskussionsstoff gesorgt: Die Selbstevaluation des Herzenslustteams ergab eine sehr selbstkritische Einschätzung der Aktion. Die Beobachter/innen zeichneten ein differenziertes Bild. Sie haben – abhängig von ihrem Standort – sowohl interessierte Anteilnahme bis Begeisterung als auch weniger Aufmerksamkeit bis Desinteresse wahrgenommen. Zur

## 17. Kongress Armut & Gesundheit am 9./10. März 2012

Unter dem Motto „Prävention wirkt!“ findet der 17. Kongress Armut und Gesundheit am Freitag, den 9. und Samstag, den 10. März 2012 in der Technischen Universität Berlin statt.

Der Kongress bietet viel Raum für Beiträge aus Wissenschaft, Praxis und Gesundheitspolitik. Vorgestellt und diskutiert werden aktuelle Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie lokale und (inter)nationale Strategien.

Im Mittelpunkt stehen dabei erfolgreiche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – von der Projektentwicklung über die breit angelegte Umsetzung bis hin zur Evaluation.

Auch diesmal finden Satellitenveranstaltungen am Vortag des Kongresses – Donnerstag, den 8. März 2012 – statt. Über den aktuellen Stand des Programms halten wir Sie unter

[www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de) auf dem Laufenden.

Anmeldungen für den 17. Kongress Armut und Gesundheit sind bereits möglich ([www.anmeldung.gesundheitbb.de](http://www.anmeldung.gesundheitbb.de)). Bis zum 31. Januar 2012 zahlen Sie für den Kongress und die angeschlossenen Satellitenveranstaltungen einen vergünstigten Beitrag (60 Euro regulärer Beitrag, 10 Euro für Studierende, Einkommenslose und Rentner/innen).

Überraschung der Herzenslust-Akteure fielen die Rückmeldungen in beiden Gästebefragungen überwiegend positiv aus. 61 Prozent der Befragten fanden die Aktion gut, nur 15 Prozent fanden sie nicht gut. 54 Prozent haben verstanden, dass es um Safer Sex und 35 Prozent dass es um AIDS ging.

Kritischen Rückmeldungen, zum Beispiel zur Verständlichkeit des Liedtexts, wurden zu technischen Verbesserung genutzt. Die Ähnlichkeit der überwiegend positiven Antworten der Gäste im Party-Vergleich überraschte ebenfalls. Die Beobachter/innen und das Herzenslust-Team hatten eher die Unterschiede in den Reaktionen des Publikums auf den beiden Veranstaltungen bemerkt. Die Evaluation erwies sich insgesamt als sehr hilfreich für die Reflexion und Weiterentwicklung der Prävention und hat das Herzenslustteam motiviert, auch weiterhin kreativ aktiv zu sein.

**Info\_Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch.

*Die Fragen stellte Marco Ziesemer.*



## JETZT BESTELLEN:

Die Dokumentation des **16. Kongresses Armut und Gesundheit**

Mit mehr als 150 Beiträgen, Videos und Bildern bietet die CD-ROM einen abwechslungsreichen, komfortablen und fachlich breiten Überblick der Themen des vergangenen Kongresses.

Für 5,- Euro zzgl. Versandkosten

### Bestelladresse:

Gesundheit Berlin-Brandenburg,  
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
Tel.: (030) 44 31 90 60,  
Fax: (030) 44 31 90 63  
E-Mail:  
[sekretariat@gesundheitbb.de](mailto:sekretariat@gesundheitbb.de)  
ISBN: 978-3-939012-12-2

## Bewegung in Berlin-Brandenburg

**Kitas bewegen / Gesund älter werden in Brandenburg / Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere / FuN – Familie und Nachbarschaft**

## „Gesundheit als integraler Bestandteil im Kita-Alltag“

### Interview mit Werner Mall, AOK Nordost, über das Modellprojekt „Kitas bewegen“



Seit 2006 wird im Bezirk Berlin Mitte das Modellprojekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ erprobt. Ziel ist es, die beteiligten Einrichtungen bei einem Organisationsentwicklungsprozess zur Verbesserung der Bildungs- und Gesundheitsqualität zu unterstützen. Dabei versteht sich das Konzept, in Abgrenzung zu reinen verhaltensorientierten Präventionsansätzen, als langfristig wirkende Maßnahme, die nicht nur die Gesundheitschancen der Kinder, sondern auch die Gesundheit der Erzieher/innen verbessert.

Angelehnt an das Modellprojekt und in Zusammenarbeit mit zentralen Partnern aus dem Gesundheitsbereich verfolgt die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin das Ziel, die gute gesunde Kita ab Herbst 2011 landesweit zu verbreiten. Neben den bisherigen Partnern des Modellprojektes wie der Bertelsmann Stiftung und der AOK Nordost unterstützen nun weitere Kooperationspartner wie die Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallkasse, die Ärztekammer Berlin und die ARGORA- Klinik Berlin das Landesprogramm. Die breite Trägerschaft des „Berliner Landesprogramms Kitas bewegen“ soll eine flächendeckende Umsetzung ermöglichen. In der ersten Ausbaustufe können sich bis zu 200 Kitas beteiligen.

Der Info\_Dienst sprach mit Werner Mall, AOK Nordost, über bisherige Erfahrungen mit dem Modellprojekt „Kitas bewegen“, Anknüpfungspunkte für andere Kitas und das Engagement der AOK für das Thema „Gesundheitsförderung in der Kita“.

**Info\_Dienst:** Wodurch zeichnet sich das Modellprojekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ aus?

**Mall:** „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ verfolgt den Ansatz, Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern zu fördern und beide Aspekte miteinander zu verknüpfen. Denn Gesundheit ist zugleich Voraussetzung und Resultat gelingender Bildungsprozesse. So steht ‚gut und gesund‘ für die verknüpfte Förderung von Bildung und Gesundheit. Dabei verfolgt das Projekt einen ganzheitlichen und nachhaltigen Ansatz. Die beteiligten Kitas verabschieden sich von kurzfristigen Gesundheitsprojekten und schaffen ein gemeinsames Verständnis und gute Bedingungen für Bildung und Gesundheit im Kitaalltag. Zielsetzung ist es, die Bildungschancen und das gesunde Aufwachsen jedes Kindes zu fördern. Dabei unterstützt das Projekt auch die Erzieherinnen und Erzieher, trotz ihrer herausfordernden Arbeit gesund zu bleiben und gut zusammenzuarbeiten.

„Kitas bewegen“ stößt in den Einrichtungen einen Organisationsentwicklungsprozess an: von der Situationsanalyse über das Festlegen von Zielen bis zur Umsetzung und Überprüfung

von Maßnahmen und deren Wirkungen. Dieses Verfahren bringt nicht nur Struktur in den Ablauf, sondern hilft jeder Kita herauszufinden, welche Stärken und Entwicklungsfelder vorhanden sind, um zielorientiert zu handeln. Ganz wichtig: In diesem Prozess sind die Kita-Träger und Eltern eingebunden.

**Info Dienst:** Was sind gute Erfahrungen, die in Berlin hinsichtlich der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten gemacht wurden?

**Mall:** Das Projekt „Kitas bewegen“ wird im Berliner Bezirk Mitte seit 2007 erfolgreich umgesetzt. Wir erleben ein großes Interesse und Engagement der beteiligten Kindertageseinrichtungen und Träger, diesen längerfristigen Organisationsentwicklungsprozess zur guten gesunden Kita anzugehen und zu gestalten. Dabei ist es sehr wichtig, dass das Vorgehen, sich zur guten gesunden Kita zu entwickeln, bedarfsorientiert angelegt ist. So finden die unterschiedlichen Ausgangssituationen und individuellen Schwerpunkte Berücksichtigung. Gesundheit wird zu einem wesentlichen Bestandteil im Kita-Alltag und spiegelt sich nachhaltig in den Haltungen und im Verhalten der Akteure sowie in der Gestaltung der Verhältnisse wider.

Zudem sind die Einbeziehung der Eltern, die Zusammenarbeit mit Grundschulen, die Vernetzung mit anderen Kitas und Institutionen im Bezirk von großer Bedeutung. Das Jugendamt im Bezirk Mitte unterstützt diese Koordinierungsarbeit mit großem Engagement. Auch der Fokus auf die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

ist ein Erfolgsfaktor. Zudem werden die Kita-Teams gestärkt und die Stärken des Einzelnen im Team intensiver genutzt.

**Info Dienst:** Welche Bausteine des Projektes könnten von anderen Kitas übernommen werden?

**Mall:** Untersuchungen zeigen, dass unverbundene Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kitas wenig Wirkung entfalten. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Bildung gemeinsam zu denken und zu fördern und über Organisationsentwicklungsprozesse nachhaltig im Kita-Alltag zu verankern. Die dafür im Projekt „Kitas bewegen“ entwickelten Unterstützungsangebote, Instrumente und Qualifizierungen können weiteren Kindertageseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Im Landesprogramm „Kitas bewegen- für die gute gesunde Kita“ in Berlin arbeiten wir in einer sektorübergreifenden Konstellation von Partnern sehr gut zusammen. Jeder bringt Ressourcen und Ideen ein, so entstehen Synergien. Daran gilt es anzuknüpfen.

**Info Dienst:** Welchen Beitrag steuert die AOK als gesetzliche Krankenkasse bei, um die Gesundheitsförderung in den Kitas noch breiter zu verankern?

**Mall:** Gesetzlicher Auftrag der Krankenkassen ist es, bereits in der Kita zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes beizutragen. Mit wissenschaftlich evaluierten Programmen, wie dem AOK-Programm „Tiger Kids“ bieten wir den Kitas fachliche Unterstützung an, um Themen, wie Bewegung, gesunde Er-

nährung und die Förderung psychischer Gesundheit optimal im Kitaalltag zu verankern. Dazu gehören Angebote für Kinder genauso wie Fortbildungsangebote für Erzieher/innen und Köche/Küchenkräfte sowie Elternabende und Materialien für zu Hause.

Genauso wichtig wie die Gesundheit der Kinder ist jedoch die Gesundheit der Erzieher/innen. Die Kita ist nicht nur eine pädagogische Einrichtung, sie ist zugleich Arbeitsplatz für eine große Zahl von Beschäftigten mit durchaus herausfordernden Arbeitsbedingungen. Ihre Gesundheit unterstützen wir mit Angeboten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement für Kitas und ihre Träger.

Eine weitere Aufgabe sehen wir in der dauerhaften Verankerung des Projektes. Die Erfahrung zeigt, dass Einzelakteure in der Gesundheitsförderung schnell die Kraft ausgeht. Deshalb setzen wir auf Kooperation und Vernetzung. Das neue „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ ist hierfür ein hervorragendes Beispiel.

Akteure aus Bildung und Gesundheit engagieren sich gemeinsam und in enger Zusammenarbeit mit den Bezirken, Kita-Trägern und Eltern. Die enge Kooperation mit dem „Landesprogramm für die gute gesunde Schule“ trägt dazu bei, den Berliner Kindern zukünftig einen guten und gesunden Start zu ermöglichen.

**Info Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch.

*Die Fragen stellte Stefan Weigand.*

## Gesund älter werden in Brandenburg

### Landesweites Bündnis auf dem Weg

„Alle Akteure, die sich dem Ziel ‚Gesund alt werden‘ verschrieben haben, müssen ihre Aktivitäten, ihre Kräfte bündeln. Wir brauchen ein Bündnis.“ Mit diesen Worten begrüßte der Abteilungsleiter Gesundheit, Thomas Barta (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg) die 70 Teilnehmer/innen der Fachtagung „Gesund älter werden in Brandenburg“, am 5. Mai 2011 in Potsdam. Das Ministerium hatte gemeinsam mit der Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg – in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg – zur Veranstaltung ins Haus der Brandenburgisch-Preußischen Gesellschaft geladen. Damit führt das Ministerium

einen Prozess weiter, der im Herbst 2010 mit einem Workshop zum gleichen Thema begonnen hatte.

Den Auftakt der Fachtagung machten drei Beiträge, die aus unterschiedlichen Perspektiven die Voraussetzungen und Entwicklungsrichtungen für den Gesundheitszieleprozess in Brandenburg reflektierten. Prof. Adelheid Kuhlmeier vom Institut für medizinische Soziologie der Charité Berlin verdeutlichte die Datenlage zur demografischen Entwicklung in Brandenburg vor und zeigte damit die Dringlichkeit des Themas. Anschließend stellte Dr. Josefine Heusinger vom Institut für Gerontologische Forschung Berlin Ergebnisse eines u.a. in der Re-

gion Beeskow (Landkreis Oder-Spree) durchgeführten Forschungsprojektes zu Selbstbestimmung trotz Pflegebedarf im ländlichen Raum vor, das die zentrale Rolle der sozialen Einbindung älterer Menschen betont. Prof. Sieglinde Heppener vom Seniorenrat des Landes Brandenburg zeigte aus Sicht der Interessenvertretung der Senior/innen die Fülle von Engagement und Erfahrung auf, an die ein Gesundheitszieleprozess anknüpfen kann.

Einig war man sich in der anschließenden Podiumsdiskussion darüber, dass die oft schon lange und bereits erfolgreich arbeitenden Projekte und Netzwerke in den Regionen des Landes durch einen Zieleprozess transparenter gemacht und unterstützt, niemals aber ersetzt werden sollen: „Wir brauchen regionale Antworten auf die Probleme, sonst werden wir sie nicht meistern“, so Frau Prof. Kuhlmeier.

In der zweiten Hälfte der Veranstaltung standen die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmer/innen im Mittelpunkt. In vier Arbeits-

gruppen diskutierten sie zu den Themen

- Vernetzung von Akteuren
- Aktive Beteiligung der Zielgruppe
- Bedarfsorientierte Angebote und Strukturen der Gesundheitsförderung und
- In Würde Altern.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen fließen in die Gründung des Bündnisses Gesund Älter Werden in Brandenburg ein, die für das erste Quartal 2012 vorgesehen ist.

Weitere Informationen zur Fachtagung sowie die Fachbeiträge der Referent/innen finden Sie auf den Seiten des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg: [www.mugv.brandenburg.de](http://www.mugv.brandenburg.de) (Gesundheit, Gesundheitsziele) oder über die Eingabe der Begriffe „Gesundheitsziele Brandenburg Alter“ über eine Internetsuchmaschine.

Kontakt:

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg

Dr. Andreas Böhm:

[andreas.boehm@mugv.brandenburg.de](mailto:andreas.boehm@mugv.brandenburg.de)

Fachstelle Gesundheitsziele im

Land Brandenburg

Holger Kilian: [kilian@gesundheitbb.de](mailto:kilian@gesundheitbb.de)

Marisa Elle: [elle@gesundheitbb.de](mailto:elle@gesundheitbb.de)

## „Die Arbeit mit engagierten Akteuren kann viel bewegen“

### Bettina Baumgardt über ein gesundes älter werden im Land Brandenburg



Der Info\_Dienst sprach mit Bettina Baumgardt, Leiterin des Referates 21 (Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Gesundheitsberichterstattung, Neue medizinische Versorgungsstrukturen) im

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, über die Gesundheit älterer Menschen in Brandenburg und das geplante landesweite Bündnis „Gesund Älter Werden“.

**Info\_Dienst:** Warum ist das Thema „Gesund älter werden“ in Brandenburg (bzw. für das MUGV) so wichtig?

**Baumgardt:** Das Land Brandenburg ist besonders stark vom demographischen Wandel betroffen. Es ist absehbar, dass der Anteil alter und sehr alter Menschen in den nächsten 20 Jahren in unserem Land besonders stark steigen wird. In den letzten 20 Jahren ist die Lebenserwartung in Brandenburg kontinuierlich gestiegen. Wir wollen, dass die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes viele Jahre bei guter Gesundheit und viel Lebensqualität verbringen. Die Annäherung an dieses Ziel wird uns nicht einfach geschenkt. Hierfür wollen wir ein „Bündnis Gesund Älter Werden“ gründen.

**Info\_Dienst:** Welches Verständnis von „Alter und Gesundheit“ soll den Prozess tragen?

**Baumgardt:** Die häufig zitierte alte Gesundheitsdefinition der WHO besagt, dass Gesundheit ein umfassendes geistiges, körperliches und seelisches Wohlbefinden sei. Das ist eine Illusion oder wenigstens missverständlich. Die Altersforscherin Prof. Kuhlmeier nennt hier eine wichtige Erkenntnis: „Alter darf nicht als Abwesenheit jeglicher Erkrankung oder Funktions-

einschränkung verstanden werden, sondern zeigt sich in der Selbstständigkeit und Lebensqualität jedes einzelnen alten Menschen“.

