



Info_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg
15. Jahrgang • 1. Ausgabe 2015

Dokumentation des Kongresses Armut und Gesundheit 2015 *Gesundheit gemeinsam verantworten*

1_15

Editorial

Gesundheit gemeinsam verantworten – so lautete das Motto des Kongresses Armut und Gesundheit 2015. In der Konzeptphase des vorliegenden *Info_Dienstes* wurde schnell deutlich, dass wir nicht nur die Diskussionen der Veranstaltung rückblickend abbilden, sondern dass wir insbesondere auf das „Gemeinsame“ des Kongressmottos fokussieren wollten. Der Austausch zwischen Referierenden des Kongresses und der Satellitenveranstaltung sollte dabei im Vordergrund stehen. Sie wurden rückblickend dazu eingeladen, zum Motto und seiner Verortung innerhalb des jeweiligen Themenstranges Stellung zu beziehen. Zu schauen: Was heißt gemeinsam verantwortete Gesundheit eigentlich für die kommunale Gesundheitsförderung, für den Bereich der Salutogenese, für die Inklusion? Und dabei nicht nur Gelingensbedingungen, sondern auch Stolpersteine der Zusammenarbeit zu benennen. So war die Idee geboren. Daraufhin baten wir Referierende, zunächst selbst auf die Frage zu antworten, wie das Kongressmotto im Rahmen der von ihnen

gestalteten Veranstaltungen aufgegriffen wurde und sich im Anschluss daran mit anderen Referierenden darüber auszutauschen. Das Ergebnis des Prozesses können Sie im vorliegenden Heft einsehen.

Mitunter gestaltete sich das Gespräch wie ein klassisches Interview, mitunter entstanden auch verschiedene Gesprächsverläufe. Um den Leserinnen und Lesern die Orientierung zu erleichtern, arbeiten wir mit verschiedenen Farben, um die Rednerinnen und Redner zu markieren. Trennlinien zwischen den Spalten implizieren, dass es sich auf der jeweiligen Seite um zwei Gespräche handelt, weshalb die Spalten nacheinander – von oben nach unten – gelesen werden sollten.

Einige Autorinnen und Autoren nutzten außerdem die Gelegenheit, abschließend noch einmal Gemeinsamkeiten bzw. gemeinsame Forderungen zu formulieren. Diese finden sich in den blau hinterlegten Kästen und bilden die konsenterte Meinung beider ab.

Wir möchten uns bei allen Autorinnen und Autoren herzlich dafür bedanken, dass sie mit so viel Enthusiasmus an diesem Experiment mitgewirkt haben!

Die letzten Monate waren sehr bewegt: Das Präventionsgesetz stand – neben vielen anderen wichtigen Gesetzgebungsverfahren – zum Redaktionsschluss kurz vor seiner Beschließung. Doch damit ist der Prozess nicht abgeschlossen. Ganz im Gegenteil! Nun geht es um die Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Genau diejenigen Akteurinnen und Akteure, die in diesem *Info_Dienst* zu Wort kommen und die den Kongress Armut und Gesundheit im Verlauf der letzten 20 Jahren begleitet haben, sind es, die die auf Bundesebene beschlossenen Anpassungen auf Landes- und kommunaler Ebene umsetzen werden, und zwar mit dem Ziel, insbesondere Menschen, die von sozialer Benachteiligung betroffen sind, wirksam zu unterstützen. Wir erwarten die kommenden Entwicklungen mit Spannung und freuen uns auf die weitere intensive und konstruktive gemeinsame Zusammenarbeit an diesem Ziel!

Ihr Kongressteam

Inhalt

Health in all Policies – Gemeinsam verantwortete Gesundheit

- 3 | **Der Kongress ist bunt – Gesundheit gemeinsam verantworten**
JULIA WALDHAUER, Kongresskoordinatorin
- 7 | **Die Weichen werden früh gestellt**
Interview mit PD DR. THOMAS LAMPERT zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit
- 8 | **„Wir müssen auf eine neue Weise politisch für Gesundheit agieren.“**
PROF. ILONA KICKBUSCH, DR. MATTHIAS WISMAR & PROF. ROLF ROSENBROCK im Gespräch mit DR. DANIEL RÜHMKORF

Im Gespräch ...

- 10 | **Gespräche führen – voneinander lernen und sich reflektieren**
CHRISTIANE PRÜßMANN zur Wichtigkeit der Kommunikation in den Frühen Hilfen
- 11 | **Multidisziplinarität ist Gelingensbedingung und Stolperstein zugleich**
MECHTHILD PAUL im Gespräch mit ANETTE STEFFEN & ANNETT SCHMOK
- 12 | **Familienorientierte Gesundheitsförderung – am Beispiel von Familienzentren**
PROF. DR. KLAUS HURRELMANN & KRISTIN BLIß im Gespräch
- 13 | **Sich zu kennen, ist total hilfreich...**
BARBARA SCHÜNKE & BERNHARD HEEB im Gespräch
- 14 | **Gemeinsam verantwortete Gesundheit heißt: Beteiligung von Zielgruppen**
PROF. MICHAEL T. WRIGHT & DR. SUSANNE HARTUNG im Gespräch zur partizipativen Qualitätsentwicklung
- 16 | **Offenheit für das Scheitern und eine hohe Fehlertoleranz**
PROF. GISELA MOHR & MICHAEL BELLWINKEL zum Modellprojekt der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit
- 17 | **Kontinuität und Vertrauensbildung als Gelingensbedingungen**
Interview mit PROF. SUSANNE KÜMPERS & ANGELIKA RASSECK
- 18 | **Abbau von Barrieren, auch in den Köpfen**
DR. SIGRID ARNADE & CHRISTIAN REUMSCHÜSSEL-WIENERT zur Inklusion als Menschenrecht
- 19 | **Der Kommune kommt eine Schlüsselrolle zu**
KLAUS-PETER STENDER im Gespräch mit MONIKA JORZIK
- 20 | **Health Literacy – das Zusammenspiel von Bildung und Gesundheit**
DR. PAULO PINHEIRO im Gespräch mit PROF. GERD GIGERENZER
- 22 | **Salutogenese für eine Politik der Befähigung und Beteiligung**
RÜDIGER-FELIX LORENZ im Gespräch mit DR. PH JOACHIM HARTLIEB

Nachsatz

- 23 | **Stellungnahmen zum Präventionsgesetz**
HILDE MATTHEIS MdB & JENS SPAHN MdB zur Ausgestaltung des Präventionsgesetzes
- 24 | **„Preise ... ich stehe nicht so drauf ...“**
Carola Gold-Preisverleihung 2015
- 26 | **Gemeinsam verantwortete Gesundheit in der Praxis**
Bündnis zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland
- 27 | **Termine / Veranstaltungen**
- 28 | **Save the date / Impressum**

