



Info_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von **Gesundheit Berlin**
8. Jahrgang • 4. Ausgabe 2008

In diesem Info-Dienst

4 08

Gesunde Bundespolitik	2
Bewegung in Berlin	15
Kinder und Jugendliche	18
Altern und Gesundheit	21
Soziale, gesunde Stadt	23
Betriebliche Gesundheitsförderung	26
Suchtprävention	28
Patienteninteressen	29
Veranstaltungen/ Termine	31
Impressum	32

Editorial

In diesem Herbst wurde bilanziert. Was hat der sozialkompensatorische Auftrag im § 20 SGB V gebracht? Fünf Jahre Kooperationsverbund – was konnte erreicht werden? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der diesjährigen Herbsttagung, die Gesundheit Berlin gemeinsam mit dem Wissenschaftszentrum Berlin und dem AOK Bundesverband durchgeführt hat und prägten natürlich auch die Diskussionen auf dem 6. Jahrestreffen des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Die Ergebnisse können sich – gemessen an den immer noch schlechten Rahmenbedingungen für Prävention in Deutschland – durchaus sehen lassen. Trotz der fehlenden Koordination der Prävention auf Bundesebene ist es mit dem Aufbau des Kooperationsverbundes gelungen, tragfähige Strukturen zu entwickeln, die ihre Stärke insbesondere in der Verzahnung mit den Strukturen in den Ländern haben. Was sich im föderalen System oft als Hürde darstellt, konnte durch die Kooperation vor allem mit den Landesvereinigungen für Gesundheit, den gesetzlichen Krankenkassen und den Ländern zu einem erfolgreichen Modell entwickelt werden.

Neben den strukturellen Bedingungen ist es jedoch vor allem der Bereich der Qualität, der mittlerweile eine gute Entwicklung genommen hat. Es sind Methoden und Instrumente entwickelt und geprüft worden, die ein gutes Rüstzeug für die Qualitätssicherung in der Praxis bilden können. Diese guten Ergebnisse müssen natürlich in Relation zu den anstehenden Aufgaben gesehen werden. Ulla Schmidt forderte auf dem Kooperationstreffen eine nationale Offensive, in der Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen der Kinder unternommen werden. Die Voraussetzungen für eine solche Offensive können angesichts des zweiten Scheiterns eines Präventionsgesetzes kaum als günstig bezeichnet werden. Hinzu kommt, dass die Bedingungen für Gesundheit vor allem durch soziale Faktoren geprägt werden. Sir Michael Marmot, Leiter der WHO Commission on Social Determinants of Health, wird dazu auf dem Kongress Armut und Gesundheit die Ergebnisse des Berichtes präsentieren. Ich möchte Sie herzlich einladen sich an diesen Diskussionen auf dem 14. Kongress Armut und Gesundheit und der Satellitentagung, die wir gemeinsam mit dem BKK Bundesverband am 04. Dezember durchführen, zu beteiligen.

Ihre Carola Gold

In diesem Info-Dienst

Gesunde Bundespolitik	2
Bericht der WHO-Kommission	2
Internationale Perspektiven	4
6. Kooperationstreffen	5
Über die WZB-Fachtagung 2008	6
Präventionsgesetz	8
Qualitätsentwicklung	9
Potenziale der Gesundheitsförderung	10
Projekt Lenzgesund	11
Programm AktivA	11
Gesundheitsförderung ohne Zwang	12
Projekt Gesund leben lernen	12
Bilanz Mehr Gesundheit für alle	14
Bewegung in Berlin	15
Stadtteilmütter in Kreuzberg	15
Aktionsbündnis Gesunde Familie	16
SpoWi goes School	16
Moabit macht mobil	16
Gesundheitsförderung im Stadtteil	17
Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.	17
Kinder und Jugendliche	18
HBSC-Studie für Berlin	18
Gesundheitsförderung in Berliner Kitas ...	19
Kinderarmut und Kindergesundheit	20
Frühförderung und Frühe Hilfen	20
Altern und Gesundheit	21
Erkenntnisse der Zugehörigkeitsforschung ..	21
Hilfebedarf und Autonomieerhalt Älterer ..	22
Soziale, gesunde Stadt	23
Regionalkonferenzen in 16 Bundesländern ..	23
Armutswegen. Armutserkundung vor Ort ...	23
Die elementaren Formen der Armut	24
Umwelt und Gesundheit	25
Gesundheit und Stadtteilbewohner/innen ..	25
Betriebliche Gesundheitsförderung	26
Gesundheitsförderung von Erwerbslosen ..	26
Beschäftigungsfähigkeit umfassend denken	27
Gesundheitsförderung in Unternehmen ...	27
Suchtprävention	28
Alkoholwerbung und Jugendliche	28
4. Bundeswettbewerb gestartet	29
Patienteninteressen	29
Wettbewerb im Gesundheitswesen	29
Selbstmanagement chronisch Kranker ...	30
PatientenForum Berlin gestartet	30
Veranstaltungen/ Termine	31
Impressum	32

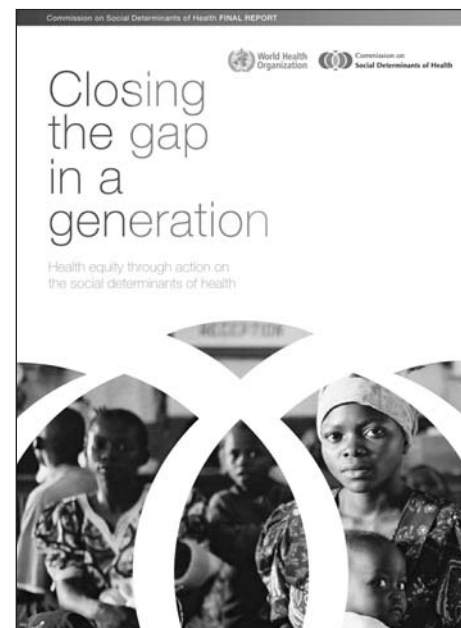
Gesunde Bundespolitik

Bericht der WHO-Kommission auf Kongress Armut und Gesundheit / Internationale Perspektiven / 6. Kooperationstreffen / Über die WZB-Fachtagung 2008 / Präventionsgesetz / Qualitätsentwicklung / Potenziale soziallagenbezogener Gesundheitsförderung / Lenzgesund/ AktivA / Gesundheitsförderung ohne Zwang / Gesund leben lernen / Bilanz mehr Gesundheit für alle

Bericht der WHO-Kommission: „Gerechtigkeit ist eine Frage von Leben und Tod“

Michael Marmot präsentiert den Bericht auf dem diesjährigen 14. Kongress Armut und Gesundheit

Gerechtigkeit ist eine Frage von Leben und Tod. Die Verhältnisse in denen die Menschen arbeiten, die Höhe ihres Einkommens, der Bildungsstand oder die familiäre Situation beeinflussen die Gesundheit in großem Maße. Wie entscheidend dieser Zusammenhang zwischen Lebensverhältnissen und Lebenserwartung ist, zeigt der neue Bericht der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingesetzten Kommission „Soziale Determinanten von Gesundheit“ anhand von zahlreichen Beispielen: So stirbt in Mozambique jedes siebte Baby von Müttern, die keine Ausbildung haben. Durchschnittlich 140 von 1000 Kindern in Indien sterben, weil ihre Eltern arm sind. Zahlen aus Glasgow zeigen, dass auch in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen ähnliche Tendenzen zu beobachten sind. Ein Kind im strukturschwachen Stadtteil Calton, hat eine durchschnittliche Lebenserwartung



von 54 Jahren. Im nahe gelegenen Pendlerort Lenzie mit einer günstigen Sozialstruktur haben Kinder dagegen die Chance, im Durchschnitt 28 Jahre älter zu werden.

Dieser empirische Zusammenhang von Gerechtigkeit und Gesundheit steht auch im Mittelpunkt des diesjährigen 14. Kongress Armut und Gesundheit am 5. und 6. Dezember in Berlin. Der Leiter der Kommission, Sir Michael Marmot, vom University College in London wird die Ergebnisse des Berichts „Closing the gap in a generation“ in der Eröffnungsveranstaltung erstmalig in Deutschland präsentieren.

Das diesjährige Motto „Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle“ zielt auf die in Deutschland zu beklagende soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Denn in einem reichen Industrieland wie Deutschland ist eine deutliche Zunahme der Armut zu konstatieren, wie die jüngste Studie der Organisation der führenden Industriestaaten (OECD) gezeigt hat. Nach deren Angaben ist die Armut in Deutschland in den vergangenen Jahren so rasant gestiegen wie in keiner anderen entwickelten Region der Welt. Gleichzeitig wissen wir, dass Personen mit einer niedrigen Bildung, beruflichen Stellung oder einem niedrigen Einkommen in der Regel früher sterben und auch häufiger an gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Soziale Gerechtigkeit, verstanden als Teilhabe an Bildung, Arbeit und Gesundheitsversorgung ebenso wie am politischen, sozialen und kulturellen Leben wird so zu einem entscheidenden Faktor für die Gesundheit der Bevölkerungen. „Ungleichheit tötet im großen Stil“ warnt Michael Marmot.

Folgerichtig ist eine zentrale Forderung des Berichtes, die Lücke zwischen Arm und Reich zu schließen. Dazu hat die Kommission einen ehrgeizigen zeitlichen Horizont formuliert: Die Verminderung sozialer und damit gesundheitlicher Ungleichheit soll innerhalb einer Generation erreicht werden. Dies sei dann möglich, wenn eine gemeinsame Vision das Handeln bestimmt.

Die WHO Kommission fordert von den Regierungen, Verantwortlichen der Wirtschaft, der Arbeitswelt, Wohlfahrtseinrichtungen und vom öffentlichen Sektor, dass diese die gesundheitlichen Folgen ihrer Politik in den Blick nehmen und Lösungsansätze für die Förderung von Gesundheit entwickeln. Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Gebieten wie dem Bildungssektor, der Sozialpolitik oder der Umwelt können mit ihrem Handeln entscheidend dazu beitragen. Auf dem Kongress werden Expert/innen aus verschiedenen Handlungsfeldern in einem Workshop zusammen



mit Sir Michael Marmot diskutieren, welche Schlussfolgerungen aus dem Bericht der Kommission für Deutschland zu ziehen sind. Die Kommission selbst hat bereits drei zentrale Handlungskomplexe herausgestellt und mit zahlreichen Beispielen guter Praxis unterlegt:

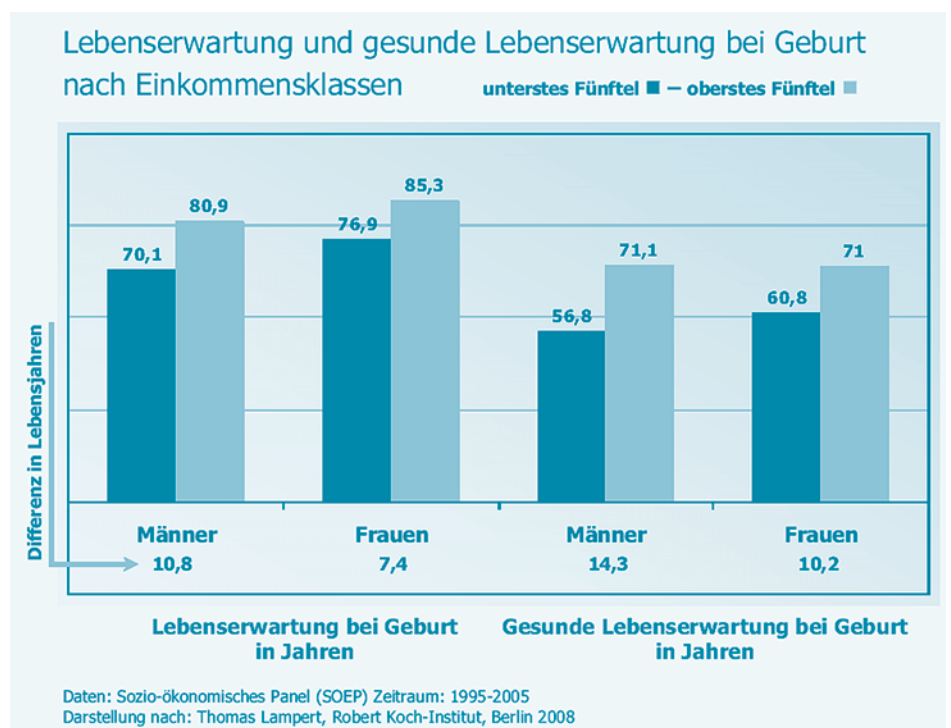
- Um die Chancen zu erhöhen, gesund aufzuwachsen und gesund zu bleiben müssen vor allem die Lebensbedingungen der Menschen verbessert werden. Veränderungen müssen dort ansetzen wo die Menschen aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Dazu zählen zum Beispiel die Wohn- und Arbeitsverhältnisse, die Bildung, aber auch der Zugang zu Wasser und Nahrung.

- Um die Lebenssituation der Menschen in den Staaten zu verbessern sollen die Regierungen sich für eine gerechtere Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen sowohl innerstaatlich als auch international einsetzen.

- Um das geforderte Handeln auf eine solide Basis zu stellen, bedarf es Daten, anhand derer Fortschritte planbar und erkennbar sind. Die Kommission fordert zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis auf, um zum Einem die Zusammenhänge zwischen sozialen Determinanten und Gesundheit besser zu verstehen und zum anderen Maßnahmen zu initiieren, deren Wirkung bei den Menschen mit dem größten Bedarf ankommt. Durch die Sensibilisierung für die gravierenden Folgen sozialer Ungerechtigkeit und die bessere Aus-, Fort-, und Weiterbildung von entsprechend geschulten Akteuren können die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit bekämpft werden.

Für diesen multidisziplinären Ansatz stehen auch die über 80 Einzelveranstaltungen des Kongresses Armut und Gesundheit. Hier diskutieren Expert/innen und Betroffene aus unterschiedlichen Bereichen, wie die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen verbessert, wie ressortübergreifende Strategien gelingen und Beispiele guter Praxis in die Fläche gebracht werden können.

Franziska Hengl / Stefan Pospiech



Aus: Blickpunkt öffentliche Gesundheit. Ausgabe 4/2008

Im WHO-Abschlussbericht der Commission of Social Determinants of Health werden zu den einzelnen Ergebnissen Handlungsempfehlungen in folgenden Bereichen formuliert:

Bezogen auf die allgemeinen Lebensbedingungen:

- Gerechtigkeit von Beginn an – frühe Förderung und Zugang zu Bildung für alle Kinder
- Gesunde Orte – Gesunde Menschen – gesunde Lebenswelten in Kommunen und Nachbarschaften fördern ein umfassendes physisches und psychisches Wohlbefinden
- Gerechte Arbeitsbedingungen und menschenwürdige Lebensverhältnisse als Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen
- Sozialer Schutz ein Leben lang
- Umfassende Gesundheitsversorgung

Die ungleiche Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen, global, national und lokal angehen – strukturelle Voraussetzungen der Lebensbedingungen verbessern:

- Gesundheitsgerechtigkeit in allen Politikfeldern, Systemen und Programmen schaffen
- faire Finanzsysteme
- verantwortliche Gestaltung der Märkte, z.B. in der Sicherung des Zugangs zu Wasser- und Gesundheitsversorgung oder im Schutz vor Umweltbelastungen
- Geschlechtergerechtigkeit
- Empowerment, Inclusion und politische Teilhabe
- gesundheitsförderliche internationale Politik

Berichtswesen von Regierungen und internationalen Organisationen mit Unterstützung der WHO zu gesundheitlicher Ungleichheit und den sozialen Bedingungen (Determinanten) von Gesundheit.

Auswirkungen der Globalisierung und die programmatische Diskussion um grundsätzliche Alternativen. An der Diskussion beteiligen sich Partner anderer globalisierungskritischer Initiativen, der kritischen Gesundheitswissenschaft, der Umweltbewegung, den Gewerkschaften und migrationspolitischen Gruppen. Die Kritik von medico an einer Globalisierung neoliberalen Zuschnitts entzündet sich an dem Umstand, dass drei Milliarden Menschen heute ihren Kampf ums Überleben mit weniger als zwei Dollar täglich führen müssen und ein Drittel aller Menschen nicht einmal über die notwendigsten Medikamente verfügt. Globalisierung macht krank, unter dieser Überschrift wird u.a. der „Global Health Watch“, der Bericht des internationalen People's Health Movement zur Lage der Weltgesundheit durch Bridget Llyod aus Südafrika vorgestellt. Thematisiert wird zudem die Forderung nach globalen Sozialen Rechten, unter anderem in Form einer menschenwürdigen Grundsicherung für alle Menschen, sowie dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, der immer noch vielen verwehrt ist.

Ebenfalls unter einer internationalen Perspektive steht in diesem Jahr der Themenblock „Strategien für Menschen mit HIV/Aids“ leben. Im ersten Workshop (Samstag, 6.12.08, 9.00 Uhr – 10.30 Uhr) wird die Bekämpfung von HIV/Aids in Osteuropa unter der Frage, wie die internationale Zusammenarbeit mehr Gerechtigkeit in der Ukraine erzeugen kann, behandelt. Im zweiten Workshop, der von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) organisiert wird, stehen genderspezifische Ansätze in HIV-Programmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Mittelpunkt.

Stefan Pospiech

Internationale Perspektiven

Wie kann die Politik zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit gewonnen werden?

Dieser Frage gehen die renommierten Public-Health Wissenschaftler Göran Dahlgren, Universität Liverpool und Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München in einem Workshop (Freitag, 5.12, 11.30 Uhr-13.00 Uhr) auf dem Kongress Armut und Gesundheit nach. Die Nivellierung gesundheitlicher Ungleichheit als Ziel politischen Handelns muss darauf ausgerichtet sein, die Differenzen im gesundheitlichen Status zwischen soziökonomischen Gruppen zu reduzieren, wie Göran Dahlgren in einem Bericht für die WHO in dem Bericht dargelegt hat (www.euro.who.int/document/e89383.pdf). Anhand von zehn Prinzipien veranschaulicht Dahlgren, welchen Grundsätzen politisches Handeln folgen sollte, um diese vorwiegend sozial verursachten Ungleichheiten erfolgreich zu beseitigen. Dabei fasst er den Zugang zur Gesundheitsversorgung ebenso in den Blick wie die Notwendigkeit einer ethnisch und geschlechterdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsziele, so eine zentrale Forderung, müssen so ausgestaltet sein, dass sie neben einer allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes besonders den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu Gute kommen. Analog zu Michael Marmot (siehe Artikel S. 2) hebt auch Göran Dahlgren die

außerordentliche Bedeutung sozialer Determinanten für den Gesundheitsstatus hervor.

Globalisierung und Gesundheit

Der Themenbereich Globalisierung und Gesundheit von medico international steht in diesem Jahr unter dem Motto: „Den Tod verhindern – ohne das Leben zu verbessern?“. Im Mittelpunkt steht die Frage nach den negativen

STIMMEN ZUM KONGRESS

Klaus Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Was erwarten Sie vom 14. Kongress Armut und Gesundheit?

Potenziell kann mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen auch der Einfluss der sozialen Determinanten von Gesundheit positiv verändert werden. Um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, sind ressortübergreifende, gesamtgesellschaftliche Anstrengungen vonnöten, die mit dazu beitragen, die gleichberechtigte Teilhabe der Menschen am sozialen, politischen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und damit ihre gesundheitlichen Chancen zu vergrößern. Wie dies geschehen kann, werden wir auf dem Kongress Armut und Gesundheit debattieren.



Fünfstufige Geschichte des Kooperationsverbundes ist ein großer Erfolg

Debatten auf dem 6. Kooperationstreffen in Berlin zeigten viel Positives, aber auch Kontroversen

Am 4. November fand in der Hamburger Landesvertretung in Berlin das sechste Jahrestreffen des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten statt. Einhelliger Tenor der Tagung: die fünfjährige Geschichte des Kooperationsverbundes stellt sich als große Erfolgsstory dar. Die Kooperation, die hier im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung gewachsen ist, kann sich auch im europäischen Vergleich sehen lassen.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt verwies in ihrem Einführungsreferat auf die sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen und formulierte, dass die Verbesserung dieser Chancen eine nationale Herausforderung darstellt, der sich alle Partner gemeinsam stellen müssen und aus der gemeinsame zielgerichtete Aktionen entstehen müssen.

Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbands, war in seinem Plädoyer eindeutig. Verstetigung muss verlässlich und überschaubar sein. Von den Ländern forderte er ein zuverlässiges Engagement bei der Finanzierung ihres Anteils an den Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes, den Regionalen Knoten. Im Bezug auf deren Arbeit formulierte er die Erwartung der gesetzlichen Krankenkassen, dass sie zielgerichtet das Handeln vor Ort koordinieren. Damit könnte, nach den Defiziten in der Koordinierung auf Bundes- und Landesebene, zumindest hier ein Fortschritt erzielt werden. Verbindlich zu klären wäre aus seiner Sicht, wie dieser Prozess gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen gestaltet wird.