**Info\_Dienst:** Was sind die wichtigsten Ergebnisse, die Sie aus der Veranstaltung mitgenommen haben?

**Baumgardt:** Gesund älter werden ist ein vielschichtiger Prozess, sowohl für den einzelnen Menschen wie für die Gemeinschaft. Was auf der Veranstaltung deutlich wurde: Ohne die Mitwirkung von älteren Menschen kann unsere Initiative nicht erfolgreich sein. Der Seniorenbeirat, eine Einrichtung auf Landesebene, hat seine Mitwirkung angekündigt, worüber ich mich sehr freue. Die Seniorenräte auf der kommunalen Ebene werden auch gebraucht. Obwohl ein zukünftiges „Bündnis Gesund Älter Werden“ steuernd und koordinierend arbeitet, gilt es regional, d. h. vor Ort in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten tätig zu werden. Die Arbeit mit engagierten Akteuren aus der Basis kann Ressourcen bündeln und viel bewegen. Ein solches Bündnis ist nicht nur für die Zielgruppe sondern für alle ein Gewinn für Brandenburg.

**Info\_Dienst:** Wie soll/kann es in Brandenburg weiter gehen?

**Baumgardt:** Nach einem Workshop 2010 und der Fachtagung im Mai dieses Jahres befinden wir uns auf dem Weg zur Gründung des Bündnisses „Gesund Älter Werden“ in Brandenburg. Nach der Auswertung der Fachtagung werden wir die Gründung vorbereiten und denken, dass wir im ersten Quartal 2012 das Bündnis ausrufen können.

**Info\_Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch!

*Die Fragen stellten Holger Kilian und Marisa Elle.*

### Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin – Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug

#### Senatsverwaltung für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz veröffentlicht Spezialbericht

Der Bericht analysiert vor dem Hintergrund zunehmender Altersarmut wesentliche Dimensionen der sozialen Lage älterer Menschen in Berlin. Schwerpunktmäßig werden Ausmaß und Struktur der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen der Mindestsicherung in der älteren Bevölkerung untersucht. Ebenso werden der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage und die Arbeit mit Gesundheitszielen dargestellt.

Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung wie auch Nichterwerbstätigkeit oder prekäre Beschäftigung werden als mögliche Armutsrisiken besprochen und gesetzliche Leistungen diskutiert.

Der Spezialbericht wurde in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin erstellt.

Sie finden den vollständigen Bericht unter:

[www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html](http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html)

## Krank ohne Papiere

### Medizinische Versorgung von Menschen in Illegalität in der Diskussion

Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis leben in der ständigen Angst, entdeckt zu werden. Zum Arzt gehen sie oftmals erst, wenn es schon zu spät ist, die Schmerzen nicht mehr zu ertragen sind. Zwar zahlt das Sozialamt im Allgemeinen die medizinische Behandlung, doch besteht in Deutschland die so genannte Übermittlungspflicht: Das heißt, das Sozialamt informiert die Ausländerbehörde, die Abschiebung droht. Menschen in Illegalität leben in einer gesetzlichen Grauzone – für Berlin belaufen sich die Schätzungen auf etwa 250.000 Betroffene.

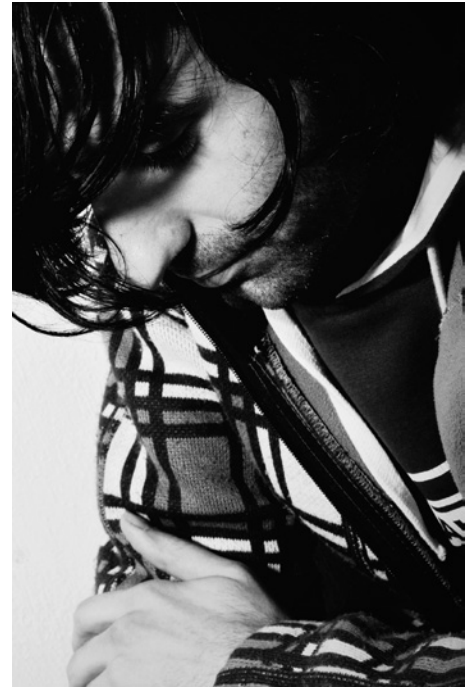
Neben der Malteser Migranten Medizin ist das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (medibüro) eine Anlaufstelle für Hilfesuchende ohne Papiere in Berlin.

Im Jahr vermittelt das medibüro rund 1.000 kostenlose medizinische Behandlungen. Die Hilfesuchenden kommen vor allem aus Afrika, Lateinamerika, Osteuropa und zunehmend auch aus Südosteuropa. Dies sind Menschen, die zwar teilweise inzwischen Bürger/innen von EU-Staaten sind und legal in Deutschland leben, in ihrem Heimatland jedoch nicht krankenversichert sind.

Anfang August hat das medibüro nun bekannt gegeben, dass die Kosten für Medikamente,

Operationen, Geburten oder andere Gesundheitsleistungen nicht mehr getragen werden können. Seit seiner Gründung im Jahr 1996 finanziert sich das medibüro ausschließlich aus Spendengeldern und ehrenamtlich arbeitenden Mediziner/innen in Arztpraxen und Krankenhäusern. Rund 50 kooperierende Berliner Arztpraxen versorgen Hilfe suchende Personen in ihren Sprechstunden.

Einem Spendenaufruf waren viele Menschen gefolgt, weshalb die medizinische Notversorgung zumindest kurzfristig gesichert werden konnte. Trotz der angespannten finanziellen Situation lehnt das medibüro Unterstützung durch den Berliner Senat bisher ab. *„Lassen wir uns jetzt auf eine kurzfristige Finanzierung ein, heißt es: Alles ist gut, der Berliner Senat hat dem medibüro Geld gespendet. Aber wir wollen die aus der Not geborene Situation nicht etablieren. Wir brauchen mal eine Intensivstation, mal teure Medikamente: Leistungen des gesamten Gesundheitssystems“,* so Jessica Groß, Ärztin in Berlin und ehrenamtliche Mitarbeiterin im medibüro, in einem Interview mit Junge Welt. Staatssekretär Benjamin Immanuel-Hoff (DIE LINKE) hatte dem medibüro finanzielle Unterstützung angeboten.



Die finanzielle Lage des medibüros war Anlass, am 30. August 2011 mit Vertreter/innen Berliner Parteien und Akteur/innen aus dem Gesundheitswesen die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere zu diskutieren. Zur Debatte stand auch der so genannte anonyme Krankenschein, welcher über eine „geschützte Vermittlung“ die Krankendaten illegaler anonymisiert zu den Sozialämtern weiterleitet und damit eine medizinische Versorgung sicherstellt – ohne Konsequenzen für die Hilfesuchenden. Trotz der starken und anhaltenden

### „Das Recht auf Gesundheit verwirklichen“

**Kommentar von Dr. med. Andreas Schultz, Ärzte der Welt e.V.**

Wer krank ist, geht zum Arzt, das ist für viele von uns heutzutage selbstverständlich. Für Menschen ohne Papiere ist es das jedoch nicht. Das „Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit“, 1966 festgeschrieben im UN-Sozialpakt und ein universales Menschenrecht, wird Menschen ohne Papiere in Deutschland de facto oftmals verwehrt.

Die Gründe dafür sind vielfältig, meist sind es jedoch gesetzliche und administrative Barrieren, die den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere stark einschränken. Obwohl in den vergangenen zwei Jahren von Seiten des Gesetzgebers punktuell Versuche gemacht wurden, diese rechtlichen Barrieren zu nivellieren, ist der Zugang zu Notfall- aber auch ambulanter Versorgung für Menschen ohne Papiere immer noch stark eingeschränkt. Erwähnenswerte Modellprojekte einiger Kommunen wie z. B. in München oder in Berlin, die regional zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere geführt haben, bleiben bis jetzt nur „Leuchtturmprojekte“, die an Landes- bzw. Stadtgrenzen enden.

Zugang zu medizinischer Versorgung ist für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus deshalb oft nur durch die Unterstützung von Initiativen wie beispielsweise den MediNetzen oder Einrichtungen wie etwa

dem Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin (medibüro) oder open.med (ein Projekt der Organisation „Ärzte der Welt e.V.“) in München möglich. Es liegt jedoch naturgemäß außerhalb der Möglichkeiten und Aufgaben nichtstaatlicher Akteure, die im Sozialpakt genannte „höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit“ für Menschen ohne Papiere sicherzustellen.

Die medizinische und soziale Situation für Menschen ohne Papiere in Deutschland ist auch nach der Änderung der Verwaltungsvorschrift und der Implementierung unterschiedlicher Modellprojekte unverändert problematisch. Auch das Engagement nichtstaatlicher Akteure kann und soll diese Defizite nicht alleinverantwortlich beseitigen.

Der Gesetzgeber ist dementsprechend gefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es jedem Menschen, der sich in Deutschland aufhält, ermöglichen, sein Recht auf Gesundheit gemäß dem o.g. Sozialpakt zu verwirklichen. Dies kann nur durch strukturelle Änderungen, wie beispielsweise die Entwicklung eines anonymen Krankenscheins und/oder die Abschaffung des §87AufenthG, erreicht werden. Gleichzeitig müssen Politik und Zivilgesellschaft gemeinsame Wege zu Migrant/innen und Menschen ohne Papiere finden und eine gesamtgesellschaftliche Lösung über einzelne Instrumente hinaus anstreben.

Dr. med. Andreas Schultz  
Direktor / Gesamtleitung Deutschland  
Ärzte der Welt e.V. / Médecins du Monde Deutschland

Bemühungen des medibüros und einigen Befürworter/innen aus dem Berliner Senat, wie Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher und Staatssekretär Benjamin Immanuel-Hoff (DIE LINKE) sowie Abgeordneten der SPD-Fraktion, konnte der anonyme Krankenschein in Berlin bisher nicht durchgesetzt werden. Einwände kommen vor allem aus der Senatsverwaltung für Inneres und Sport, welche ordnungspolitische Aspekte voranstellt.

Auch auf Bundesebene rückt das Thema verstärkt in den Mittelpunkt (lesen Sie hierzu den Beitrag „Das Recht auf Gesundheit verwirklichen“ auf S. 9) – jedoch ist und bleibt die medizinische Versorgung von Menschen in Illegalität nicht nur in Berlin ein „Randthema“, wie Thomas Isenberg (gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion Berlin) feststellt. Fest steht aber auch: Langfristig kann die medizinische Versorgung Illegaler in Berlin nicht

durch eine engagierte Gruppe Ehrenamtlicher geleistet werden.

Möchten Sie das medibüro mit einer Spende unterstützen, richten sie diese an:  
Spendenkonto: Flüchtlingsrat Berlin e.V.  
Stichwort medizinische Flüchtlingshilfe  
BLZ 100 20 500  
Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr.: 3260302

*Merle Wiegand*

## Evaluation des Projektes „FuN“ im Land Brandenburg

### Erste positive Erfahrungen aus Potsdam

Die Abkürzung FuN steht einerseits für „Familie und Nachbarschaft“, andererseits ist es das englische Wort für Spaß, denn Spaß steht bei den Kursen im Mittelpunkt. Das Projekt will durch die spielerische Herangehensweise Familien und im Besonderen Kinder stärken, Beziehungen fördern und Probleme durch ein soziales Netzwerk auffangen. FuN spricht die Eltern in erster Linie auf ihre Ressourcen und nicht auf ihre Defizite an und schafft damit eine Atmosphäre von Entwicklung und Wachstum. Spielerisch werden in den Kursen unter anderem die Beziehung und der Umgang zwischen Eltern und Kindern deutlich.

FuN wird evaluiert. Bevor die Ergebnisse des brandenburgischen Projektes im Herbst 2011 in einer ausführlichen Evaluation nachzulesen sind, gibt es bereits erste Rückmeldungen aus den Potsdamer Kursen.

#### Wie verläuft die Evaluation?

Die Evaluation erfolgt durch eine Prä-Post-Befragung der Eltern mit zwei niedrigschwelligen Fragebögen, die gemeinsam mit den Teamer/innen jeweils zum achten Treffen und spätestens bis zum dritten Nachtreffen ausgefüllt werden. Diese sind angelehnt an die standardisierten bestehenden Familienfragebögen vom Institut „Praepaed“ in Münster, das FuN entwickelt hat. Eine Überarbeitung der Fragebögen hat durch eine Studentin der Hochschule Flensburg stattgefunden. Sie wertet alle Fragebögen im Rahmen ihrer Diplomarbeit zum Ende der Projektphase aus.

Aktuell werden die Befragungen an drei Standorten durchgeführt: in Eberswalde, Brandenburg an der Havel und Potsdam.

#### Folgende Fragestellungen stehen im Vordergrund:

1. Welche kurz- und längerfristigen Auswirkungen machen sich bemerkbar durch die Implementierung von FuN im Sozialraum?
2. Welche Auswirkungen hat eine enge Kooperation verschiedener Träger im Stadtteil? Was passiert in den Familien, wenn zunehmend mehr Pädagog/innen mit dem FuN-Konzept auf Eltern zu gehen?
3. Verändert sich die Elternkompetenz nachhaltig?

Zum Ende der Projektphase ist es nun wichtig, inwieweit das Projekt „FuN – Familie und Nachbarschaft“ seine konzeptuell festgelegten Ziele, nämlich Wirksamkeit und Nachhaltigkeit, im Rahmen der Projektlaufzeit von zwei Jahren erreicht.

Die Evaluation will zeigen, dass die Ziele mit FuN erreicht werden können. Zum einen können damit potentielle Geldgeber von der Notwendigkeit dieses Projektes überzeugt werden, um ein Fortbestehen beziehungsweise den Ausbau dieses Projektes zu ermöglichen. Außerdem entsteht so die Möglichkeit, einen Austausch zwischen Teamer/innen und Familien anzuregen, wodurch die Durchführenden eine Rückmeldung erhalten.

Hierzu ist ein landesweiter Erfahrungsaustausch – mit gleichzeitiger Zertifizierung der ausgebildeten Teamer/innen – im November 2011 in Eberswalde geplant.

#### Ein Beispiel erster Erfahrungen mit FuN aus Potsdam im Zeitraum 2010 – 2011

Die FuN-Teamer/innen berichteten, dass Familien nach dem FuN-Kurs einen deutlich veränderten, positiveren Umgang untereinander zeigten. Die Eltern konstatierten selbst, dass sich die Kinder besser an Regeln und Grenzen gehalten hätten. Es entstanden gute Kontakte zwischen den Familien im Stadtteil. Eltern begannen, aktiv im Kita- oder Schulalltag mitzuwirken, beispielsweise beim Besuch der Elternversammlung und Aktivitäten im Rahmen der Schule. So zeigten sich Eltern bereit, die sonst nie oder selten an Schulfesten dabei waren, an der Vorbereitung dieser mitzuwirken.

Als positiv nahmen die Eltern das gemeinsame Essen am Familientisch als festen Bestandteil des Programms wahr. Alle Familien hielten sich dabei an die getroffenen Absprachen, so dass jede Familie einmal für die FuN-Gruppe kochte. Eine Mutter erzählte, dass sie im FuN-Kurs zum ersten Mal erlebte, wie viel Spaß ihr zum Beispiel das gemeinsame Basteln mit ihren Kindern macht. Teile des Programms integriere sie seitdem in ihr Familienleben.

Durch die Elternrunde hatten die Erwachsenen die Möglichkeit, sich über ihr Alltagsleben auszutauschen, Gemeinsamkeiten zu erleben und Kontakte zu knüpfen. Dieser Austausch hilft, um sich im Alltag gegenseitig zu entlasten. Im Anschluss an die Kurse werden die Eltern über ein halbes Jahr in einer „Selbstorganisationsphase“ begleitet. Auch dadurch sind zu vielen Eltern nachhaltige Beziehungen entstanden, die auch weiterhin vertieft werden.

Weitere Information über FuN „Familie und Nachbarschaft“ finden Sie unter:

[www.fun-brandenburg.de](http://www.fun-brandenburg.de)

*Cornelia Karth*

*FuN – „Familie und Nachbarschaft“*

*Tel.: (0331) 88 76 20 16*

*karth@gesundheitsbb.de*

## Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheits- förderung im Quartier

Das neue Heft 7  
„Gemeinsam handeln – Chancen  
verbessern“ der Arbeitshilfen ist da!



Die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ sind eine praxisnahe Sammlung von Werkzeugen zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderung im Quartier. Diese ermöglichen die praktische Unterstützung der Projektentwicklung vor Ort. Das Verständnis von Gesundheitsförderung, das von Partizipation und Ressourcenorientierung geprägt ist, bestimmt die Darstellungen.

Das neue Fachheft widmet sich der sektoren- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit im Quartier und in der Kommune. Es wird aufgezeigt, wie unter oft schwierigen Bedingungen erfolgreich Prävention gestaltet werden kann. Viele Maßnahmen und Konzepte, die in diesem Heft dargestellt werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sich für ihre Realisierung unterschiedliche Partner und Verwaltungsressorts zusammengefunden haben.

Sie können das gedruckte Heft einzeln oder den Ordner mit allen sieben Heften kostenlos per E-Mail an [arbeitshilfen@gesundheitliche-chancengleichheit.de](mailto:arbeitshilfen@gesundheitliche-chancengleichheit.de) oder telefonisch unter (030) 44 31 90 60 bestellen.

## Kinder und Jugendliche

Gesund aufwachsen für alle! / Kommunale Praxis  
Früher Hilfen / Kinder im Kontext häuslicher Gewalt

### Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Wie lassen sich die Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder in den Kommunen umsetzen?