Der Kongress ist bunt

Gesundheit gemeinsam verantworten 2015

Erwartungsvoll, aber auch mit gemischten Gefühlen machte sich das Organisationsteam von Gesundheit Berlin-Brandenburg an die Planungen des Kongressjahres 2014/15. In dem Bewusstsein, dass hier ein durchaus zu würdiger, aber auch gesellschaftskritisch zu reflektierender Moment gestaltet wird, sollte der 20. Kongress Armut und Gesundheit gleichzeitig eine feierliche, aber in keinem Fall verklärende Veranstaltung werden. Denn obwohl die damals initiierten Kräfte nicht damit rechneten, wurde aus dem einst studentischen „Projekt eines der bedeutendsten Foren zum Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheit“ (Bouali, K.; Hellbernd, H.; Wieners, K., Kongressprogrammheft 2015, S. 8) in Deutschland. Die positive Seite also: Seit 20 Jahren setzen sich Menschen, Aktive, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, sowie Botschafter und Botschafterinnen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit ein. Dabei wird einer sehr heterogenen Gruppe von Menschen, die oftmals wenig Unterstützung erfährt, eine Lobby gegeben. Die Teilnehmenden des Kongresses problematisieren gesellschaftliche Zustände und argumentieren deren Veränderungspotenziale hin zu einer Gesellschaft, in der Unterschiede in Lebenserwartung und Wohlbefinden nicht mehr maßgeblich von der persönlichen Stellung im sozialen Gefüge abhängen müssten. Der Kongress ist dabei nicht nur seit 20 Jahren ein Ort für Visionäre. Auch der reale, praktische, kreative und innovative Umgang mit unterschiedlichen Bedarfslagen, Ressourcen und Erwartungen an die eigene Gesundheit wird hier praxisbezogen und exemplarisch vorgestellt.

Dennoch gibt es auch deutliche Kritikpunkte in der Reflexion des 20-jährigen Kongressbestehens „In einer Gesellschaft, in der Banken gerettet werden, aber nicht mehr die Menschen, läuft etwas gravierend falsch“ (Trabert, G., Kongressprogrammheft 2015, S. 14). Zwar sei „Armut als zentrale Gesundheitsdeterminante wissenschaftlich und politisch belegt“ (Geene, R., Kongressprogrammheft 2015, S.16), das bedeute jedoch noch längst nicht, dass dieser Erkenntnis in der Praxis umfassend Rechnung getragen wird. Der Kongress bleibt insofern in seiner mahnenden Funktion unverzichtbar. Strukturelle Veränderungen jedoch müssen auf anderen Ebenen vollzogen werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Zwar ist das Bewusstsein für die Korrelation gesundheitlicher und sozialer Chancen auf Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe gestiegen, aber valide Veränderungen in den Gesundheitsdaten konnten dadurch (bisher) nicht erreicht



Markt der Möglichkeiten im Lichthof der Technischen Universität Berlin

werden. Vielmehr noch vergrößern sich die Unterschiede!

Armut macht krank – eine Botschaft, die angekommen ist

Auch nach 20 Kongressjahren weitet sich die Schere zwischen Arm und Reich in Deutschland. Damit verbundene Gesundheitschancen sind proportional ungleich verteilt. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, der gemeinsam mit Prof. Dr. Ilona Kickbusch den Kongress 2015 feierlich und würdigend eröffnete, ging in seiner Rede weit in die deutsche Geschichte zurück, um diesen Umstand zu erklären. Denn „es sind dicke Bretter, an denen dieser Kongress seit 20 Jahren bohrt: es geht um die Rolle individueller medizinischer Intervention für die Gesundheit der Bevölkerung und es geht um politische Bedingungen einer positiven Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung“ (Rosenbrock, R.). Mehrfach wurde an den drei Veranstaltungstagen und auch durch Herrn Rosenbrock an die einstige Ablehnung der Schirmherrschaft für den ersten Kongress Armut und Gesundheit (1995) durch das damalige Bundesgesundheitsministerium erinnert. Die sinngemäße Begründung lautete: es gäbe keinen Zusammenhang von Armut und Gesundheit, da dieser durch das Sozialversicherungssystem implizit verhindert werde. Heute wird der Kongress Armut und Gesundheit unter doppelter Schirmherrschaft veranstaltet. Sowohl der Regierende Bürgermeister von Berlin Michael Müller als auch der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe stehen 2015 mit ihren Namen für die Veranstaltung. Dies ist ein Verdienst Vieler

und steht für die sukzessive Verbreitung der Botschaft „Armut macht krank“ bis in die hohen politischen Entscheidungsebenen.

Diplomatie oder Aktivismus – wie kann politische Verantwortung gefordert und realisiert werden?

Als Schwerpunkt des diesjährigen Kongresses Armut und Gesundheit wurde das Motto „Gesundheit gemeinsam verantworten“ gewählt. Auch hier treffen sich jahrelange Erkenntnisprozesse. Prof. Dr. Ilona Kickbusch, die einst (1986) die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung mit verabschiedete, formulierte es in ihrem Eröffnungsbeitrag noch einmal ganz deutlich: Gesundheit ist eine politische Entscheidung! Im demokratischen Sinne also eine Entscheidung, die gemeinsam getroffen und getragen werden muss. Neben dem Appell, wir sollten mehr gemeinsam aktiv sein, braucht es eine gesamtpolitische Strategie, um Gesundheit gesellschaftsumfassend zu fördern.

Nicht zuletzt wurde diesbezüglich u. a. in der Abschlussveranstaltung auch das sich in den letzten Zügen der Entstehung befindende Präventionsgesetz diskutiert. Kontroversen ergaben vor allem die Punkte einer latenten Übertragung der politischen Verantwortung auf die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Verpflichtung ihrerseits, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mitzufinanzieren. Wie schwierig es ist, Gesundheit gemeinsam zu verantworten, zeigt dieser, sich mittlerweile im vierten Anlauf befindende Gesetzgebungsprozess beispielhaft.



Eröffnungsveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit 2015



In das Motto mündete neben der ausgewiesenen Notwendigkeit politischer Verantwortungsübernahme für ungleiche Gesundheitschancen selbstverständlich auch die Überlegung, dass Armut nicht ausschließlich als eindimensionale (finanzielle) Armut auf die Gesundheit wirkt, sondern diverse Dimensionen sozialer Ungleichheit hierfür entscheidend sind und sich in allen Lebensbereichen manifestieren. Als solche fasste Frau Kickbusch in ihrer Präsentation neben der Politik das soziale Gefüge, die Ökonomie, Umwelt, das jeweilige Verhalten und als neue Determinante den Kommerz (vgl. Ilona Kickbusch, Kongresseröffnung) zusammen. In einem an die Eröffnungsveranstaltung angelehnten Gesprächspanel ging sie auf die vergleichsweise neuen, kommerziellen Determinanten ein. Beispielhaft wurde auf eine unter dem Stichwort „sugar is the new tobacco“ geführte Debatte aufmerksam gemacht und Möglichkeiten besprochen, durch politische Rahmengesetzgebungen oder Informationsstrategien auf kommerziellen Konsum ausgerichtete und Gesundheitsrisiken bergende Produkte gesellschaftlich zu reagieren. Konsens dieser Veranstaltung war, dass gesundheitspolitisches Handeln immer auch finanzpolitisches Handeln sei. Und das bedeute – um beim Beispiel Zucker zu bleiben – nicht einfach, eine Zuckersteuer einzuführen. Es müsste mittels Informationsmanagement und über Anreizsysteme, welche immer Investitionen erzwingen und über das Gesundheitssystem hinausreichende Strategien erfordern, die gesündere Variante auch als die ansprechendere Variante inszeniert werden. Um Gesundheit gemeinsam zu gestalten, müsse man, so hieß es weiter, auch die Zielsetzungen der Entscheidungsebenen, die für die Umsetzung der eigenen Ziele unumgänglich sind, verstehen. Die Kunst sei es, das Bestreben der Partnerinnen und Partner zu analysieren, die eigenen Erwartungen in diese einzuweben und nicht aggressiv belehren zu wollen.