Thomas Altgeld, als Vertreter der Landesvereinigungen für Gesundheit, schätzte ein, dass es im Kooperationsverbund gelungen ist in den Ländern an bestehende Strukturen anzuknüpfen und diese sich nun auch im Verbund abzubilden. Sein Plädoyer richtete er an die gesetzlichen Krankenkassen und Länder als Finanziere der Regionalen Knoten, eine verlässliche und angemessene Ausstattung für die Arbeit zu schaffen. In manchem Bundesland, so Thomas Altgeld, reiche die Unterstützung nur als Alibi für den sozialkompensatorischen Auftrag, die Erfüllung all der geäußerten Erwartungen sei mit der gegebenen Ausstattung kaum möglich.

Strittig zwischen den Teilnehmern dieser ersten Gesprächsrunde war die Frage des Wettbewerbs der Kassen bezogen auf Präventions-



angebote. Thomas Altgeld forderte hier von der GKV mehr Kooperation und Koordination ein. Dietrich Wersich, Hamburger Senator für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, unterstützte dagegen die Position von Hans Jürgen Ahrens. Wenn klar ist, dass die Qualität der Angebote stimmt – am Besten ausgewiesen durch ein Qualitätssiegel – „dann habe ich nichts gegen Wettbewerb“. Die Hamburger Erfahrungen im Feld der Prävention, nicht zuletzt auch bei der Arbeit der Regionalen Knoten, sind aus seiner Sicht Beleg dafür, dass sich Verlässlichkeit auch im Aufbau von Strukturen langfristig auszahlt.

Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, brachte in die Diskussion die Forderung ein, nun auch zu gemeinsamen Handeln zu kommen. An konkreten Themen müsste deutlich werden, was für welche Zielgruppen an erfolgreichen Konzepten identifiziert worden sei. Außerdem forderte sie die Partner auf, sich am Qualitätsentwicklungsprozess verbindlich zu beteiligen. Als nächste Anforderung formulierte sie die Erarbeitung von Instrumenten, die den Akteuren die Überprüfung der eigenen Qualität der Arbeit erleichtern.

Für den Deutschen Städtetag erklärte Anne Janz, Stadträtin aus Kassel, es sei unabdingbar, auch die Städte im Kooperationsverbund zu integrieren. Die Vielfalt der kommunalen Erfahrungen müssten genutzt werden, um zu klaren Zielvereinbarungen in der soziallagen-

bezogenen Gesundheitsförderung zu kommen. So schlug sie entsprechende Vereinbarungen des Kooperationsverbundes, z.B. gemeinsam mit den Volkshochschulen vor, um die soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in den Kommunen zu stärken.

Antje Richter, Regionaler Knoten Niedersachsen, forderte für die Kommunen die Entwick-

lung von Präventionsketten, in denen Maßnahmen wirksam aufeinander aufbauen: „Kein Abschluss ohne Anschluss.“ Die Überwindung der unterschiedlichen Handlungslogiken im Verwaltungshandeln stellt nach ihrer Erfahrung eine der größten Herausforderungen in der Zusammenarbeit vor Ort dar.

Petra Drohsel, Bundesgesundheitsministerin, bilanzierte die überaus erfolgreiche Zusammenarbeit, die sich aus einer Initiative des Bundesgesundheitsministeriums, in der Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung ergeben hat. Über den Kooperationsverbund ist es gelungen in gut einem Jahr zu tragfähigen Formen der Zusammenarbeit in allen Bundesländern zu kommen. Unterstützt mit Mitteln des Nationalen Aktionsplans für gesunde Ernährung und Bewegung IN FORM, werden zudem Arbeitshilfen zur Verfügung stehen, die dieses Thema in den 500 Quartieren der Sozialen Stadt stärken werden. Die hier entstandene Zusammenarbeit wurde in der Diskussion auch als beispielhaft für andere Politikfelder eingeschätzt.

Sabine Voermans stellte mit dem Programm „Gesunde Kommune“ die Initiative der Techniker Krankenkasse vor, Erfahrungen der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Entwicklung im Setting Stadtteil nutzbar zu machen. Bereits Margot Wehmhöhner vom BKK Bundesverband hatte den großen Erfolg und die Bedeutung des Programms „Mehr Ge-

sundheit für alle“ bei der Entwicklung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung dargestellt. So bilanzierte dann auch Rolf Rosenbrock, dass sich der Leitfaden der GKV zur Umsetzung des § 20 SGB V mittlerweile als ein Lehrbuch der evidenzbasierten Gesundheitsförderung liest. Er erinnerte an die aus Sicht des Sachverständigenrates vorbildliche Formulierung des ersten Entwurfs des Präventionsgesetzes, der für die verhaltenspräventiven Maßnahmen den Wirksamkeitsnachweis, für Settingaktivitäten ein Konzept der Qualitätsentwicklung forderte. Dies ist aus seiner Sicht die angemessene Umsetzung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Hinsichtlich der viel versprechenden komplexen Interventionen im Setting („promising interventions“), befinden sich die Akteure immer noch in einem Suchprozess. Lernschleifen, in denen die erworbenen Erkenntnisse zur Anwendung und zur praktischen Überprüfung gebracht werden, sind daher unverzichtbar für

die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung.

Diese Qualitätsentwicklung braucht Strukturen, die den Prozess stützen und systematisieren. Der Kooperationsverbund kann mit dem Good Practice-Ansatz Instrumente für die Selbstevaluation bereitstellen. Sie könnten andere Methoden der Evaluation oder aus der Aktionsforschung, z.B. die partizipative Qualitätsentwicklung ergänzen. Vergleichbare „Lernschleifen“ so das Plädoyer von Rolf Rosenbrock, brauchen nicht nur Projekte, sondern auch Programme, z.B. die der Bundesregierung zu Kindergesundheit und gesunder Ernährung und Bewegung.

Auch Petra Hofrichter, Regionaler Knoten Hamburg, forderte Anreize und praktikable Instrumente, mit denen Projekte und Träger die Qualität ihrer Maßnahmen voran bringen. Die Regionalen Knoten sind aus ihrer Sicht die Partner, die diese Instrumente erproben und sie den Akteuren der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung nahe bringen können.

Volker Wanek vom GKV Spitzenverband hob in seinem Beitrag die Unterschiede, aber auch die Gemeinsamkeiten, der Qualitätsorientierung im Rahmen der GKV und des Good Practice-Prozesses des Kooperationsverbunds hervor. Der Good Practice Prozess sei ein Angebot, das sich an eine große Vielfalt und Breite der Akteure richte. Der GKV-Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V beschreibt demgegenüber die Voraussetzungen, unter denen die GKV Präventionsaktivitäten fördern kann. Der explizite Gesundheitsbezug ist dabei genauso erforderlich, wie die thematische und auch



finanzielle Konkretisierung von Kooperationen im Setting. Insoweit auch das klare Interesse der GKV von „promising interventions“ zu „proven“ Interventionen zu kommen.

Den kommunalen Bezug der Interventionen stellte dann noch einmal Norbert Lettau, Hamburger Gesundheitsbehörde und Leiter des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetags, dar. Mittel der Prävention müssten auf der kommunalen Ebene ihre Wirkung entfalten und die Länder stehen aus seiner Sicht in der Verantwortung, hierfür ein Klima zu schaffen, das Prävention und Gesundheitsförderung gedeihen lässt. Die Unterstützung der Regionalen Knoten gehört aus seiner Sicht dazu.

Carola Gold

STIMMEN ZUM KONGRESS

Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin

Welchen Stellenwert hat für Sie der Kongress Armut und Gesundheit?



Die jüngsten OECD- und Regierungsberichte mit der darin zweifelsfrei belegten Zunahme aller Arten von Ungleichheit in Deutschland unterstreichen die Aktualität und Dringlichkeit

der bei „Armut und Gesundheit“ behandelten Themen. Der Kongress liefert Jahr für Jahr wichtige Erkenntnisse und Anregungen zur Stärkung der sozialogenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung mit gesamtgesellschaftlicher Ausrichtung und Fundamentierung. Er bündelt wie unter einem Brennglas unsere mittlerweile reifer gewordene Präventionskultur. Die Finanz- und Wirtschaftskrise wird die Kräfte aller Beteiligten bis zum Äußersten fordern und diese Kultur in den nächsten Jahren einer harten Belastungsprobe unterziehen. Vielleicht bietet die Krise aber auch die Chance für eine Neu- und Rückbesinnung auf einen der tragenden Pfeiler unserer sozialen Ordnung, der in der letzten Zeit in fast schon skandalöser Weise ausgehöhlt wurde: die Solidarität.

Was wurde in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung bisher erreicht?

Fachtagung zog Bilanz und nannte künftige Herausforderungen

Was wurde in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung bisher erreicht? Welche Herausforderungen gibt es? Diese Fragen waren Ausgangspunkt für die Fachtagung am 30. September 2008 im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB. Erfolge und Fortschritte im Handlungsfeld sind zum Beispiel der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, das GKV-Kooperationsprojekt „Gesund leben lernen“ oder intensivierte Zusammenarbeit mit Quartiersmanager/innen der Sozialen Stadt. Doch wie müsste es weitergehen?

Bilanz und Perspektiven

In der Eröffnungsveranstaltung standen § 20 SGB V, das Präventionsgesetz sowie das Thema Qualitätsentwicklung im Mittelpunkt. Staatssekretär Rolf Schwanitz stellte die Position des Bundesministeriums für Gesundheit vor. So reiche § 20 SGB V nicht aus, um Prävention in den Lebenswelten zu sichern. Dazu bedarf es eines Gesetzes. Ebenso sei ein gemeinsames Handeln aller Präventionsträger erforderlich. Solange es jedoch kein Gesetz gibt, müsse auf vorhandene Strukturen wie den Kooperationsverbund und die Verzahnung mit dem Pro-

gramm Soziale Stadt gebaut werden, betonte Staatssekretär Rolf Schwanitz.

Professor Rolf Rosenbrock vom WZB gab Einblicke in das Konzept der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, welches auf Ressourcenstärkung und Empowerment setzt und die Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenslage befähigt. In dieser Hinsicht gebe es großen Entwicklungsbedarf, ebenso wie bei Qualitätssicherung und der Festlegung regionaler und nationaler Rückkopplungsstrukturen.

Anschließend diskutierten Rolf Schwanitz, Professor Rolf Rosenbrock und Ulrike Plogstieß, AOK Bundesverband, die Schlussfolgerungen. Eine wichtige Frage ist, wie bei der Qualitätssicherung zu verbindlichen Standards gelangt werden kann. Hierbei kommt den Regionalen Knoten auf Landesebene sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA eine zentrale Rolle zu. Um solche Strukturen zu sichern, seien gesetzliche Rahmenbedingungen notwendig. Ebenfalls thematisiert wurde die Architektur von Verantwortungs- und Finanzierungsstrukturen eines Präventionsgesetzes. Der aktuelle Entwurf ist innerhalb der Regierungskoalition nach wie vor umstritten und ein Gesetz in dieser Regierungsperiode wohl nicht mehr zu erwarten.

Leistungsschau der Praxis: Wo stehen wir?

Im zweiten Teil der Tagung formulierten Projekte aus verschiedenen Settings Anforderungen für Verstetigung und Verbreitung erfolgreicher Ansätze. Vier Aspekte kehrten immer wieder: Partizipation, Ressourcen, Nachhaltigkeit sowie praxisnahe Evaluationskonzepte.

Irmtraut Windel, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., stellte das Projekt ‚Gesund leben lernen‘ vor, das in Schulen mit sozial benachteiligten Schüler/innen ein schulinternes Gesundheitsmanagement aufgebaut hat. Für Verstetigung und Verbreitung seien Schul- bzw. Bildungspolitik gefragt, denn in den Schulen sind zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung stabile (schul)politische Rahmenbedingungen sowie entsprechende Ressourcen nötig.

Anforderungen zu Frühen Hilfen formulierten Christian Lorentz, Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel, und Professor Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Zentrale Herausforderungen seien vor allem Zugangswege zu benachteiligten Familien sowie die Verbreitung bewährter Ansätze. Dies sei auch hier eine Frage der Ressourcen. Vor allem die Stärkung elterlicher Intuition sowie Teilhabe unter Berücksichtigung von Diversität seien zentrale Anforderungen an Angebote für junge Familien. Dies könne nur mit Empathie und der Einbindung in nachbarschaftliche Netzwerke



gelingen. Zentral sei auch, dass Angebote auf freiwilliger Basis zur Verfügung stehen.

Erfahrungen aus dem Handlungsfeld Soziale Stadt stellten Uta Maercker, Regionaler Knoten Thüringen, und Carola Gold, Gesundheit Berlin, vor. Ziel sei es, Gesundheitsförderung in die Stadtteilarbeit einzubringen, da hier eine gute Infrastruktur vorhanden sei. Nachhaltigkeit und Kontinuität zu sichern sowie die Bewohner einzubeziehen, seien die Herausforderungen. Die Ansätze der Sozialen Stadt und der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung stehen in engem Zusammenhang. Der Sozialen Stadt gehe es vor allem um Quartiersentwicklung auf Basis von Teilhabe und die Gesundheitsförderung setze auf Partizipation und Empowerment. Dennoch sei Zusammenarbeit nur in Einzelfällen entwickelt worden. Zur Zeit werden auf Initiative der Bundesministerien für Gesundheit und für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung Arbeitstagungen des Kooperationsverbundes in allen Bundesländern durchgeführt.

Zu Gesundheitsressourcen bei Arbeitslosen berichtete Katrin Rothländer, TU Dresden, von dem Projekt „Aktiva“ aus Sachsen. Die Sicht eines Bildungs- und Beschäftigungsträgers brachte Angelika Hoof, Goldnetz gGmbH, ein. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen erweist sich im Rahmen von Beschäftigungsmaßnahmen als Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und Kontrolle: In der Praxis stehen sich verhaltenspräventive Ressourcenstärkung und restriktive Strukturen der Institutionen gegenüber. Herausforderungen sind also der Blick auf die Strukturen und die Entwicklung entsprechender Maßnahmen.

Ein Blick ins Land Berlin

Wie geht es weiter in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten? Dies wurde im Abschlusspodium von Katrin Lompscher,

Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Dr. Frank Lehmann, BZgA und Werner Mall, AOK Berlin, diskutiert. Die Diskussion gab zunächst einen Überblick über Strukturen der Gesundheitsförderung in Berlin. So sei die Gesundheitsberichterstattung sehr gut entwickelt. Desweiteren gäbe es mit der Landesgesundheitskonferenz LGK und der neu eingerichteten Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung bei Gesundheit Berlin Strukturen, die zur Verständigung über gemeinsame Ziele, zur Bündelung von Ressourcen und Transparenz beitragen. Die LGK hat 2007 Gesundheitsziele für Kinder bis sechs Jahren insbesondere in sozial benachteiligten Lebenslagen beschlossen. Der Fachstelle ist der Regionale Knoten Berlin angegliedert. Hier werden z.B. Projekte guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert. Wichtig sei es, gemeinsame Ziele zu verabreden und bewährte Ansätze in die Fläche zu bringen. Koordiniertes Handeln sei eine Voraussetzung, um Erfahrungen und knappe Ressourcen zu bündeln und so einzusetzen, dass sie ankommen, wo sie gebraucht werden.

Die Fachtagung wurde veranstaltet von Gesundheit Berlin, dem AOK-Bundesverband und der Forschungsgruppe Public Health des WZB.

Rike Hertwig

Qualitäten der Gesundheitsförderung auf dem 14. Kongress Armut und Gesundheit:

Themen sind z.B. Empowerment von Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen; partizipative Evaluation von HIV-Präventionsaktionen; Chancen und Grenzen partizipativer Evaluation am Beispiel der Entwicklung niedrigschwelliger Beratungsangebote für Eltern im Setting Schule; wissenschaftliche Begleitung von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen; „Theorie trifft Praxis“ Stolpersteine partizipativer Forschung; partizipative Gesundheitsforschung; Herausforderungen und offene Fragen; Kapazitätsentwicklung im Quartier – Qualitätssicherung von gesundheitsförderlichen Programmen durch Evaluation von Strukturbildung und Kompetenzentwicklung; Kompetenzerweiterung durch Partizipative Qualitätsentwicklung; partizipative Formen bürgerschaftlichen Engagements.

„Ein dickes Brett, das gebohrt werden muss“

Staatssekretär Rolf Schwanitz über das Präventionsgesetz



„Wir hatten lange Zeit eine Situation, in der der Grundzusammenhang der gesundheitlichen und der sozialen Situation und Chancen des Einzelnen oder einzelner Gruppen in der Gesellschaft von vielen zwar empfunden, aber lange Zeit ohne fundiertes Wissen thematisiert worden ist. Mittlerweile gibt es ein epidemiologisches Wissen, das diesen Befund belegt und klar darlegt, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang gibt zwischen der sozialen Lebenslage, der Gesundheit des Einzelnen und den Chancen, die der Einzelne in seinem Leben hat. Natürlich beziehe ich mich dabei vor allen Dingen auf die Untersuchungen des Robert Koch-Institutes und den Kinder- und Jugendsurvey KIGGS. Der Befund und die Datenlagen, die wir haben, ergeben sich aus einer Untersuchung von 2003 bis 2006 von rund 18 000 Kindern und Jugendlichen. Dabei wurden übrigens zum ersten Mal in einer solchen breiten Untersuchung auch Kinder

und Jugendliche mit Migrationshintergrund einbezogen. Das Ergebnis des Befundes ist eindeutig und zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigen sozialen Status in vielen Bereichen geringere Gesundheitschancen haben. Sie haben ein größeres psychisches Risiko und sie haben ein größeres Risiko, im Verlaufe ihres Lebens an Übergewicht oder Adipositas zu erkranken. Das Fazit dieses Survey heißt: Je höher der soziale Status, desto besser sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen. Dabei sind die Einflussfaktoren klar: Einkommen, Bildung und auch das soziale Umfeld haben hier eine starke Bedeutung. Die Konsequenzen aus diesem Befund können nur heißen, soziallagenbezogene Prävention zu stärken. Die Bundesregierung hat vor einiger Zeit eine Strategie zur Förderung der Kindergesundheit erarbeitet, mit der wir die vorhandenen Initiativen bündeln, die übrigens weit über das Gesundheitswesen hinaus gehen. Wir wollen die körperliche und die psychische Entwicklung der Kinder fördern und wir wollen, dass dies möglichst von Anfang an geschieht, um die Gesundheitschancen zu verbessern.

Der Schwerpunkt in der Primärprävention der gesetzlichen Krankenkassen liegt noch immer bei der individuellen Gesundheitsförderung. Dort lag der Gesamtbetrag im Jahr 2007 bei 249 Millionen. Man kann sagen, dass 84 Prozent aller Präventionsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in den Bereich der individuellen Primärprävention fallen und damit vor allem Personengruppen erreichen, bei denen das Gesundheitsbewusstsein stark ist. Es sind in erster Linie Personengruppen aus den Mittelschichten, und nicht die soziallagenbezogenen Personengruppen, die die individuelle Primärprävention erreicht.

Ein Blick in die Präventionsberichte der gesetzlichen Krankenkassen offenbart klare Defizite. Ich will exemplarisch ansprechen, dass aus meiner Sicht durchaus eine Selektion der Setting-Ziele, der Setting-Maßnahmen und der Setting-Bereiche erkennbar ist. Deswegen sage ich, dass es starken Handlungsbedarf gibt, und zwar beim Gesetzgeber, aber auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Nun, die Position des Bundesministeriums für Gesundheit ist klar: wir brauchen ein Präventionsgesetz, wir brauchen eine Veränderung des Rechtsrahmens. Der Paragraph 20, Absatz eins und zwei, reicht als rechtliche Rahmensezung allein nicht aus.

Wir brauchen eine klare Verpflichtung zur Prävention in Lebenswelten, im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen mit qualitativ hochwertigen Orientierungen und mit klaren quantifizierbaren Anteilen bezogen auf die Ausgaben für die Primärprävention. Wir brauchen auch ein gemeinsames Handeln über alle Präventionsträger hinweg. Das ist nicht nur eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch Angelegenheit der privaten Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, der Privaten Pflegeversicherung, der Arbeitslosenversicherung und des SGBII. Wir müssen ein gemeinsames Handeln organisieren. Die Verständigung etwa auf Präventionsziele für die Setting-Prävention ist etwas, auf das man sich gemeinschaftlich verständigen muss. Wir brauchen auch ein gemeinsames Handeln der Präventionsträger beim Auslösen dieser Präventionsmaßnahmen. Wir brauchen schließlich auch einen politischen Prozess für Prävention, wie wir ihn momentan noch nicht haben. Das beginnt bei Präventionsberichten, die regelmäßig erstellt werden und im politischen Bereich des Landes diskutiert werden müssen. Diese Berichte sollten im deutschen Bundestag eine entsprechende öffentliche Wahrnehmung erhalten. Außerdem brauchen wir eine entsprechende Evaluation und Gesundheitsberichterstattung durch das Robert Koch-Institut zur Evaluierung der entsprechenden Präventionsziele. Schließlich brauchen wir auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Träger von Best Practice-Maßnahmen sein muss.