Ausgehend von der Frage, wie Kinder und Jugendliche in schwieriger sozialer Lage gesünder aufwachsen können, hat der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in den vergangenen zwei Jahren Handlungsempfehlungen unter dem Titel „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ erarbeitet. Diese bündeln das Erfahrungswissen aus über 50 Good Practice-Angeboten sowie der fachlichen Expertise aus dem Kooperationsverbund und richten sich insbesondere an politische Entscheidungsträger in den Kommunen.

Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen in den Kommunen und der gemeinsame Erfahrungsaustausch darüber stehen im Mittelpunkt des Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“. Dabei wird dieser als ein Prozess gemeinsamen Lernens verstanden, der dazu dient, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendli-

chen zu verringern und zu einer Entwicklung von entsprechenden kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen.

Als bundesweiter Zusammenschluss von Institutionen und Organisationen in der sozial-

#### Kerstin Moncorps, Plan- und Leitstelle für Gesundheit und Soziales des Bezirksamtes Marzahn-Hellersdorf

„Der Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ rückt Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in den Fokus und unterstützt Kommunen auf Grundlage der Handlungsempfehlungen darin, erfolgversprechende Ansätze, wie zum Beispiel den der Präventionskette, umzusetzen. Damit wird der Partnerprozess auch einem zentralen Ziel des Gesunde-Städte-Netzwerkes gerecht, Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. Vor dem Hintergrund, dass im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf bereits damit begonnen wurde, eine Präventionskette aufzubauen, erhoffen wir uns durch eine Beteiligung am Partnerprozess, mit anderen Kommunen in den Austausch zu kommen, neue Vernetzungspartner zu finden und einen Beitrag zur Herstellung von mehr Transparenz über die Aufbauprozessen einer Präventionskette leisten zu können.“

lagenbezogenen Gesundheitsförderung bietet der Kooperationsverbund den fachlichen Rahmen und unterstützt den Partnerprozess als Schnittstelle zwischen Praxis, Wissenschaft und politischer Entscheidungsebene. Mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Landkreistag, dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Gesunde Städte-Netzwerk wurde vereinbart, dass die Erfahrungen von Kommunen bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen zusammengetragen werden. Dabei gilt es vor allem abzubilden, was erfolgreiche Strategien und hilfreiche Instrumente zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen in einer Kommune sind, wie Erfolge gemessen werden können, was Kommunen die Umsetzung der Handlungsempfehlungen erleichtert und wo Hürden und Handlungsbedarfe bestehen.

Durch eine Onlineplattform, die auf der Webseite [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zu finden sein wird, wird der Partnerprozess transparent und nachvollziehbar gemacht und die notwendige Infrastruktur zum Austausch, zur Darstellung, Dokumentation sowie Evaluation des gemeinsamen Lernprozesses geschaffen.

In einzelnen Bundesländern gibt es bereits erfolgversprechende Ansätze zur Verringerung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen (z. B. der Aufbau einer Präventionskette im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf), aber auch das Interesse von Kommunen, dieses Thema stärker in den Fokus der eigenen Aktivitäten zu rücken. Dementsprechend richtet sich der Partnerprozess nicht nur an Kommunen, die bereits über ausdifferenzierte Strukturen

hinsichtlich Gesundheitsförderung verfügen, sondern auch an diejenigen, die sich gemeinsam mit anderen Kommunen auf dem Weg hin zu einem kommunalen Gesamtkonzept machen möchten, bei dem es darum geht, jedes Kind mitzunehmen und dementsprechend v.a. die Verzahnung von gesundheitsförderlichen Angeboten an den Übergängen der kindlichen Entwicklung in den Fokus nimmt.

Bei Interesse an weiteren Informationen zum und/oder einer Beteiligung am Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ können Sie sich an die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes bei Gesundheit Berlin-Brandenburg wenden.

Kontakt:

Katja Becker

[becker@gesundheitbb.de](mailto:becker@gesundheitbb.de)

Tel.: (030) 44 31 90 99

## Kommunale Praxis Früher Hilfen

### Nationales Zentrum Frühe Hilfen veröffentlicht Bestandsaufnahme

Die meisten Kommunen haben ihre Anstrengungen im Bereich Frühe Hilfen verstärkt. Dies geht aus der Publikation „Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland“ hervor. Für die Bestandsaufnahme des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) wurden deutschlandweit die Jugend- und Gesundheitsämter befragt. Durchgeführt und ausgewertet wurde die Befragung vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu). Nachdem bereits im Jahr 2009 eine erste Befragung vorgenommen wurde, in welcher das Verständnis von Frühen Hilfen im Mittelpunkt stand, setzt sich Teil II der Befragung mit den kommunalen Strukturen vor Ort auseinander. Untersucht wurden der Stellenwert, der Umfang und die Art der Angebote Früher Hilfen. Weitere Fragen bezogen sich auf die Finanzierung und Verstetigung der Angebote, die Zugangswege zu Familien sowie die derzeitige Praxis der Früherkennung von familiären Problemlagen.

Nach Aussage fast aller Ämter tragen „Frühe Hilfen“ zur frühzeitigeren Erkennung von familiären Problemlagen bei. Insgesamt halten die

Kommunen eine breite Palette von frühen Hilfsangeboten für werdende und junge Eltern bereit. Sie reichen von Präventionsangeboten, die alle Familien erreichen – beispielsweise Begrüßungspakete und -besuche – über Maßnahmen für spezifische Situationen wie die Frühförderung von behinderten Kindern, bis zu stationären Hilfen für jugendliche Mütter – dazu gehören etwa Mutter-Kind-Einrichtungen.

Die Bestandsaufnahme hat zudem gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Kommunen Koordinierungsstellen eingerichtet hat, um die verschiedenen Anbieter Früher Hilfen miteinander zu vernetzen und dadurch deren Effektivität zu erhöhen. Dennoch werden seitens der Jugend- und Gesundheitsämter weitere Entwicklungsbedarfe gesehen. Zum einen fehlen ihnen bessere Instrumente zur Einschätzung von familiären Belastungen, um noch passgenauere Hilfen anbieten zu können. Zum anderen werden mehr interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Fachkräfte benötigt.

Die Bestandsaufnahme steht Ihnen unter [www.fruehehilfen.de/wissen/bestandsaufnahme-zur-entwicklung-der-kommunalen-praxis-im-bereich-frueher-hilfen](http://www.fruehehilfen.de/wissen/bestandsaufnahme-zur-entwicklung-der-kommunalen-praxis-im-bereich-frueher-hilfen) zur Verfügung.

## Kinder im Kontext häuslicher Gewalt

### Hinsehen, verstehen, handeln – aber wie?

Häusliche Gewalt ist überwiegend Gewalt gegen Frauen – und in vielen Fällen gegen Mütter. Gefühle der Angst und des Verlustes von Sicherheit und Vertrauen prägen das Familienleben, die Eltern können ihre Erziehungsaufgabe zunehmend schwerer erfüllen. Seelische und körperliche Misshandlungen treffen mitunter die Kinder direkt. Aber auch das Miterleben von Gewalt ist traumatisierend und kann gravierende Auswirkungen auf das Wohlerge-

hen, die psychosoziale Entwicklung und die Zukunft des Kindes haben. Erzieher/innen in Kindertagesstätten sind wichtige Bezugspersonen für die betroffenen Kinder. Sie geben Rückhalt und Unterstützung, aber sie tragen auch eine große Verantwortung, im Verdachtsfall angemessen zu reagieren.

Der Info\_Dienst sprach mit Beate Schädler, Neuruppiner Frauenverein und Tandem-Fort-

bildungsgruppe Häusliche Gewalt, und Hans Leitner, Fachstelle für Kinderschutz in Brandenburg, über den Handlungsmöglichkeiten im Fall einer Kindeswohlgefährdung, die Zusammenarbeit mit Kitas und vorhandene Hilfe- und Unterstützungsstrukturen, die Erzieher/innen nutzen können.

**Info\_Dienst:** Inwiefern kann häusliche Gewalt als ein Faktor von Kindeswohlgefährdung gewertet werden?

**Schädler:** Kinder erleben die Gewalt mit, auch wenn sie selbst nicht Opfer tätlicher Angriffe sind. Meist übt der (Stief-) Vater Gewalt gegen die Mutter aus. Kinder sind mit solchen Situationen überfordert und reagieren mit Angst, Wut und Hilflosigkeit. Die Folgen sind oftmals

gesundheitliche Schäden, Entwicklungsverzögerungen oder Störungen im kognitiven und sozialen Verhalten – das zeigen viele Studien. Die Kinder fühlen sich zudem oft schuldig an den Gewaltausbrüchen. Und mehr noch, sie entwickeln sich im Erwachsenenalter mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst zum Täter oder Opfer.

**Leitner:** Häusliche Gewalt wurde selbst in der Fachwelt bis vor kurzem nicht grundsätzlich als Kindeswohlgefährdung definiert, sondern nur in den Fällen, in denen sich diese Form der Gewalt unmittelbar gegen Kinder selbst richtete. Es ist äußerst erfreulich, dass sich diese Position grundsätzlich geändert hat und Fachkräfte bei der Bewertung einer Kindeswohlgefährdung anerkennen, dass jede Form von häuslicher Gewalt, also auch das Miterleben und die Konfrontation mit deren Folgen, das heißt sehen und hören, eine Gefährdung für das betroffene Kind darstellt.

**Info\_Dienst:** Frauen, die Zuflucht im Frauenhaus suchen, sind oft auch Mütter von Kindern. Wie wird bei Ihnen ein Kind seinen Belastungen und Bedürfnissen entsprechend betreut?

**Schädler:** Die Kinder werden bei uns als eigenständige Personen wahrgenommen und aufgenommen. Sie sind im Team mit ihren Erlebnissen und ihrem Verhalten genauso Thema wie die Frauen. Wir analysieren, was das Kind benötigt – dies meist aus der Beobachtung im Spiel heraus oder in den Müttergesprächen. Wir helfen dann der Mutter, das Kind zu verstehen und weiter zu fördern. Wir machen dem Kind und der Mutter Angebote. Mit älteren Mädchen oder Jungen führen wir Gespräche. Alle Kinder und Jugendlichen wissen, dass sie mit Sorgen und Problemen zu uns kommen können.

**Info\_Dienst:** Wann hört die Privatsphäre auf, d.h. wann müssen Fachkräfte in Kitas zum Wohle des Kindes aktiv werden?

**Leitner:** Jede Form von Gewalt und Vernachlässigung stellt in gewisser Weise eine mögliche Kindeswohlgefährdung dar. Dabei ist es nach dem Gesetz unerheblich, ob die Eltern oder andere Personen dies schuldhaft tun oder nicht bzw. den notwendigen Schutz des Kindes in gleicher Weise unterlassen.

Wird eine solche Situation der Gefährdung durch Fachkräfte wahrgenommen, sind diese gesetzlich zum Handeln, Helfen und ggf. Schützen verpflichtet.

Dies bedeutet aber nicht unbedingt, die Beobachtung unmittelbar dem Jugendamt zu melden oder bei der Polizei eine Anzeige zu erstatten. Oft kann ein vertrauliches Gespräch z. B. mit den Eltern helfen, die Situation bewusst zu machen und so eine Änderung zu bewirken. Schon alleine eine solche Ansprache kann im Sinne von Prävention bewirken, dass Eltern



sich über diese Art der Aufmerksamkeit künftig angemessener zu ihrem Kind verhalten.

Aber auch das direkte Hilfeangebot oder die Vermittlung eines solchen durch die Kita, die Schule oder den Sportverein kann helfen, schwierige familiäre Lebenssituationen besser zu meistern.

**Info\_Dienst:** Frau Schädler, mit welchen Einrichtungen arbeiten Sie derzeit zusammen, um auch die Bedarfe der Kinder zu decken und welche Chancen sehen Sie in weiteren Kooperationen?

**Schädler:** Bei Bedarf arbeiten wir mit allen Institutionen zusammen, in denen sich die Kinder aufhalten. Das sind insbesondere Kitas, Schule, Freizeitangebote, Kliniken und Ärzt/innen. Die Zusammenarbeit erfolgt immer in enger Absprache mit der Mutter. Eine landesweite Tagung für das Gesundheitssystem ist in Planung.

Wir vermitteln immer wieder auch Kinder in die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies ist manchmal notwendig, wenn die Kinder zu viel Gewalt mit angesehen oder selbst erfahren haben und entsprechende Verhaltensstörungen aufweisen. Dort können die Kinder

Der Regionale Knoten Brandenburg des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat sowohl in 2010 als auch in 2011 Veranstaltungen zum Thema „Kinder im Kontext häuslicher Gewalt“ durchgeführt, die sich speziell an die Zielgruppe der Erzieher/innen in Kitas richten.

Eine Dokumentation der Fachtagung am 30. November 2010 ist nun erschienen und kann bei Annett Schmok [schmok@gesundheitbb.de](mailto:schmok@gesundheitbb.de), Tel.: (0331) 88 76 20 13 bestellt werden.

dann tagsüber bleiben, werden auch beschult. Sie verarbeiten im Spiel und bei älteren Kindern in Gesprächen ihre Gewalterfahrung. Die Behandlung sieht auch Elterngespräche vor, bei denen wir die Mutter auf Wunsch begleiten. Wir begleiten auch Mütter zu Gesprächen mit Lehrer/innen oder Erzieher/innen in Kitas, wenn sie das möchten. Thema ist meist der zusätzliche Schutz der Kinder gegenüber dem Vater, wenn er z. B. ein Nährungsverbot und nur begleiteten oder keinen Umgang mit dem Kind hat, also gar nicht an Schule oder Kindergarten stehen darf.

**Info\_Dienst:** Herr Leitner, hinsehen und verstehen erfordert oftmals viel Kraft. Wie können

Teamgespräche den Umgang mit einem Verdacht erleichtern?

**Leitner:** Zunächst hat bereits der Gesetzgeber im Sinne eines Standards Vorsorge getroffen, in dem er bestimmt, dass das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen ist. Dies bedeutet, dass das von Ihnen angesprochene Teamgespräch nicht nur eine fachliche Anforderung darstellt, sondern als ein gesetzlicher Mindeststandard bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdenden Situationen bestimmt ist.

Der kollegiale Austausch bringt zudem immer ein höheres Maß an Handlungssicherheit, in dem eigene Positionen überprüft und hinterfragt werden können, neue Sichtweisen und Erfahrungen anderer Fachkräfte bzw. anderer Professionen in die eigene Bewertung einfließen.

**Info\_Dienst:** Frau Schädler, Kitas erleben das betroffene Kind im täglichen Umgang und wünschen bei Fallbesprechungen eine stärkere Kooperation „nach außen“. Wie sieht aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit Kitas aus?

**Schädler:** Flächendeckend haben wir keine kontinuierliche Kooperation mit den Kitas, dies wäre aber im Zuge einer Fortbildung mit anschließendem Austausch durchaus möglich. Auf das jeweilige Kind bezogen, gibt es jedoch meist gute Kooperationen mit den Kitas.

Wenn ein Vater z. B. ein Nährungsverbot hat, seine Gewalt somit von einem Gericht auch dokumentiert wurde, er aber sorgeberechtigt ist, sind viele Erzieher/innen unsicher, ob sie dem Vater das Kind heraus zu geben haben, wenn er dies wünscht.

Hier hilft, wenn die Mutter einen Antrag auf alleiniges Aufenthaltsbestimmungsrecht gestellt hat und dies in Kopie vorweisen kann. Es ist

nicht immer einfach für Erzieher/innen, sich einem sehr durchsetzungsfähigen Mann entgegen zu stellen, aber mitunter notwendig, um Kinder zu schützen.

Manchmal erklären wir auch den Erzieher/innen, was das Kind miterlebt und durch gemacht hat, um störende, übergriffige oder aggressive Verhaltensweisen besser verstehen und dem Kind helfen zu können.

Alle Frauenhäuser sind Zufluchtsstätten und haben angegliederte Beratungsstellen. Sie sind im Netz zu finden unter:

[www.frauenhaeuser-brandenburg.de](http://www.frauenhaeuser-brandenburg.de)

**Info\_Dienst:** Herr Leitner, Erzieher/innen fordern immer wieder Unterstützung „von au-

ßen“. Welche Hilfsstrukturen können in Verdachtsmomenten einbezogen werden?

**Leitner:** Fälle von Kindeswohlgefährdung sind in der Regel immer komplexe Situationen insbesondere in Bezug auf deren Ursachen. Das heißt in den meisten Fällen reicht eine sozialpädagogische Bewertung eigentlich nicht aus, um angemessene Hilfe- und Schutzmaßnahmen einzuleiten, die im Ergebnis langfristig zu gewünschten und notwendigen Veränderungen im Interesse der betroffenen Kinder und deren Familien führen.

Dies bedeutet zum Beispiel für Erzieher/innen, dass diese bzw. deren Einrichtungen über ein verlässliches Netzwerk verfügen sollten, über welches sie notwendige Kompetenzen kurzfristig ansprechen können, so zum Beispiel eine Kinderärztin, die ein zweifelhaftes Verletzungsmuster medizinisch beurteilt, einen Psychiater, der Auffälligkeiten im elterlichen Verhalten bewerten hilft, eine Psychologin, die bei der Beurteilung der Bindungsqualität zwischen Kind und Eltern Hinweise geben kann oder einen Juristen, der in rechtlichen Fragen Beistand leistet.