Neben vielen auf Kooperationen und strategische Zusammenarbeit abzielenden Diskussionen und in diesem Sinne wieder die Vielseitig-

keit der Kongresstage unterstreichend, bleibt der Kongress natürlich auch der politischen Bewegung verbunden, aus der er einst entstand. Und es bedarf der gesellschaftskritischen Pointierung, die von der Veranstaltung jährlich ausgeht. Wie üblich, wurden auf der Tagung auch scharfe Kontrapunktierungen durch Akteurinnen und Akteure zu verschiedenen gesundheits- und gesellschaftsrelevanten Themen hervorgebracht. Veranstaltungen dieser appellierenden Art behandelten beispielsweise Themen wie: „Mehr öffentliche Verantwortung in der Pharmaforschung“, „Widerstand gegen die Tabakindustrie“ bzw. „Gentrifizierung – Vertreibung stresst und macht krank“. Die Erwartung an den Kongress, daraus immer wieder auch eine widerständige politische Bewegung erwachsen zu lassen (Bouali, K.; Hellbernd, H.; Wieners, K., Kongressprogrammheft 2015, S. 8), wurde in solchen thematischen Bezügen zu realisieren versucht. Eine besondere Aufbereitung erfuhr auch die tagessaktuelle Frage nach dem Umgang mit Flüchtlingen in Deutschland. In einer Fotoausstellung, welche der Berliner Flüchtlingsrat bereitstellte, konnten sich die Kongressteilnehmenden über das Leben von Flüchtlingen und asylsuchenden Menschen in Berliner Abschiebehaftanstalten informieren – ein Themengebiet, welches in künftigen Veranstaltungen sicher auch unter dem Fokus Gesundheit und Gesundheitsversorgung weitere Beachtung finden muss.

Im Dreiklang – Politik, Wissenschaft und Praxis

Als inhaltliche Triangel aus Politik, Wissenschaft und Praxis ist der Kongress Armut und Gesundheit in seiner Gestalt einzigartig. Neben den dargestellten, politisch aktuellen Bezügen, die sich aus dem Präventionsgesetz ergaben, machte der Kongress die Felder Praxis und Wissenschaft breit auf. „Gesundheit gemeinsam verantworten“ heißt, sich Gedanken zu machen, in was für einer Gesellschaft wir leben möchten. Ein erster Schritt dahin ist, sich die Umstände also genau anzuschauen, die ggf. veränderungswürdig sind. Eine politische

Forderung lässt sich oftmals leichter auf empirischen Datenlagen als ausschließlich auf Werten wie Gerechtigkeit oder Solidarität aufbauen. Daher ist eine absolute Ressource des Kongresses die Verknüpfung von wissenschaftlichen Erkenntnissen mit den Botschaften, die ganz grundsätzlich und von der Basis aus laut werden.

Diskussionen zur Datenlage

Den empirischen Block unterstützen insbesondere die Foren der Datenberichterstattung. Hier konnte beispielsweise Dr. Thomas Lampert vom Robert Koch-Institut die Kindergesundheitslage in Deutschland anhand einer Neuauswertung der KiGGS-Studie darlegen (vgl. S.7). Die Ergebnisse sind als erschreckend ungleich zu bezeichnen und wurden auch auf der Pressekonferenz, die am Vortag des Kongresses stattfand, debattiert. Diskutanten waren dort in Vertretung für Gesundheit Berlin-Brandenburg und des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Rolf Rosenbrock, Thomas Isenberg, MdA, Sprecher für Gesundheit der SPD-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus sowie Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Im Fokus standen auch hier die Chancen, die das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland angesichts der dargestellten Kindergesundheitsdaten bieten würde. In diesem Zusammenhang und mittels einer gemeinsamen Pressemitteilung konnten diverse Tages- und Fachmedien erreicht werden.

Wissenschaftsorientierte Fachforen

Die wissenschaftsfokussierten Foren des Themenstrangs „Health Inequalities“, welcher seit nunmehr drei Jahren eine feste inhaltliche Bereicherung des Kongressprogrammes darstellt, behandelten in diesem Jahr das Querschnittsthema Inklusion, das den Forscherinnen und Forschern zufolge von der Public Health-Szene bisher eher stiefmütterlich behandelt würde. Eine dringende Änderung dieses Umstandes wurde als Forderung entwickelt, „Menschen mit Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen müssen in Public Health

stärker einbezogen werden“ und Inklusion sei „als ein gesundheitsrelevanter Diskurs ernst zu nehmen“ (Ergebnissicherungsbogen Fachforum Inklusion von Bittlingmayer, U.; Sahrai, D.). Vorweg wurde diese Forderung in der Veranstaltung „Menschenrechte und Inklusion“ in ihrer Notwendigkeit und rechtlichen Fundierung bestätigt. Die Überwindung diverser Diskriminierungen auch innerhalb des Gesundheitssystems, beispielsweise durch die Errichtung barrierefreier Praxen bzw. barrierefreier Kommunikationswege wurde hier streng angemahnt (vgl. auch S. 18).

Versorgung und berufliche Rollen im Gesundheitssystem

Neben qualitätsgesicherten und über die Gründungsphase hinausreichenden Projekten und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die innerhalb des Kongresses als Beispiele Guter Praxis Würdigung erfuhren und Anregungen zur Adaption für andere Bereiche geben konnten, waren es immer wieder auch klassische Versorgungsfragen, die in diesem Kongressjahr gestellt wurden. Als ein wichtiger Teil des Versorgungssystems reflektierten die Kongressteilnehmenden in zwei von der Ärztekammer Berlin ausgerichteten Foren das Selbstverständnis der Ärzteschaft in Bezug auf soziallagenbezogene Gesundheitsförderung sowie praktische Möglichkeiten der Umsetzung einer solchen vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes. Einig waren sich die Diskutierenden, dass Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Multiplikatorenfunktion bekleiden, gleichzeitig jedoch auch hier nicht eine Berufsgruppe alleine in die Verantwortung genommen werden kann. Der öffentliche Gesundheitsdienst beispielsweise müsse vielmehr in ein solch komplexes Anliegen einbezogen werden. Zum gemeinsamen Wirken gehört es dennoch immer auch, bei sich selbst anzufangen und im Rahmen der eigenen beruflichen Möglichkeiten Dinge anzustoßen und voran zu bringen. Die Notwendigkeit, aber auch die Vorzüge einer sozial(er)en medizini-