Allerdings haben wir in der großen Koalition beim Koalitionspartner CDU/CSU keine Mehrheit, um dieses Modell und den Gesetzentwurf politisch umzusetzen. Was bis zu einer Veränderung der gesetzlichen Regelung bleibt, ist klar: wir können und müssen auf die Möglichkeiten setzen, die es momentan gibt und das sind vor allen Dingen die vorhandenen Strukturen. Das sind insbesondere die an der Prävention in den Lebenswelten interessierten und vorhandenen Gremien. Ich plädiere für einen Ausbau des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Die regionalen Knoten sind eine wichtige Neuerung gewesen, an der auch weiter gearbeitet werden muss. Das ist ein Stück Schrittmacherfunktion für eine noch nicht vorhandene Präventionsstruktur und -architektur, wie wir sie durch eine neue gesetzliche Grundlage dann natürlich auch mit stärkerer Verbindlichkeit regeln könnten.

Ich glaube auch, dass der Schritt des Verschränkens mit anderen Politikfeldern ein richtiger Schritt ist, also beispielsweise die Verzahnung mit dem nicht von unserem Ministerium verantworteten Programm Soziale Stadt.

Es ist sinnvoll, gesundheitliche Prävention mit anderen Förderprogrammen, die in den Bereich Lebenswelten und Wohnumfeld hineinragen, zu verzahnen. Ich glaube, dass das, was vor uns liegt, ein dickes Brett ist, das gebohrt werden muss. Aber es ist völlig alternativlos, in die

Strategie der Prävention in Lebenswelten und in den sozialogenbezogenen Gesundheitsförderungsbereich zu investieren. Ich sage ihnen ausdrücklich zu, dass wir uns auch von der momentan nicht möglichen Entscheidung mit unserem Koalitionspartner nicht entmutigen

lassen, sondern am Thema dran bleiben. Insofern stehen wir vor einer Entscheidungssituation und keiner, bei der das Präventionsgesetz zu den Akten gelegt worden ist“.

Was ist Qualität?

Rolf Rosenbrock über die Entwicklung von Qualität

„Zunächst einmal stellen wir fest, dass eine große babylonische Sprachverwirrung herrscht: Was heißt Qualitätssicherung, Evaluation, Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung, Wirkungsmessung und Qualitätsverbesserung? Für mich ist Qualitätssicherung der Oberbegriff, unter dem ich alle systematischen Bemühungen verstehe, die Qualität, also die Wirksamkeit und Zielerreichung von Interventionen zu verbessern, zu kontrollieren und zu messen. Alle systematischen Bemühungen zur Ermittlung und Rückkopplung von Interventionenwirkungen, seien es nun direkte gesundheitliche Daten oder dafür valide Indikatoren wie soziale Einbindung, Selbstwirksamkeit etc. bezeichne ich als Wirkungsmessung. Alle systematischen Bemühungen in und mit den Zielgruppen bzw. mit den Stakeholdern der Projekte bzw. Programme, die Chancen der Erreichung der Gesundheitsziele zu erhöhen, bezeichne ich als Qualitätsentwicklung.

Die Unterscheidung zwischen Wirkungsmessung und Qualitätsentwicklung als zwei Formen der Qualitätssicherung ist trotz ihrer Unschärfe und ihrer Überlappungen wichtig, weil sie die Notwendigkeit von Forschung und Entwicklung betont, die eben nicht primär die gesundheitlichen Wirkungen, sondern den Prozess der Intervention selber mit seinen materiellen und sozialen Bedingungen im Blick haben.

In unserer Community aus Praktikern, Wissenschaftlern und Förderern besteht weitgehende Einigkeit, dass wir uns im Hinblick auf lebenslagenbezogene Prävention in einem Suchprozess befinden. Keiner von uns weiß, was das Optimum ist, wir alle versuchen aber, uns in Richtung auf das Optimum nach vorne zu bewegen. Dieser Suchprozess ist ein doppelter Suchprozess, er bezieht sich sowohl auf die Qualität und die Form der Intervention als auch auf die Formen und Methoden der Qualitätssicherung.

Die Offenheit des Suchprozesses ist notwendig, weil es sich bei sozialogenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung um einen gesellschaftlich und politisch gewollten Suchprozess handelt, hinter dem die übergreifende Überlegung steht: je erfolgreicher wir in der Prävention sind, desto eher und leichter lassen sich auch alle anderen gesundheitspolitischen Probleme des Zugangs, der Qualität, der Vollständigkeit und der Finanzierung der Krankenversorgung, der Pflege und der sozialen Arbeit lösen.

Gemessen an diesem Anspruch ist der Umfang der öffentlichen Förderung trotz aller erfreulichen Fortschritte der letzten Jahre für Interventionen, für Qualitätssicherung und für Forschung immer noch viel zu gering. Es wird zu wenig investiert und es wird nicht kontinuierlich investiert. Den Notwendigkeiten der Qualitätssicherung wird zu wenig Rechnung getragen und es wird kaum eine Vorkehrung getroffen, damit sich aus den gesammelten Erfahrungen und den erhobenen Befunden so etwas wie ein kollektiver Lernprozess in dem beschriebenen Suchprozess für Wissenschaft und Praxis ergibt.

Angesichts der Anzahl und der Vielfalt der Projekte wäre es eine lohnende Investition, die Qualitätserfahrungen und Qualitätsbefunde zusammenzuführen und rück zu spiegeln. Voraussetzung dafür wären verbindliche zentrale Vorgaben für Methoden, Qualität und Dokumentation der Qualitätssicherung für jedes öffentlich geförderte Projekt oder Programm – sei es von den Sozialversicherungsträgern, den Kommunen, den Ländern oder des Bundes. Dabei kann es den Förderern oder auch den Projektmachern freigestellt oder nach transparenten Kriterien vorgegeben werden, welche Formen dieser Qualitätssicherung sie für ihr jeweiliges Projekt für angemessen halten. So könnten zentral ausgewählte und möglichst

einfach zu erfassende Parameter einer jeden Intervention regional, wie beispielsweise bei den Regionalen Knoten gesammelt, ausgewertet und von dort aus an die Praxis zurückgespielt werden. Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wäre die Auswertung dieser Informationen aus den Regionalen Knoten als solide Grundlage für die Methodenentwicklung, sowohl der Intervention als auch der Qualitätssicherung.“

Der Vortrag von Professor Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, aus dem hier Auszüge zitiert sind, stellt die Sichtweise von Public Health auf die Frage nach den Potenzialen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung dar.



„Wir wollen Prävention als eine neue Säule in der Gesundheitsversorgung dieses Landes!“

Diskussion auf der Tagung im Wissenschaftszentrum Berlin



Sicherungssysteme zu suchen und haben sich dort zu beteiligen. Das ist ein wichtiges Element der neuen Architektur, die das Präventionsgesetz schaffen sollte. Durch das Präventionsgesetz hätten wir alle sieben Jahre eine nationale Neuverständigung über Präventionsziele und alle vier Jahre einen Bundespräventionsbericht, der im Parlament diskutiert würde. Wir hätten Strukturen, in denen es eine Verzahnung zwischen Bund, Länder und Kommunen gäbe. Themen wären nicht mehr definiert als eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern als Angelegenheit von allen Präventionsträgern. Prävention wäre kein Wettbewerbsthema mehr, sondern eine Verpflichtung zum gemeinschaftlichen Handeln. Uns schwebt vor, dass wenn das Präventionsgesetz geltendes Recht wird, es im jeweiligen Jahr vor der Bundestagswahl eine Diskussion eines Präventionsberichtes auf der Grundlage einer RKI Einschätzung im deutschen Bundestag geben würde. Das wäre auch eine finanzielle Debatte. Wir wollen Prävention als eine neue Säule in der Gesundheitsversorgung dieses Landes!

Rolf Rosenbrock: Ich mache nur darauf aufmerksam, dass der jetzt in der Beratung befindliche Entwurf des Präventionsgesetzes diese Architektur, von der Herr Schwanitz gesprochen hat, nicht vollständig enthält. Ich wünsche mir, dass das Präventionsgesetz, wenn es verabschiedet wird, wieder den Anspruch des ersten Präventionsgesetzes enthält, nämlich eine Kooperation zwischen Bund, Ländern, Kommunen, allen Sozialversicherungsträgern, einschließlich der Bundesagentur für Arbeit und der privaten Krankenversicherung.

Rolf Schwanitz: Derzeit gibt es einen harten Konflikt in der Koalition, denn die CDU/CSU meint, dass es in der Prävention kein gemeinsames Handeln geben dürfe. Die Primärprävention im Setting solle weiterhin im Wettbewerb und in der eigenständigen Entscheidung der jeweiligen Krankenkasse bleiben. Das ist ein großer Dissens.

Zum Thema Präventionsgesetz wird auf dem Kongress Armut und Gesundheit die Podiumsdiskussion „Strukturelle Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung – Alternativen zum Präventionsgesetz?“ stattfinden mit den Bundestagsabgeordneten Biggi Bender (Bündnis 90/ Die Grünen), Martina Bunge (Die Linke), Mechthild Rawert, (SPD) und Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU). Moderiert wird die Runde von Ullrich Bauer von der Universität Bielefeld und Rüdiger Meierjürgen von der Barmer Ersatzkasse Wuppertal.

An der Diskussion zum Thema „Potenziale soziallagenbezogener Gesundheitsförderung“ nahmen Rolf Schwanitz, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Professor Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Vorstandsvorsitzender von Gesundheit Berlin und Ulrike Plogstieß vom AOK Bundesverband teil. Moderatorin der Runde war Birgit Babitsch vom Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin an der Berliner Charité.

Birgit Babitsch: Ich würde gerne noch einmal den Punkt aufgreifen, der in allen Vorträgen und im Grußwort angeklungen ist: die Qualitätssicherung. Wie kann Qualität gefördert werden?

Ulrike Plogstieß: Ich kann aus Sicht der AOK und ich denke auch aus Kassensicht – sagen, dass von der Wissenschaft getragene Maßgaben zur Qualitätssicherung, die ja auch immer helfen, zur Transparenz beizutragen, begrüßenswert sind. Ich verspreche mir davon, dass wir dadurch einen noch stärkeren Mainstream in Richtung soziallagenbezogene Settingprojekte bekommen könnten.

Rolf Schwanitz: Ich denke, es bedarf einer Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten. Das ist auch ein wichtiger Punkt in unseren Überlegungen, durch ein Präventionsgesetz auch dort zu mehr Einheitlichkeit zu kommen. Solange wir noch kein Präventionsgesetz haben, muss überlegt werden, wie man in den Verhandlungsstrukturen weiterkommt. Ich finde den Gedanken von

Professor Rosenbrock sehr gut, zu überlegen, inwieweit man auch die gegebenen Strukturen inklusive Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nutzen kann, um dort Informationen zusammen zu tragen.

Rolf Rosenbrock: Wenn wir heute über Perspektiven soziallagenbezogener Prävention reden, dann wird Qualität und Wirksamkeit gesucht. Wir müssen die Bedingungen definieren, unter denen beides optimal stattfinden kann. Ich finde die Struktur der Regionalen Knoten gut, denn es ist eine zunehmend etablierte Struktur auf Landesebene. Die Knoten sind nah an den Projekten, in direkter Kommunikation, und können Informationen sammeln und aufgreifen. Ich plädiere dafür, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als eine Art Bundesoberbehörde für Qualität und Intervention zu etablieren – neben der Bundesoberbehörde für Epidemiologie und Berichte, dem Robert Koch-Institut. Wir haben in Deutschland einen ganz guten Grundriss einer – auch staatlichen -Infrastruktur zur Gesundheitsförderung. Diese Strukturen sind nicht zuletzt von Gesundheit Berlin mit errichtet worden und werden von den Landesgesundheitsvereinigungen betrieben – unabhängig von einem Präventionsgesetz.

Rolf Schwanitz: Ich finde es notwendig, dass wir zunächst über den engeren Kreis der Sicherungssysteme, die sich mit dem Thema befassen, reden. In diesem Zusammenhang stimmt der Rechtsrahmen nicht. Die Präventionsträger sind auch außerhalb des Sozialen

Gesundheitsförderung mit Augenmaß

Projekt „Lenzgesund“ war Thema auf der WZB-Tagung



Am Beispiel des Hamburger Projekts „Lenzgesund“ thematisierte Raimund Geene von der Hochschule Magdeburg-Stendal wie Angebote der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung zielgruppengerecht ausgerichtet werden können. Bei Lenzgesund agieren Familienhebammen als „Beraterinnen auf gleicher Augenhöhe“. Außerdem gibt es Angebote wie den „Babyführerschein“ und Sprechstunden verschiedener Beratungseinrichtungen vor Ort. So können Mütter und Eltern in ein Netz von Bekanntschaften und nachbarschaftliche Funktionen vor Ort eingebunden werden. Außerdem soll die Koordination der beteiligten Einrichtungen verbessert werden. „Lenzgesund“ ist vom Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten als Angebot Guter Praxis (Good Practice) identifiziert.

„In Hamburg ist die Situation im Bereich Frühe Hilfen und in der Gesundheitsförderung rund um die Geburt deutlich weiter ist als in anderen Bundesländern. Nirgendwo gibt es so viele

Familienhebammen. Die Erfahrungen aus diesem Bereich zeigen aber, dass die Frage, wie man die Zielgruppe erreichen kann, noch offen ist. Eine Familienhebamme aus Hamburg sagte mir mal: „Ich geh doch nicht da rein und sage denen erstmal, dass sie nicht mehr rauchen sollen. Dann kann ich gleich wieder nach Hause gehen.“ Und dabei geht es um das Rauchen, bei dem es sicherlich einen hohen Konsens gibt, ganz zu schweigen von den verschiedenen Angeboten zu Bewegung und Ernährung, die von den Lebensrealitäten sehr weit entfernt sind.

Auch wenn die Familienhebammen noch kein klares Berufsbild haben, so haben sie einen ganz großen Vorzug: Sie arbeiten ganz direkt und unmittelbar in den Problemfamilien. Dadurch wissen sie auch, dass sie von den verschiedenen Lebenslagen der Familien ausgehen müssen. Hierbei ist der Begriff und das Konzept der „diversities“ wichtig. Diversitäten sind in diesem Zusammenhang der Ausgangspunkt davon, was die soziale Dienstleistung beinhaltet. Die Hebammen unterstützen die Familien darin, aus ihrem impliziten Erziehungskonzept ein explizites zu machen. Die Eltern haben Vorstellungen davon, wie sie mit ihren Kindern leben möchten, aber diese Vorstellungen sind diffus, verbuddelt und vergraben. Dazu bekommen sie dann noch normative Botschaften, wie „Du sollst nicht rauchen!“, „Du sollst dich mehr bewegen!“, die sie nicht verarbeiten können, weil sie nicht zu

ihrem Lebenskonzept passen. Die Familienhebammen helfen diesen Familien ganz niedrigschwellig sich klar zu machen, was sie implizit wollen und daraus ein explizites Erziehungskonzept zu machen. Die Familienhebammen attackieren die Frauen nicht, sondern befürworten und bestärken. Die Stärkung der elterlichen Intuition, also die Fähigkeit spontan zu handeln, ist sehr wichtig. Dass die elterliche Intuition so stark verunsichert ist, geschieht auch durch unsere Gesundheitsförderungsbotschaften. Das ist ein verschärfendes Problem. Dieses Problem verschärft sich wiederum auch durch die Asymmetrie der Sozialisationsinstanzen. Die Gesundheit konstituiert sich da, wo das Kind herkommt, also in der primären Sozialisationsinstanz. Das ist die Familie. Wir sollten anerkennen, dass die Gesundheitsbotschaft innerhalb des Netzes der Familie läuft. Wir bringen Unfrieden in dieses System, wenn wir die Familien von außen attackieren und die primäre Sozialisationsinstanz Eltern nicht mit ansprechen.

Ein Punkt den ich noch besonders an „Lenzgesund“ hervorheben möchte, ist die Form der Teilhabe. Beispielsweise werden innerhalb von „Lenzgesund“ Frauen zu Babysitterinnen für die Kinder anderer Frauen, oder sie werden zu Anleiterinnen von Gruppen. In Berlin gibt mit den Stadtteil-Müttern ein ähnliches Projekt. Dabei werden Mütter mit Migrationshintergrund selber qualifiziert, anderen Müttern zu helfen. Das sind Prozesse, bei denen aus der Desintegration in dem benachteiligten Stadtteil Reintegrationsprozesse werden können und zwar Reintegrationsprozesse der gesamten Familie. Daran tut es bitter Not.“

Raimund Geene

Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen

Projekt „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ vorgestellt

Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen ein deutlich höheres Risiko, krank zu werden. Das belegen zahlreiche Studien. Gesundheitsförderung für Arbeitslose ist also notwendig. Die wenigen bestehenden Angebote erreichen überwiegend Kurzeitarbeitslose. Bei diesen „high potentials“ kann mit relativ wenig Aufwand viel erreicht werden. Anders bei Langzeitarbeitslosen. Sie brauchen eine wesentlich stärkere Unterstützung für die

Förderung ihrer Gesundheit. Ein Konzept, das diesem Bedarf Rechnung trägt, ist das an der TU Dresden entwickelte „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ (AktivA). Über AktivA berichtete auf der WZB-Tagung Katrin Rothländer von der TU-Dresden: „Wir arbeiten mit Leuten mit extremen finanziellen Restriktionen. Sie müssen sich diesem Zustand des Ausgeschlossenenseins von Erwerbsarbeit mittelfristig erst einmal stellen.“

AktivA orientiert auf Verhaltensänderungen bei den Teilnehmer/innen. Das Programm vermittelt psychosoziale Techniken, die aber auf diese Zielgruppe versucht worden sind anzupassen. Ein wichtiger Punkt ist dabei die Aktivitätenplanung. Sie setzt voraus, sich die eigene Lebenssituation bewusst zu machen: wie ist der eigene Alltag gestaltet, wie viele angenehme und unangenehme Tätigkeiten machen den Alltag aus, gibt es eine Balance zwischen ihnen? Gibt es eine Balance zwischen körperlichen und geistigen Aktivitäten? Neben der Aktivitätenplanung werden den Teilnehmern auch soziale Kompetenzen ebenso wie Methoden konstruktiven Denkens und systematischen Problemlösens vermittelt.



Rothländer verwies in ihrem Vortrag darauf, dass AktivA von der TU Dresden evaluiert worden ist. Sie berichtete, dass sich bei den Programmteilnehmer/innen im Vergleich mit Langzeiterwerbslosen, die nicht an dem Programm teilgenommen haben, signifikante Verminderungen in den physischen und psychischen körperlichen Beschwerden ergeben haben. „Auch die Selbstwirksamkeitserwar-

tung als psychische Ressource konnte signifikant gesteigert werden“, sagte Rothländer.

Bei den Angeboten, die AktivA macht, muss immer die sehr beschränkte finanzielle Situation der Arbeitslosen mitbedacht werden. Sie können in ihre Aktivitätenplanung etwa keine Rückenschule einplanen, denn das erfordert Geld, das sie nicht haben.

Sachsen ist derzeit das einzige Bundesland, das Gesundheitsförderung für Arbeitslose als Gesundheitsziel definiert hat. Das Projekt AktivA wird im Rahmen des Sächsischen Gesundheitszieleprozesses seit 2006 gefördert.

Auch für AktivA, so betonte Katrin Rothländer in ihrem Vortrag, stellt sich die Frage, wie das Angebot an die Zielgruppe gelangt. In der Entwicklung von AktivA wurden verschiedene Settings erörtert. Dabei wurden die JobCenter als Möglichkeit, Langezeitarbeitslosen gesundheitsfördernde Angebote zu machen, verwor-

fen. „Das ist nicht das prickelndste Setting, in dem man sich angesprochen fühlt, sich auf Gesundheitsförderung weiter einzulassen“, so Katrin Rothländer. Schließlich wurden als geeignete Settings für AktivA selbstorganisierte Gruppen und die Bildungs- und Beschäftigungsträger ausgewählt. Hier allerdings, das betonte Rothländer, zeigen sich auch teils große Schwierigkeiten, denn der auf Vertrauen basierende Ansatz von AktivA lässt sich kaum mit den Restriktionen vereinbaren, die die Mitarbeiter/innen von Bildungs- und Beschäftigungsträgern manchmal durchsetzen müssen. Dennoch gibt es jetzt im Rahmen eines neuen Förderschwerpunktes den Plan, bei den Bildungs- und Beschäftigungsträgern AktivA als verhältnispräventiven Ansatz weiterzuentwickeln. Angedacht ist die Schaffung von Gesundheitszirkeln oder Führungskräfte trainings.