Es sei hier darauf hingewiesen, dass es in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt des Landes Brandenburg mindestens ein interdisziplinäres Arbeitsbündnis zum Kinderschutz gibt. Eine entsprechende Übersicht ist auf der Website der Fachstelle Kinderschutz zu finden unter [www.fachstelle-kinderschutz.de](http://www.fachstelle-kinderschutz.de).

**Info\_Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch.

*Die Fragen stellte Annett Schmok.*

### „Vergessen Kinder“ – Kinder psychisch kranker Eltern

Das Gesundheitsamt Bremen hat einen Bericht zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern veröffentlicht. Dieser rankt sich um die Ergebnisse einer Befragung zum Hilfebedarf von betroffenen Kindern und zur Schnittstellenproblematik zwischen den Systemen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie.

Im ersten Teil werden die Risiken und Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern anhand aktueller Forschungsergebnisse dargestellt. Der zweite Teil stellt die Ergebnisse der Befragung vor und bewertet diese. Im dritten Teil werden Möglichkeiten einer Vernetzung der Hilfesysteme Jugendhilfe und Psychiatrie sowie aktuelle Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern in der Stadtgemeinde Bremen beschrieben.

Den vollständigen Bericht können Sie unter [www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de) → Veröffentlichungen herunterladen.

## Altern und Gesundheit

Auf Menschen mit Demenz zugehen / Arm, alt, pflegebedürftig / Engagierte Ältere

### „Auf Menschen mit Demenz zugehen“

Interview mit Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



In Deutschland sind etwa 1,2 Millionen Menschen von Demenz betroffen, die Tendenz ist steigend. Demenz ist nicht heilbar und durch Medikamente kann lediglich, wenn überhaupt, der Ausbruch verzögert werden. Umso wichtiger ist es, ein ganzheitliches und koordiniertes Hilfs- und Unterstützungsangebot, das neben den Betroffenen auch die Angehörigen, die durch die Situation hohe Lasten zu tragen haben, in den Blick nimmt. Doch nicht nur für eine angemessene Versorgung der Betroffenen, sondern auch für eine Enttabuisierung der Krankheit muss noch einiges getan werden.

Der Info\_Dienst sprach mit Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, über Demenz in der öffentlichen und fachlichen Diskussion, Versorgungsstrukturen und den Welt-Alzheimer Tag unter dem diesjährigen Motto „Gesichter der Demenz“.

**Info\_Dienst:** Man hat den Eindruck, dass die steigende Betroffenheit von dementielle Erkrankungen in der Bevölkerung verstärkt Eingang nicht nur in die fachlichen Diskussionen gefunden hat. 2007 forderte die Deutsche Alzheimer Gesellschaft in einem Appell: „Vergesst die Demenzkranken nicht!“ Wurden Ihre Forderungen erhört?

**Jansen:** Sicherlich hat sich in den vergangenen Jahren einiges getan: Die Öffentlichkeit ist bes-

ser informiert – auch durch viele Filme und Bücher. Es gibt ein größeres Bewusstsein in Einrichtungen über die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken und auch die Politik ist sich eigentlich einig, dass Menschen mit Demenz verbesserte Leistungen benötigen, z. B. durch eine Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeversicherung. Leider ist es nicht so, dass sich das steigende Bewusstsein in besseren Versorgungsbedingungen niedergeschlagen hat. Immer noch erhalten längst nicht alle Betroffenen eine frühe Diagnose und entsprechende Therapien und auf eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung warten wir noch immer.

**Info\_Dienst:** Die Enttabuisierung der Alzheimerkrankheit stellt für die Betroffenen und Angehörigen eine deutliche Entlastung ihrer Situation dar. Unter dem Stichwort „demenzfreundliche Kommune“ haben sich in vielen Gemeinden und Städten Akteure zusammengeschlossen, um die gesellschaftliche Akzeptanz für dieses Krankheitsbild zu verbessern. Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Initiativen ein?

**Jansen:** Der Zusammenschluss vieler Akteure, um gemeinsam das gesellschaftliche Klima zu verbessern, ist zu begrüßen. Allerdings sehe ich noch nicht, dass dieses Ziel flächendeckend erreicht ist und es selbstverständlich ist, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörige in allen Lebensbereichen dazu gehören und sich trauen, dabei zu sein. Viele Menschen wissen nicht, wie sie mit den Verhaltensweisen umgehen sollen, die mit einer Demenz einher-

## Engagierte Ältere

### Studie zum freiwilligen Engagement Älterer herausgegeben

Das Jahr 2012 wird von der Europäischen Union dem Thema „Europäisches Jahr des aktiven Alterns und der generationenübergreifenden Solidarität“ gewidmet. Die Publikation „Monitor Engagement – Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?“, im Frühjahr 2011 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (BMFSFJ) herausgegeben, greift diese Themen vorab auf.

Da Menschen heutzutage eine deutlich höhere Lebenserwartung haben und sich dabei vielfach einer guten Gesundheit erfreuen, nehmen auch ihre aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben und ihr freiwilliges Engagement zu. Der Engagement-Monitor zeigt, welche eine Bereicherung diese Entwicklung darstellt: So wird das Miteinander der Generationen gefördert, der Erfahrungsschatz und

das Wissen der Senior/innen bleibt nicht ungenutzt und zugleich bietet ihr Engagement die Möglichkeit der sozialen Teilhabe.

Der zweite Teil der Publikation gibt Antworten auf die Fragen, in welchem Umfang, in welchen Bereichen und aus welchen Motiven sich Ältere engagieren. Das Thema Pflege spielt aufgrund der sich ändernden Altersstruktur eine herausragende Rolle. Deshalb wird im dritten Teil der Stellenwert des Engagements im Pflegebereich diskutiert, ebenso zivilgesellschaftliche Organisationen und informelle Netzwerke im Pflegebereich. Es werden ausgewählte Modellprogramme des BMFSFJ vorgestellt, unter anderem die Mehrgenerationenhäuser. Abschließend werden Rückblick und Ausblick miteinander kombiniert: Potenziale, Fördermöglichkeiten, aber auch Grenzen des Engagements werden kurz beleuchtet.

Die Studie als PDF-Datei finden Sie unter: [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf)

gehen können. Wie man zum Beispiel kommunizieren kann, wenn Worte verloren gehen. Wir müssen noch viel tun, dass es ein breites Wissen über die Erkrankung und den Umgang gibt. Nur so kann sich auch die Scheu verlieren, auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zuzugehen, sie einzubeziehen und wenn nötig, Hilfe anzubieten.

**Info\_Dienst:** Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes haben sich zahlreiche neue Strukturen und Angebote gebildet. Zu denken sei hier beispielsweise an die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI oder die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

nach § 45c SGB XI. Welche Erfahrungen machen aus Ihrer Sicht die Angehörigen damit? Sind dies in der Regel bedarfsgerechte Angebote oder sehen Sie die Gefahr einer neuen Belastung durch eine komplizierte Organisation der benötigten Unterstützung?

**Jansen:** Dort, wo Angehörige die Angebote annehmen, erleben wir, dass sie bedarfsgerecht sind und gern genutzt werden. Wenn die Kontakte zu Helfer/innen einmal geschlossen sind, Vertrauen da ist und die Entlastung merkbar ist, gibt es eine kontinuierliche Nutzung. Viele Angehörige benötigen zunächst Wissen über diese Entlastungsmöglichkeiten und eine umfassende Beratung, die sie ermutigt, Unterstüt-

zungsleistungen anzunehmen. Ohne diese Beratung ist die Hemmschwelle sehr groß, zumal die Sorge besteht, dass der Kranke sich möglicherweise nicht an neue Personen gewöhnt. An vielen Orten mangelt es leider an den entsprechenden Beratungsstellen und von den Pflegekassen fühlen sich viele Angehörige unzureichend informiert.

**Info\_Dienst:** Das diesjährige Motto des Welt-Alzheimer-tages lautete „Gesichter der Demenz“. Welche zentrale Botschaft verbirgt sich hinter diesem Motto?

**Jansen:** Mit diesem Motto, das weltweit genutzt wird, verbindet sich die Einsicht, dass die Demenz vielfältige Gesichter hat. Es gibt Menschen, die noch recht jung (40 bis 50 Jahre) sind, wenn sie an einer Alzheimer-Krankheit oder frontotemporalen Demenz erkranken und damit ganz andere Bedürfnisse haben als ältere Menschen. Menschen in einem frühen Stadium der Erkrankung wollen sich noch selbst austauschen und mitreden, Demenzkranke in einem späten Stadium brauchen viel Fürsorge und eine würdevolle Pflege. Manche Menschen leben allein, andere in einer Partnerschaft. Für alle diese unterschiedlichen Menschen brauchen wir bedarfsgerechte Angebote. Auch kann das Motto uns darauf aufmerksam machen, dass es lächelnde und traurige Gesichter der Demenz gibt. Bei aller Schwere der Erkrankung und dem Leid, das damit verbunden ist, darf man nicht vergessen, dass auch mit einer Demenz ein lebenswertes Leben möglich ist und es immer wieder auch humorvolle Situationen gibt.

**Info\_Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch.

*Die Fragen stellte Stefan Pospiech.*

## Arm, alt, pflegebedürftig

### Publikation thematisiert Selbstbestimmung Älterer in benachteiligten Quartieren

Auch im Fall von Pflegebedürftigkeit sollte die Autonomie erhalten bleiben – dies ist der normative Ausgangspunkt, welcher dem Buch zu Grunde liegt. Autonomie – verstanden als Selbstbestimmung – umschließt die Möglichkeit, sich selbst zu entscheiden oder Entscheidungen (zeitweise) zu delegieren. Im Fall von Pflegebedürftigkeit bedeutet dies, trotz Hilfebedarf subjektive Wahlmöglichkeiten zu ha-

ben. Ein einfaches Beispiel ist, seine Einkäufe selbständig zu tätigen oder auszusuchen.

Hilfebedarf wird meist durch multimorbiditätsbedingte funktionale Einschränkungen verursacht und differiert individuell. Er erstreckt sich in der Regel auf die Bereiche Pflege, Einkauf und Hauswirtschaft, Mobilität, Aktivität und soziale Teilhabe sowie die ärztliche Versor-

gung. Die Autor/innen haben die sozialräumlichen Ressourcen in dem Berliner Altbauquartier Moabit untersucht, die für arme, ältere, pflegebedürftige Menschen (nicht) zur Verfügung stehen. Das Bemerkenswerte an den Ergebnissen ist, dass sie die Sichtweisen der Betroffenen mit den Perspektiven der professionellen, ehrenamtlichen und familiären Strukturen verknüpfen.

Ziel ist zu erklären, unter welchen Voraussetzungen Autonomie für soziale benachteiligte ältere Menschen gewahrt werden kann. Ein zentrales Ergebnis ist die Notwendigkeit, die vorhandenen Angebote – Beratungsstellen, Ärzt/innen und Pflegedienste oder Freizeitstätten – zu vernetzen, um den Zugang zu Informa-



tionen, Beratung und Hilfe zu verbessern und auf der Mikroebene konkrete Hilfeeinrichtungen zu gestalten. Die Fallstudie zeigt die Barrieren auf diesem Weg: Private Pflegedienste stehen unter

ökonomischen Druck und haben kaum Spielraum zur Förderung sozialer Ressourcen. Im Quartier ist die Mobilität durch räumliche Barrieren oder fehlende Mobilitätsdienste eingeschränkt. Professionelle Beratungsangebote sind nicht ausreichend auf die milieuspezifischen Bedarfe eingestellt. Mitarbeiter/innen von Lotsenprojekten, Quartiersmanagements oder Mittagstischen fehlt es an Wissen über das Pflege- und Hilfesystem. Orte der Geselligkeit werden immer stärker zurückgefahren: „(...) Montag war in der Wickefstraße was, Dienstag war in der Rostockerstraße was, Mittwoch war sagen wir mal drei Häuser weiter was. Das ist alles weggebrochen (S.97).“

Trotz des oft großen Engagements der Akteure gelingt es so nur bedingt, für soziale benachteiligte Ältere Teilhabechancen zu eröffnen. Damit wird durch das Buch auch die Politik zum Handeln aufgefordert, sowohl auf makro- als auch auf mikropolitisch Ebene: Auf Ebene der Gesundheits- und Sozialpolitik Rahmenbedingungen zu schaffen, um die „versäulte“ Perspektive der Einzelakteure auf ihren Part der Leistungserbringung zu durchbrechen, und zu einer koordinierten und wohnortnahen Versorgung zu kommen. Auf kommunaler Ebene müssen die eingeschränkten Handlungsspielräume optimal genutzt werden, um die vorhandenen Ressourcen für den Autonomieerhalt auszu-schöpfen. In der Fallstudie finden sich wertvolle Hinweise, wie dies gelingen kann.

Falk / Heusinger / Kammerer / Khan-Zvornicani / Kümpers / Zander: Arm, alt, pflegebedürftig – Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier 2011. Buch. edition sigma ISBN 978-3-89404-254-7

Stefan Pospiech

## Soziale, gesunde Stadt

Gesundheitsförderung im Quartier nachhaltig gestalten / Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung gemeinsam gestalten / Aktiv werden für Gesundheit

### Gesundheitsförderung im Quartier nachhaltig gestalten

Expertenworkshop thematisiert, wie gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier etabliert werden können

Gesundheitsförderung im Quartier auch unter erschwerten Rahmenbedingungen qualitativ zu sichern und zielführend zu gestalten, war Thema des bundesweiten Expertenworkshops „Gesundheitsförderung im Quartier. Wege zur Nachhaltigkeit“ am 18. April 2011 in Hannover. Rund 40 Teilnehmende aus Wissenschaft und Praxis waren der Einladung des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gefolgt. Die Gesundheitsförderung im Stadtteil gehört zu den Schwerpunktthemen in der Zusammenarbeit im bundesweiten Verbund aus 53 Partnern.

Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik, Bundestransferstelle Programm Soziale Stadt) verdeutlichte zu Beginn der Veranstaltung die weit reichenden Kürzungen der Bundesmittel um mehr als 70 Prozent in 2011 sowie zu befürchtende weitere Einschnitte in der Städtebauförderung im kommenden Jahr. Sie verwies auf unterschiedliche Strategien der Länder im Umgang mit diesen Veränderungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage „Wie können Erfolge dargestellt werden?“ in besonderer Dringlichkeit. In der Diskussion wurde deutlich, dass es unter häufig sich ändernden Rahmenbedingungen eine ständige Aufgabe ist, lokale Potentiale und Ressourcen zu mobilisieren und Strukturen im Stadtteil/Quartier zu sichern und nachhaltig zu etablieren.

Am Beispiel des Hamburger „Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg“ verdeutlichte Klaus-Peter Stender (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbrau-



cherschutz der Stadt Hamburg) einleitend die Gesundheitsförderung als verbindliche Kooperationsaufgabe.

Prof. Alf Trojan (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) thematisierte in seinem Vortrag Vorschläge für eine Klassifizierung und einheitliche Terminologie von Interventionen der Gesundheitsförderung im Quartier als Voraussetzung, um sich zukünftig auf messbare Indikatoren für Erfolge verständigen zu können.

Den Schwerpunkt des Arbeitstreffens bildeten zwei parallel stattfindende Arbeitsgruppen. Thema einer Arbeitsgruppe waren Strategien und Methoden der Qualifizierung von Akteuren im Stadtteil, um Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Quartier nachhaltig einzubetten und zu verstetigen. Hierzu lieferten Margret Roddis („Begegnung Bewegung Beteiligung in Hamburg-Lurup“) zum „Community Field“-Ansatz und Stefan Bräunling zur Good Practice-Werkstatt-Quartier den fachlichen Input. Zentrales Thema von „Community Field“ ist die Kultur des Miteinanders durch Beziehungen im Sinne von Vielfalt, Raumge-

staltung, der Aktivierung von Bewohnerpotenzialen und Begegnung. Hiermit richtet sich „Community Field“ an Anwohner/innen und Schlüsselpersonen im Stadtteil, wohingegen die Werkstatt Quartier ein Qualifizierungsangebot an professionelle Akteure der Stadtentwicklung und der Gesundheitsförderung in der Kommune darstellt.

In der zweiten Arbeitsgruppe wurden Indikatoren für erfolgreiche Kompetenzentwicklung und Strukturaufbau und damit die Überprüfbarkeit der Vorgehensweisen thematisiert. Dr. Johann Böhmann (Klinikum Delmenhorst) betonte in seinem Vortrag über die „Safe Community Delmenhorst“ die Wichtigkeit der Unfallprävention und deren vergleichbar leichte Erfassbarkeit anhand statistischer Werte. Besonders bedeutsam ist dies bei Verletzungen im Kindesalter, die eine der häufigsten Gründe für Behandlungen teilweise lebenslanger Folgeschäden und auch für Todesfälle sind. Da

diese Verletzungen besonders zahlreich in sozialen Brennpunkten auftreten, besteht hier erhöhter Handlungsbedarf.