schen Berufspraxis behandelte die Buchvorstellung „Klassenmedizin“ des Internisten Bernd Kalvelage (UKE Hamburg-Eppendorf). Die Diskutierenden dort hielten dazu an, gleich am eigenen Arbeitsplatz, in diesem Fall im ärztlichen Beratungszimmer, damit zu beginnen, beispielsweise in leichter Sprache zu kommunizieren, eigene Vorurteile zu reflektieren und sie v. a. nicht handlungsleitend werden zu lassen, Hierarchien in der Belegschaft aber auch im Wartezimmer abzubauen und immer wieder die Ressourcen der Menschen in den Fokus zu rücken und deren Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Ein Ansatz, der natürlich nicht nur für die Ärzteschaft gilt, sondern auf viele weitere Berufsgruppen übertragen werden kann. „Gesundheit gemeinsam verantworten“ heißt, immer wieder die Spielräume, die sich innerhalb der eigenen beruflichen Rolle auftun, zu nutzen.

Netzwerkgründung

Es ist eine beachtliche Anstrengung, darüber hinaus gemeinsame Ziele zu formulieren und berufsspezifische Sprachen aufeinander abzustimmen. In der Zusammenarbeit mit anderen

Berufsgruppen herrscht eine enorme Angst vor Komplexität und teilweise Kompetenzgerangel. Dies zu überwinden, sollte erklärtes Ziel sein, um Gesundheit gemeinsam zu gestalten. Dadurch können Parallelstrukturen vermieden werden – und es lohnt sich nicht

nur angesichts knapper finanzieller Mittel, die Kräfte zu bündeln. Sehr mutig in diesem Sinne schlossen sich am zweiten Kongresstag diverse Anbieter und Initiativen niedrigschwelliger medizinischer und rechtlich beratender Versorgung zusammen. In einer gemeinsamen Pressemitteilung zur Gründung des bundesweiten „Bündnisses zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland“ heißt es, dass es bundesweit immer mehr, sehr heterogen konzipierte, finanzierte und organisierte Initiativen, Vereine bzw. Versorgungsmodelle gäbe, welche von Armut, Ausgrenzung, sozialer Benach-

teiligung und Diskriminierung betroffene Menschen medizinisch, gesundheitlich und sozialrechtlich versorgen und beraten. Die Bündelung solcher Initiativen und die Sensibilisierung durch Informationen und öffentliche Positionierung ist das erklärte Ziel des Bündnisses. Betroffene sollen über ihre sozialen Rechte aufgeklärt werden. Konkrete politische, gesellschaftsstrukturelle Forderungen sollen die zum Teil als „katastrophal beschriebene Gesundheitsversorgungssituation von vielen in Deutschland lebenden Menschen“ (vgl. S. 26) verbessern. Es bleibt abzuwarten und natürlich den Beteiligten alle Kraft zu wünschen, dass in den nächsten Jahren positive Effekte aus dieser Bündnisinitiative erwachsen. Der Kongress wird sicher auch weiterhin eine gute Plattform bieten, die Entwicklung solcher Netzwerke nachzuvollziehen und zu unterstützen.

Gesundheit gemeinsam verantworten und gestalten

Das stetig steigende Interesse an der Veranstaltung mündete im 20. Kongressjahr in eine erneute Ausweitung des Programms auf 100 Veranstaltungen. Deshalb konnten auch in diesem Bericht nur einige Veranstaltungen exemplarisch vorgestellt werden. In seiner Vielfalt an Themen sowie an einbezogenen Akteurinnen und Akteure kann der Kongress Armut und Gesundheit ebenso wie sein Anliegen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung nur als Gemeinschaftsinitiative verstanden werden.

Der Kongress bewegt sich zwischen politischer Bewegung und Wissenschaftskongress, doch gerade diese Verknüpfung von Themen, Ansätzen und Professionen macht ihn so stark. Gesundheit gemeinsam zu verantworten ist insofern nicht das nun abgeschlossene Motto des vergangenen 20. Kongressjubiläums. Es soll gleichermaßen als Ansporn und Prüfstein für die kommenden Kongressjahre und die Arbeit im Feld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention mit- und gerne auch weitergedacht werden.

Julia Waldhauer
Kongresskoordinatorin





Die Weichen werden früh gestellt

PD Dr. Thomas Lampert zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit



PD Dr. Thomas Lampert ist stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut. Arbeitsschwerpunkte sind neben der Gesundheitsberichterstattung das Thema Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit sowie die Kinder- und Jugendgesundheit. Weiterhin ist er Sprecher der in mehreren Fachgesellschaften verankerten AG Sozial-epidemiologie und Gutachter der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Im Rahmen der Pressekonferenz zum Kongress und im Workshop „Kinderarmut und Gesundheit“ stellte er aktuelle Zahlen des Robert Koch-Institutes zum Zusammenhang zwischen Kindergesundheit und sozialer Lage vor. Das GBE kompakt 1-2015 können Sie unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.html einsehen.

Auch im Fachforum „Nationale Gesundheitsziele – Gemeinsam für mehr gesundheitliche Chancengleichheit“ wirkte Thomas Lampert als Referent mit.

Herr Lampert, die Gesundheitsberichterstattung berichtet regelmäßig über den Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in Deutschland. Wie lässt sich die aktuelle Situation beschreiben?

Thomas Lampert: Armut und soziale Ungleichheit spiegeln sich nach wie vor deutlich in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung wider. Männer und Frauen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, haben eine um 11 bzw. 8 Jahre geringere mittlere Lebenserwartung bei der Geburt. Betrachtet man nur die Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden können, betragen die Unterschiede zu den Besserverdienenden sogar 14 bzw. 10 Jahre. Zurückzuführen ist dies auf ein höheres Risiko für chronisch-degenerative Erkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und verschiedene Krebserkrankungen. Für viele dieser Erkrankungen lassen sich verhaltensbezogene Risikofaktoren ausmachen, die in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen vermehrt vorkommen. Hinzuweisen ist unter anderem auf Rauchen, exzessiven Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, ungünstige Ernährungsmuster und Adipositas.

Die Unterschiede erklären sich aber sicherlich nicht nur durch das individuelle Gesundheitsverhalten. Daneben sind doch auch die Lebensbedingungen zu berücksichtigen?

Thomas Lampert: Das stimmt. Das Gesundheitsverhalten und der Lebensstil sind im engen Zusammenhang mit den Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu sehen. Die Erklärung der zu beobachtenden gesundheitlichen Ungleichheit muss deshalb an sozialen Unterschieden in Bezug auf den materiellen Lebensstandard, die soziale Sicherung, die Bildungschancen, die Arbeitsbedingungen, die Wohnverhältnisse, die Umwelteinflüsse, die soziale Integration, die Formen des Zusammenlebens

und die soziokulturelle Teilhabe ansetzen. Die Bedeutung von lebensweltorientierten, settingbezogenen Maßnahmen, die z. B. in der Kita, in der Schule, in Betrieben, in Familien und in den Nachbarschaften umgesetzt werden, kann deshalb nicht hoch genug bewertet werden, insbesondere wenn diese zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind und auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreichen.