Isabel Merchan

„Gesundheitsförderung funktioniert nur als Angebot“

Teilnehmer/innen an der Diskussion zum Thema „Erfolge und Herausforderungen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung“ waren u.a. Katrin Rothländer von der TU Dresden und Angelika Hoof von der Goldnetz gGmbH in Berlin. Katrin Rothländer ist Autorin des psycho-sozialen Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ (AktivA), das seit 2006 im Sächsischen Gesundheitszieleprozess gefördert wird. Die Goldnetz gGmbH führt arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur (Wieder)Eingliederung von Erwerbslosen in den Arbeitsmarkt durch. Moderator der Runde war Michael T. Wright vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB.

Michael T. Wright: Ich würde gerne die beiden letzten Rednerinnen, Frau Rothländer und Frau Hoof, die mit ihren Projekten eine eher individuell ausgerichtete Herangehensweise

verfolgen, fragen: Ist das, was Sie machen, auch soziallagenbezogene Prävention?

Katrin Rothländer: Diese Frage habe ich mir heute Morgen auch gestellt, gerade als ich noch einmal die Definition von soziallagenbezogener Prävention gehört habe. Mit unserem Projekt tun wir einen ersten Schritt. Wir machen das AktivA Programm mit Leuten, die sich danach auch sozial kompetent verhalten, aber auf völlig starre und rigide Strukturen in den Jobcentern treffen. Dort werden sie eben nicht von der Gesprächskultur so aufgefangen, wie sie es durch unser Programm gelernt haben. Da gibt es also große Diskrepanzen und deswegen dürfen wir nicht vergessen, diese Strukturen mit einzubeziehen.

Angelika Hoof: Ich stimme meiner Kollegin im letztgenannten Punkt zu und will den Fokus darauf legen, dass in den Jobcentern ein Wech-

sel vollzogen werden muss. Vor allem in der Betreuung von Arbeitslosen, aber das ist der Führungsebene und vielen Mitarbeiter/innen der Arbeitsagenturen und JobCenter auch bewusst, wie der große Kongress zum SGBII letztes Jahr in Berlin gezeigt hat. Das, was auf der Ebene der Umsetzung passiert, ist häufig nicht das, was ursprünglich intendiert war. Und in sofern denke ich, dass es soziallagenbezogene Gesundheitsförderung ist, wenn auch diese Akteure in großem Maßstab einbezogen werden.

Rolf Rosenbrock: Wir haben im Sachverständigenrat [zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Anmerk. der Red.] 2007 ein Gutachten in dem Kapitel Primärprävention mit vulnerablen Gruppen einen langen Abschnitt der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen gewidmet und dabei haben wir einige zwingende Bedingungen definiert. Demnach kann Gesundheitsförderung nur ein Angebot sein. Sie ist an das strikt einzuhaltende Kriterium der Freiwilligkeit gebunden.

Projekt Gesund leben lernen

Interne Evaluation zeigt positive Ergebnisse

„Gesund leben lernen“ startete 2003 als Kooperationsprojekt der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz zur Umsetzung der in §20 SGB V formulierten Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen,

durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung einen „Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ zu leisten. Die drei beteiligten Bundesländer führten ihre Projekte eigenständig durch und wählten jeweils eigene Arbeitsschwerpunkte. Während Rheinland-Pfalz sich auf die

Ausbildung von Gesundheitsmoderator/innen in den Schulen konzentrierte, wählten Sachsen-Anhalt und Niedersachsen einen projektbezogenen Ansatz, bei dem mit den Instrumenten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements direkt in den Schulen gearbeitet wurde. Die Projektlaufzeit war auf drei Jahre angelegt. In Niedersachsen nahmen acht Schulen in benachteiligten Stadtteilen bzw. strukturschwachen Regionen an der Modellphase teil. Die Landesvereinigung für Gesundheit übernahm die Beratung und Betreuung und eine Länderberatergruppe, bestehend aus Ver-

treter/innen des niedersächsischen Kultusministeriums, des niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der gesetzlichen Krankenkassen des Landes, des niedersächsischen Landesamtes für Lehrerbildung und Schulentwicklung und der gesetzlichen Unfallkassen.

Die Modellphase endete im Juni 2006. Inzwischen wird der Ansatz mit Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen und koordiniert durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen landesweit durchgeführt. Mittlerweile sind fast 100 Schulen an dem Projekt beteiligt, das in der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als Good Practice in den Bereichen Settingansatz, Partizipation und Dokumentation/Evaluation ausgewiesen ist.

Auf der WZB-Tagung stellte die Projektkoordinatorin Irmtraut Windel von der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin in Niedersachsen „Gesund leben lernen“ vor. Wir geben Irmtraut Windels Schlussfolgerungen wieder, die zeigen, unter welchen Bedingungen Schulprojekte wie „Gesund leben lernen“ funktionieren können und wo Grenzen liegen.

„[...] In den Schulen müssen wir uns bei der Elternarbeit und -mitarbeit mehr engagieren. Außerdem müssen wir zur Sicherung der Nachhaltigkeit unserer Arbeitsergebnisse Strukturen und Vernetzungen schaffen. Die Frage ist,

wie es nach zwei Jahren Betreuung an den Schulen weitergeht. Manche Schulen, darunter einige Modellschulen, haben es geschafft, weiterzuarbeiten, weil Strukturen da waren und gesichert werden konnten. Andere Schulen haben es aber nicht geschafft. Derzeit versuche ich, regionale Netzwerke aufzubauen, in denen die Schulen und die Präventionsfachkräfte, die die Schulen betreuen, gemeinsam weiterarbeiten können. Schulen brauchen viele Partner. Ihnen müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, in die sie eingebunden werden können. Es geht nicht, dass immer mehr Ressourcen abgebaut werden. Und schließlich: Es gibt aus meiner Sicht der Arbeit vor Ort einen großen Unterschied zwischen der Außenwahrnehmung und den internen, oft sehr prekären Bedingungen. [...] Wir haben dieses Mal nur 24 Schulen in unserem Projekt aufnehmen können, weil die Ressourcen der Kassen nicht für mehr Schulen ausreichen. Wir hatten anfangs eigentlich verabredet, dass wir 30 bis 35 Schulen pro Jahr aufnehmen, aber das ist uns nicht möglich. Ich musste dieses Jahr sieben Schulen zurückweisen.“

Die interne Evaluation der Projektphase 2003-2006 beruht auf qualitativen Befragungen. Demnach bracht das Projekt in den meisten Schulen positive Veränderungen mit sich. Sie reichten von der Umgestaltung des Schulgebäudes bis zu Lärmprävention und Änderungen in den Bereichen Ernährung und Be-

wegung. Betont wurde in den Befragungen der Projektbeteiligten auch, dass sich das Schulklima, der Umgang und die Kommunikation miteinander durch das Projekt deutlich verbessert hätten. Die Befragten waren fast ausnahmslos sehr zufrieden mit den Veränderungen, die „Gesund leben lernen“ in ihren Schulen angestoßen hat. Dennoch gelang es nicht allen Schulen, betriebliches Gesundheitsmanagement im Schulalltag zu verankern. Als Hemmnis erwies sich für einige Schulen, dass nicht das gesamte Kollegium hinter dem Projekt stand, ebenso waren mangelnde finanzielle und vor allem zeitliche Mittel eine Bürde. Daher, so die Evaluation, sind die Schulen auf externe Unterstützung angewiesen.

Die Evaluation von Gesund leben lernen macht deutlich, dass der Einsatz von Instrumenten aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement eine Möglichkeit sein kann, Schulen bei ihrer Weiterentwicklung zu unterstützen. Allerdings lassen sich die Instrumente nur modifiziert und nicht eins zu eins aus dem Betrieb in die Schule übertragen. Schulen brauchen viel Zeit und Raum, damit Veränderungen und neue Denk- und Handlungsweisen greifen können.

Isabel Merchan/Holger Kilian

Weitere Informationen zu dem Projekt und seiner Evaluation unter www.gesundheit-nds.de

Satellitenveranstaltung am Donnerstag, 04. Dezember 2008

Sechs Jahre „Mehr Gesundheit für alle“ – Rückblick und Perspektiven



Programm der Satellitenveranstaltung zum 14. Kongress „Armut und Gesundheit“ mit dem Schwerpunkt Bilanz der Erfolge in Prävention und der Gesundheitsförderung

1. Fachveranstaltung im Berliner Rathaus Schöneberg:

11.00 bis 12.30 Uhr Eröffnungspodium „Prävention braucht Struktur und Vielfalt!“

14.00 bis 16.00 Uhr Arbeitsgruppen zu verschiedenen Zielgruppen und Settings: Voraussetzungen für erfolgreiche Prävention schaffen!

- Prävention von Anfang an!
- Prävention in der KiTa
- Integrationspolitik
- Gesundheit in prekären Lebenslagen – Arbeitslosigkeit und Überschuldung
- Aktiv und Gesund im Alter
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzial – Prävention bei Chronikern

16.30 bis 18.00 Uhr Abschließende Podiumsdiskussion.

2. Abendveranstaltung mit Preisverleihung im Louise-Schröder-Saal im Roten Rathaus

19.00 Uhr Verleihung „BKK-Preis: Auszeichnung für vorbildliche Gesundheitsförderung“

Die Veranstaltung wird gemeinsam vom BKK Bundesverband und von Gesundheit Berlin organisiert. Die Teilnahme ist kostenlos.

Das ausführliche Programm finden Sie unter: www.gesundheitberlin.de

Ansätze mit Breitenwirkung entwickeln

Bilanz des BKK-Programms „Mehr Gesundheit für alle“



Im Jahr 2003 wurde vom BKK Bundesverband die Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Dazu wurden Modell- und Pilotprojekte sowie Strukturmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten entwickelt. Im Rahmen der Satellitentagung „Sechs Jahre „Mehr Gesundheit für alle“ Rückblick und Perspektiven“ werden am Donnerstag, 4. Dezember 2008 im Berliner Rathaus Schöneberg Erfolge und Herausforderungen des Programmes reflektiert. Michael Bellwinkel vom BKK Bundesverband gibt den Leser/innen des Info_Dienst vorab einige Einblicke in die Bilanz.

Info_Dienst: Was zeichnet das Programm „Mehr Gesundheit für alle“ aus?

Michael Bellwinkel: Das Programm „Mehr Gesundheit für alle“ war und ist in dieser Form in der GKV-Landschaft einmalig, sowohl was seinen systematischen Ansatz als auch seinen finanziellen Umfang angeht. Das Programm wendet sich erstmals gezielt der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu und ist ein konsequenter Beitrag, den Auftrag des Gesetzgebers aus § 20 SGB V umzusetzen.

Info_Dienst: In welchen Handlungsfeldern sind Maßnahmen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung bereits erfolgreich und wo gibt es Handlungsbedarf?

Michael Bellwinkel: Bevor wir richtig losgelegt haben, haben wir externe Expertisen eingeholt, um zu erfassen, wo der Bedarf am größten ist. Wir sind auf fünf Zielgruppen gestoßen: ältere

Menschen, jüngere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Arbeitslose und Menschen mit chronischen Krankheiten. Für diese Zielgruppen entwickeln wir im Rahmen von „Mehr Gesundheit für alle“ Projekte und Strukturmaßnahmen – inzwischen sind es mehr als 60. Darunter sind Projekte, die mittlerweile sehr bekannt sind wie „Mit Migranten für Migranten – MiMi“, „JobFit“ und „Fit von klein auf“, aber auch Projekte zur Sturzprävention in Alten- und Pflegeheimen und im Bereich der Selbsthilfe bei chronisch Kranken. Dazu zählen Qualifizierungsmaßnahmen für Selbsthilfegruppen sowie Projekte zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten/Krankenhäusern und Patienten. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch Projekte zur Aktivierung von Selbsthilfe, denn wir wissen, dass in der Selbsthilfe sozial benachteiligte Menschen weniger vertreten sind.

Ein Feld mit besonderem Handlungsbedarf ist das Thema Prävention für ältere Menschen. Hier gibt es für alle Präventionsträger noch die meisten weißen Flecken auf der Landkarte und es besteht hoher Entwicklungsbedarf. Wichtig ist, Zugangswege zu dieser Zielgruppe zu finden. Alten- oder Pflegeheimen eignen sich als Setting vergleichsweise gut, aber die Mehrzahl der älteren Menschen über 65 erreicht man dort nicht. Ein Weg, den wir gerade zu erproben beginnen, besteht in der gemeinsamen Ansprache mit Wohnungsgesellschaften.

Info_Dienst: Gelingt es im Rahmen der Initiative, Projekte im Anschluss an Modell- und Pilotphasen zu etablieren, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen?

Michael Bellwinkel: Ja, das kann ich an den genannten Beispielen deutlich machen. Zum Beispiel das „MiMi“-Projekt, das wir 2003 an vier Standorten begonnen haben. Mittlerweile sind wir bundesweit bei 36 Standorten und in vier Bundesländern ist es gelungen, Kooperationen mit den Landesregierungen einzugehen. Damit schaffen wir Nachhaltigkeit, wir binden aber auch die öffentliche Hand in die Finanzierung paritätisch ein. Damit setzen wir eine von uns stets erhobene politische Forderung nach gemeinsamer Finanzierung um. Denn Prävention ist nicht nur ein Geschäft der Krankenkassen sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deswegen ist es erfreulich, dass die Einbindung von Landesregierungen und -ministerien gelungen ist.

Ein anderes Beispiel ist „JobFit“, das wir ursprünglich in Nordrhein Westfalen entwickelt haben, übrigens ebenfalls gemeinsam mit der Landesregierung. Es handelt sich um ein Angebot für Arbeitslose, das aus zwei Elementen besteht: ein individuelles Gesundheitsgespräch und ein Präventionskurs, der den Anforderungen von § 20 SGB V entspricht. Hier ist es gelungen, einen Finanzierungsansatz zu entwickeln, der die Kosten gleichmäßig zwischen zwei Sozialversicherungszweigen verteilt: Das Einstiegsgespräch wird von den ARGen getragen und der Präventionskurs von den Krankenkassen. Dieses bislang einmalige Modell, das übrigens in Abstimmung mit allen Kassenarten entwickelt wurde, gibt Interessenten aus anderen Bundesländern die Möglichkeit, „JobFit“ an jedem Ort der Republik anzuwenden.

Bei „Fit von klein auf“ wurde ein Gesundheitskoffer für Kindertageseinrichtungen entwickelt, der mittlerweile bundesweit in weit über 1000 Einrichtungen dauerhaft genutzt wird. Er bereichert die tägliche Kita-Arbeit durch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsangebot zu allen relevanten Themen. Der Koffer wird durch Ergänzungslieferungen immer wieder aktualisiert und gewährleistet auch dadurch Nachhaltigkeit.

Info_Dienst: Wo sehen Sie künftige Herausforderungen und wie geht es weiter mit der Initiative?

Michael Bellwinkel: Eine Herausforderung, der wir uns derzeit stellen, ist das Projekt 50Plus. Wir suchen damit neue Zugangswege zu den älteren Generationen, auch in Zusammenarbeit mit Wohnungsgesellschaften, Betrieben, Sportverbänden und anderen Partnern. Ansätze so zu entwickeln, dass sie die Zielgruppen erreichen und nachhaltig wirken, das wird auch weiterhin unsere größte Herausforderung sein. Nur wenn uns das gelingt, werden die Projektansätze von unseren Betriebskrankenkassen aufgegriffen und dadurch in die Breite getragen.

Infolge des GKV-WSG steht der BKK Bundesverband wie andere Spitzenverbände der Krankenkassen vor einem Rechtsformwechsel. Der BKK Bundesverband hat mit den BKK Landesverbänden, die ab 2009 Träger des Rechtsnachfolgers sein werden, aber auch mit vielen Betriebskrankenkassen intensiv über die Weiterführung von „Mehr Gesundheit für alle“ gesprochen. Dabei hat er viel Zuspruch erfahren. Es besteht große Einigkeit darin, an einer zentralen Stelle „Mehr Gesundheit für alle“ für das gesamte BKK System fortzuführen. Diesen Wunsch wollen wir gerne umsetzen.

Die Fragen stellte Rike Hertwig

Bewegung in Berlin

Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg/ Lokales Aktionsbündnis „Gesunde Familie“/ SpoWi goes School/ Moabit macht mobil/ Gesundheitsförderung im Stadtteil/ Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg – Evaluation eines Peergruppen-Projekts

Studie untersucht, unter welchen Bedingungen Zugang zu benachteiligten Familien gefunden werden kann



Nach wie vor ist es schwierig, mit Förder- und Hilfsangeboten diejenigen zu erreichen, die objektiv dieser Hilfe besonders bedürfen. Zunehmend mehr Anbieter setzen deshalb auf den Peergruppenansatz, der aber in Deutschland kaum erforscht ist. Das Konzept ‚Stadtteilmütter‘, ursprünglich im Bezirk Neukölln entwickelt und angewandt, basiert auf diesem Ansatz. Auch das Diakonische Werk Berlin-Stadtmitte nutzt ihn seit kurzem, um damit systematisch Zugang zu Familien deutscher und nicht-deutscher Herkunft im Sozialraum I

in Kreuzberg herzustellen, einem Stadtteil mit einem der niedrigsten Sozialindizes der Stadt. Gefördert wird die Maßnahme über das Jugendamt Kreuzberg, den Senat von Berlin sowie die EU.

In dem Ende 2007 begonnenen Projekt wurden nicht erwerbstätige Frauen mit unterschiedlichem nationalen Hintergrund und Bildungsstand als Stadtteilmütter rekrutiert, einige von ihnen deutscher Herkunft. Sie wurden durch ein halbjähriges Training qualifiziert, um anschließend in aufsuchender Arbeit ihr Wissen vorrangig an Mütter aus dem gleichen Kulturkreis weiterzugeben, deren Erziehungs- und Gesundheitskompetenz zu stärken und sie zur Nutzung professioneller Angebote anzuregen; ein Schwerpunkt liegt auf dem frühen Kita-besuch. Hauptziel ist die Frühförderung der Kinder im Bereich Sprache und gesunder Entwicklung und damit die Verbesserung ihrer Bildungschancen.

Von den 28 Kursteilnehmerinnen haben die meisten das Training mit einem Zertifikat abgeschlossen und ihre Arbeit aufgenommen. Hausbesuche bei Familien gehören ebenso dazu wie Elternarbeit in Kitas und Schulen sowie fortlaufende Reflektion und Fortbildung.



Als weitere Zielgruppe sollen professionelle Akteure im Bezirk aus Verwaltung, Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich in ein Netzwerk eingebunden werden, um die Hilfen und Dienste auf die ermittelten Bedarfe abzustimmen. Die Maßnahme zielt somit auf zwei Interventionsebenen der Primärprävention: Individuum und Setting.

In einer dreijährigen, vom BMBF geförderten Evaluationsstudie wird untersucht, ob und unter welchen Bedingungen es den Stadtteilmüttern gelingt, Zugang zu schwer erreichbaren Familien mit Hilfebedarf zu finden, deren Vertrauen zu gewinnen, sie zu informieren und an das soziale Netz und professionelle Dienste weiterzuvermitteln. Weitere Fragen, die untersucht werden sind: Wie beurteilen die aufgesuchten Frauen die Angebote, an die Sie vermittelt wurden? Sind die professionellen Akteure an einer Zusammenarbeit in einem Netzwerk interessiert? Wie schätzen sie die Arbeit der Stadtteilmütter ein? Letztlich geht es um die Frage, ob von den Empowermentprozessen der aufgesuchten wie der aufsuchenden Frauen positive Impulse für den gesamten Sozialraum ausgehen können.

*Giselin Berg, Regina Stolzenberg,
Ulrike Maschewsky-Schneider,
Berlin School of Public Health*

Die Autorinnen werden auf dem Kongress Armut und Gesundheit in dem Forum „Formen der Unterstützung sozial benachteiligter schwangerer Frauen“ die „Stadtteilmütter in Kreuzberg“ vorstellen.

Gesunde Familie – ich bin dabei!

Aktionsbündnis für Marzahn Nord und Kreuzberg gegründet

Gesundheitschancen von Kindern sind ungleich verteilt. Die Gesundheitsberichterstattung für Berlin zeigt, dass sozial benachteiligte Kinder im Vergleich zu Kindern aus finanziell besser gestellten Haushalten über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen und sich deutlich weniger bewegen. Um die Kindern in einem gesunden Aufwachsen in den Berliner Stadtteilen Marzahn und Kreuzberg zu unterstützen, hat sich im April 2008 ein lokales Aktionsbündnis „Gesunde Familie – Ich bin dabei!“ gegründet, bestehend aus den Plan- und Leitstellen der Bezirksämter Marzahn-Hellersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg, Stadtteil- und Familienzentren sowie Kitas der Bezirke, dem Berliner Hebammenverband und Vertreter/in-

nen bereits vorhandener Netzwerke. Die wissenschaftliche Begleitung leisten Raimund Geene und Susanne Borkowski von der Hochschule Magdeburg-Stendal, Bereich Angewandte Kindheitswissenschaften.