Böhmann machte auch deutlich, wie schwierig es ist, nachhaltige Strukturen im Stadtteil/Quartier aufzubauen: So habe dies in Delmenhorst insgesamt zwölf Jahre gedauert. *„Insgesamt war es schwierig, Behörden und Institutionen mit ins Boot zu kriegen. Wir haben einen klassischen Bottom-up-Ansatz gehabt, das heißt, wir haben sehr klein angefangen mit Projektchen und Projekten zur Verhinderung von Unfällen im Kindesalter. (...) Und aus diesem kleinen Nukleus ist im Prinzip die ganze Bewegung in der Kommune entstanden, woran sich inzwischen 20 bis 30 Akteure beteiligen“*, so Böhmann.

Erfahrungen aus dem Forschungsprojekt „Lenzgesund“ mit dem Instrument „KEQ – Kapazitätsentwicklung im Quartier“, vorgestellt von Waldemar Süß (Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf), zeigen, dass engagierte Akteure und gesundheitsfördernde Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung für die Messung von Kapazitätsentwicklung sind und dies als eine Ergänzung zu anderen Erfolgsmessungen zu verstehen ist. Konkrete Indikatoren zur Messbarkeit von Erfolgen sollen angebotsspezifisch, quartiersspezifisch und zielgruppenspezifisch entwickelt werden. Süß empfiehlt in diesem Zusammenhang einen *„Indikatoren-Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden“*.

Eine umfassende Dokumentation der Veranstaltung ist online unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/veranstaltungen/expertenworkshop-wege-zur-nachhaltigkeit/?uid=24cca3828a1079e036cf26d90e99a6c](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/veranstaltungen/expertenworkshop-wege-zur-nachhaltigkeit/?uid=24cca3828a1079e036cf26d90e99a6c) nachzulesen.

Stefan Bräunling

## Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung Hand in Hand

### Der Sozial-integrative Triathlon Berlin Hohenschönhausen

Eine nachhaltige Stadtentwicklung ist ohne Gesundheitsförderung kaum vorstellbar. Lebensqualität, Chancengleichheit, die Beteiligung der Bewohner/innen – all dies sind Aspekte, die aktiv zu einer gesunden Lebenswelt beitragen und durch gesundheitsförderliche Ansätze im Stadtteil gestärkt werden können. Eines der bislang wenigen Projekte zur Gesundheitsförderung im Programm „Nationale Stadtentwicklungspolitik“ ist der Sozial-integrative Triathlon in Berlin Hohenschönhausen. Der Triathlon ist ein gemeinsames Projekt des Instituts für Sportwissenschaft der Humboldt Universität Berlin, dem Bezirksamt Berlin-Lichtenberg, vertreten durch Bezirksbürgermeisterin Christina Emmrich, und dem Sportverein Pfefferwerk e. V.

#### Soziale Integration durch den gemeinsamen Sport

Das Projekt zielt auf die soziale Integration der Bewohner/innen, die Stärkung des Zusammenlebens, die Verbesserung des Bildungsangebotes und die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab. Dabei sollen die Ressourcen und Potenziale der Bewohner/innen genutzt und das gesellschaftliche Engagement im Stadtteil vorangetrieben werden. Konzeptionell folgt das Projekt den Ansätzen der

Sozialraumorientierung und stellt den konsequenten Bezug zu den Interessen und Wünschen der Menschen in den Vordergrund. Dabei wird auf die Netzwerke und die Ressourcen des Quartiers zurückgegriffen.

Im Zentrum des Projektes stehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die durch die langfristige Vorbereitung, Organisation, Durchführung, Teilnahme und Dokumentation des

jährlichen Triathlons nicht nur im eigenen Stadtgebiet aktiv werden, sondern explizit für die Entwicklung des Stadtteils mobilisiert werden sollen. Die Teilnahme an einem großen Stadtteillevent wie dem „Triathlon Integrale“ soll dazu beitragen, dass sich die jungen Menschen mit dem eigenen Stadtteil identifizieren und die Lebensqualität der Bewohner/innen nachweisbar verbessert wird.

Die Lebensbedingungen der Menschen in Hohenschönhausen sind sehr unterschiedlich: Sowohl hinsichtlich der sozioökonomischen Situation der Bewohner/innen als auch hinsichtlich des baulichen Bestandes und der sozialen Infrastruktur. Neben dem deutlichen Bezug zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung ist daher auch die Integration im Stadt-



teil von Bedeutung, um im Quartier den Prozessen von selektiven Auf- und Abwertungen innerhalb der einzelnen Wohnquartiere entgegen zu wirken.

Mittels eines niederschweligen Sport- und Bewegungsangebotes für ausgewählte Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wird insbesondere sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein Zugang zu Bewegungs- und Sportangeboten außerhalb der üblichen Vereins- und Wettkampfstruktur ermöglicht. In Kooperation mit dem Sportverein Pfefferwerk e.V. werden Studierende des Instituts für Sportwissenschaft der HU Berlin geschult, um in den Einrichtungen für die Zielgruppe Sport und Bewegung als Erlebnis zu vermitteln. Die verschiedenen Sport- und Bewegungsangebote sollen die Kinder und Jugendlichen im Stadtteil motivieren, sich am jährlichen „Triathlon Integrale“ in ihrem Stadtgebiet zu beteiligen.

#### Geschlechtersensible Angebote

Ausgewählte Studien (KIGGS, WIAD, HBSC) zeigen, dass die sportliche Aktivität von Mädchen mit zunehmendem Alter abnimmt, Mädchen vermehrt aus Sportvereinen austreten und auch im Sportunterricht weniger aktiv sind. Mädchen und junge Frauen brauchen daher Sport- und Bewegungsangebote, die ihren individuellen Bedürfnissen und ihrer Lebenswelt entsprechen. Das Projekt bietet den Mädchen und jungen Frauen Sport- und Bewegungsangebote im Lebensraum und beachtet dabei die Bedürfnislage und eigenen Ressourcen bzw. Potentiale dieser Zielgruppe. Dabei werden vor allem gesellschaftliche und insbesondere sportbezogene Sozialisationen, d.h. feste Rollenzuschreibungen hinterfragt.

In diesem Jahr fand der OrankeOpen „Triathlon Integrale“ – so der Name des Triathlons – zum dritten Mal statt. Mehr als 240 Teilnehmer/innen starteten in verschiedenen Kategorien. Aus dem Bezirk Hohenschönhausen waren viele Jugendfreizeiteinrichtungen mit ihren Jugendlichen vertreten, ebenso nahmen integrative Einrichtungen am Triathlon teil.

*Katarina Prchal,  
Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für  
Sportwissenschaft, Projektkoordinatorin  
„Sozial-integrativer Triathlon“.*

## Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

**Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen /  
Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz / Arbeits-  
schutz und Gesundheitsförderung**

### Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen in Berlin

**Fachgespräch thematisiert, wie betroffene Frauen gestärkt und emotional unterstützt werden können**

Im November 2010 kamen auf Initiative des Feministischen FrauenGesundheitszentrums (FFGZ) und des Regionalen Knoten Berlin des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ erstmalig Berliner Akteure aus dem Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Frauen“ zusammen. Ein weiteres Fachgespräch folgte am 10. Juni 2011 beim Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger Goldnetz e.V.

Neben dem kontinuierlichen Austausch der etwa 30 Teilnehmerinnen aus Trägern, Jobcentern und Bezirksämtern standen bei diesem Treffen die Förderung sozialer Integration arbeitsloser Frauen und die zielgerichtete Verknüpfung bestehender Angebote im Mittelpunkt.

#### Wechselwirkung Arbeitslosigkeit – Gesundheit

Zu Beginn der Veranstaltungen stellten zwei Projektleiterinnen von Goldnetz e.V. die Projekte „abba – Aktivierung, Begleitung, Beschäftigung Alleinerziehender“ und „MiA – Mütter in Arbeit“ vor. Aufgrund dieser spezifischen Angebote und langjähriger Erfahrung konnte Goldnetz e.V. bei der Integration, Stabilisierung und Aktivierung von arbeitslosen Frauen berichten.

Frau Prof. Dr. Mohr von der Universität Leipzig reflektierte im Anschluss die Beiträge unter Rückgriff auf diverse wissenschaftliche Studien. Grundsätzlich besteht eine Wechselwirkung von Arbeitslosigkeit und Krankheit so-

wohl bei Frauen als auch bei Männern. So belegen zahlreiche Studien, dass Arbeitslosigkeit im hohen Maße zu psychischen Erkrankungen führt. Jedoch gibt es Besonderheiten bei der Situation arbeitsloser Frauen: Diese befinden sich beispielsweise häufiger aufgrund von psychischen Schwierigkeiten in Behandlung als arbeitslose Männer.

Beim genaueren Vergleich von arbeitslosen Frauen und Männern kommt es jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen: Beispielsweise ist das Selbstwertgefühl arbeitsloser Männer bei schlechter finanzieller Lage gering. Dagegen ist bei arbeitslosen Frauen, die im Allgemeinen eine Vielzahl an sozialen Rollen ausüben, ein vergleichsweise hohes Selbstwertgefühl nachzuweisen. Ein häufig genanntes Erklärungsmodell hierfür findet sich in der „Haupternährer-Rolle“ des Mannes im Kontrast zur „Alternativ-Rolle“ der Frau, auch wenn dies vielfach eine Illusion ist, die nicht mehr den gesellschaftlichen Tatsachen entspricht.

Einen weiteren Schwerpunkt des Vortrags von Prof. Dr. Mohr bildete die soziale Integration von Arbeitslosen, wie sie auch in den vorgestellten Projekten „abba“ und „MiA“ angestrebt wird. Frau Mohr hielt fest, dass die betroffenen Frauen bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen häufig in keine Arbeit vermittelt werden können. An oberster Stelle der Angebote sollte deshalb die Gesundheit und die emotionale Stabilisierung der Betroffenen und nicht die Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt stehen. Diese Einschätzung teilten

auch die weiteren Teilnehmerinnen des Fachgesprächs: Viele Betroffene in den Maßnahmen haben noch nie oder schon sehr lange nicht mehr am Erwerbsleben teilgenommen, sind stark von Ausgrenzung (und Selbstausgrenzung), vielerlei weiteren sozialen Hemmnissen und – auch bei bestehender guter Grundausbildung – von Bildungsverlust betroffen.

### Soziale Kontakte aufbauen

Soziale Integration kann über den Kontakt zu anderen Arbeitslosen und gemeinsam erlebte positive Erfahrungen gefördert werden. Wei-

terhin bietet die Arbeit mit bestimmten Zielgruppen – wie beispielsweise arbeitslose allein erziehende Mütter – eine gute Grundlage für soziale Integration, da Interessen und Probleme untereinander geteilt werden. Ein Problem stellt allerdings der Zugang zu denjenigen arbeitslosen Frauen dar, die sonst nicht erreicht werden. Nicht wenige Frauen werden vom JobCenter nicht erfasst und bekommen keine Maßnahmen und Programme angeboten.

Abschließend erläutert die Leipziger Professorin anhand des „Drei-Phasen-Modells“, wie soziale Bindungen hergestellt werden kön-

nen: Dieses beinhaltet das „Abholen“ der Betroffenen, sodann das „Mitmachen“ und schlussendlich das „Selbstkommen“. Dabei gelten Wirkprinzipien, die aus vielen psychologischen und sozialen Interventionen bekannt sind: Partizipation, Verstärkung, Gebraucht werden und Anerkennung.

Der Fachaustausch wird fortgesetzt werden. Bei dem kommenden Treffen werden voraussichtlich Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen seitens der JobCenter und Bezirksämter vorgestellt.

*Pia Block und Stefan Bräunling*

## Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

### Die Rolle der Führungskräfte

Psychische und psychosomatische Störungen sind immer häufiger die Ursache von Krankheitsausfällen am Arbeitsplatz. Zu diesem Schluss kommt der jüngste Fehlzeiten-Report, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin herausgegeben wird. Ihm zufolge ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozentpunkte angestiegen. Insgesamt ist seit 1994 bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen ein Anstieg der psychischen Erkrankungen von mehr als 100 Prozent, bei den Arbeitsunfähigkeitstagen um nahezu 90 Prozent zu verzeichnen, wobei sich die Ausfälle deutlich nach Branchen und Tätigkeiten unterscheiden.

Den Schwerpunkt des diesjährigen Fehlzeitenreportes bildet die „Führungsaufgabe Gesundheit“. Darin wird die Wichtigkeit des Führungsstils und der Unternehmenskultur für das Wohlbefinden der Beschäftigten betont. Als wichtige arbeitsbedingte Ursachen für psychi-

sche Erkrankungen werden neben Zeitdruck und Arbeitsverdichtung auch mangelnde Wertschätzung angegeben. Mitarbeiter/innen wünschen sich von ihren Vorgesetzten mehr Einsatz für das Personal, mehr Feedback und mehr Lob für gutes Arbeiten. Der Report zeigt Unterstützungsangebote zu gesundheitsgerechter Führung auf und nennt Beispiele aus der Unternehmenspraxis von z. B. REWE, Deutsche Bahn, VW und erfolgreichen Projekten des AOK-Service „Gesunde Unternehmen“.

Auch die in diesem Jahr erschienene Handlungshilfe „Kein Stress mit dem Stress“ widmet sich der Frage, was Führungskräfte tun können, um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen zu verbessern. Das Heft ist im Rahmen des Projektes „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt psyGA-transfer“ erschienen. Dieses wird von der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), einer seit 2002 bestehenden Gemeinschaftsinitiative aus Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und Unternehmen, durchge-

führt und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert.

Die Handlungshilfe unterteilt sich in vier Broschüren: Die erste widmet sich der Frage, was Beschäftigte tun können, um die Ursachen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz zu minimieren. Die zweite Broschüre fragt nach den psychischen Belastungen der Führungskräfte. Sie beinhaltet eine Checkliste zum Stressabbau und benennt die gesetzlichen Rahmen für die Förderung psychischer Gesundheit. Im dritten Teil wird ein Modell an Qualitätskriterien vorgelegt, welche ein umfassendes Bild der Qualität der Förderung psychischer Gesundheit in Organisationen ergeben soll. In der vierten Broschüre wird ein Selbstcheck angeboten, der Praktiker/innen dabei unterstützen soll, den IST-Zustand ihres Unternehmens besser einschätzen zu können.

Badura/Ducki/Schröder/Klose/Macco (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011, Schwerpunktthema: Führung und Gesundheit; Berlin 2011; 438 Seiten; broschiert, 49,95 Euro; ISBN 978-3-642-21654-1.

Die vier Broschüren zur psychischen Gesundheit „Kein Stress mit dem Stress“ können für 10,- Euro zzgl. Versandkosten bei [gesundheitsmedien@bkk-bv.de](mailto:gesundheitsmedien@bkk-bv.de) bestellt werden.

### Literaturhinweis

#### Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen

Gesunde Mitarbeiter sind gute Mitarbeiter: Davon geht der Autor des vorliegenden Buches aus und widmet sich den Potenzialen von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Arbeitsschutz in kleinen und mittelständischen Unternehmen. Denn gerade dort macht es sich besonders schnell bemerkbar, wenn Mitarbeiter krankheitsbedingt ausfallen.

Christopher Hofmann betrachtet das Thema in drei Schritten. Zunächst fasst er in einem deskriptiven Teil die theoretischen Hintergründe von Gesundheitsförderung im Betrieb zusammen. Dabei geht er beispielsweise auf Leitkonzepte und Zieldimensionen von Prävention und Gesundheitsförderung ein, auf Aspekte der Qualität sowie die Besonderheiten des von ihm gewählten Settings kleiner und mittlerer Unternehmen. Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit einer Fallstudie in einem Beispielunternehmen. Hier beschreibt er den gesamten Prozess vom Konzept über Datenerhebung und -aufbereitung und geht beispielsweise auf Mitarbeiterbefra-

gungen und Krankenstandsanalysen genauer ein. Schließlich werden im dritten Teil konkrete Handlungsempfehlungen für den Beispielbetrieb entwickelt, um dort Strukturen und Prozesse gesundheitsförderlicher zu gestalten. Dahinter steht die Vision einer gesunden Organisation. Abschließend wird ein Ausblick darauf gegeben, wie Gesundheitsförderung im Betrieb auf europäischer Ebene verankert ist.

Hofmann, Christopher: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, ISBN 978-3-8288-2669-4, 216 Seiten, Paperback, Tectum Verlag 2011.

# Suchtprävention

Suchtprävention in der Ausbildung systematisch verankern / Drogen -HIV/Aids – Hepatitis

zubildende, die ein problematisches Konsummuster entwickelt haben, irgendwann in die geeigneten Maßnahmen bzw. Einrichtungen finden werden: Sie sollten darüber hinaus direkt im Setting Betrieb aufgesucht werden.

Prev@WORK ist als ganzheitliches Programm zur Suchtprävention konzipiert, basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und kann in verschiedenen Einrichtungen der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung eingebunden werden: Ausbildungsbetriebe, Berufsbildende Schulen, Bildungsträger u.v.m.