Im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit 2015 stellten Sie die neue Publikation des Robert Koch-Instituts, die GBE kompakt-Ausgabe 1-2015 vor, die den Zusammenhang zwischen Kindergesundheit und sozialer Lage auf Grundlage der KiGGS-Daten („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) beschreibt. Warum ist es so wichtig, den Blick auf das Kindes- und Jugendalter zu richten?

Thomas Lampert: Die Weichen werden früh gestellt. Wie lange wir leben, ob wir bis ins hohe Alter gesund sind oder schon früh mit gesundheitlichen Problemen zu tun haben, hängt entscheidend davon ab, in welche Verhältnisse wir hineingeboren werden und wie wir aufwachsen. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass die Chancen, gesund aufzuwachsen, in erheblichem Maße vom sozialen Status der Familie, den wir über die Bildung, den Berufsstatus und das Einkommen der Eltern erfassen, beeinflusst werden. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem sozialen Status weisen z. B. einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Sie sind häufiger psychisch und verhaltensauffällig, was sich unter anderem an einem verstärkten Vorkommen von ADHS und Hinweisen auf Essstörungen festmachen lässt. Sie treiben weniger Sport, sie sind zu einem größeren Anteil übergewichtig und sie rauchen vermehrt. In fast allen Entwicklungsbereichen sehen wir Unterschiede zu Ungunsten von Kindern und Jugendlichen aus

den niedrigen Statusgruppen, die umso schwerer wiegen, da davon ausgegangen werden muss, dass sich diese nachhaltig auf die weitere gesundheitliche und auch soziale Entwicklung der Heranwachsenden auswirken.

Im Zuge der Pressekonferenz erwähnten Sie eine weitere Datenerhebung im Rahmen von KiGGS. Wann dürfen wir mit ersten Ergebnissen dieser Daten rechnen und was ist das Besondere an ihnen?

Thomas Lampert: Die KiGGS-Studie haben wir erstmals in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt. Wir haben damals mehr als 17.000 Kinder und Jugendliche in ganz Deutschland befragt und körperlich untersucht. Die aktuellen Daten stammen aus der ersten Folgebefragung, der KiGGS Welle 1, die in den Jahren 2009 bis 2012 als telefonische Befragung stattfand. Seit letztem Jahr führen wir eine neuerliche Erhebung durch, und zwar wieder in ausgewählten Studienorten, sodass neben Befragungen erneut körperliche Untersuchungen zum Erhebungsprogramm gehören können. Nach Abschluss dieser KiGGS Welle 2, voraussichtlich Ende 2016, können wir dann Aussagen darüber treffen, inwieweit sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen und die gesundheitliche Ungleichheit in den letzten zehn Jahren verändert haben. Und da wir die Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung in den nachfolgenden Wellen erneut befragt haben, können wir nun auch längsschnittliche Analysen durchführen, die uns Aufschluss darüber geben, wie die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen verlaufen ist und welche Bedeutung dem Sozialstatus der Familie oder auch der eigenen Schulbildung dabei zukam.

Haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Marion Amler.

„Wir müssen auf eine neue Weise politisch für Gesundheit agieren.“

Prof. Ilona Kickbusch, Dr. Matthias Wismar und Prof. Rolf Rosenbrock im Gespräch mit Dr. Daniel Rühmkorf

Professorin Dr. Dr. h. c. Ilona Kickbusch leitet das Global Health Programme am Graduate Institute in Genf. Während ihrer langjährigen Tätigkeit bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sie die europäische und internationale Gesundheitspolitik stark beeinflusst. Derzeit ist sie als Beraterin einer Vielzahl von nationalen Regierungen, internationalen Organisationen sowie NGO's tätig. Dr. Matthias Wismar ist Politikwissenschaftler und arbeitet als Senior Health Policy Analyst am European Observatory on Health Systems and Policies. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin-Brandenburg und des Paritätischen Gesamtverbandes. Er hat die Präventionsszene in Deutschland wesentlich mit geprägt.

Alle drei fanden sich am Vormittag des ersten Kongresstages „Im Gespräch“ zusammen, um die Möglichkeiten gemeinsam verantworteter Gesundheit auszuloten. Dr. Daniel Rühmkorf, Arzt, Medizinjournalist und Staatssekretär a.D., übernahm die Moderation der Veranstaltung. Der Text beruht auf einem Audio-Mitschnitt der Veranstaltung.

Die lange Fassung des Gespräches finden Sie online unter www.armut-und-gesundheit.de.

Daniel Rühmkorf: Deutschland bereitet nun ein Präventionsgesetz vor, was stark von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden muss, finanziert werden darf. Andere Sozialversicherungsträger sind da etwas zurückhaltender, Bund und Länder sicherlich auch. Wie schätzen Sie dieses Präventionsgesetz ein und gibt es in anderen europäischen Ländern ähnliche Initiativen, die mit anderen sozialen Sicherungsstrukturen durchgesetzt werden?

Matthias Wismar: Ja, das gibt es fast in allen 53 Ländern der WHO EUROPA. Wenn wir von der Finanzierung sprechen, dann sind die kritischen Fragen in Wirklichkeit die der politischen Steuerung (governance). Und hier sehen wir in Europa gegenwärtig ein paar Kernprobleme, weil wir nämlich Länder haben, wo es erhebliche Steuerungs- oder governance-Defizite gibt. Weil wir schlicht und einfach nicht die Akteure, nicht die zivilgesellschaftlichen Organisationen, nicht die verteilten Strukturen auf regionaler Ebene, auf lokaler Ebene haben, die über wirkliche Kompetenzen verfügen und die wirklich etwas sagen und machen können. Wenn ich dann immer wieder die Klagen über Deutschland höre („Hier ist alles so kompliziert“): Ich sag Ihnen, ich umarme den deutschen Föderalismus! Es ist eine Ermächtigungsstruktur, es ist eine Struktur, in der Leute zusammenarbeiten können. Es ist eine Struktur, in der Stakeholder in der Zivilgesellschaft mitmachen können und ... natürlich dauert das lange. Aber glauben Sie, woanders geht es schneller? Trotzdem, es ist nur ein Element einer Gesundheitsförderung und Politik, dieses Präventionsgesetz.

Rolf Rosenbrock: Wenn ich das Präventionsgesetz in der jetzigen Fassung konkret ansehe, ist von „Gesundheit gemeinsam verantworten“, da nicht allzu viel drin. Das ist nach wie vor im wesentlichen ein GKV-Gesetz mit einem kleinen Appendix für die Rentenversicherung, mit einem kleinen Appendix für die Pflegeversiche-

rung. Da zeigt sich, wie sehr so eine wertorientierte Gesundheitspolitik sich an der starren, durch Ressortdenken und durch Sektorendenken geprägten Politik bricht. Und das wird dann aus meiner Sicht die nächste Aufgabe sein: immer mehr Akteure mit Verbindlichkeit in eine solche Struktur einzubeziehen. Wobei wir alle wissen, das hat nicht nur Vorteile, denn je mehr Akteure ich habe, desto verwaschener werden die Ergebnisse und desto mühsamer werden die Aushandlungsprozesse.