Das Aktionsbündnis „Gesunde Familie – Ich bin dabei!“ will Ressourcen in Marzahn Nord und Kreuzberg bündeln und vernetzen, um den Stadtteil, das Wohn- und Lebensumfeld für Kinder und Familien gesundheits- und bewegungsförderlich zu gestalten. Über bestehende Kooperationen hinaus sollen neue Projektpartnerschaften für gesunde Lebenswelten entstehen. Zielgruppe dabei sind insbesondere Kinder bis sechs Jahren mit Migrationshintergrund. Unterstützt wird das Bündnis seit

August von der Förderinitiative „Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ des Bundesgesundheitsministeriums. Sie ist Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Im Rahmen von Interviews und Workshops wurden im Herbst 2008 zunächst Bedarf und Ressourcen der Zielgruppe sowie vorhandene Akteurs- und Angebotsstrukturen analysiert. Im weiteren Verlauf des Projektes werden gemeinsam mit den Partnern Konzepte für eine gesunde Alltagsgestaltung in Marzahn und Kreuzberg entwickelt. Zur Aktivierung weiterer Partner/innen in den Bezirken findet am 20. November 2008 eine Fachtagung unter dem Motto „Für einen guten und gesunden Start ins Leben!“ im Roten Rathaus in Berlin statt, auf der Beispiele guter Praxis der Bewegungs- und Gesundheitsförderung diskutiert werden.

Rike Hertwig/Maren Janella

Aktionsbündnis SpoWi goes School

Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Berlin

SpoWi goes School ist ein Aktionsbündnis zur integrierten Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Schulen Berliner Quartiere. In SpoWi goes School sind Praxisprojekte der Gesundheitsförderung aus der Sportwissenschaft, der Sozialpädagogik und des bürgerschaftlichen Engagements verbunden, um innovative Maßnahmen für die Gesundheitsförderung in sechs Berliner Quartieren und deren Schulen zu konzipieren und durchzuführen. Der Fokus liegt dabei auf einer Gesundheitsförderung, die die Aspekte Bewegungsförderung, Ernährungsaufklärung und Stressbewältigung als Momente des sozialen Miteinanders in der Lebenswelt „Quartier“ begreift.

Hierzu entwickelt das Aktionsbündnis in sechs Berliner Quartieren mit den entsprechenden

Grund- und Oberschulen, Quartiersmanagern und Bürgerinitiativen Netzwerke der Gesundheitsförderung. Die Hauptzielgruppen sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Vor allem sie sollen von den Netzwerken und den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung profitieren. Bei der Etablierung der Netzwerke übernehmen die Schulen eine Schlüsselrolle, indem sie zu Netzwerkknotenpunkten im Quartier werden. SpoWi goes School mobilisiert dazu, die Strukturen und Ressourcen in den Schulen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu nutzen und bindet die Quartiere dabei ein.

SpoWi goes School will das Setting Schule und den Schulalltag selbst gesundheitsförderlich gestalten. Neben den Initiativen, die das Aktionsbündnis durch die Zusammenführung der



Praxisprojekte und durch die Netzwerkarbeit im Quartier leistet, richtet sich SpoWi goes School an die (Sport)lehrer/innen, Erzieher/innen, die Sozialpädagogen/innen vor Ort sowie die Studierenden der Sportwissenschaft. Sie sollen so zu Multiplikatoren der integrierten Gesundheitsförderung und gleichzeitig zu Schulentwicklern qualifiziert werden.

Kerstin Ketelhut

MOABIT MACHT MOBIL

Aktionsbündnis wendet sich an Quartiersbewohner

Das Aktionsbündnis MOABIT MACHT MOBIL verfolgt einen lebensweltlichen Ansatz. Die Bewohner des Berliner Quartiers Moabit West werden in den Lebensräumen, in denen sie sich täglich aufhalten, informiert und angeregt.

„Bewegung im Alltag“, „stressfreies Leben im Kiez“ sowie „gesunde Ernährung täglich“ sind die Schwerpunkte des Projektes. Sie werden auf der räumlichen aktiven Ebene und der Bildungs- und Informationsebene mit den

Die hier vorgestellten lokalen Aktionsbündnisse für Bewegung sind Teil des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

lokalen Einrichtungen und Trägern miteinander vernetzt. Koordiniert wird das Projekt durch den Verein BERLINbewegt.

Auf der räumlichen aktiven Ebene sollen die Projekte und Maßnahmen zur gesunden Lebensführung ihre Wirksamkeit in Innen- und Außenräumen von öffentlichen Einrichtungen und in deren urbanem Umfeld entfalten. Die Orte im öffentlichen Raum wie Spielplätze, Stadtplätze und informelle Treffs, aber auch die

so genannten verbindenden Wege gehen in die Maßnahmen des Projekts ein.

Auf der Bildungs- und Informationsebene sollen Maßnahmen zur Qualifizierung, zum Wissens- und Kompetenztransfer für Multiplikatoren in den Bereichen Gesundheit, Bewegung und Ernährung zur Förderung eines Verständnisses für eine gesunde Lebensweise entwickelt und in Modellen durchgeführt werden.

In der Aufbauphase erfolgen die Bestandsaufnahme, die Einrichtung eines Runden Tisches und der Aufbau des Netzwerkes MOABIT MACHT MOBIL. Hier werden gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen und Trägern konkrete Projekte und Maßnahmen für die Umsetzungsphase entwickelt und ein Pilotprojekt durchgeführt.

Birgit Funke

Gesundheitsförderung im Stadtteil

Seit dem 1. September 2008 führt Gesundheit Berlin, unterstützt von der Techniker Krankenkasse, im Spandauer Stadtteil Haselhorst das Projekt „Gesundheit im Stadtteil gemeinsam fördern“ durch. Kooperationspartner von Gesundheit Berlin sind dabei das Bezirksamt Spandau und der Gemeinwesenverein Hasel-

horst. Um bedarfsgerechte Maßnahmen der Gesundheitsförderung insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund zu entwickeln bzw. zu initiieren, wird im Projekt mit Akteuren sowie Schlüsselpersonen der Zielgruppen über Wünsche und Erwartungen an Angebote für Kinder und Eltern diskutiert und sich über

Ideen zur Umsetzung ausgetauscht. Bei einem Fachaustausch zwischen Schlüsselpersonen, Anbietern und Stakeholdern der Gesundheitsförderung sollen bis zum Ende des Jahres geeignete Ideen identifiziert und mögliche Kooperationen zur Umsetzung gefunden werden.

Ina Wlodosch

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Perspektiven einer Arbeitsgemeinschaft für die Region

Bereits seit einiger Zeit gibt es Bestrebungen, die Ressourcen der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg zu bündeln. In diesem Zusammenhang soll auch Gesundheit Berlin zu einer Arbeitsgemeinschaft der Region Berlin-Brandenburg weiterentwickelt werden. Am Anfang stand ein Gespräch zwischen der damaligen Berliner Senatorin für Gesundheit, Heidi Knake-Werner, und der Brandenburger Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Dagmar Ziegler. Im Laufe des Prozesses werden Voraussetzungen für ein solches Zusammenwachsen diskutiert. In vielen Gesprächen wurden die Synergieeffekte einer gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft erkundet, aber auch bestehende Ängste ausgeräumt.

Im Zeichen dieses Zusammenwachsens stand die Veranstaltung „Für eine Arbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg!“ am 9. Oktober 2008 in Potsdam, zu der das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) Brandenburg geladen hatte. In den eindrucksvollen Räumlichkeiten der Staatskanzlei hatten sich 80 Interessierte versammelt, die ein breites Spektrum von Krankenkassen, Kommunen und Akteuren über die Gewerkschaften, den Landessportbund

und Wohlfahrtsverbände, bis hin zu Kliniken und Kindertagesstätten repräsentierten.

Ministerin Ziegler und der Berliner Gesundheitsstaatssekretär Benjamin-Immanuel Hoff brachten in ihren Eingangsvorträgen ein klares Votum für eine landesübergreifende Arbeitsgemeinschaft, die Prävention und Gesundheitsförderung in der Region stärkt und gemeinsam voranbringt, zum Ausdruck. Der Vorstandsvorsitzende von Gesundheit Berlin, Rolf Rosenbrock, nahm diesen Impuls auf und verortete Gesundheit Berlin im Vorhaben Gesundheitsregion. Die verbindende Idee, Prävention als essentiellen Bestandteil moderner Gesundheitspolitik zu verankern, bietet Rosenbrock zufolge eine tragfähige Basis für eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft.

In der Vorstellung von Gesundheit Berlin durch Carola Gold und Stefan Pospiech wurden besonders die Stärken des Vereins hinsichtlich der Vernetzung einer Vielzahl von Akteuren in den Arbeitskreisen des Vereins sowie die fachliche Kompetenz von Gesundheit Berlin im Zusammenhang mit der Organisation des Gesundheitszieleprozesses und der Landesgesundheitskonferenz durch die neu eingerich-

tete Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung herausgestellt. Carl-Christian von Braunmühl vom brandenburgischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) erörterte in seinem Beitrag den Brandenburger Gesundheitszieleprozess und die Unterschiede zur Struktur einer Landesarbeitsgemeinschaft.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurde der Mehrwert einer gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft an konkreten Themen dargestellt. Hier wurde deutlich, dass bereits Kooperationen und Netzwerke bestehen. Neben den zahlreichen Kontakten nach Brandenburg, die der Arbeitskreis Alter von Gesundheit Berlin pflegt, sind vor allem die Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in Berlin und Brandenburg zu nennen.

Mehrfach wurde im Laufe der Veranstaltung betont, dass eine länderübergreifende Arbeitsgemeinschaft Synergieeffekte zukünftig gezielt befördern könnte. Karin Weiss, die Integrationsbeauftragte des Landes Brandenburg, legte dar, wie beide Länder voneinander lernen können. In Brandenburg etwa besteht Weiss zufolge ein Defizit hinsichtlich kultursensibler Altenpflege, ein Bereich, der in Berlin aufgrund des hohen Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund bereits entwickelt ist. Andererseits existiert in Brandenburg beispielsweise ein Projekt zur Weiterqualifizierung von eingewanderten Ärzt/innen für das deutsche

Gesundheitswesen, das für eine Stadt wie Berlin eine Bereicherung darstellen würde.

Steffi Miroslau, Kinderärztin in Eberswalde, und Ingrid Papies-Winkler von Gesundheit Berlin hatten sich bereits im Vorfeld der Veranstaltung in Potsdam Gedanken über Formen der Zusammenarbeit gemacht. Resultat ihrer Überlegungen ist eine Netzwerk-Veranstaltung im ersten Halbjahr 2009, die sich der Prävention und Gesundheitsförderung in Familien in der Phase Rund um die Geburt widmen soll.

In abschließenden Beiträgen schätzten Carola Gold und Thomas Barta vom Gesundheitsministerium Brandenburg die gelungene Veranstaltung als wichtigen Baustein für das Ziel ein, Akzeptanz bei den Akteuren für die länderübergreifende Arbeitsgemeinschaft zu schaffen. Carola Gold betonte, dass es nun darum gehen werde, die weiteren Schritte im Verein zu diskutieren und nach Möglichkeit Anfang nächsten Jahres die Arbeitsgemeinschaft Berlin-Brandenburg aus der Taufe zu heben.

Stefan Weigand

Zu der Veranstaltung vom 9. Oktober 2008 ist eine Dokumentation erhältlich, die per Mail bei cornelia.schaap@masgf.brandenburg.de als pdf-Datei angefordert werden kann.

Kinder und Jugendliche

HBSC-Studie für Berlin / Gesundheitsförderung in Berliner Kitas / Kinderarmut und Kindergesundheit / Frühförderung und Frühe Hilfen

18

STIMMEN ZUM KONGRESS

**Elène Misbach,
Büro für medizinische
Flüchtlingshilfe, Berlin**

Was versprechen Sie sich inhaltlich in diesem Jahr vom Kongress Armut und Gesundheit?

Von dem diesjährigen Schwerpunkt im Forum Migration verspreche ich mir eine



handlungsorientierte Diskussion um die Probleme der gesundheitlichen Versorgung von illegalisierten Flüchtlingen und Migrant/innen. Durch einen konstruktiven Austausch zwischen Wissen-

schaft, Politik und Praxis wird der Kongress hoffentlich dazu beitragen, dass zeitnah konkrete und nachhaltige strukturelle Verbesserungen für die Betroffenen vereinbart werden. Bewegt sich Berlin tatsächlich weg vom Paradigma der Parallelsysteme hin zur Integration in die Regelversorgung, könnte dies bundesweit Signalwirkung für andere Kommunen und Länder haben.

HBSC-Studie: Gesundheitsverhalten Berliner Schüler/innen zeigt ambivalente Trends

Tabak- und Alkoholkonsum rückläufig, aber deutliche Zunahme psychosomatischer und psychischer Belastungen

Die im September in Berlin vorgestellte Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) zeigt positive Trends – so schätzen die meisten der befragten Schüler/innen ihren Gesundheitszustand und ihr seelisches Wohlbefinden als gut ein – aber auch besorgniserregende Resultate: Berliner Kinder und Jugendliche bewegen sich zu wenig und essen kaum Obst oder Gemüse. Zudem sind die psychosomatischen Beschwerden und die psychischen Auffälligkeiten im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen – vor allem bei sozial Benachteiligten.

Die Studie wird alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. 2006 waren über 40 Länder bei der Befragung dabei. In Deutschland haben sich 2006 neben Berlin noch Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Sachsen beteiligt. Berlin hat bereits 2002 an der Studie teilgenommen. Für den nun vorgestellten Berliner Bericht wurden knapp 1.300 Schüler/innen der fünften, siebten und neunten Klassenstufe befragt zu ihrem Gesundheits-

zustand, ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten, ihren sozialen Beziehungen und dem Schulklima.

Die Mehrheit der befragten Schüler/innen schätzt ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand positiv ein und verfügt über eine starke elterliche und soziale Unterstützung. Die meisten der befragten Schüler/innen rauchen nicht und trinken keinen Alkohol. Insgesamt sind sowohl der Tabak- und der Alkoholkonsum als auch das Rauschtrinken der Studie zufolge im Vergleich zu 2002 rückläufig. Der Anteil der Schüler/innen, die sich bereits mehr als einmal betrunken haben, ist im gleichen Zeitraum von 20 Prozent auf 16 Prozent zurückgegangen, ebenso wie der Konsum von Cannabis. Diese ersten positiven Tendenzen im Risikoverhalten der Schüler/innen wertet die Studie als Ergebnis der Wirksamkeit von staatlichen Maßnahmen wie etwa den Rauchverboten an Schulen.

Trotz dieser positiven Ergebnisse zeigt die Studie aber auch negative Trends: So ist der Anteil der Schüler/innen, die unter wiederkehrenden



psychosomatischen Beschwerden leiden, um 20 Prozent gestiegen. Auch psychische Auffälligkeiten haben deutlich zugenommen. Sie treten häufiger bei Schüler/innen aus Familien mit geringerem Wohlstandsniveau auf und sie sind häufiger mit Schmerzen und

entsprechendem Medikamentenkonsum assoziiert.

Ein weiteres Ergebnis: Die befragten Kinder und Jugendlichen bewegen sich zu wenig, vor allem die Mädchen. Nicht einmal acht Prozent der Schüler/innen essen die von der Deutschen

Gesellschaft für Ernährung empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag. Fast die Hälfte frühstückt nicht an allen Schultagen vor der Schule.

„Die Ergebnisse bilden sowohl eine Grundlage für die Überprüfung der Wirksamkeit von bestehenden Präventionsangeboten als auch für Überlegungen für weitere geeignete Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“, sagte Berlins Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher bei der Präsentation der Studie.

Die HBSC-Studie 2006 im Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html

Ergebnisse der Studie werden auch in dem Workshop Gesundheitsziele und Landesgesundheitskonferenz auf dem Kongress Armut und Gesundheit vorgestellt.

Gesundheitsförderung in Berliner Kitas

Studie liefert Daten zu Bestand und Bedarf

Das Setting Kita bietet eine gute Basis für Gesundheitsförderung und Prävention und prinzipiell beste Möglichkeiten einer frühzeitigen und ganzheitlichen Förderung mit langfristigen Erfolgsaussichten. Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bildet die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen den größten Schwerpunkt, da gerade bei Kindern im frühen Alter Gesundheitspotenziale aktiviert und erhalten werden können. Der Setting-Ansatz Kita ermöglicht eine zielgruppen- und sozialraumorientierte Schwerpunktsetzung für die Gesundheit der Kinder.

Das Anliegen von „Gesundheitsförderung in Berliner Kitas“ war es, herauszufinden, ob und inwieweit Maßnahmen diesbezüglich in Berlin bereits eine Rolle spielen beziehungsweise umgesetzt und in den Kita-Alltag integriert sind. Dabei sollten sowohl strukturelle Bedingungen als auch konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung betrachtet werden. Im Fokus stand hierbei die Gesundheitsförderung für die betreuten Kinder, nicht die für die Beschäftigten der Tagesstätten. Außerdem von Interesse waren die Möglichkeiten der Kinder- und Elternbeteiligung, der Umgang mit Entwicklungsauffälligkeiten sowie die Fortbildungswünsche der Kita-Mitarbeiter/innen. Ziel war, Bedarfslücken zu erkennen und gezielte

Vorschläge zum Ausbau der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten zu erarbeiten.

Datenerhebung und Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer schriftlichen Befragung. Alle Berliner Kitas erhielten Anfang April 2008 einen Fragebogen, der in Anlehnung an eine vorangegangene Untersuchung zur Gesundheitsförderung in Brandenburger Kindertagesstätten übernommen und teilweise modifiziert wurde.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag bei 23 Prozent. Damit konnten durch die Erhebung 29.149 Kinder erfasst werden. Exemplarisch vorgestellt werden die Ergebnisse zum Angebot an gesundheitsfördernden Aktivitäten für das Themenfeld Ernährung. Der Themenbereich Ernährung wurde mit zehn Items erfasst. Die deutliche Mehrheit aller Kitas bietet den Kindern regelmäßig frisches Obst und Gemüse sowie Frühstücksmilch an. Auf eine gemeinsame Gestaltung einer freundlichen Tischatmosphäre legt ebenfalls die Mehrzahl der Einrichtungen regelmäßig wert. Vereinzelt oder unregelmäßig werden hingegen in den meisten Kitas Koch- und Backkurse und das Kennenlernen von unterschiedlichen Lebensmitteln mit allen Sinnen durchgeführt. Viele

Einrichtungen beantworteten das im Fragebogen angegebene Item „darauf achten, dass Kinder ein gesundes Frühstück von zu Hause mitbringen“ nicht, da sie in der Kita selbst ein Frühstück anbieten und daher kein Bedarf vorliegt.

Die Erfassung der genannten prioritären Fortbildungsthemen lässt erkennen, dass ein hoher Bedarf nach „praktischen Übungen“ im Bereich Ernährung seitens der Erzieher/innen angegeben wurde.

Ausblick

Da für den Berliner Raum eine derartige Bestandsaufnahme fehlte, liefert die Studie wichtige Daten und damit einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsförderung im Lebensraum Kindertagesstätte in Berlin. Ein Vergleich zwischen den Untersuchungen in Berlin und Brandenburg könnte Aufschluss über Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Länder im Bereich Gesundheitsförderung im Setting Kita liefern.

Gregor Bethge, Heike Bressel und Rüya Kocalevent haben gemeinsam mit anderen Autoren diesen Artikel verfasst und referieren auf dem Kongress Armut und Gesundheit in dem Workshop „Gesundheitsförderung in der Kita – Bestand und Bedarf“ über das Thema „Gesundheitsförderung in Berliner Kitas – Ergebnisse einer Bestands- und Bedarfserfassung“.

Literaturtipps: Kinderarmut und Kindergesundheit

Noch vor 10 Jahren wurde Kinderarmut in Deutschland tabuisiert. Ein besonders krasses Beispiel dafür lieferte die damalige CDU-Familienministerin Claudia Nolte. Sie wies einen Familienbericht, den die von ihr einberufene Expertenkommission erstellt und der das Problem der Kinderarmut zaghaft thematisiert hatte, zurück. Ihre Begründung: In Deutschland gebe es keine Armut, weil diese von der Sozialhilfe verhindert sei.

Im Vergleich dazu sind die aktuellen Debatten über Kinderarmut in Deutschland wesentlich weiter und durch Studien unterlegt. Gegen die schlechten Lebensverhältnisse vieler Kinder sind in den letzten Jahren zahlreiche Projekte etwa im Bereich der Frühförderung entstanden. Eine Bilanz der Aktivitäten in diesem Bereich zieht das Buch „Kinderarmut und Kindergesundheit“ von Raimund Geene und Carola Gold. Ihre Texte und die zahlreicher anderer Fachleute vermitteln ein sehr differenziertes Bild der verschiedenen benachteiligten Lebenslagen, in denen Kinder aufwachsen. In diesen Settings, das wird deutlich, können die

Lebensverhältnisse mit konkreten Hilfen verbessert werden, wenn mit den Familien und nicht gegen sie gearbeitet wird.