## Ziele des Programms sind:

- die Sensibilisierung von Entscheidungsträger/innen, um suchtpreventive Strukturen und Regelwerke zu stärken bzw. zu etablieren.
- die Qualifizierung der Ausbilder/innen mit dem Ziel, eine suchtpreventive Haltung und Handlungskompetenz zu entwickeln und
- das Erhöhen von Wissen zu Sucht und süchtigen Verhaltensweisen bei Auszubildenden, damit diese durch Reflexion des eigenen (Konsum-)Verhaltens einen Zuwachs an Risikokompetenz erwerben, der verantwortungsvolle Umgang mit Suchtmitteln gestärkt wird und Suchtmittelkonsum bedingte Arbeitsausfälle und Fehlerquoten verringert werden.

Für eine ganzheitliche Prävention und Gesundheitsförderung in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung werden Mitarbeiter/innen mit Personalverantwortung für die Auszubildenden (Ausbilder/innen u.Ä.) zum Themenfeld Suchtprävention geschult.

Die praktische Umsetzung erfolgt für die Auszubildenden in zwei aufeinander aufbauenden Seminaren mit jeweils 13 Unterrichtseinheiten (eine Pause von mindestens drei Monaten zwischen den Seminaren wird empfohlen). Die Seminare werden von zwei ausgebildeten Prev@WORK-Trainer/innen bei einer Gruppengröße von bis zu ca. 20 Personen durchgeführt. Es werden vorrangig interaktive Methoden angewandt sowie die Elemente Kleingruppenarbeit, Diskussion und Feedback. Darüber hinaus wird das Medium Film genutzt sowie ein Test durchgeführt. Alle Ergebnisse werden visualisiert und die Teilnehmer/innen erhalten ein Handout zu den Seminarinhalten, weitere Präventionsmaterialien und ein Zertifikat.

## Prev@WORK – jetzt Bundesmodellprojekt

Seit dem 01. März 2011 führt die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Implementierung des Programms Prev@

## Suchtprävention in der Ausbildung systematisch verankern

### Bundesmodellprojekt Prev@WORK in sieben Bundesländern gestartet



von Fehlzeiten und Krankheitskosten genannt. Die Auswertung von Fehlzeitenverläufen bei Suchtmittelmissbrauchenden oder suchtkranken Beschäftigten belegt eindrücklich, dass sich Maßnahmen zur Suchtprävention und -hilfe rechnen.

### Suchtprävention als Bestandteil in der Berufsausbildung

Prev@WORK ist ein von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin entwickeltes und erfolgreich erprobtes Programm, das Suchtprävention als einen festen Bestandteil in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung im Rahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung integriert. Jugendliche und junge Erwachsene werden mit diesem Programm in ihrem Alltag erreicht und aufgeklärt, bevor sie ein problematisches Konsumverhalten entwickeln. Prev@WORK etabliert Suchtprävention als Maßnahme universeller Prävention für Alle, denn der Fokus betrieblicher Suchtprävention sollte sich nicht nur auf die Vermittlung von Hilfen beschränken, sondern frühzeitig ansetzen.

Basis für Prev@WORK ist die Grundannahme, dass schädigende Konsequenzen umso besser reduziert werden können, je frühzeitiger junge Menschen über Risiken aufgeklärt und für problematische Verhaltensweisen sensibilisiert werden und je konsequenter der Fokus auf der Stärkung von Schutzfaktoren liegt. Deshalb sollte nicht darauf vertraut werden, dass Aus-

Jeder sechste Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren trinkt regelmäßig Alkohol, so eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Hinzu kommt die Gefährdung durch weitere Suchtstoffe wie illegale Drogen, allen voran Cannabis. Auch ist es hinlänglich bekannt, dass der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen unter Auszubildenden und jungen Mitarbeiter/innen ein wichtiges, relevantes Thema in der Ausbildung und im Betrieb ist. Zu den problematischen Folgen gehören beispielsweise hohe Fehlzeiten, Ausbildungsverstöße oder Arbeitsunfälle.

Gefragt sind betriebliche Präventionsprogramme, welche Suchtprävention in der Ausbildung verankern. Solche Programme wirken auch in andere gesellschaftliche Bereiche hinein – und die Institutionen profitieren selbst von der Etablierung eines Suchtpräventionsprogramms. Als konkrete Auswirkungen werden die Erhöhung der Arbeitssicherheit, die Verbesserung des Betriebsklimas und die Steigerung der Qualität und Effektivität sowie die Senkung

WORK in sieben Bundesländern durch. Neben Berlin sind Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt beteiligt. Darüber hinaus konnte auch Fachkräften aus Sylt eine Teilnahme ermöglicht werden.

Industrie- und Handelskammern haben bereits Interesse an einer Implementierung von Prev@WORK signalisiert. Krankenkassen als Partner zu gewinnen, könnte ein nächster Schritt sein, denn der Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes 2010 beschreibt sehr dezidiert betriebliche Suchtprävention als Maßnahme

der Gesundheitsförderung, die allen Mitarbeiter/innen zur Verfügung stehen soll. Um einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung / Suchtprävention in Betrieben gerecht zu werden, müssen einerseits Auszubildende mit fokussiert werden und andererseits – neben vielen bereits etablierten Angeboten der Gesundheitsförderung – auch Programme der Suchtprävention in der Förderung der Krankenkassen einen festen Platz einnehmen.

*Inga Benseieck, Referentin der Fachstelle für Suchtprävention, Diplom-Sozialpädagogin,*

*Kommunikationsberaterin (Schulz von Thun Institut für Kommunikation)  
Anke Schmidt, Referentin der Fachstelle für Suchtprävention, Diplompädagogin,  
Organisationsmanagerin*

Die ungekürzte Fassung des Artikels und weitere Informationen finden Sie in:  
Benseieck, Inga; Schmidt, Anke (2011): Bundesmodellprojekt Prev@WORK. Suchtprävention in der Berufsausbildung. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Ausgabe 2/2011, S. 22-27 und in  
Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Hrsg.) 2011: Handbuch Prev@WORK – Suchtprävention in der Ausbildung, Berlin.

## Drogen – HIV/Aids – Hepatitis.

### Deutsche Aidshilfe veröffentlicht Neuauflage des Handbuchs

Die Neuauflage des multithematischen Handbuchs präsentiert aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen zu Themen, die für Drogen gebrauchende Frauen und Männer wichtig sind und in der Drogen- und Aidshilfearbeit eine zentrale Rolle spielen. Einerseits wird dabei deutlich, dass in den vergangenen 20 Jahren viel erreicht wurde. Andererseits verweisen die Beiträge auch auf Defizite, wie etwa im Justizvollzug: Dort hat sich, was die draußen gültigen Standards der Infektionsprophylaxe und Suchtmedizin angeht, bisher nur wenig bewegt.

Lässt man im Handbuch weitere Meilensteine der Aids- und Drogenpolitik Revue passieren, so fällt auf, dass die Hilfepraxis der rechtlichen Akzeptanz umstrittener Angebote stets um Jahre voraus war. Die Abgabe steriler Spritzen

beispielsweise war bereits ab 1983 in vielen Kommunen gängige Praxis, bevor der Gesetzgeber sie 1992 legalisierte. Drogenkonsumräume gab es inoffiziell schon in den 1990ern in Frankfurt und Hamburg; ihr Betrieb wurde aber erst im Jahr 2000 durch eine entsprechende Änderung des Betäubungsmittelgesetzes „rechtmäßig“.

Innovative Projekte sind also auch dann möglich, wenn sie noch nicht durch Gesetze abgesichert sind: Durch beharrliches Engagement und fachliches Know-how von Kontaktläden, Drogenberatungsstellen und Aidshilfen sowie durch Kooperationen, politische Unterstützung und Vereinbarungen auf kommunaler oder regionaler Ebene. Beispiele für gute und couragierte Praxis sind ebenso der Einsatz von Naloxon durch medizinische Laien, KISS-Program-

me, das Modellprojekt „Test it“ oder auch die in Deutschland aufgrund strittiger Rechtsfragen wieder verschwundenen Drug-Checking-Angebote.

Die Fortschritte in der akzeptierenden Drogenarbeit sichtbar machen und dazu ermutigen, noch nicht Erreichtes engagiert anzugehen – dazu will dieses Handbuch beitragen. Es gilt, bei den politisch Verantwortlichen dringend nötige Verbesserungen im Arbeitsfeld Drogen, HIV/Aids und Hepatitis einzufordern und auch in der eigenen Arbeit Vorstöße zu wagen, die bei Drogen gebrauchenden Menschen zu einem Mehr an Gesundheit beitragen. Angesichts der erheblichen gesundheitlichen und sozialen Probleme, die einer prohibitiv orientierten Drogenpolitik geschuldet sind, plädiert das Handbuch zugleich für eine evidenzbasierte Drogenpolitik, die eine umfassende strategische Neuorientierung erfordert.

Die Publikation steht Ihnen unter [www.aidshilfe.de/sites/default/files/\\_Broschuere\\_Drogenhandbuch.pdf](http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/_Broschuere_Drogenhandbuch.pdf) als PDF-Dokument zum Download zur Verfügung.

## Patienteninteressen

UPD in Regelbetrieb übergegangen / Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen / Versorgungsstrukturgesetz / Qualität in der medizinischen Versorgung / Patientenfürsprecher/innen stärken / Arzneimittelreport veröffentlicht

### „Wir haben uns viel vorgenommen“

#### Sebastian Schmidt-Kaehler, Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), über zukünftige Ziele und Arbeitsschwerpunkte der UPD



Unabhängige und qualifizierte Beratung von Patient/innen gewinnt in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem verstärkt an Bedeutung. Damit Patient/innen und Verbraucher/innen eigenständig

und selbstbewusst Entscheidungen zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen treffen können, benötigen sie Hilfs- und Unterstützungsangebote. Im Jahr 2000 wurde in Deutschland die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als Modellvorhaben ins Leben gerufen. Anfang diesen Jahres ist die UPD auf Initiative des Gesetzgebers in die Regelversorgung übergegangen und soll zukünftig als feste Säule im Gesundheitssystem etabliert werden. Das Ziel: Kostenfreie, neutrale, unabhängige und qualitätsgesicherte Patientenberatung und die Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

Der Info\_Dienst sprach mit Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Geschäftsführer der UPD, über zukünftige Schwerpunkte, die Herausforderung sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit Beratungsangeboten zu erreichen und die Identifizierung von Schwachstellen in der gesundheitlichen Versorgung.

**Info\_Dienst:** Seit Anfang des Jahres ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) vom Modellprojekt in die Regelversorgung übergegangen. Was hat sich seitdem für

die Patientinnen und Patienten geändert?

**Schmidt-Kaehler:** Zunächst einmal hat der Gesetzgeber entschieden, dass die Unabhängige Patientenberatung nicht mehr nur Modellversuch, sondern ein auf Dauer angelegtes Regelleistungsangebot für Patientinnen und Patienten werden soll. Die institutionalisierte Patientenberatung hat sich somit nach zehnjähriger Bewährungsprobe im Leistungsspektrum der gesundheitlichen Versorgung als feste Säule etabliert. Ratsuchende haben nun Anspruch auf unabhängige Beratung. Das ist die wohl maßgeblichste Veränderung.

Vor diesem Hintergrund hat sich natürlich auch die Rolle der UPD verändert und wir haben uns viel vorgenommen, um dem uns übertragenen gesetzlichen Auftrag gerecht zu werden. Nach den ersten Monaten des Wiederaufbaus haben wir seit dem 1. August ein neues Angebot für Migrantinnen und Migranten ins Leben gerufen. Das aus Fördermitteln des Verbands der privaten Krankenversicherung finanzierte Zusatzangebot der UPD umfasst die persönliche Patientenberatung vor Ort sowie den Betrieb bundesweiter und kostenfreier Beratungshotlines in türkischer und russischer Sprache. Zudem haben wir die Erreichbarkeit unseres bundesweiten Beratungstelefon verbessert. Ab sofort sind unsere Beraterinnen und Berater montags bis freitags von 10.00 bis 18.00 Uhr sowie donnerstags bis 20 Uhr erreichbar.

**Info\_Dienst:** Der bisherige Schwerpunkt der UPD liegt bei der telefonischen Beratung. Wird das Beratungsangebot in Zukunft weiter aus-

gebaut werden und in welchen Bereichen möchte die UPD zukünftige Schwerpunkte setzen? Gibt es Überlegungen, stärker suchend, das heißt in den Lebenswelten der Patientinnen und Patienten, zu arbeiten?

**Schmidt-Kaehler:** Ich würde keineswegs behaupten, dass der Schwerpunkt der UPD bei der telefonischen Beratung liegt. Auch wenn 80 Prozent der Beratungen am Telefon nachgefragt werden, bleibt die regionale Beratung vor Ort ein elementarer Bestandteil unseres Angebots. Wir wissen, dass vulnerable Zielgruppen die Face-to-Face-Beratung häufig bevorzugen. Wir wissen auch, dass die gesundheitliche Versorgung nicht selten regional strukturiert ist. Aufsuchende Beratung im engeren Sinne wird aktuell in regionalen Kontexten wie auch im Bereich der Beratungsangebote in türkischer und russischer Sprache punktuell praktiziert. Im Rahmen der zurückliegenden Modellphase wurde im Bereich der aufsuchenden Beratung ein Teilprojekt durchgeführt, bei dem wir einige Erfahrungen sammeln konnten. Dabei ist auch deutlich geworden, dass man sich diesem Thema sehr intensiv und mit großer Sorgfalt widmen muss. Es steht außer Frage, dass die Überwindung der sogenannten „Komm-Struktur“ ein Thema ist, dem sich die institutionalisierte Patientenberatung auch künftig stellen muss. Für eine umfassende oder gar flächendeckende Umsetzung dieser anspruchsvollen Aufgabe stehen der UPD jedoch nicht ausreichend Mittel zur Verfügung.

**Info\_Dienst:** Gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden oftmals nur sehr schwer von Beratungsangeboten erreicht. Wie will die UPD sicherstellen, dass auch diese Menschen die Beratungsangebote der UPD in Anspruch nehmen?

**Schmidt-Kaehler:** Ich weiß nicht, ob sich so etwas „sicherstellen“ lässt. Es geht wohl eher darum, dass man nachhaltig und beharrlich daran arbeitet, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Beratung so leicht wie möglich zu gestalten. Zunächst einmal profitieren natürlich auch diese Zielgruppen von einem niederschweligen und vor allem kostenfreien Zugang zu all unseren Beratungsangeboten. Darüber hinaus versuchen wir, spezielle Zugänge zu schaffen und unsere Beraterinnen und Berater mit den nötigen Werkzeugen auszustatten. Mit unserem muttersprachlichen Beratungsangebot für Migrantinnen und Migranten in Russisch und Türkisch möchten wir zum Beispiel Sprachbarrieren und kulturspezifische Hürden überwinden. Hier gehen wir auch in die Communities.

Neben der neuen Leitungsstelle im Bereich der interkulturellen Öffnung werden wir noch zusätzliche Personalressourcen für ein Innovationsprojekt zur Erreichung sozial benachteiligter

## Karl-Werner Töpler, Vorstand Gesundheitsladen Bielefeld, zur Unabhängigen Patientenberatung

**Die UPD ist mit 21 regionalen Beratungsstellen im Bundesgebiet vertreten. Wie nehmen die Beratungsstellen vor Ort die veränderten Rahmenbedingungen wahr? Und wo liegen zukünftige Herausforderungen für die Arbeit in der Patientenberatung. Lesen Sie hierzu die Einschätzung von Karl-Werner Töpler, Vorstand Gesundheitsladen Bielefeld e.V./Träger der UPD Beratungsstelle Bielefeld.**

Zunächst ist die Erleichterung zu spüren, dass es nun mehr Planungssicherheit gibt und eine vom Parlament unterstützte und gewollte Umsetzung der unabhängigen Patientenberatung. Dies bedeutet auch, dass im Wesentlichen die guten Erfahrungen der Modellphase in der Beratungsarbeit fortgeführt werden. Alle jetzigen regionalen Beratungsstellen und Kompetenzstellen waren bereits in der Modellphase beteiligt und die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten ihre Arbeit fortsetzen. Damit gelang die Übernahme einer hohen Kompetenz im Verbund. Die regionalen Kontakte der Träger zu Medien und Kooperationspartnern waren ebenso hilfreich.

Darüber hinaus sind auch neue Aufgaben dazu gekommen, die u.a. mit der Seismografenfunktion der UPD zusammenhängen. Probleme und Beschwerden der Ratsuchenden sollen aufbereitet und in das Gesundheitssystem zurück gemeldet werden, um Hinweise auf Mängel und Änderungsbedarfe zu bekommen. Dies wird sehr oft von den Ratsuchenden gewünscht, sie wollen auch anderen Patient/innen damit helfen.

Insgesamt ist zu sagen, dass es zwar mehr Planungssicherheit gibt, der gesamte Etat aber nicht erhöht worden ist. So konnten einzelne Aspekte der Beratungsleistung mit Wissensmanagement, Intranet und Internet verbessert werden, nicht jedoch die flächendeckende persönliche Erreichbarkeit. Mit den zusätzlichen Projektmitteln des PKV-Verbandes kann ein Beratungsangebot in russischer und türkischer Sprache realisiert werden in einigen Standorten und mit separaten Hotline-Stunden. Es zeigt sich bereits jetzt, dass die Anfragen an die UPD weiter zunehmen und bei intensiver Öffentlichkeitsarbeit die Kapazitätsgrenzen schnell erreicht werden.