Daniel Rühmkorf: Ich hätte da eine These: Die wirtschaftliche Ungleichheit zwischen uns, zwischen allen Menschen, wird als individueller Erfolg oder Misserfolg gesellschaftlich akzeptiert, während die Ungleichheit – wenn es um Gesundheit geht – tatsächlich mehrheitlich abgelehnt wird und ein Handlungsbedarf erkannt wird. Frau Kickbusch, Sie sagen: Wir haben eine Ungleichheit an Macht, Geld und Ressourcen. Gesundheitlich ist das aber etwas, wo wir einen Ausgleich schaffen wollen. Wie weit können wir damit kommen, wenn die anderen Ungleichheiten weiterhin bestehen?

Ilona Kickbusch: Ja, wir können überhaupt nirgends hinkommen, solange die anderen Ungleichheiten bestehen ... Aber Ungleichheit – dass Leute in Deutschland sieben Jahre früher sterben, dass sie eine sehr viel geringere gesunde Lebenserwartung haben etc. ... Ich sehe doch da keinen gesellschaftlichen Aufschrei irgendwo! Dass es allgemein nicht akzeptiert wird, nein, da kann ich Ihnen nicht



zustimmen. Wen kümmert es, wenn der Nachbar zehn Jahre früher stirbt, solange's nicht ich bin?!

Rolf Rosenbrock: Natürlich sind wir weit davon entfernt, dass die Gesellschaft aufschreit, wenn mal wieder das Robert Koch-Institut seine Zahlen veröffentlicht. Aber der Anteil der Menschen, die das ungerecht finden und nicht akzeptieren wollen, der wächst.

Jede Gesellschaft steht vor der schwierigen Frage zu entscheiden, wie viel Ungleichheit akzeptieren wir, um Leistung, Risiko zu belohnen? Und wie viel Gleichheit brauchen wir, um Zivilisation und gesellschaftlichen Zusammenhalt aufrechtzuerhalten? Dass aus meiner Sicht in Deutschland diese Balance stark gestört, wenn nicht sogar verloren gegangen ist, damit mag ich *noch* eine Minderheitsmeinung vertreten, aber ich sehe auch an den ganz simplen Meinungsumfragen, dass ich mich da in immer größerer – und ich finde auch, besserer – Gesellschaft befinde.

Matthias Wismar: Vielleicht müssen wir das auch an einem konkreten Beispiel diskutieren. Was mich zum Beispiel wundert, ist, dass niemand bisher das Wort Mindestlohn gesagt hat. Im Prinzip glaube ich, dass dies ein mächtiges Instrument ist, das hoffentlich diese Gesundheitsdeterminante ganz stark verändert. Ich glaube, dass wir über solche Sozialsysteme reden müssen. Dass wir schauen müssen, wie ist unser Sozialstaat ausgestattet und wo sind

die gesundheitlichen positiven Effekte oder wo könnte noch mehr herausgeholt werden?

Ilona Kickbusch: Mich hat gewundert, dass ich sowohl in der Mindestlohndebatte wie in der Kita-Debatte wie in anderen sozialpolitischen Debatten in Deutschland nur sehr selten gehört habe: Das ist eine Gesundheitsdeterminante! ... ich nur selten gehört habe, dass die Public Health-Stimme wirklich kam und sagte: Ja, wir wollen das auch! Ist der Eindruck richtig? Warum ist das so?

Rolf Rosenbrock: Ja, ich nehme das auch wahr. Da ist noch viel Luft, die Sozialpolitik konkret auf Gesundheit zu beziehen und den Health in all policies-Ansatz ex negativum bei einer schlechten Sozialpolitik populär zu machen und zu sagen: Ihr, mit eurer Sozialpolitik, vergeht euch an der Gesundheit der Bevölkerung!

Ilona Kickbusch: Aber warum nicht auch umgekehrt? Warum kann man nicht auch jemanden loben?

Rolf Rosenbrock: Doch, da haben wir gar keine Probleme mit. Das Problem ist vielmehr, dass Public Health in Deutschland nach wie vor ein sehr, sehr schwach organisiertes fragiles, kleines Etwas ist und keine mächtige Stimme. Das aber ist ein Ziel der Entwicklung von Public Health, auf dem Marktplatz der Meinungen in der Beteiligung um den gesamtgesellschaftlichen Diskurs „Was ist das Gemeinwohl?“ eine stärkere Stimme – und zwar im Positiven wie im Negativen – zu gewinnen.

Matthias Wismar: Trotzdem, Rolf, obwohl der Kongress ja diesen Untertitel „Gesundheit gemeinsam verantworten“ hat, sind Teile der Wertdiskussion sehr introspektiv, sehr *public health community*-lastig. Gesundheit ist ein sehr wichtiger Wert, vielleicht sogar der wichtigste Wert. Und trotzdem, wenn Sie in die ganz konkrete Diskussion kommen mit Vertretern aus dem Verkehrsministerium und dann sagen: „Gesundheit ist wichtig“, kommt als Rückmeldung: „Ja, aber wir sind für Mobilität zuständig“. Oder wenn Sie mit dem Bildungsministerium zusammenkommen: „Gesundheit ist wichtig, aber unser Auftrag ist Fitmachen für den Arbeitsmarkt.“ Ilona hat das kurz gesagt: Wir müssen mit unseren Werten auch ein klein bisschen vorsichtig sein, weil andererseits kann es so wahrgenommen werden, als wollen

wir usurpieren, wollen das überstülpen. Und ich glaube, dass es hier vielmehr darauf ankommt, Allianzen zu schmieden. Und Allianzen schmiedet man dadurch, dass man die Anderen auch versteht, dass man sagt: „Ihr macht eine tolle Sache!“

Ein Erlebnis aus den Niederlanden: Wir haben einen Politikdialog geführt und das Verkehrsministerium hat irgendwann angefangen, das Gesundheitsministerium anzugreifen: „Warum habt ihr uns nicht unterstützt, als wir die neue Verkehrspolitik, die Reform gemacht haben, Fahrradwege, Grünstreifen, alles Mögliche ... Und ihr habt uns am Kabinetttisch nicht unterstützt.“ Da sieht man, dass solche Chancen wirklich ausgelassen werden, weil wir die anderen Sektoren nicht verstehen. Weil wir nur sagen: Unsere Werte sind gut genug. Wir müssen sehen, dass es eine gesunde Mobilität gibt, eine gesunde Bildungspolitik und wir müssen verstehen, was die Anderen machen.

Also, was ich sage: Unsere Werte sind wichtig. Aber lasst uns vorsichtig sein, eher an den konkreten Sachen arbeiten, Allianzen schmieden, gucken, wo unsere Verbündeten unter Umständen sitzen, mit denen wir ansonsten nicht so schrecklich viel zu tun haben. Und dann können wir auch über gemeinschaftliches Verantwortung von Gesundheit und sozialer Gleichheit sprechen, in einer sehr konkreten Art und Weise.