Die Beiträge im ersten Teil des Buches beschreiben die gesundheitlichen Auswirkungen von Kinderarmut und gleichzeitig die wichtigsten Schutzfaktoren. Eine umfassende Strategie der Eltern-Kind-Stärkung beschreiben etwa Elisabeth Horstkotte und Eberhard Zimmermann. Im Anschluss daran folgt die Darstellung der Gesundheitsförderung mit dem „Setting-Ansatz“, der sich als Schlüsselstrategie erweist. So schreiben Frank Lehmann von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Carola Gold und Holger Kilian von Gesundheit Berlin, basierend auf Erfahrungen des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, über die Entwicklungen in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.

Neben dem aktuellen Gesundheits- und Sozialdiskurs über Kinderarmut gibt es auch einen Gefährdungsdiskurs, in dem ordnungspolitische Ideen dominieren. Dieser Diskurs hat

auch eine Basis in der schlechten Qualität der gesundheitlichen Versorgung, wie der Beitrag von Gerhard Klein im dritten Teil des Buches zeigt. Klein zieht in seinem Text eine kritische Bilanz der Frühförderung in Deutschland und fordert die lebensweltorientierte Ausrichtung des Bereichs.

Im vierten Abschnitt werden die neuen Projekte der „Frühen Hilfen“ beschrieben, die einen betroffenennahen und fördernden Ansatz darstellen. Mechthild Paul und Jörg Backes stellen etwa das von der BZgA getragene Nationale Zentrum Frühe Hilfen vor, das sich systematisch der Aufgabe des Kinderschutzes durch Frühe Hilfen stellt. Sie zeigen die Vielschichtigkeit des Problems, das nach einer gemeinsamen Strategie und einem koordinierten Vorgehen verlangt. Dazu kommen Praxisbeiträge von Meinrad Armbruster und Susanne Schlabs, die in ihrem Beitrag „Elternarbeit – Ein präventiver Ansatz gegen die Folgen von Kinderarmut“ einen Empowerment-Ansatz zur Förderung der Elternkompetenz vorstellen.

Isabel Merchan

*Raimund Geene/Carola Gold (Hrsg.):
Kinderarmut und Kindergesundheit,
Bern: Huber, 2008*

Frühförderung und Frühe Hilfen

Auszug aus dem Buch „Kinderarmut und Kindergesundheit“

In der Diskussion um Kinderschutz und Kindergesundheit wird den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Inzwischen zahlen die Krankenkassen eine weitere, zehnte Untersuchung (U 7a), das Bundesland Saarland hat sogar eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung eingeführt. Auf der anderen Seite gibt es in der fachlichen Diskussion um Frühe Hilfen einen breiten Konsens zur Stärkung der primären Sozialisationsinstanz Familie durch Förderung elterlicher Intuition und Unterstützung bei der Formulierung und Realisierung eigener Erziehungsziele (Familienzentrierte Angebote).

In einer Vorstudie an der Hochschule Magdeburg-Stendal haben wir junge Mütter mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen nach ihren Erfahrungen mit den „Us“ befragt. Dabei konnten wir feststellen, dass auch sozial benachteiligte Mütter verstärkt diese Untersuchungen wahrnehmen und sie auch in besonderem Maße als Bestätigung empfinden. Wir vermuten daher, dass sich auf dem Hintergrund

der aktuellen öffentlichen Diskussion die Minderinanspruchnahme durch sozial Benachteiligte rückläufig entwickelt. Tatsächlich lässt sich bei den von uns befragten benachteiligten Müttern sogar eine Priorisierung feststellen dahingehend, dass die Maßnahmen desto stärker wahrgenommen werden, je weiter sie von der eigenen sozialen Situation entfernt sind: gute Beurteilungen bei sozial Benachteiligten erfährt gerade auch die RTL-Sendung „Die Super-Nanny“, gefolgt von kinderärztlichen und kinderpflegerischen Leistungen (kindzentrierte Angebote), während Hebammenleistungen, Frühe Hilfen, Müttertreffs u.ä. Selbsthilfeangebote und insbesondere Maßnahmen von Gesundheits- oder Jugendämtern oftmals mit großer Skepsis begegnet wird. In der Motivanalyse konnten wir die Hypothese herausarbeiten, dass gerade die starke Abstraktion die kinderärztlichen Untersuchungen leicht konsumierbar macht. Ein positiver Impuls zur Bewältigung der Schwierigkeiten sozial benachteiligter Elternschaften kann in unserer Vorstudie

nicht festgestellt werden. Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten finden kaum Beachtung. Wir vermuten vielmehr, dass mit den „Us“ ein weiterer Schritt hinsichtlich eines problematischen Prozesses beigesteuert wird, den wir als Entfremdung und Enteignung der eigenen Elternschaft bezeichnen.

Für die weitere Planung der Frühen Hilfe sollten die unterschiedlichen Ziele, aber auch die Schnittstellen zwischen familienzentrierten und kindzentrierten Unterstützungsangeboten deutlich herausgestellt werden. Mit kindzentrierten Angeboten werden Verwahrlosungsprobleme weder identifiziert noch bearbeitet werden können. Sie bieten gleichzeitig eine gute Möglichkeit zum Übergang in – noch aufzubauendes – Systeme familienzentrierter Hilfen.

Letztere sollten sich jedoch – deutlich in Abgrenzung zu dem traditionellen Kontrollbild des Jugendamtes – so aufstellen, dass sie die Eltern in ihren unterschiedlichen schwierigen Lebenslagen erreichen und praktische Hilfen geben können.

*Raimund Geene, Nicola Wolf-Kühn
Wolf-Kühn N, Geene R. Frühförderung und frühe Hilfen. In: Geene R, Gold C (Hrsg.). Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber (2008)*

Altern und Gesundheit

Erkenntnisse der Zugehörigkeitsforschung/
Hilfebedarf und Autonomieerhalt Älterer



Erkenntnisse der Zugehörigkeitsforschung – relevant für die Gesundheitsförderung im Alter

Das Bedürfnis nach und der Wert des Gefühls von Zugehörigkeit wächst im Alter

„Das interessiert mich nicht mehr ...“ – „Ich gehöre nicht mehr dazu ...“ – „Das ist nicht mehr meine Welt ...“ – Solche und ähnliche Aussagen sind Beispiele für die bewusste Distanz zur unmittelbaren sozialen Umwelt, den Verlust von Identifikation und des Zugehörigkeitsgefühls in der aktuellen Lebenswelt.

Als soziales Lebewesen hat jeder Mensch ein Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit. Das Gefühl der Zugehörigkeit zu anderen Menschen in einer gemeinsamen Lebenswelt ist eine Basis für die lebenslange Entwicklung des Individuums selbst und damit insbesondere auch für seine Gesundheit.

Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit entwickelt sich bereits in der Schwangerschaft. Nach vorliegenden Untersuchungen in der 5./6. Schwangerschaftswoche. Schon kurz nach der Geburt führen erste Informationen – wie der Augenkontakt mit der Mutter, das Suchen nach der Brust der Mutter, die Wahrnehmung der Stimme und des Körpergeruchs der Mutter – zu ersten diesbezüglichen neuronalen Verschaltungen im Gehirn des Neugeborenen. Diese ersten Stunden nach der Geburt sind das



„Zeitfenster für das Zugehörigkeitsgefühl“ – diese Erfahrungen stärken oder schwächen das Gefühl nach Zugehörigkeit.

Interessante Ergebnisse liegen aus der Hirnforschung vor. Menschen sind neurobiologisch auf „Bindung geeicht“ (Bauer/2006). Das Gehirn wird geprägt durch das Eingebundensein in soziale Beziehungen. Die Reaktionen aus zwischenmenschlichen Beziehungen werden kognitiv, emotional und körperlich in beiden Hirnhälften differenziert verarbeitet. Diese biopsychosozialen Wechselwirkungen sind täglich in Alltagssituationen zu beobachten.

Das Erlebnis der Zugehörigkeit ist nach vorliegenden Forschungsberichten relevant gesundheitsfördernd und für die Lebensdauer bedeutsam. Groosarth-Maticsek (1999) im Ergebnis umfangreicher empirischer Studien: „Ein gutes Zugehörigkeitsgefühl erhöht die Wahrscheinlichkeit, alt zu werden, um das Vierfache“.

Eine der wichtigsten Ressourcen für die Bewältigung von Belastungen ist das Vertrauen. Das im Verlauf der Lebensbiografie entstehende Grundvertrauen gilt als Basis für das Selbstwertgefühl. Sowohl das Vertrauen zu sich selbst (zu eigenen Kompetenzen) als auch das Vertrauen zu den Kompetenzen der anderen Menschen. Ein Siebzigjähriger: „Ich habe nicht mehr viele Kontakte, Geschwister und Freunde sind schon verstorben. Aber ich habe einige, die da sind, wenn ich sie brauche, die mir zuhören, die mich mit meinen Problemen ernst nehmen, die mir zur Seite stehen, auf die ich mich verlassen kann ...“. Vertrauen hat einen hohen Stellenwert in der Altenhilfe (Pflege) und Altenselbsthilfe.

Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit ist ein Grundbedürfnis nach Nähe zu einer Bezugsperson, die Sicherheit, Schutz und Unterstützung bietet. Mit Zunahme des Lebensalters wächst das Bedürfnis und erhöht sich der Wert des Gefühls von Zugehörigkeit. Tiefe Zufriedenheit wird von Älteren erlebt, wenn dieses Bedürfnis befriedigt ist.

Das Zugehörigkeitsgefühl ist stark an die erlebte Zuwendung und Geborgenheit in der Ursprungsfamilie, den gesellschaftlichen Status und vor allem durch die gesellschaftlich

anerkannte Berufstätigkeit gebunden. Mit dem Verlust der Arbeit geht auch das Zugehörigkeitsgefühl zurück: „Ich werde nicht mehr gebraucht ...“ – „Ich gehöre nicht mehr dazu ...“ – „Ich bin wertlos ...“.

Das Gefühl von Zugehörigkeit ist eng verbunden mit dem Gefühl von Selbstwertschätzung und Selbstsicherheit. Selbstwertgefühl (Ich-Geühl) ist das subjektive Erleben dieser Emotion in Situationen, in denen der ältere

Mensch bestimmte Anforderungen bewältigt: „Das kann ich noch ohne Hilfe...“ – „Das kann ich noch allein ...“.

Die Zugehörigkeit wird durch verschiedene Formen der Ermutigung verstärkt. Die Stabilität des Gefühls von Zugehörigkeit ist eine wesentliche Komponente der psychischen Gesundheit.

Heinz Trommer

Der Autor ist Sprecher des Arbeitskreises Altern und Gesundheit von Gesundheit Berlin. Auf dem Kongress Armut und Gesundheit referiert er im Workshop Kommunikation und Gesundheit im Alter über das Thema:

„Erkenntnisse der Zugehörigkeitsforschung: Zugehörigkeit als existentielle Basis für menschliche Entwicklung und Gesundheit – Salutogenese – Zugehörigkeitsgefühl im Alter“

Hilfebedarf und Autonomieerhalt Älterer

Forschungsprojekt Neighbourhood läuft bis Ende 2010

Auf welche individuellen und sozialräumlichen Ressourcen können sich hilfebedürftige, ältere Menschen in benachteiligten Stadtteilen stützen, um ein autonomes Leben zu führen? Wie wirken dabei die Ressourcen der Einzelnen und die des Stadtteils zusammen? Diesen Fragen gehen Wissenschaftlerinnen am Institut für gerontologische Forschung (IGF) und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der gemeinsam durchgeführten Studie NEIGHBOURHOOD nach.

Viele ältere Menschen sind von chronischen und mehrfachen Erkrankungen betroffen. Damit gehen oft funktionale Einschränkungen, Hilfe- und Pflegebedarf einher. Mobilitäts- einschränkungen und Sturzrisiko nehmen zu. In solchen Lebenssituationen können Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen gefährdet sein. Das Wohnumfeld gewinnt an Bedeutung für die Lebensführung und soziale Teilhabe. Menschen mit geringem Einkommen und Bildungsstatus sind häufiger und früher mehrfach erkrankt als Andere. Individuelle und sozialräumliche Ressourcen für die Organisation von Alltag, Pflege und Teilhabe unterscheiden sich. Wir wissen wenig darüber, wie diese Ressourcen im Hinblick auf den Autonomieerhalt der älteren Menschen zusammen wirken.



Die bis Ende 2010 laufende Studie NEIGHBOURHOOD wird die Forschungsfragen in drei Gebieten in Berlin und Brandenburg untersuchen. Das IGF erforscht individuelle Ressourcen und befragt betroffene ältere Menschen. Es wird dabei untersucht, welche gender-, kultur- und milieuspezifisch geprägten Ressourcen hilfebedürftigen alten Menschen zur Verfügung stehen. Im WZB werden sozialräumliche Einflussfaktoren analysiert. Dabei sind Infrastrukturen und Netzwerke der Alltags-

unterstützung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Möglichkeiten sozialer Teilhabe, Informationsangebote und die Zusammenarbeit verschiedener Akteure vor Ort von Interesse.

Erwartete Ergebnisse

Die Studie soll Elemente guter Praxis und Problempunkte erfassen und verstehen. Die Ergebnisse werden im Stadtteil vorgestellt, damit die Autonomie älterer Menschen mit Hilfebedarf konkreter Bestandteil der Altenhilfeplanung, Selbsthilfeförderung, Quartiersmanagement sowie Versorgungsplanung werden kann.

Das Forschungsprojekt ist Teil des Berliner Verbundes „Autonomie trotz Multimorbidität im Alter“ (ama), der Forschung zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen betreibt. Der interdisziplinär arbeitende und von zehn Berliner Forschungsinstitutionen getragene Verbund wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für zunächst drei Jahre (2008 – 2010) im Rahmen des Programms „Gesundheit im Alter“ gefördert.

Weitere Informationen unter www.ama-consortium.de/f-neighbourhood.html

Susanne Kümpers, Katrin Falk,
Josefine Heusinger

Susanne Kümpers und Josefine Heusinger moderieren auf dem Kongress Armut und Gesundheit den Workshop „Gesundheitsförderung durch Partizipation und Kommunikation in der Kommune“.

Soziale, gesunde Stadt

Regionalkonferenzen „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ in allen Bundesländern / Armutswegen / Die elementaren Formen der Armut / Kaum Fortschritte bei Umwelt und Gesundheit / Gesundheit und Stadtteilbewohner/innen

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt – Regionalkonferenzen in allen Bundesländern

Foren bringen das Thema Gesundheitsförderung stärker in die benachteiligten Stadtteile und Quartiere

„Wie kommt Gesundheit in benachteiligte Stadtteile?“ – „Wie bitte? Gesundheitsförderung in schwierigen Lebenslagen“ – „Gesunde Bürger – gesunder Kiez“: Von Oktober 2008 bis Februar 2009 finden Fachtagungen der „Regionalen Knoten“ in allen sechzehn Bundesländern statt. Ausgangspunkt dafür war die Erkenntnis des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, das für das Programm „Soziale Stadt“ zuständig ist, dass in den besonders geförderten Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf das Thema Gesundheitsförderung noch nicht intensiv genug behandelt wird. Zwar gibt es eine Menge Aktivitäten, die der Gesundheit der Bewohner/innen in den Quartieren nützen, man denke an Verkehrsberuhigung, Grünanlagen und die Verbesserung der Bausubstanz des Wohnraumes. Aber das Thema Gesundheit hat doch erst in wenigen Maßnahmen ausdrücklich einen Stellenwert erhalten.

Nach einem vorbereitenden bundesweiten Expertenworkshop in diesem April in Berlin (der Info_Dienst berichtete) kommt das Anliegen nun vor Ort an. Die Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ bringen in

den Ländern im Rahmen einer Förderung durch den Nationalen Aktionsplan IN FORM die Akteure aus der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung zusammen. Sie laden dazu Quartiersmanagements, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenkassen und viele weitere Akteure zu ihren Fachtagungen ein. Dort werden Vorgehensweisen erarbeitet, wie die Bevölkerung für gesundheitsförderliche Ziele gewonnen werden kann, und nachahmenswerte Beispiele für die Gestaltung gesunder Lebenswelten vorgestellt.

In den Bereichen Ernährung und Bewegung besteht besonders dringender Handlungsbedarf. Gerade hier ist nicht zu übersehen, dass Kursangebote und reine Aufklärungskampagnen die Zielgruppen der sozial Benachteiligten nicht erreichen. Neue, gesündere Handlungsweisen müssen erlernt und erprobt werden und im Laufe der Zeit in den gewohnten Lebensstil der Zielgruppen eingehen. Dies kann in den Settings Familie, Kindertagesstätte, Schule und eben auch im Stadtteil unterstützt werden.

Das erste Landesforum fand am 10. Oktober 2008 in Mecklenburg-Vorpommern statt. Dabei wurden der Landesaktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt und

Literaturtipp: Armutswegen.



Die Saarländische Armutskonferenz dokumentiert in dem Buch eine Befragung von sozial Benachteiligten zu ihrer Lebenssituation. Damit leistet die Armutskonferenz einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung über die Situation armer Menschen,

denn im Saarland fehlt ein landesweiter Armutsbericht. Den fordert die Saarländische Armutskonferenz seit langem, damit regionale Aktionspläne gegen die sozialen Missstände im Land entwickelt werden können. Zudem zeigt „Armutswegen. Armutserkundung vor Ort“ auch die Situation von Hilfeeinrichtungen wie Tafeln, Einrichtungen für Wohnungslose, Gemeinwesenprojekten oder Sozialberatungsstellen.

„Armutswegen. Armutserkundung vor Ort“ ist für fünf Euro erhältlich bei der Saarländischen Armutskonferenz e.V., Gatterstraße 13, 66333 Völklingen, Tel. 01520/25 33 972, E-Mail: sak@freenet.de

die Teilnehmer/innen zur Zusammenarbeit eingeladen.

In der Vorbereitung zum Landesforum in Brandenburg, das am 22. Oktober im Bürgerhaus im Quartiersgebiet Potsdam-Schlaatz stattfand, haben die Landesministerien für Gesundheit und für Raumordnung eine Zusammenarbeit im Bereich sozialraumbezogener Gesundheitsförderung begonnen. Die Teilnehmer/innen diskutierten über die Einbettung des Themas Gesundheit in eine integrierte Stadtentwicklung, über die Möglichkeiten wie auch die Stolpersteine.

Der Regionale Knoten Rheinland-Pfalz lud am 10. November ebenfalls in ein Quartiersgebiet ein, nach Trier-Nord, wo die „Gesundheitsteams vor Ort“ interdisziplinär zusammenarbeiten.

In Sachsen-Anhalt finden statt einer zentralen Tagung von September bis Dezember sieben dezentrale in den Landkreisen statt. Diese finden großen Anklang, und die Teilnehmer/innen haben bereits konkrete Kooperationen verabredet.

Auch im Saarland gibt es für das Landesforum eine mehrstufige Vorgehensweise. Nach einer Netzwerktagung im August fand die Jahrestagung des Regionalen Knotens am 12. No-

vember mit dem Thema „Die gesunde soziale Stadt“ statt. Anschließend werden im Januar Workshops mit den Akteuren in den Quartiersgebieten angeboten.

In Nordrhein-Westfalen konnte das Gesunde-Städte-Netzwerk als Mitveranstalter für das Landesforum am 25. November gewonnen werden.

Die Bundestransferstelle Soziale Stadt, die vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) geführt wird, und Gesundheit Berlin, in der Funktion als Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes, wurden zu vielen der Veranstaltungen eingeladen, um den bundesweiten Prozess vorzustellen und mit zu unterstützen.

Die Berliner Fachtagung wird voraussichtlich am 6. Februar 2009 im Roten Rathaus stattfinden.

Auch hier werden Beispiele zur Förderung gesunder Lebensstile und für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Settings im Quartier vorgestellt.

Nach nunmehr neunjähriger Programmlaufzeit hat sich in den Programmgebieten der Sozialen Stadt vieles zum Besseren gewandelt. So kommt die beim Difu angesiedelte Bundestransferstelle Soziale Stadt in ihrem aktuellen, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung erstellten Statusbericht u.a. zu dem Ergebnis, dass insbesondere in den Bereichen Schule, Bildung, Integration von Zuwanderern und Gesundheitsförderung Fortschritte gemacht wurden.