Zukünftig wird es darum gehen, allen Bürgerinnen und Bürgern den gesetzlichen Anspruch auch regional zu gewährleisten und die Beratungsstellen so auszustatten, dass sie ihre Aufgaben angemessen wahrnehmen können. Das Ziel ist, die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Patient/innen und Versicherten im Gesundheitswesen zu stärken.

liger Zielgruppen zur Verfügung stellen. Das Projekt soll Anfang 2012 starten und einen Material- und Methodenkoffer für die Beraterinnen und Berater erarbeiten. Ebenfalls erwähnt sei die Entwicklung von Informationsmaterialien in besonders leicht verständlicher

rinnen und Berater erarbeiten. Ebenfalls erwähnt sei die Entwicklung von Informationsmaterialien in besonders leicht verständlicher

## Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen

### Robert-Koch-Institut veröffentlicht Publikation

Wie zufrieden sind Patient/innen mit dem Gesundheitswesen? Stehen ihnen ausreichend Gesundheitsinformationen zur Verfügung? Und welche Wege werden genutzt, um sich zu informieren?

Antworten hierauf bieten die Daten einer Zusatzbefragung der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (GEDA) des Robert-Koch-Instituts (RKI), die in der Publikation „Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive“ präsentiert werden.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Studie: Es herrschen Wissenslücken sowohl hinsichtlich ausgewählter Bereiche des Gesundheitswesens als auch bezüglich der Wahrnehmung von Rechten und Beschwerdemöglichkeiten, wobei Geschlecht, Alter und Sozialstatus relevante Einflussgrößen für die unterschiedlichen Bedarfslagen sind. So suchen Frauen tendenziell häufiger aktiv nach gesundheitsrelevanten Informationen, wissen aber weniger als Männer über ihre Rechte als Patientin Bescheid. Nutzer/innen mit hohem Sozialstatus gehen häufiger auf Informationssuche als Nut-

Sprache, für die ab 2012 ebenfalls Personal- und Sachmittel bereitgestellt werden.

**Info\_Dienst:** Die UPD sieht sich auch als wichtigen Akteur beim Aufspüren von Schwachstellen im Gesundheitssystem. Probleme sollen erkannt, registriert und öffentlich gemacht werden, um Veränderungen anzustoßen. Wie soll dies in der Praxis realisiert werden?

**Schmidt-Kaehler:** In der Regelversorgung gehört es zu unserem gesetzlichen Auftrag, die Problemlagen der Patientinnen und Patienten systematisch auszuwerten und in einem jährlichen Bericht an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung zusammen zu fassen. Hierzu wird derzeit unsere aktuelle Falldokumentation überarbeitet. Die neue Dokumentation wird zum Jahreswechsel eingeführt und wird es künftig ermöglichen, die Anliegen der Ratsuchenden noch differenzierter und gezielter zu erfassen. In Kombination mit weiteren Erkenntnisquellen und unter Einbeziehung der Erfahrungen und Kompetenzen unserer Berater werden wir in der Lage sein, Hinweise auf systematische Problemlagen abzuleiten. Diese werden wir dann in einem jährlichen Bericht veröffentlichen.

**Info\_Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch!

*Die Fragen stellte Merle Wiegand.*

Informationen zur Arbeit der UPD finden Sie unter:

[www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de)

zer/innen mit niedrigem Sozialstatus. Auch nutzen Sie dazu deutlich häufiger das Internet. Vor allem jüngere Nutzer/innen wünschen sich mehr Aufklärung zu ihren Rechten, wobei Personen mit niedrigem Sozialstatus deutlich weniger ihre eigenen Rechte kennen als Personen mit hohem Sozialstatus.

Die Verbesserung der Prävention im Sinne eines Empowerments zu umfassender Gesundheitskompetenz ist eine gesundheitspolitische Zielstellung. Um allen Patient/innen zu ermöglichen, aktiv und selbstbestimmt im Gesundheitswesen zu handeln, ist es – berücksichtigt man die Ergebnisse der Studie – wichtig, niedrigschwellige Informationen nicht nur zu Therapiemöglichkeiten und gesundheitlichen Institutionen bereit zu stellen, sondern auch über Patientenrechte und Möglichkeiten der Beschwerde zu informieren.

Die Studie als PDF-Dokument finden Sie hier: [www.rki.de/cln\\_153/hn\\_1735926/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/patientensouveraenitaet,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/patientensouveraenitaet.pdf](http://www.rki.de/cln_153/hn_1735926/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/patientensouveraenitaet,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/patientensouveraenitaet.pdf)

GBE kompakt stellt zu aktuellen Gesundheitsthemen aussagekräftige Daten und Fakten bereit. Diese werden zeitnah, anschaulich und allgemein verständlich präsentiert. Die Veröffentlichung erfolgt mindestens vierteljährlich ausschließlich in elektronischer Form.

Die Publikationen finden Sie online unter: [www.rki.de/cln\\_153/hn\\_205760/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Kompakt/Kompakt\\_\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_153/hn_205760/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Kompakt/Kompakt__node.html?_nnn=true)

## Neue Brisanz in der Debatte um eine wohnortnahe medizinische Versorgung

### Versorgungsstrukturgesetz soll 2012 in Kraft treten

Das von Bundesgesundheitsminister Bahr geplante Versorgungsstrukturgesetz soll eine Antwort auf den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen geben. Seit Anfang Juni liegt ein Referentenentwurf vor, zum Jahresbeginn 2012 soll das Gesetz in Kraft treten. Erklärtes Ziel der Bundesregierung ist es, Versicherten damit eine Nähe zur nächsten Arztpraxis, möglichst schnelle Arzttermine und eine bessere Behandlung von schweren Erkrankungen zu ermöglichen. Hinsichtlich der Bedarfsplanung sind folgende Neuerungen angedacht: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Planungsbezirke neu festlegen können und besonders die demographische Entwicklung berücksichtigen. Bei den Planungsbereichen soll zwischen haus-, fach- und spezialärztlicher Versorgung unterschieden werden. Erstmals sollen die Bundesländer an den Beratungen des G-BA teilnehmen und auch auf Landesebene bezüglich der Bedarfsplanung ein Kontrollrecht erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ein Vorkaufsrecht wahrnehmen können, um ggf. Praxen stillzulegen. Zusätzlich soll es finanzielle Zuschüsse für Praxiseinrichtungen in unterversorgten Gebieten geben.

Der Entwurf für das Versorgungsstrukturgesetz stieß auf geteilte Reaktionen. Lob kam vorwiegend von den Verbänden der Leistungserbringer, so etwa von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin oder der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DIGIV), die den Entwurf als „überwiegend positiv“ betrachtet. Allerdings fehlen laut DIGIV noch wichtige Regelungen für den Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung. Wichtig sei zum Beispiel, dass der Leistungskatalog für die neue spezialärztliche Versorgung konsequent auf das Prinzip „ambulant vor stationär“ setze.

#### GKV: Auch Überversorgung bekämpfen

Neben Gegenwind aus den eigenen Reihen – Finanzminister Schäuble verwies vor allem auf die fehlende Gegenfinanzierung von Kostenrisiken in Milliardenhöhe – gab es starke Kritik von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach den Berechnungen der Krankenkassen erfordern die Mehrausgaben etwa für ärztliche Vergütung, Landarzt-Prämien und spezialärztliche Versorgung weitere Zusatzbeiträge für die Versicherten.

Der Spitzenverband der Kassen hielt in einer Stellungnahme fest: „*Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir die Chance, die ungünstige Verteilung der Ärzt/innen zu korrigieren. Statt aber alleine nur über Lösungen für eine mögliche Unterversorgung zu diskutieren, müssen wir endlich auch über die andere Seite der Medaille, den Abbau von Überversorgung, reden. Wir fordern eine Klarstellung im Gesetz, dass in überversorgten Gebieten Arztpraxen von Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werden müssen, wenn ein Arzt oder eine Ärztin ausscheidet und eine Wiederbesetzung für die Versorgung nicht erforderlich ist.*“ Norbert Klüsen, Chef der Techniker Krankenkasse (TK), fordert zudem Honorarabschläge für Ärzt/innen in den Städten, um Zuschläge für Landärzt/innen bezahlen zu können. Deutschland habe im internationalen Vergleich zwar sehr viele Ärzt/innen, diese seien aber falsch verteilt. „*In vielen ländlichen Regionen haben wir in Zukunft eine Unterversorgung, in Ballungszentren eine Überversorgung.*“

#### Verbraucherzentrale: Steuerung durch Vergütung und patientenorientierte Bedarfsplanung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband wies anlässlich einer Pressekonferenz darauf hin,



dass in Deutschland trotz einer hohen Arztdichte für Patient/innen weiterhin viele konkrete Probleme bestünden. Diese beziehen sich einerseits auf die fachärztliche Versorgung, wo es oft langer Anfahrts- und Wartezeiten bedarf. Grund sei, dass alle fachärztlichen Internist/innen zu einer Gruppe zusammengefasst werden und so beispielsweise nicht zwischen der Anzahl der Kardiolog/innen und Diabetolog/innen unterschieden werden könne. Zum Anderen bestehe oft eine Konzentration von Allgemein- wie Fachärzt/innen in der lokalen Kreisstadt oder in besser gestellten Stadtbezirken, da die Planungsbezirke stets den gesamten Landkreis umfassen. Sowohl natürliche Verkehrshindernisse wie auch die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV blieben in der Bedarfsplanung unberücksichtigt. Die Verbraucherzentrale fordert daher, wohnortnahe Versorgungsleistungen besser zu vergüten als bisher. Sozial Benachteiligten sollten die Anfahrtskosten zu weit entfernt liegenden, spezialisierten Versorgungsangeboten erstattet werden. Zum Abbau der Überversorgung solle vor allem die unkoordinierte Sonderbedarfszulassung durch die Krankenkassen unterbunden werden. Die Verbraucherzentrale fordert zudem, mittels repräsentativer Patientenbefragungen bisher noch ungedeckten Versorgungsbedarf zu erheben.

Den Gesetzesentwurf finden Sie unter: [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Versorgungsstrukturgesetz/GKV\\_VStG\\_110803.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf)

Stefan Weigand

## Qualität in der medizinischen Versorgung

### Ein Zwischenbericht von Franz Knieps

Qualität und Wirksamkeit sind die zentralen Voraussetzungen für die Erbringung, Inanspruchnahme und Abrechenbarkeit medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einleitungsvorschrift des § 2 Absatz 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bestimmt, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Im selben Gesetzbuch bekräftigt der Gesetzgeber, dass nicht irgendeine Form der Leistung ausreichend ist, sondern dass Patient/innen Anspruch auf Teilhabe an der evidenzbasierten Medizin auf dem fortgeschrittenen internationalen Erkenntnisstand haben.

In vielen weiteren Vorschriften beschreibt das Gesetz die näheren Einzelheiten einer adäquaten Qualitätssicherung und eines umfassenden Qualitätsmanagements für alle zugelassenen Leistungserbringer. Eine zentrale Funktion kommt der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu, der sektorübergreifend durch Richtlinien und Beschlüsse Vorgaben für die Entwicklung, Umsetzung, Förderung, Darstellung und Kontrolle von Qualitätssicherung macht. Dabei kann er sich inhaltlich auf die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stützen.

Diese Vorgaben gelten nicht nur in der Regelversorgung, sondern – anders als im Beitrag

von Frau Dr. Köster-Steinbach dargestellt – auch in den besonderen Versorgungsformen, wie z. B. in der hausarztzentrierten Versorgung oder in der integrierten Versorgung. Allerdings räumt der Gesetzgeber den Vertragsparteien von Selektivverträgen das Recht ein, auf anderen Wegen „nach Rom“ zu finden. Damit sollen ein Dumpingwettbewerb verhindert und wettbewerbliche Suchprozesse um eine bessere Qualität initiiert werden. Der Kollektivvertrag mag eine flächendeckende Durchsetzung von Mindeststandards bewirken können, die Speerspitze des Fortschritts ist er in der Regel nicht. Dazu eignen sich Selektivverträge, die nicht auf den Langsamsten im Geleitzug Rücksicht nehmen müssen, oft besser.

Durchaus einzuräumen ist, dass der Status Quo der Umsetzung nicht das Optimum der Qualitätssicherung darstellt. So ist die Nutzersperspektive noch immer nicht die dominierende Sicht. Viele Aspekte der Qualität lassen sich aber nicht allein aus der professionellen Perspektive erhellen. Auch fehlt es – nicht nur in der Selektivvertragswelt – an ausreichender

Transparenz einerseits, während an anderer Stelle ein künstlich erzeugter Informationsoverkill die adäquate Bewertung von Qualität verodert zumindest behindert. Außerdem werden die Schwerpunkte noch immer bei Struktur- und Prozessqualität gesetzt, während die Ergebnisqualität häufig keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Schließlich sind andere Steuerungsinstrumente wie Kapazitäts- und Strukturplanung oder Honorierung nicht oder nur unzureichend mit Qualitätselementen verbunden.

Daher ist es wichtig, die Debatte um die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens auf die Qualität zu fokussieren, die Dimensionen der Qualitätssicherung zu erweitern und praxistaugliche Instrumente zu entwickeln und durchzusetzen, die den Nutzern adäquate Hilfestellung bieten und den Gesundheitsberufen eine professionelle Identität verschaffen. Das ist im Wesentlichen mit den geltenden Rahmenbedingungen zu schaffen. Wo Handelnde konkret an juristische Grenzen stoßen, wird der Gesetzgeber diese Hürden beseitigen müssen und können. Aber erst einmal sind Kreativität und Eigenanstrengungen der Beteiligten gefragt.

*Franz Knieps, Wiese-Consult, Berlin (bis 2009 Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit)*

#### Reihe zur Qualität in der medizinischen Versorgung

Dieser Text ist Teil der Reihe zur Qualität in der medizinischen Versorgung, die wir in der letzten Ausgabe mit einem Beitrag von Dr. Ilona Köster-Steinbach, Verbraucherzentrale Bundesverband, begonnen haben. In den nächsten Ausgaben folgen Beiträge von weiteren Expertinnen und Experten. Das Ziel der Reihe ist es, die umfassenden Entwicklungen und Neuerungen im Bereich der Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung abzubilden und gemeinsam zu diskutieren.

## Wie können wir das ehrenamtliche Engagement der Patientenfürsprecher/innen stärken?

### Veranstaltung diskutiert Bedingungen und Handlungsbedarfe für die psychiatrische Versorgung in Berlin

Was muss getan werden, um die Nutzer/innen der psychiatrischen Versorgung bei Problemen und Beschwerden zu unterstützen und in ihren Rechten zu stärken? Eine Stelle allein kann hier wenig bewirken, es bedarf eines abgestimmten Vorgehens vielfältiger Instanzen. Neben dem internen Beschwerdemanagement der psychiatrischen Angebote in Berlin selbst sind es vor allem die unabhängigen Beschwerdebearbeitungen, die gestärkt werden müssen.

Dazu zählen die Patientenbeauftragte des Landes, die allerdings auch für den sehr umfassenden somatischen Bereich zuständig ist, und die ehrenamtlich arbeitenden bezirklichen Beschwerdestellen Psychiatrie, die in vier Berliner Bezirken bestehen. Eine besondere Position haben die psychiatrischen Patientenfürsprecher/innen inne: Sie sind ebenfalls ehrenamtlich tätig und werden von den Bezirksordnetenversammlungen gewählt, arbeiten

aber direkt vor Ort, in den stationären Psychiatrien. Dadurch können sie Missstände schon früh registrieren und sind auch für zwangsuntergebrachte Personen ansprechbar. Sie sind so das Auge der demokratischen Öffentlichkeit in einem Bereich, der durch rechtliche und soziale Barrieren häufig noch stark von der Allgemeinbevölkerung getrennt ist.

Welch hohe Bedeutung dem Amt zukommt, zeigt die Tatsache, dass im ersten Berliner Psychisch-Kranken-Gesetz von 1985 vorgesehen war, dass die psychiatrischen Patientenfürsprecher/innen eine juristische Ausbildung vorweisen sollten. Aufgrund der oft grundrechtsrelevanten Situation, in der sich die Patient/innen in den Psychiatrien befinden, war die juristische Expertise dem Gesetzgeber damals sehr wichtig. De facto wurde diese Anforderung nie umgesetzt und 1994 auch aus dem Gesetz gestrichen – eine besondere Rolle

haben die Patientenforsprecher/innen jedoch weiterhin inne. Die BIP – Berliner Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie – bemüht sich daher mit einer eigenen Strategie besonders um ihre Stärkung. Bausteine sind Austausch- und Vernetzungstreffen, Fortbildungen sowie öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen.