Publikumsmeldung: Welche Determinanten braucht es nun eigentlich, um *Health in all Policies* wirklich umzusetzen? Das ist ja eine ganz alte Forderung, aber meiner Erfahrung nach findet sie ganz wenig statt ...

Ilona Kickbusch: Es läuft zum einen sehr viel mehr *Health in all Policies* ab, als wir zum Teil bereit sind, zuzugestehen. Bisher war es ja so – ich überspitze jetzt natürlich ganz gewaltig –, dass wir etwas nur als *Health in all Policies* akzeptieren, wenn wir es auch initiiert haben. Der erste Schritt ist, auch wenn eine gute andere Politik gemacht worden ist – bleiben wir einfach beim Mindestlohn oder bei den Kitas – dass die Gesundheitsleute sich auch mal äußern und sagen, ja, oder auch schon im Vorfeld, wenn diese Diskussion vom anderen Poli-

tikbereich eingebracht wird, dass man sich einbringt!

Wir sagen: *Look at the problem with a health lens*. Und mit dieser anderen Linse, diesem anderen Blick die Dynamik gemeinsam auszuloten. Wenn Du das machen willst, hat das für uns die Konsequenzen, aber vielleicht wenn wir das machen, bringt Dir das auch was, ja?

Ich akzeptiere nie, wenn jemand sagt: *there's no example of Health in all Policies and it's only theory*. Akzeptiere ich nicht! Es gibt unheimlich viele Beispiele. Also, niemand kann sagen, wir wissen nicht, wie man es macht und niemand kann sagen, es gibt keine Beispiele. Es geht allein um den politischen Willen, das auch zu machen und um die Klugheit der Gesundheitsleute, das auch anzustoßen und anzuregen.

Rolf Rosenbrock: Wenn wir vom Gesundheitssystem reden und das ernsthaft systemisch meinen, ist das Gesundheitssystem nichts anderes als die gesamte Gesellschaft. ... Also, entweder reden wir von Krankenversorgung, oder wir reden von dem System, was Gesundheit schafft oder beschädigt, und dann gibt es keine Ressortzuständigkeiten mehr. Und im Hinblick auf diese Riesendifferenz zwischen dem, was staatlich organisiert und ressortiert ist und was sich in Gesetzestexten findet einerseits und dem, was eigentlich zu sagen wäre und an Handlungen folgen würde aus dem Wirken von sozialen Determinanten andererseits, kann ich nur mit Günter Grass sagen: „Der Fortschritt, ist eine Schnecke.“ Und ich füge hinzu: Wir dürfen froh sein, wenn sie wenigstens hin und wieder in die richtige Richtung kriecht.

Ilona Kickbusch: Public Health muss sich auf eine neue Weise auf die Politik einstellen. Und wirklich politisch agieren! Und das ist mir ein solches Anliegen und darum reden inzwischen so viele von uns von den politischen Determinanten der Gesundheit, um einfach dieses Signal zu geben: Wir müssen auf eine neue Weise politisch für Gesundheit agieren!

Matthias Wismar: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Und ich glaube, diese Feststellung müssen wir wissenschaftlich, organisatorisch, aber auch strategisch annehmen. Ich glaube, die Diskussion, die wir hier haben, ist der richtige Weg dahin.



Impressionen aus dem Kongressformat „Im Gespräch ...“

Gespräche führen – voneinander lernen und sich reflektieren

Christiane Prüßmann zur Wichtigkeit der Kommunikation in den Frühen Hilfen

Zum 20-jährigen Jubiläum von Armut und Gesundheit, dem Public Health-Kongress in Deutschland, tauschten sich in insgesamt 100 Veranstaltungen 2300 Teilnehmende diverser Berufsgruppen aus. Zwei Leitfragen klingen nach: Wie wurde das Thema „Gesundheit gemeinsam verantworten“ auf dem Kongress diskutiert? Welche Stolpersteine und Gelingensbedingungen wurden benannt?

Beispiele für die Komplexität des Themas „Gesundheit gemeinsam verantworten“ zeigen sich in Wegen der Frühen Hilfen. Bundesweit werden darunter gute Praxis, Netzwerke und Kooperationen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung von Beginn des Lebens an bis zum Alter von drei Jahren verstanden. Einen Einblick gibt der Fortbildungsfilm „Guter Start in die Familie – Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen“. An dessen Entwicklung wirkte ich als Mitarbeiterin der Universitätskinderklinik in Lübeck mit, ebenso wie viele Familien und Fachkräfte. Im Fokus der Beispiele für ein gelingendes Miteinander stehen exemplarische Gesprächsverläufe (Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014).

Stolpersteine entstehen durch unterschiedliche Sprachgebräuche, Systemlogiken und unklare Zuständigkeiten.

Da 98 Prozent aller Neugeborenen in Geburtskliniken zur Welt kommen, werden hier viele Familien erreicht. Sie zeigen sich rund um die Geburt besonders offen für Unterstützung. Fachkräfte fragen sich, wie es trotz des Ökonomisierungsdrucks und kurzer Liegezeiten nach der Geburt gelingen kann, mit Eltern ins Gespräch zu kommen, früh Hilfe anzubieten und die verfügbaren Ressourcen für eine gute Kindesentwicklung praktisch zu nutzen?

Im Kongress-Workshop zur Einführung in die Arbeit mit dem Film ging es um „Gespräche führen – voneinander lernen und sich reflektieren“. Am Anfang stand die Frage, wieso Fachkräfte dabei unterstützt werden müssten, mit Eltern und miteinander zu reden. Immerhin verfügen Professionelle in den Arbeitsfeldern der Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Frühförderung und Schwangerenberatung über langjährige Erfahrung und Routine. Es gibt viele Schnittstellen in der Arbeit mit Familien, Möglichkeiten zur Zusammenarbeit können entlastend wirken. Stolpersteine entstehen durch unterschiedliche Sprachgebräuche, Systemlogiken und unklare Zuständigkeiten. An der Universität Lübeck wurden dazu Fachkräfte der Geburtshilfe befragt, die einen Bedarf für Fortbildung zu Gesprächskompetenzen äußerten (Junghans u. a. 2012; www.kinderklinik-luebeck.de/kinderschutz).

Eine Haltung gemeinsam getragener Verantwortung und die wertschätzende kollegiale Art im Gespräch anstelle unfruchtbarer Diskussionen um „falsch oder richtig“ sind eine gute Basis. Fragen und das aktive Zuhören, das Reflektieren der Statements der Gesprächspartner ermöglichen Gespräche. Hierbei spielen der Austausch über Gefühle und Einstellungen, Perspektivenwechsel, auch die Beachtung von Körperhaltung oder Gelassenheit in schwierigen Situationen eine zentrale Rolle. Vertiefende Gespräche mit Familien in belasteten Lebenslagen sind ein wirkungsvoller Zugang zur Klärung von Bedarf und passgerechtem Angebot.