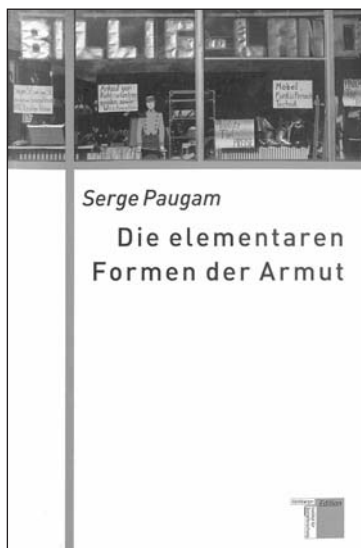
Als erfolgreiche Strategien der Gesundheitsförderung im Quartier bezeichnet der Status-

bericht die Bildung von gesundheitsbezogenen Netzwerken, niedrigschwellige Angebote mit „Gehstruktur“ und Gesundheitsläden, -häuser und -treffs. Als hilfreiche Struktur zur Verstärkung der nun angestoßenen Entwicklung wird „die Einrichtung einer ‚Koordinierungsstelle Gesundheit‘ beim Quartiermanagement (...), die als lokaler ‚Kristallisationskern‘ eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil anschiebt, pflegt und moderiert“, vorgeschlagen. Die Landesforen werden hierzu wichtige Impulse liefern.

Download Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt:

www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen

Stefan Bräunling



Die elementaren Formen der Armut

Der französische Soziologe Serge Paugam hat zehn Jahre lang empirisch vergleichende Daten in Europa erhoben, relevante Theorien und existierendes Datenmaterial verarbeitet und daraus seine drei elementaren Grundformen der Armut entwickelt. Er unterscheidet integrierte Armut, marginale Armut und diskreditierende Armut und schafft damit ein analytisches Instrumentarium, mit dem regional-spezifische Einflüsse und die Bedeutung sozialer Bindungen ebenso differenziert erfasst werden können, wie die mitunter unbe-

sichtigten Effekte staatlicher Politik. Damit bietet das Buch nicht nur neue Anregungen für sozialwissenschaftliche Debatten über gesellschaftliche Teilhabe, sondern auch Ansatzpunkte für Handlungsformen, die Armut effektiver lindern und Arme nachhaltig integrieren könnten.

Serge Paugam: Die elementaren Formen der Armut, Hamburger Edition HIS Verlagsgesellschaft mbH, 2008, 336 Seiten, 30,00 Euro, ISBN 978-3-936096-90-3

24

Erscheint demnächst

Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

Fünf thematische Hefte mit Hintergrundinformationen, Praxisbeispielen und Checklisten für die tägliche Arbeit im praktischen Ringordner:

- Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen
- Heft 2: Probleme erkennen – Lösungen finden
- Heft 3: Ein Projekt entwickeln
- Heft 4: Präventiv handeln: Ernährung – Bewegung – Stressbewältigung
- Heft 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken

Weitere Informationen: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Zu bestellen bei: Gesundheit Berlin · Friedrichstraße 231 · 10969 Berlin
 Tel. 030 / 44 31 90-60 · Fax 030 / 44 31 90-83 · www.gesundheitberlin.de · post@gesundheitberlin.de

Kaum Fortschritte bei Umwelt und Gesundheit

Das Europäische Parlament hat den Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010 der EU kritisiert. Der Aktionsplan sehe nur begleitende Maßnahmen zur bestehenden Gemeinschaftspolitik vor und keine Politik der Prävention mit dem Ziel, Krankheiten zu reduzieren. Weder der Klimawandel mit seinen Folgen für die Gesundheit noch die Innenraumluftverschmutzung oder elektromagnetische Felder würden genug berücksichtigt. Das Parlament plädiert dafür, bis 2010 ein Bewusstsein bei den EU-Bürgern für die Auswirkungen der Umweltverschmutzung zu schaffen, zudem müsse die europäische Politik der Risikoeindämmung überarbeitet und angepasst werden.

Die Meldung im Internet:

www.europarl.de/presse/pressemitteilungen

STIMMEN ZUM KONGRESS

Werner Rätz, attac, Bonn

Was sind die für Sie wichtigsten Diskussionen auf dem Kongress Armut und Gesundheit?

Derzeit ist die Diskussion um die Forderung nach einem bedingungslosen Grundeinkommen auf zwei Ebenen präsent: in der Entwicklungspolitik in Form der social cash transfers und in den industrialisierten Ländern als Konzept globaler sozialer Rechte. Die menschenrechtliche Begründung für ein Grundeinkommen in den Industrienationen und in den Entwicklungsländern ähnelt sich, dennoch klafft zwischen beiden eine dramatische Lücke. Dem Konzept eines Grundeinkommens in den Entwicklungsländern haftet manchmal noch ein Hauch von Großzügigkeit der Geber und Almosen an, das Konzept des Grundeinkommens in den Industriestaaten beinhaltet eine selbsttätige Aneignung dessen, worauf ein Recht reklamiert wird. Im globalen Süden geht es um die Vermeidung von schlimmster Armut, manchmal nur um die Abwesenheit von Hunger. Im globalen Norden geht es um das Recht auf ein gutes Leben für alle. Die Eignung der Forderung für eine globale Initiative hängt davon ab, ob es gelingt, diese Lücke zu schließen. Daran wollen wir bei dem Kongress arbeiten.



Wie könnte Gesundheit zu den Stadtteilbewohner/innen kommen?

Chancen der Konzentration auf regionale Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung im Stadtteil ist zurzeit politisch gewollt. Dies zeigt sich z.B. an der Ausschreibung des Aktionsprogramms (Teilprogramm von IN FORM, getragen durch BMG und BVL). Die Konzentration auf die regionale Gesundheitsförderung bietet für das Setting Stadtteil die Chance, die Vernetzung der kommunalen mit der Stadtteilebene zu stärken. Denn hier besteht Bedarf nach „mehr“. Der Blick auf das Wohnumfeld gerade von Menschen in prekären Lebenslagen führt in der Regel zu dem Ergebnis, dass Verbraucherberatungsstellen, PatientInneninformationsdienste und andere Angebote im Gesundheitsbereich zwar in einer Kommune (oder im Land) vertreten sind, ihre Ressourcen aber selten ausreichen, auch in den (dezentralen) Stadtteilen aktiv zu sein. Wie könnte diese Lücke geschlossen werden?

Zu den zentralen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung zählt die Umsetzung von Maßnahmen im Setting. Als Setting werden nach einer Definition der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2007 (Sozial-) Räume bezeichnet, in denen Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und/oder ihre sozialen Bezüge leben. Sowohl der räumliche Bezug als auch das persönliche Beziehungsgeflecht einer Gruppe untereinander ermög-

lichen es, Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe in die Planung gesundheitsförderlicher Angebote ein zu beziehen und sie hierüber spezifisch anzusprechen.

Die stärkere Anbindung kommunaler Anbieter an Gebiete mit besonderem Förderbedarf könnte ein erster Schritt sein, deren Fachwissen an weitere Zielgruppen heran zu tragen. Denn bekannt ist, dass Angebote, die zentral angesiedelt und zudem kostenpflichtig sind, vornehmlich von der Mittelschicht genutzt werden (können). Menschen in prekären Lebenslagen nehmen in der Regel Angebote in Anspruch, die in ihrer unmittelbaren Umgebung angesiedelt sind bzw. solche, die sie kennen und die möglichst keine oder eine sehr geringe Gebühr verlangen.

Die Anbindung kommunaler Anbieter an im Stadtteil verankerte Träger allein reicht jedoch nicht aus. Vielmehr scheint es notwendig zu sein, zusätzliche Ressourcen bereit zu stellen. Ziel wäre, das Fachwissen mit dem Wissen und der Erfahrung der Stadtteilprojekte hinsichtlich der Bedürfnisse und Möglichkeiten der Bewohner/innen zusammenzuführen. Hierbei ist besonders wichtig zu berücksichtigen, dass Gesundheitsthemen keine Selbstläufer sind. Finanzielle Nöte und soziale Ausgrenzung

tragen dazu bei, die eigene Gesundheit zurück zu stellen. Es bedarf also vielfach einer sensiblen Hinführung und Motivation bestimmter Bevölkerungsgruppen, ihre eigene Gesundheit für wichtig zu nehmen und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention wahrzunehmen.

Das gemeinsame, aufeinander abgestimmte Vorgehen kommunaler und im Stadtteil verankerter Projekte eröffnet eine günstige Ausgangsbasis, das Interesse von Menschen in prekären Lebenslagen für Gesundheit zu wecken. Ein bundesweites Programm wie z.B. IN FORM kann jedoch solche Verzahnungen nicht systematisch initiieren. Andere Strukturen, so z. B. die Regionalen Knoten zur Gesundheitsförderung sind auf Landesebene angesiedelt. Sie können überregionale Bündnisse unterstützen. Die Gesundheitsförderung im Stadtteil bedarf des Interesses und konkreten Engagement z.B. der politisch Verantwortlichen vor Ort gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenversicherungen. Ohne diese Unterstützung fehlen die notwendigen Voraussetzungen, angemessene Angebote und Strukturen aufzubauen.

Elke Anna Eberhard

Elke Anna Eberhard von der Landesvereinigung für Gesundheit /Regionaler Knoten Bremen referiert auf dem Kongress Armut und Gesundheit in dem Workshop „Vernetzung als Strategien der Gesundheitsförderung in Regionen“ zum Thema „Vernetzung zwischen regionalen und überregionalen Projekten – Gesundheitsförderung in Brennpunktgebieten“.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen /
Beschäftigungsfähigkeit umfassend denken /
Gesundheitsförderung in Unternehmen



Armut – Krankheit – Arbeitslosigkeit / Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

**Gesundheitsförderung kann Ressourcen und damit
Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbslosen stärken**

Die wechselseitigen Wirkungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind evident und von der Forschung systematisch untersucht und dargelegt worden. Dabei haben sich die ausschließlich deskriptiven Studien der frühen Phasen kontinuierlich in Qualität und Methoden gesteigert bis hin zu elaborierten internationalen Meta-Analysen in der heutigen Zeit. (Paul und Moser 2006, 2008; McKee-Ryan et al. 2005).

Im Vergleich mit Beschäftigten weisen Arbeitslose in vielen Bereichen negative Gesundheitsunterschiede auf. Dazu zählen ein schlechterer subjektiver Gesundheitszustand, ein signifikant erhöhtes Morbiditätsrisiko in einem breiten Krankheitsspektrum (insbesondere bei psychischen Erkrankungen), ein erhöhtes Risiko für vorzeitige Sterblichkeit, ein größerer Konsum von Suchtmitteln, ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten, eine stärkere Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen, mehr Krankenhausfälle und stationäre Behandlungen, mehr Krankengeldbezugstage je 100 Versicherte und je Fall sowie häufigere Arzneimittelverordnungen, z.B. bei Anti-Depressiva-Verordnungen.

Beeinträchtigungen des psychischen Befindens von Arbeitslosen wurden anhand verschiedener Indikatoren verifiziert, darunter Depressionssymptome, Angstsymptome, subjektives Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, unspezifische psychische Beanspruchungssymp-

tome, Lebenszufriedenheit, Aktivitätsniveau, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation und Einsamkeit. Viele deutsche Repräsentativerhebungen und Statistiken bestätigen empirisch solche Befunde.

Die Forschung zeigt, dass die direkte Wirkung von Arbeitslosigkeit auf den individuellen Gesundheitszustand durch etliche Einflussfaktoren verstärkt oder abgemildert wird. Der Bewältigungsprozess der Arbeitslosigkeit steht in Abhängigkeit von makroökonomischen Einflussfaktoren, aber auch von individuellen Belastungen, verfügbaren Ressourcen sowie Kompetenzen und Einstellungen.

Im internationalen Vergleich ist der Arbeitsmarkt in Deutschland durch eine strukturell bedingte hohe „Sockelarbeitslosigkeit“ und durch einen starken Anteil sehr schwer vermittelbarer Arbeitsloser in höherem Alter, mit langen Verweildauern, geringen Qualifikationen und auch gesundheitlichen Einschränkungen charakterisiert. Gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitslosen zählen zu den wichtigsten Hemmfaktoren für die Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt.

Obwohl umfassende Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie den Bewältigungsprozess von Arbeitslosigkeit vorliegen, sind spezifische Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe nur in geringem Ausmaß entwickelt worden. Bisher gibt es in

Deutschland sehr wenige Gesundheitsprojekte zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen. Auch werden Arbeitslose trotz des hohen Bedarfs kaum von den Präventionskursen und Settingmaßnahmen nach § 20 SGB V erreicht.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) hat im aktuellen Gutachten 2007 fünf zentrale Herausforderungen bei präventiven Strategien für Arbeitslose beschrieben: 1. Die enge Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung. 2. Die Verknüpfung von Maßnahmen der Primärprävention mit der Sekundär- und Tertiärprävention. 3. Eine bedarfsgerechte Ausdifferenzierung der Präventionsangebote auf die unterschiedlichen Arbeitslosengruppen. 4. Konzeptentwicklung bei lückenhafter Datenlage zur Wirksamkeit der Programme. 5. Schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppen sowie die schlechte Annahme bzw. Akzeptanz.

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung kann nicht die eigentlichen Ursachen von Massenarbeitslosigkeit und Stellenmangel beseitigen. Sie kann aber an den oben genannten moderierenden Einflussfaktoren wie Ressourcen und Belastungen ansetzen, um darüber beizutragen, die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen zu erhalten oder wieder zu erlangen.

Alfons Holleederer

Der Autor ist Verfasser des Buches „Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit“ (2006). Alfons Holleederer moderiert auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2008 gemeinsam mit Manfred Dickersbach den Workshop „Gesundheitsmanagement in Zeiten von Flexibilisierung und prekärer Beschäftigung“.

Beschäftigungsfähigkeit umfassend denken

Gesundheitsförderung Basis für Integration in Arbeitsmarkt

Unter Beschäftigungsfähigkeit im Zusammenhang mit arbeitsmarktbezogenen Konzepten wird oft die optimale Anpassung von erwerbsfähigen Personen an Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes verstanden. Das ist ein sehr funktionales Verständnis von Beschäftigungsfähigkeit, das außerdem dem komplexen Geschehen nicht gerecht wird – vor allem nicht angesichts der Dynamik in Wirtschaft und Gesellschaft und den teilweise damit verbundenen Brüchen in Berufsbildungs- und Erwerbsbiografien.

Die Förderung von Gesundheit ist eine grundlegende Voraussetzung für das Vermögen, im Beruf und in der Freizeit dauerhaft tätig sein zu können sowie für Integrationsprozesse in den Arbeitsmarkt. Bei etwaigen Maßnahmen hierzu sollte deswegen ein umfassender Begriff von Beschäftigungsfähigkeit herangezogen werden, der der Interaktion zwischen persönlichen Voraussetzungen und gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Ein solcher Ansatz berück-

sichtigt beispielsweise ein Arbeitsleben, das nicht nur aus Erwerbsarbeit besteht, sowie die (teils fehlenden) Ressourcen und Rahmenbedingungen, die die Lebenswelt von Erwerbslosen oder Beschäftigten in so genannten prekären Arbeitsverhältnissen betreffen. Hier ist es viel versprechend, durch die Integration ressourcenbasierter salutogenetischer Ansätze mit Ansätzen der Handlungsregulationstheorie bzw. Tätigkeitspsychologie einen Mehrwert für ein wirksames Rahmenmodell zur Beschäftigungsfähigkeit zu erzielen. In diesem Zusammenhang wird betont, dass sich die Gesundheit und die Kompetenzentwicklung aus dem jeweiligen Tätigsein ergeben. Dazu stehen den Einzelnen unterschiedliche persönliche Eigenschaften, psychische und physische Voraussetzungen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Verfügung. Diese können sich je nach wirtschaftlichen, sozialen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen und Ressourcen entfalten oder auch verkümmern. Diese Interaktion erklärt z. B. den nicht seltenen Fall, dass gesundheitlich durchaus fitte

ältere Erwerbspersonen mit einem großen beruflichen Erfahrungsschatz trotzdem Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt haben – und somit ihre Beschäftigungsfähigkeit (sowie Gesundheit) dadurch gefährdet werden kann.

Bei den Arbeitsmarktreformen der jüngeren Vergangenheit stand im Mittelpunkt, wie sich der Mensch an veränderte Wirtschaftsprozesse anpassen kann und weniger, inwieweit Wirtschaftsprozesse auch menschengerecht (und damit auch gesundheitsförderlich) gestaltbar sind. Die Förderung und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ist sowohl eine gesellschaftliche, unternehmensbezogene sowie individuelle Aufgabe und als solche prinzipiell beeinflussbar.

Kai Seiler

Kai Seiler arbeitet im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW im Fachbereich Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung. Auf dem Kongress Armut und Gesundheit hält er im Workshop „Gesundheitsmanagement in Zeiten von Flexibilisierung und prekärer Beschäftigung“ den Vortrag „Beschäftigungsfähigkeit umfassend denken und fördern“. Außerdem moderiert er das Forum „Interventionsansätze zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen“.

Gesundheitsförderung in Unternehmen

BGM als Teil einer erfolgreichen Unternehmensstrategie

Verschärfter Wettbewerb, Beschleunigung von betrieblichen und gesellschaftlichen Prozessen und wachsende Anforderungen von Kunden treffen auch kleine und mittlere Unternehmen (KMU). Damit steigen auch die Anforderungen an die Belastbarkeit und Flexibilität der Mitarbeiter/innen. Umso wichtiger ist, dass die Verantwortlichen in den Unternehmen ihre Mitarbeiter/innen nicht nur fachlich qualifizieren, sondern sich auch für ihre Gesundheit, Zufriedenheit und Motivation engagieren.

Eine von der Techniker Krankenkasse beim Deutschen Institut für kleine und mittlere Unternehmen (DIKMU) in Auftrag gegebene Studie zeigt: betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) spielt in kleinen und mittleren Unternehmen kaum eine Rolle. Hier gibt es die Tendenz zu Einzelmaßnahmen, es werden solche favorisiert, die als kostengünstig gelten und wenig zeitintensiv sind: ergonomische Maßnahmen, das Verteilen von Informations-

schriften oder Maßnahmen mit Event-Charakter. Daneben gibt es Maßnahmen, zu denen Arbeitgeber/innen gesetzlich verpflichtet sind. Maßnahmen, die darauf abzielen, das gesundheitsbewusste Verhalten der Mitarbeiter/innen zu fördern, werden vernachlässigt. Es fehlen insgesamt unternehmensstrategische wie auch verhaltenspräventive Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen. Kontinuierliche, ganzheitlich ausgerichtete Konzepte zur Gesundheitsförderung sind die Ausnahme. Dies ist besonders problematisch, weil Erfolg versprechendes BGM als ein langfristiges Gesamtkonzept verstanden werden muss, das sich nicht auf Einzelmaßnahmen beschränkt. Darüber hinaus mangelt es insbesondere in kleinsten Unternehmen an einem Verständnis, welches BGM als Teil einer erfolgreichen Unternehmensstrategie begreift. Eher ist die Lebensweise des/der Geschäftsführers/in entscheidend: aktive, gesundheits-



STIMMEN ZUM
KONGRESS

**Matthias
Richter,
Universität
Bielefeld**

Welche Erwartungen haben Sie an den Kongress Armut und Gesundheit?

Vom Kongress erwarte ich vor allem neue Einblicke aus der Praxis gesundheitsförderlicher Arbeit. Als empirisch arbeitender Wissenschaftler blendet man allzu oft die alltäglichen Probleme bei der Planung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus. Dabei entscheiden gerade diese oftmals über den Erfolg und Misserfolg eines Programms. Mir wäre es wichtig, den Transfer Wissenschaft-Praxis bzw. Praxis-Wissenschaft (wieder) stärker zu diskutieren – gerade im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit. Ich bin fest davon überzeugt, dass beide Seiten davon profitieren würden und es so zu einer schnelleren und zielgenaueren Hilfe für die Personen kommt, die sie so dringend benötigen.

bewusste Geschäftsführer setzen häufiger gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihren Betrieben um.

Über 99 Prozent der Unternehmen in Deutschland sind KMU. Angesichts dieser ökonomischen Bedeutung gilt es verstärkt, das Thema Gesundheitsförderung in diese Unternehmen zu tragen. Die Studie empfiehlt Informations- und Sensibilisierungskampagnen, die branchenbezogen ausgerichtet sein müssen und die unterschiedlichen Akteursgruppen in KMU berücksichtigen. Dabei gilt es, Opinionleader als Mittler/in zu nutzen und die Rolle von Geschäftsführer/innen als Gatekeeper zu berücksichtigen. Sie warnt allerdings davor, BGM als wichtigste Aufgabe des Unternehmens darzustellen. Die Studie empfiehlt kurz- und mittelfristige Vorgehensweisen, betont aber gleichzeitig, dass ein langfristig angelegtes Gesundheitsmanagement, die Herstellung eines angenehmen Arbeitsumfeldes sowie eines hohen Company-Commitments die erfolgversprechendste Lösung ist.