In diesem Rahmen hatte die BIP Anfang Mai zur Veranstaltung „Wie können wir das ehrenamtliche Engagement der Patientenforsprecher/innen stärken?“ geladen. Einig waren sich die Teilnehmenden, dass die Forsprecher/innen besonders wichtig sind, um auch in Krisensituationen die Patient/innen zu unterstützen. Die Bezirke seien daher in der Verantwortung, sich für die Position der Patientenforsprecher/innen einzusetzen. Einige Bezirke sind hier bereits sehr aktiv, etwa mit einem eigens entwi-

ckelten Anforderungsprofil und Berichtswesen. Anderswo mangelt es noch an grundsätzlichen Dingen. Problematisch ist laut Dr. Hilde Rossi vom Arbeitskreis Patientenforsprecher/innen vor allem, dass bisher keine berlinweit einheitlichen Bedingungen existieren. Von den Krankenhäusern selbst müsse vor allem ein fester Raum bereit gestellt werden, der regelmäßige und vertrauliche Sprechstunden ermöglicht. Zudem sollten durch die Krankenhäuser gute Einführungen in die Arbeit der Häuser angeboten werden. Ergänzend sieht Sibyll Klotz, Stadträtin in Tempelhof-Schöneberg, die Kliniken vor allem in der Pflicht, die Patient/innen in geeigneter Weise auf die Patientenforsprecher/innen hinzuweisen.

Heinrich Beuscher setzt sich als Landesbeauftragter für Psychiatrie dafür ein, dass das sozialpsychiatrische Beschwerdemanagement ins-

gesamt auf neue Füße gestellt wird. So sollen die Patientenforsprecher/innen laut Beuscher auch in den Besuchskommissionen, die künftig in die Psychiatrien gehen sollen, mitarbeiten. Eine Überlegung ist auch, ihre Tätigkeitsberichte berlinweit zu sammeln und gebündelt zu veröffentlichen.

Wenn sich durch die Veranstaltung auch viele Möglichkeiten aufgetan haben, wie ihre Belange gefördert werden können – die Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement der Patientenforsprecher/innen in den Psychiatrien sind weiterhin nicht einfach. Die BIP wird daher in den kommenden Monaten mit einem Kriterienkatalog an die Bezirke und Krankenhausträger herantreten, um zukünftig möglichst gute Bedingungen für ihr Wirken zu erreichen.

Stefan Weigand

## BARMER GEK veröffentlicht Arzneimittelreport 2011

### 26 Bedenkliche Trends bei der Verschreibung von Arzneimitteln

In Deutschland werden viele Arzneimittel verordnet, deren Einnahme riskant für Patienten ist – und eher schaden als nutzen. Zu diesem Ergebnis kommt der Arzneimittelreport der BARMER GEK, der im Juni dieses Jahres vorgestellt wurde. Im Fokus stehen Schlafmittel mit hohem Suchtpotential, die alkoholabhängigen Patient/innen verordnet werden, Beruhigungsmittel für Demenzerkrankte – trotz erhöhtem Sterblichkeitsrisiko – sowie Antibabypillen, die das Risiko einer lebensbedrohlichen Embolie erhöhen. Der Autor der Studie, Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, äußert sich besorgt über diese Entwicklungen. „Sowohl bei neuen patentfähigen Antibabypillen, bei Neuroleptika für demenzerkrankte Menschen als auch bei Benzodiazepinen für alkoholranke Menschen gibt es seit Jahren klare Gegenanzeigen und Warnhinweise. Trotzdem wird weiter in kritischer Größenordnung verschrieben.“

#### Bedenkliche Trends

Menschen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit werden vermehrt Benzodiazepine – zur Gruppe der Schlafmittel zählend – verordnet. Bei alkoholabhängigen Männern liegt der Anteil bei 12 Prozent, bei den betroffenen Frauen sogar bei 18 Prozent. Benzodiazepine werden



häufig im klinischen Alkoholentzug, allerdings auch danach zur Behandlung von Schlafstörungen und Angstsymptomen, verwendet. Von einem längerfristigen Einsatz raten Expert/innen jedoch ab: Risiken seien ein hohes Suchtpotential sowie eine Reihe an Nebenwirkungen wie Gangunsicherheit, Hang-Over-Effekte oder eine erhöhte Sturz- und Unfallgefahr. Zudem legt der Arzneimittelreport offen, dass Demenzerkrankte im Vergleich zu nicht Demen-ten sechsmal häufiger Neuroleptika (Beruhigungsmittel) verschrieben werden. Gleichzeitig sei seit Jahren bekannt, dass Demenzerkrankte nach Einnahme von Neuroleptika eine 1,6- bis 1,7-fach erhöhte Sterblichkeitsrate aufweisen.

Auch hinsichtlich der Antibabypille machen die Autoren der Studie bedenkliche Trends aus. So liege das Risiko, an einer lebensbedrohlichen

Embolie zu erkranken, bei den am meisten verwendeten Präparaten der dritten und vierten Generation bei bis zu 30 bis 40 Fällen pro 100.000 Frauen. Bei den Pillen der zweiten Generation sei das Risiko mit 15 bis 20 Fällen nur ungefähr halb so hoch, so Glaeske.

#### Kostenexplosion durch Spezialmedikamente

Die Autoren gehen auch auf die finanzielle Situation der Krankenkassen ein. Schon seit Jahren haben die Kassen mit steigenden Ausgaben im Besonderen für Arzneimittel zu kämpfen. Insbesondere gentechnisch hergestellte Arzneien, etwa zur Behandlung von Rheuma, Krebs oder Multipler Sklerose, sind für diese Kostenexplosion verantwortlich. Die sogenannten Biologicals machen zwar nur 2,7 Prozent der Verordnungen aus, verursachen jedoch 15 Prozent der Ausgaben.

Glaeske macht jedoch deutlich, dass erhebliche Einsparpotentiale möglich seien: „Allein eine Steigerung der Generikaquote von heute 85 auf 90 Prozent verspricht Einsparungen von 500 Millionen Euro jährlich.“ Im Jahr 2010 habe der Einsatz von Nachahmerpräparaten rund 10 Milliarden Euro eingespart. Für die Nachahmer der Biologicals, die sogenannten Biosimilars, sieht Glaeske zusätzliche Einsparpotentiale zwischen 20 und 25 Prozent. Dabei liegen Hoffnungen auf Verordnungsquoten für Biosimilars.

Der vollständige Bericht steht Ihnen hier zum Download zur Verfügung:

[www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/110615-Arzneimittelreport-2011/PDF-Arzneimittelreport-2011,property=Data.pdf](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/110615-Arzneimittelreport-2011/PDF-Arzneimittelreport-2011,property=Data.pdf)

## Termine

Weitere Termine auch unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) und [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Kontakt für Veranstaltungen (falls nicht anders angegeben): Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (030) 44 31 90 60; [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)

## Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Kind und Familie

Freitag, 4. November 2011 von 10 bis 12 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Altern und Gesundheit

Dienstag, 15. November 2011 von 16 bis 18 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Patientenfürsprecher/innen

Montag, 28. November 2011 von 15 bis 17 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

## Tagungen, organisiert oder mit veranstaltet von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Fachtagung

#### Hurtig Kinder, kommt zu Tisch! Ernährung in Kita und Familie – gut und gesund

Freitag, 4. November 2011  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Netzwerk Gesunde Kita in Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, in Kooperation mit dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg  
Ort: Potsdam  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Fachtagung

#### Wege ins Erwachsensein – Perspektiven und Gesundheitsförderung für Jugendliche in schwierigen Lebenslagen

Montag, 14. November 2011 von 9 bis 14 Uhr  
Ort: Haus der Brandenburgisch-Preussischen Geschichte (Konferenzraum), Am Neuen Markt, 14467 Potsdam  
Veranstalter: Gesundheit Berlin Brandenburg, Regionaler Knoten Brandenburg  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Fachtagung

#### Vielfalt von Elternkompetenzen wahrnehmen – Wie gelingt es, türkeistämmige und arabischsprachige Familien für die Zusammenarbeit mit Kitas zu gewinnen?

Freitag, 25. November 2011 von 9.15 bis 15.15 Uhr  
Ort: Nachbarschaftshaus am Urban, Urbanstr. 21, 10961 Berlin  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg in Zusammenarbeit mit der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit des Bezirksamtes und der Koordinationsstelle für frühe Bildung und Erziehung des Jugendamtes Friedrichshain Kreuzberg  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Fachtagung

#### Eltern stärken, aber wie? Ressourcen erkennen, Bedarfe unterstützen, Angebote anpassen

Montag, 5. Dezember 2011 von 14 bis 18 Uhr  
Ort: Alice-Salomon-Hochschule  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Alice-Salomon-Hochschule, Bezirksamt Marzahn Hellersdorf  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Landesgesundheitskonferenz

#### 8. Landesgesundheitskonferenz Berlin

Donnerstag, 15. Dezember 2011 von 9.30 bis 16.15 Uhr  
Veranstalter: Senatsverwaltung für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin  
Ort: Rathaus Schöneberg, John-F.-Kennedy-Platz 1, 10825 Berlin  
[www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de)

### Mitgliederversammlung

#### Mitgliederversammlung Gesundheit Berlin-Brandenburg

Dienstag, 6. Dezember 2011 ab 14.30 Uhr  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Ort: Rathaus Kreuzberg, Yorckstr. 4-11, BVV Saal, 10965 Berlin

## Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

### Fachtagung

#### Gesichter der Frauengesundheit: Diskussionen und Standpunkte

Samstag, 5. November 2011 und Sonntag, 6. November 2011  
Veranstalter: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)  
Ort: Hotel Christophorus, Schönwalder Allee 26/3, 13587 Berlin  
Tel.: 030 – 86 39 33 16  
[www.akf-info.de](http://www.akf-info.de)

### Podiumsdiskussion

#### „Gesundheit für alle Menschen“

mit Prof. Thomas Pogge, Yale University, Hasbullah Tabrani, School of Public Health, University of Indonesia u.a.  
Mittwoch, 9. November 2011 von 14 bis 16.30 Uhr  
Ort: Friedrich Ebert-Stiftung, Konferenzsaal 1, Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin  
[www.fes.de/gerichtigkeitswoche](http://www.fes.de/gerichtigkeitswoche)

## Veranstaltungen im Bundesgebiet

### Fachtagung

#### Gesund aufwachsen in der Kita. Zusammenarbeit mit Eltern stärken.

Donnerstag, 10. November 2011  
Ort: Frankfurt am Main  
Veranstalter: BZgA, ZfKJ/Hochschule Freiburg, Hochschule Neubrandenburg, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Tel.: (0221) 80 08 326

### Fachtagung

#### Gesund bleiben in der Kita - Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern im demografischen Wandel

Freitag, 18. November 2011  
Ort: Dresden  
Veranstalter: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.  
[www.slfg.de](http://www.slfg.de)

### Kongress

#### Gesunde Arbeit, erfolgreiche Betriebe

Montag, 5. Dezember 2011  
Veranstalter: Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.  
Ort: Dresden  
[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)

## Gesundheitsförderung im Wandel der Zeiten

**Ruckstuhl, Brigitte (2011):  
Gesundheitsförderung.  
Entwicklungsgeschichte einer  
neuen Public Health-Perspektive.  
Weinheim/München:  
Juventa Verlag**

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um eine entstehungsgeschichtliche Betrachtung unseres kulturellen Verständnisses von Gesundheit, beschränkt auf den deutschsprachigen Raum und den Zeitraum von ca. 1920 bis zur Ottawa-Charta (1986). Brigitte Ruckstuhl unternimmt in ihrem Buch den Versuch, die Entstehung des Konzeptes bzw. des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung nachzuzeichnen. Dabei liefert sie einerseits eine zeitgeschichtliche Darstellung, andererseits lässt sie im zweiten Teil des Buches Personen in Form von Interviews zu Wort kommen, die aktiv an der Entwicklung des Konzeptes Gesundheitsförderung beteiligt waren oder selbige miterlebten. Entsprechend ist auch das Buch gegliedert.

Ruckstuhl beginnt mit ihren Ausführungen in der Zeit der Weimarer Republik, in der die Sozialhygiene das Soziale in der öffentlichen Gesundheit thematisierte und damit wichtige Überlegungen der späteren Gesundheitsförderung gleichsam vorwegnahm. Mit Übernahme des nationalsozialistischen Regimes wurde die Sozialhygiene schnell und vollständig von der Rassenhygiene abgelöst. Nach dem Zweiten Weltkrieg folgte eine Periode, in der naturwissenschaftliche und biomedizinische Paradigmen und die darauf basierende kurative Medizin dominierten. Der öffentliche Gesundheitsdienst verlor sowohl in der BRD als auch in der Schweiz und in Österreich an Bedeutung. Lediglich in der DDR erstarkte er im Rahmen eines zentralistischen Gesundheitsmodells, das Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstand.

Eine von Ruckstuhls Hauptthesen lautet, dass es eines radikalen Umdenkens in den 1970er Jahren bedurfte, um das Konzept der Gesundheitsför-

derung zu implementieren. Eingeleitet wurde dieses Umdenken von den 1968ern und den dabei entstandenen sozialen Bewegungen, allen voran die Gesundheits- und die Frauenbewegung, welche Teilhabe, Empowerment und die Befreiung von entmündigenden Strukturen propagierten, wenn auch in unterschiedlichen Bereichen.

Im weiteren Verlauf wird die Entwicklung der Konzeption Gesundheitsförderung aufgezeigt, die innerhalb der WHO eingeleitet wurde, in der Alma Ata (1978) ihre Ausformulierung und im Regionalprogramm „Gesundheitserziehung und Lebensweisen“ (1981) ihren Einsatz fand. Vom 17. bis zum 21. November 1986 fand in Ottawa (Kanada) die erste „Internationale Konferenz zu Gesundheitsförderung“ mit 240 Teilnehmenden statt, auf der mit der Ottawa-Charta ein Konsensdokument zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde. Gesundheitsförderung wurde darin als gesundheitspolitische Vision verstanden, die Public Health in eine neue Richtung lenken sollte.

Der zweite Teil des Buches beinhaltet Leitfadenterviews mit Vertreter/innen der ersten Generation der Gesundheitsförderung. Interviewt wurden u.a. Alf Trojan, Bernard Badura, Rolf Rosenbrock und Ilona Kickbusch. Die Interviews schildern die Entwicklung des Konzeptes aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln und bereichern so die Sichtweise der Autorin.

Ruckstuhl beschließt ihre Ausführungen mit der These, dass die unklare Begrifflichkeit Gesundheitsförderung eine zielgerichtete Entwicklung nicht nur behindert habe, sondern das Konzept auch in seiner zukünftigen Entwicklung schwäche. Erschwerend komme hinzu, dass auch eine konsensuale Definition von Gesundheit fehle. Das Konzept Gesundheitsförderung habe eine neue Perspektive auf das Thema Gesundheit aufgezeigt, die heute neben dem biomedizinischen Paradigma stehe, sich jedoch für die Zukunft verstärkt verorten und positionieren müsse.

Das Buch von Brigitte Ruckstuhl ist ein wichtiges zeitgeschichtliches Dokument, das die historische und gesellschaftliche Bedingtheit des Denkens über Gesundheit belegt. Es macht deutlich, weshalb die Ottawa-Charta bis heute eine hervorragende Stellung im Denken über Public Health einnimmt.

*Marion Amler*

## Impressum

Herausgeber und Verleger:

Gesundheit Berlin-Brandenburg,  
Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung  
Friedrichstraße 231,  
10969 Berlin,  
Tel. 030-44 31 90-60,  
Fax 030-44 31 90-63  
E-Mail: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de),  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

Redaktion:

Redaktion: Carola Gold (V.i.S.d.P.),  
Merle Wiegand, Marion Amler

Weitere Autor/innen:

Inga Bensieck, Pia Block, Andreas Böhm,  
Stefan Bräunling, Marisa Elle, Cornelia Karth,  
Holger Kilian, Frank Knieps, Hans Leitner,  
Niels Löchel, Werner Mall, Kerstin Moncorps,  
Stefan Pospiech, Katarina Prchal, Beate Schädler,  
Anke Schmidt, Sebastian Schmidt-Kaehler,  
Annett Schmok, Andreas Schultz, Peter Struck,  
Christine Volk-Uhlmann, Stefan Weigand,  
Marco Ziesemer

Auflage: 4.500

Satz und Layout:

Conny Wolff, [www.connye.com](http://www.connye.com)

Druck:

Allprintmedia GmbH  
Blomberger Weg 6a, 13437 Berlin,  
[www.allprint-media.de](http://www.allprint-media.de)

Copyright:

Gesundheit Berlin-Brandenburg, Oktober 2011  
E-Mail an: [redaktion@gesundheitberlin.de](mailto:redaktion@gesundheitberlin.de)  
ISSN 1614-5305

Bildnachweise:

Seite 3 – Jörg Sabel, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 7 – André Wagenzik  
Seite 8 – Annika Loewe, Fotolia  
Seite 9 – SirName, [www.photocase.com](http://www.photocase.com)  
Seite 11 – Snailoo, Fotolia  
Seite 12 – Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
Seite 15 – Olson Tyler, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 15 – Katarina Prchal  
Seite 19 – Paul-Georg Meister, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 21 – UPD Deutschland  
Seite 22 – Rainer Sturm, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 25 – Gerd Altmann, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)