Die Studie kann bestellt werden unter team-bgm@tk-online.de

Gerhard Mahltig, Techniker Krankenkasse (TK)

Der Autor hält auf dem Kongress Armut und Gesundheit in dem Workshop „Betriebliche Realitäten zum Kongress-Thema ‚Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle‘“ einen Vortrag über das Thema „Interesse und Inanspruchnahme von Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichem Gesundheitsmanagement bei kleineren und mittleren Unternehmen – eine Studie der TK Hamburg und des DIKMU“

Betriebliche Gesundheitsförderung auf dem 14. Kongress Armut und Gesundheit

Themen sind z.B. Interesse und Inanspruchnahme von Betrieblicher Gesundheitsförderung; Gesundheit, Identifikation und Führung; Gesundheit, Gerechtigkeit und Organisationsveränderung; Zahlen, Daten, Fakten zu Auffälligkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung; TK-Gesundheitsreport 2008 mit dem Schwerpunkt psychische Gesundheit, inkl. einer gesonderten Auswertung bzgl. der Krankheiten und Beschwerden von Arbeitslosengeld-II-Empfängern; Branchenbericht der Gebäudereinigungsbranche; Gesundheitliche Belastungen von Selbstständigen.

Suchtprävention

Studien zur Wirkung von Alkoholwerbung auf Jugendliche / Bundeswettbewerb gestartet

Studien belegen: Werbung erhöht den Alkoholkonsum von Jugendlichen

Studien zeigen auch große Mängel in der Wirkung der werbewirtschaftlichen Selbstkontrolle

Die kürzlich von der Bundesdrogenbeauftragten Sabine Bätzing veröffentlichte Studie „Die Auswirkungen von Alkoholwerbung“ zeigt deutlich: Je mehr Alkoholwerbung Kinder und Jugendliche sehen, desto früher beginnen sie mit dem Trinken und desto mehr trinken sie. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie drei oder mehr alkoholische Getränke an einem einzigen Anlass trinken, steigt durch die Alkoholwerbung. Die von Bätzing präsentierte Studie ist eine Meta-Analyse von sieben Längsschnittstudien über den Einfluss der Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche.

Sechs der Studien stammen aus den USA, eine aus Belgien, wobei sechs zwischen 2003 und 2006 veröffentlicht wurden und eine 1998. Die Meta-Analyse „Die Auswirkungen von Alkoholwerbung“ wurde durch die Europäische Kommission finanziert und ist Teil eines größeren EU-Projekts zur Alkoholwerbung.

„In diesen Studien wird eine Fülle von Belegen über den Einfluss der Alkoholwerbung auf Kinder und Jugendliche angeführt“, sagte Bätzing zu den Ergebnissen. „Gleichzeitig werden die vielen Beschwerden über die mangelhafte Selbstkontrolle der Werbewirtschaft erneut bestätigt. Diese Ergebnisse unterstreichen den großen Handlungsbedarf für eine bessere Kontrolle der Alkoholwerbung.“



Mit diesen Aussagen bezog sich die Bundesdrogenbeauftragte auf Ergebnisse der Studie, nach denen es keine wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit der Selbstregulierung der Werbewirtschaft gibt. Auch ist keine erfolgreiche Kontrolle des Inhalts oder der Menge von Alkoholwerbung durch die Selbstkontrolle nachweisbar. Insbesondere führt die Selbstkontrolle der Werbewirtschaft der Studie zu Folge nicht zur Vermeidung von Marketing, das Jugendliche beeinflusst.

Laut einer Umfrage von Eurobarometer fordern 82% der Deutschen, dass auf Jugendliche abzielende Alkoholwerbung verboten werden sollte.

Die Studie „Die Auswirkungen von Alkoholwerbung“ ist auf der Homepage der Drogenbeauftragten abrufbar: www.drogenbeauftragte.de

Bundeswettbewerb zum 4. Mal gestartet

Die vierte Runde des Bundeswettbewerbs „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ hat begonnen. Durchgeführt wird der Wettbewerb von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände und der Spitzenverbände der Krankenkassen. Alle Städte, Landkreise und Gemeinden sind zur Teilnahme eingeladen.

Informationen zum Wettbewerb und Bewerbungsunterlagen sind im Internet unter www.kommunale-suchtpraevention.de abrufbar oder über das Wettbewerbsbüro erhältlich: Deutsches Institut für Urbanistik, Wettbewerbsbüro Suchtprävention, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, E-Mail: suchtpraevention@difu.de. Einsendeschluss für die Wettbewerbsbeiträge ist der 15. Januar 2009.

Suchtprävention auf dem 14. Kongress Armut und Gesundheit

Gesundheitsverhalten Berliner Jugendlicher – Haben wirklich alle die gleichen Chancen? Gesundheit für alle Jugendlichen? Dann muss man auch mit allen sprechen – MOVE zeigt, wie's geht! Womit kommen junge Menschen zum Psychiater? Seelische Gesundheit und Entwicklungschancen; Auf dem Weg in die Drogenmündigkeit? Kritik und Alternativen zur aktuellen Suchtprävention; „Wir sind doch nicht blöd und wollen auch alt werden!“ Drogenkompetenzförderung Jugendlicher in der Praxis; „Lieber schlau als blau.“ Ein Harm-Reduction-Programm zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol; Einflussnahme der Tabakindustrie.

Patienteninteressen

Schafft Wettbewerb mehr Gerechtigkeit für alle? / Selbstmanagement chronisch Kranker / PatientenForum Berlin gestartet

Schafft Wettbewerb mehr Gerechtigkeit für alle?

Ökonomischer Wettbewerb erodiert das Prinzip der Solidarität

Wettbewerb – oder präziser: existenzielle wirtschaftliche Konkurrenz – ist immer bedrohlich. Sie schafft nämlich Gewinner und Verlierer. Die Verlierer sind die Schwachen. Und die Schwachen sind genau diejenigen, die gesellschaftlicher Unterstützung am dringendsten bedürfen. Existenzielle Konkurrenz schwächt die Schwachen und stärkt die Starken. Sie polarisiert und blockiert sozial notwendige Integration. Mit der Etablierung des ökonomischen Wettbewerbs im Gesundheitswesen erodiert bei den Akteuren das Engagement für das Solidaritätsprinzip. Im Gesundheitswesen gefährdet die Konkurrenz um eine profitable Krankenversorgung solidarische Strukturen und fördert die Klassenmedizin.

Die wirtschaftliche Konkurrenz ist kein Naturprinzip, sondern historisch vermittelt. Im Gegensatz zum Markt, dem älteren Bruder, hat sich die Konkurrenz erst im 19. Jahrhundert mit der Industrialisierung voll entfaltet und ist zu einem Gesellschaftsprinzip geworden. Eigennutz und Egoismus wurden zur Handlung leitenden Maxime. Das Menschenbild reduziert sich dabei auf das Konstrukt des homo oeconomicus. „Survival of the fittest“ wird zum gesellschaftlichen Leitmotiv. Der Sozialstaat ist

quasi eine Reaktion auf die Folgen ungebremster Konkurrenz. Er ist als sozialer Klassenkompromiss eine Kompensation für so entstandene Defizite.

Mit dem Neoliberalismus wurde der Wettbewerb zu einem hegemonialen sozialen und politischen Instrument erkoren. Das Börsenparkett wird fahrlässig mit dem Gesundheitswesen gleichgesetzt. „Wettbewerb als Suchprozess“ wird heute für gesellschaftliche Problemlösungen gefordert und eingesetzt. Problemlösungen werden zum Abfallprodukt eines gedankenlosen, pragmatischen oder spekulativen Spiels von „trial and error“ und sind nicht mehr Resultat systematisch gewonnener Erkenntnisse.

Wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen um den Versicherten (aus der Sicht der Krankenkassen) und den Patienten (aus der Sicht der Leistungsanbieter) ist keine abstrakte Konkurrenz, sondern immer konkreter Wettbewerb um den rentablen Versicherten oder Patienten.

Die Leistungserbringer sind an der Zahlungsfähigkeit des Patienten interessiert, also dem Umfang seines Versicherungsschutzes, weiter an der Art (Pauschale, Einzelleistung etc.) und

Höhe ihrer Honorierung und nicht zuletzt auch daran, wie stark die von ihnen erbrachten Leistungen fachlich kontrolliert werden. – Wie muss der kaufmännische Direktor eines Krankenhauses reagieren, wenn er feststellt, dass 10 Prozent der Patienten 40 Prozent der Kosten verursachen?

Die Krankenversicherungen sind unter dem Gesichtspunkt der Rentabilität daran interessiert, Erwerbstätige mit hohem Einkommen und einem möglichst geringen Krankheitsrisiko zu versichern.

Resultat: Der ideale Versicherte bzw. Patient ist derjenige, der die höchste Rentabilität ver-

spricht, das geringste Krankheitsrisiko mit sich bringt und die großzügigste Versicherung hat. Trotz des Versuchs, solche Zielorientierungen in der deutschen Gesundheitspolitik abzumildern, hält der Druck an, alte und chronisch kranke Patienten aus den unteren Sozial-schichten oder auch „Härtefälle“ auszugrenzen oder sie mit unwürdigen Mitteln abzuwimmeln. Das ist Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbs. Denn dieser bedeutet per se Selektion.

Auf dem 14. Kongress Armut und Gesellschaft wird der Wettbewerb im Gesundheitswesen diskutiert. Dabei geht es um die Frage: Schafft

Wettbewerb mehr Gerechtigkeit für alle? Nach meinen Ausführungen fürchte ich, dass die Frage verneint werden muss.

Hans-Ulrich Deppe

Auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2008 ist Hans-Ulrich Deppe Teilnehmer an der Podiumsdiskussion „Wettbewerb im Gesundheitswesen: Schafft Wettbewerb mehr Gerechtigkeit für alle?“ und referiert auf dem Workshop „Zugang zu Gesundheit für alle“ über das Thema „Universelle Gesundheitssysteme“.

Selbstmanagement chronisch Kranker



Wie können Pflegende – auf der Grundlage gemeinsam vereinbarter Behandlungsziele – Kranke und ihre Angehörigen auf den Umgang mit einer chronischen Erkrankung und deren Bewältigung vorbereiten?

Antworten auf diese Fragen gibt das kompakte Buch der Expertin für Patientenedukation Barbara Klug Redman. Die Autorin begründet, warum Selbstmanagementschulung notwendig ist und zeigt, wie sie bei Menschen mit Erkrankungen wie Arthritis, Krebs und anderen chronischen Leiden umgesetzt werden kann. Klug Redman zielt mit ihrem Buch darauf ab, Pflegende darüber zu informieren, wie chronisch Kranke eingeschätzt, informiert, beraten und befähigt werden können.

Barbara Klug Redmann: Selbstmanagement chronisch Kranker, Verlag Hans Huber 2008, 254 Seiten, 29,95 Euro, ISBN 978-3-456-84503-6

Gesundheit konkret machen

Veranstaltungsreihe PatientenForum Berlin gestartet

Das PatientenForum ist ein Kooperationsprojekt der Patientenbeauftragten für Berlin, der Berlin School of Public Health und von Gesundheit Berlin. Mit diesem Forum werden die Themenabende, die Gesundheit Berlin in Kooperation mit der Berliner Apothekerkammer durchführte, fortgesetzt. Auf der Auftaktveranstaltung am 15. September 2008 in den Räumen der AOK Berlin erläuterte Ulrike Maschewsky-Schneider von der Berlin School of Public Health und Vorstandsmitglied von Gesundheit Berlin den Leitgedanken des Forums: Patient/innen über ihre Rechte aufzuklären, mehr Partizipation ermöglichen und Transparenz im Gesundheitssystem verbessern. Die Moderatorin, Ulrike Faber vom Verein demokratischer Pharmazeut/innen, wies darauf hin, dass das PatientenForum damit den Impuls der von Gesundheit Berlin im ersten Halbjahr 2008 organisierten Veranstaltungsreihe „Mündige Patienten“ aufnimmt und weiterträgt.

Ulrich Schwantes, Professor für Allgemeinmedizin an der Berliner Charité, stellte im Anschluss das Konzept der Geteilten Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) vor. Er beschrieb das oft von Unverständnis geprägte Verhältnis zwischen Ärzt/innen und Patient/innen und zeigte auf, wie diese Beziehung durch einen gemeinsamen Abstimmungsprozess aufgewertet werden kann. Dabei bringen gleichermaßen die Ärzt/innen ihre Fachkenntnisse aus der Medizin und die Patient/innen ihr Wissen über sich selbst und ihre Erfahrungen ein.

In der zweiten Veranstaltung des PatientenForums stellte Prof. Marie-Luise Dierks am 13. Ok-

tober 2008 die an der Medizinischen Hochschule Hannover angesiedelte Patientenuniversität vor. Die Patientenuniversität basiert auf der Vermittlung von Gesundheitsbildung für Bürger/innen, Bewältigungskompetenz für Patient/innen und Gesundheitssystemkompetenz für Patientenvertreter/innen. Organisiert wird sie in Themenreihen, in denen Expertenvorträge gehalten werden sowie angeleitete Arbeit in Kleingruppen an Lernstationen stattfindet. So werde das abstrakte Thema Gesundheit konkret und begreifbar, betonte Marie-Luise Dierks. Das Angebot werde sehr gut angenommen und trifft die Interessen der Teilnehmer/innen. Sie fühlten sich ernstgenommen und verstanden die Ärzt/innen oft besser.

Im Anschluss an die Ausführungen von Marie-Luise Dierks entspann sich unter Moderation der Patientenbeauftragten von Berlin, Karin Stötzner, eine lebhaftige Diskussion zur Frage der Integration weiterer Zielgruppen. Tenor war, dass hierzu vermehrt Ansprachen in den Lebenswelten der sozial Benachteiligten erfolgen müssten. Dieser Gedanke wurde auch für die Debatte um einen weiteren Ausbau der Patientenschulungen in Berlin aufgenommen. Zwar bestehen hier bereits Angebote für Patient/innen, diese sind jedoch wesentlich kleinteiliger und heterogener als in Hannover organisiert. Das PatientenForum Berlin wird in diesem Feld inhaltliche Schwerpunkte setzen. Die weiteren Veranstaltungstermine des PatientenForums können unter www.gesundheitberlin.de eingesehen werden.

Franziska Hengl/Stefan Weigand

Termine

Weitere Termine auch unter
www.gesundheitberlin.de und
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

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

Tagungen organisiert oder mitveranstaltet von Gesundheit Berlin

Veranstaltungsreihe
 des PatientenForums Berlin
Kosten-Nutzen-Bewertung bei medizinischen Leistungen – zwischen Patientenwohl und Rationierung
 Mittwoch, 26. November 2008, 18.00 Uhr
 Ort: AOK Berlin, Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin
www.gesundheitberlin.de

Satelliten-Veranstaltung zum des 14. Kongress
 Armut und Gesundheit
**Sechs Jahre „Mehr Gesundheit für alle“ –
 Rückblick und Perspektiven**
 Donnerstag, 04. Dezember 2008, 11.00 Uhr
 Ort: Rathaus Schöneberg, Berlin

14. Kongress Armut und Gesundheit
„Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!“
 Freitag, 05. Dezember, 9.30 Uhr und
 Samstag, 06. Dezember 2008, 9.00 Uhr
 Ort: Rathaus Schöneberg, Berlin

Fachtagung
**Berliner Regionalkonferenz
 „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“**
 Voraussichtlich Freitag, 06. Februar 2009
 Ort: Rotes Rathaus, Berlin

Veranstaltungsreihe
 des PatientenForums Berlin
Behandlungsfehler – Welche Möglichkeiten haben Patienten?
 Mittwoch, 14. Januar 2009, 18.00 Uhr
 Ort: AOK Berlin, Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin

Veranstaltungsreihe
 des PatientenForums Berlin
Patientenverfügung in kritischen Situationen am Lebensende – Welche ethischen Entscheidungen kommen auf Angehörige zu?
 Mittwoch, 11. Februar 2009, 18.00 Uhr
 Ort: AOK Berlin, Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin

Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

Vortrag
Trägt der Staat Verantwortung für eine gesunde Ernährung?
 Mittwoch, 26. November 2008
 Veranstalter: Deutscher Ethikrat
 Ort: Palais am Festungsgraben, Am Festungsgraben 1, 10117 Berlin
 Tel. 030/ 203 70-242
www.ethikrat.org/

Fachtagung
Auftaktveranstaltung von IN FORM
 Dienstag, 02. Dezember 2008
 Veranstalter: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
 Ort: Hotel Melia, Berlin
 Tel. 0221 / 91 28 67-20
www.bmg.bund.de/www.bmelv.de

Tagung
Kinder in eine gesunde Zukunft
 Dienstag, 09. Dezember 2008 und
 Mittwoch, 10. Dezember 2008
 Veranstalter: Bundesministerium für Gesundheit / Robert Koch-Institut, Berlin
 Ort: Langenbeck-Virchow-Haus an der Charité in Berlin
 Tel. 030 / 18 754-3474
www.rki.de

Veranstaltungen im Bundesgebiet

Fachtagung
Wettbewerbsvorteil Gesundheit: Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt
 Montag, 01. Dezember 2008 –
 Mittwoch, 03. Dezember 2008
 Veranstalter: BKK Bundesverband
 Ort: Köln
 Tel: 0201 / 56 596 -11
www.teamgesundheit.de/ www.bkk.de

Fachtagung
21. Fachtagung Ethnomedizin
 Freitag, 05. Dezember 2008 –
 Sonntag, 07. Dezember 2008
 Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V.
 Ort: Remscheid
 Tel. 0331 / 7044 681
www.ag-ethnomedizin.de

Fachtagung
Die leise Schule...?! Lieber leiser und leistungsstärker!
 Dienstag, 09. Dezember 2008
 Ort: Hannover
 Veranstalter: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V.
 Tel.: 0511/ 350 00 52
www.gesundheit-nds.de

Fachtagung
Wie kommt Gesundheit in benachteiligte Stadtteile?
 Donnerstag, 11. Dezember 2008
 Veranstalter: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
 Ort: Hannover
 Tel.: 05 11 / 3 50 00 52
www.gesundheit-nds.de

**18th ETC-PHHP Summer Course
 „Salutogenetic Pathways to Health Promotion“**
 The European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP) in cooperation with EUMAHP (www.etc-summer-school.eu), announces the international summer course to be held this year in Cagliari, Italy (August 3-14, 2009).

Participants represent a broad range of public health disciplines from Austria, Canada, Croatia, Germany, Hungary, Italy, Japan, Republic of Korea, Netherlands, Norway, Peru, Philippines, Russia, Sierra Leone, Spain, Sweden, Uganda and United Kingdom.
www.etc-summer-school.eu

ARMUT UND GESUNDHEIT



Bundesweiter 14. Kongress Armut und Gesundheit

„Gerechtigkeit
schafft mehr
Gesundheit für alle!“

Freitag, 5. Dezember bis
Samstag, 6. Dezember 2008

Berliner Rathaus Schöneberg

Jetzt anmelden!
www.armut-und-gesundheit.de



Impressum

Herausgeber und Verleger:

Gesundheit Berlin,
Landesarbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung
Friedrichstr. 231
10969 Berlin,
Tel. 030-44 31 90-60,
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail:



post@gesundheitberlin.de,
www.gesundheitberlin.de

Redaktion:

Carola Gold (V.i.S.d.P), Isabel Merchan
Weitere Autor/innen dieser Ausgabe:
Giselind Berg, Gregor Bethge, Stefan Bräunling,
Heike Bressel, Hans-Ulrich Deppe,
Elke Anna Eberhard, Karin Falk, Raimund Geene,
Franziska Hengl, Rike Hertwig, Josefine Heusinger,
Alfons Holleederer, Maren Janella, Rüya Kocalevent,
Susanne Kümpers, Gerhard Mahltig,
Ulrike Maschewsky-Schneider, Stefan Pospiech,
Rolf Rosenbrock, Rolf Schwanitz, Kai Seiler,
Regina Stolzenberg, Heinz Trommer,
Stefan Weigand, Ina Wlodasch
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die
Meinung der Autor/innen wieder, nicht unbedingt
die der Redaktion.

Auflage: 6.300

Satz und Layout:

Connye Wolff, Brachvogelstraße 5, 10961 Berlin
Telefon (030) 61 20 34 86, www.connye.com

Druck:

Prototyp Print GmbH
Wilhelmstraße 118, 10963 Berlin

Copyright:

Gesundheit Berlin, November 2008
Beiträge und Ankündigungen für den
Info-Dienst 1/09 bitte bis 31. Januar 2009 per
E-Mail an: redaktion@gesundheitberlin.de

ISSN 1614-5305

Bildnachweise:

S. 2 WHO; S. 3 UCL London's Global
University/ Blickpunkt; S. 4 Klaus Plümer;
S. 5, 7, 9, 10 Gesundheit Berlin/Nadja Gowinkowski,
S. 6 Gesundheit Berlin/ GKV-Spitzenverband, Berlin;
S. 8 Bundesministerium für Gesundheit;
S. 11, 16, 19, 21, 22, 28 www.pixelio.de;
S. 12 Bundesagentur für Arbeit; S. 14 BKK Bundes-
verband / Gesundheit Berlin; S. 15 Stock X-Change;
S. 18 Elène Misbach; S. 23 Saarländische Armuts-
konferenz; S. 24 Hamburger Edition HIS; S. 24
Gesundheit Berlin; S. 25 Werner Rätz; S. 26
Bundesagentur für Arbeit; S. 27 Matthias Richter;
S. 32 Anja Weber