Grundlage dafür ist auch ein dezidierter Standpunkt. Der Mangel an definitorischer Schärfe des Begriffes „Frühe Hilfen“ hat viel Raum für Interpretationen gelassen, bis die 2009 erarbeitete Begriffsbestimmung Klarheit geschaffen hat (2009 NZFH). Seit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 haben die Frühen Hilfen Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden. Sie sollen ab

2016 allen Familien als Regelangebot zur Verfügung stehen. Das Leitbild über Grundhaltung und Wertorientierung ergänzt ein Gerüst für den Aufbau und die Funktion professioneller Netzwerke (NZFH 2014).

Alle Lebensphasen und entsprechende Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung bieten ein breites Panorama für den Dialog zum Thema „Gesundheit gemeinsam verantworten“. Dazu sind alle Fachkräfte eingeladen, auch um dieses wichtige Thema in die Öffentlichkeit zu tragen. Die derzeitigen Finanzierungssysteme und politischen Zuständigkeiten verlangen auf politischer Ebene nach einer ressortübergreifenden Strategie, wie wir „Gesundheit gemeinsam verantworten“.

Christiane Prüßmann ist Koordinatorin für Willkommensbesuche für Neugeborene in Lübeck. Auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2015 referierte sie im Workshop 4 „Guter Start in die Familie – Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen“. Schwerpunktmäßig behandelte sie dabei das Thema Gesprächsführung.



Impressionen aus den Workshops

Multidisziplinarität ist Gelingensbedingung und Stolperstein zugleich

Mechthild Paul im Gespräch mit Anette Steffen & Annett Schmok

Mechthild Paul ist Leiterin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Sie moderierte die Eröffnungsveranstaltung des Themenbereiches Frühe Hilfen (Fachforum 2).

Anette Steffen ist Koordinatorin des Netzwerkes Gesunde Kinder Teltow-Fläming. Sie referierte im Learning Café – Frühe Hilfen in der Praxis (Forum 3). **Annett Schmok**, Koordinatorin der Überregionalen Koordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder, moderierte das Fachforum.

Wie wurde das Thema „Gesundheit gemeinsam verantworten“ in Ihrem Forum diskutiert?

Frühe Hilfen zielen darauf ab – über Systemgrenzen hinweg – Eltern und ihre Kinder frühzeitig zu unterstützen, beispielsweise durch Förderung der Be- und Erziehungskompetenz von Müttern und Vätern. Hier sind insbesondere Institutionen, Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich sowie der Kinder- und Jugendhilfe zentral, um Eltern und ihre Kinder so früh wie möglich zu erreichen und ihnen Hilfen anzubieten. Eine gute und koordinierte Kooperation der Beteiligten in einem kommunalen Netzwerk ist die Grundvoraussetzung, dass die bedarfsgerechte Unterstützung bei den Familien ankommt.

In der Eröffnungsveranstaltung des Themenbereichs Frühe Hilfen wurden neben Erkenntnissen aus der Begleitforschung zum Ausbau der Netzwerke und Angebote in Deutschland auch Ergebnisse zum Aufbau der Frühen Hilfen in Österreich präsentiert.

Die Teilnehmenden waren sich darüber einig, dass die Einbeziehung von ehrenamtlichem Engagement einen sinnvollen Beitrag zum gesunden Aufwachsen kleiner Kinder leistet. Dabei kommt den Ehrenamtlichen häufig eine Türöffnerfunktion zu. Sie wirken als Nichtprofessionelle nicht stigmatisierend und repräsentieren das Prinzip der Freiwilligkeit durch ihre Person. Gelingt ein guter Beziehungsaufbau zwischen den Eltern und den Ehrenamtlichen, finden belastete Eltern zielorientierter Zugang zum Hilfesystem.

Ehrenamtliches Engagement benötigt professionelle Begleitung und Koordination. Die Gewinnung von Ehrenamtlichen wurde von den Teilnehmenden als ein begrenzender Faktor des Konzeptes betont.

Welche Stolpersteine und Gelingensbedingungen – bezogen auf die ressortübergreifende Zusammenarbeit – wurden benannt?

Wie gelingt es Ihnen im Arbeitsalltag, eine gemeinsame Sprache zu finden und gelingende Kooperationen mit anderen Bereichen zu schaffen?

Die Multidisziplinarität und -professionalität der Fachkräfte in den Netzwerken Frühe Hilfen ist Gelingensfaktor und Stolperstein zugleich. In den Netzwerken treffen Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen zusammen. Häufig unterscheiden sie sich in ihren Ausbildungslogiken, ihrem Verständnis von Prävention und Frühen Hilfen und in ihrer (Fach-)Sprache. Einige haben einen spezifischen gesetzlichen Auftrag und/oder sind zur Teilnahme an den Netzwerken verpflichtet, andere wiederum tun dies auf rein freiwilliger Basis. Wenn es gelingt, ein gemeinsames Verständnis von Frühen Hilfen zu entwickeln und alle Netzwerkteilnehmenden ihre Sicht und ihre Kompetenzen und Stärken in das Netzwerk einbringen und vor allem ihren Fokus gemeinsam auf die Unterstützung von Familien und ihren Kindern richten, kann diese Unterschiedlichkeit zu einem Erfolgsfaktor für das Netzwerk werden. Die erfolgreiche Gestaltung dieses Prozesses ist eine zentrale Aufgabe der nahezu in allen Netzwerken eingesetzten Koordinierenden. Darüber ist es möglich, dass Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Institutionen ihre eigene Perspektive durch die gemeinsame Sichtweise des Netzwerkes anreichern können.

Der Aufbau des Netzwerkes Gesunde Kinder (NGK) im Landkreis Teltow-Fläming erforderte ein strukturiertes Vorgehen der Fachkräfte. Die Patinnen wurden von den Fachkräften des Netzwerkes auf ihre Tätigkeit durch Schulungen vorbereitet. Dazu war es erforderlich, mit den Fachkräften darüber nachzudenken, zu welchen Inhalten die Patinnen grundsätzlich geschult werden sollen. Diese konzeptionellen Vorüberlegungen führten zu einem engen fachlichen Austausch, der die tägliche Arbeit der einzelnen Akteurinnen, Akteure und Institutionen verdeutlichte und zu einem Wachstum von Verständnis und Verständigung unter den Fachkräften führte.

Stolpersteine in der Verständigung liegen oftmals in institutionellen Besonderheiten. Diese sind bedingt durch unterschiedliche Aufträge, Finanzierungsbedingungen oder Leitungs- und Entscheidungsstrukturen. Zu Irritationen sowohl bei Fachkräften als auch bei Ehrenamtlichen und Eltern führen häufig die – nicht mehr vorhandenen – Angebote. Nachhaltigkeit und Beständigkeit sind in der Arbeit des Netzwerkes Gesunde Kinder somit ein Faktor für gelingende Kommunikation und Zusammenarbeit.

Welche Anknüpfungspunkte und Grenzen sehen Sie zur Arbeit Ihrer Gesprächspartnerin?

Die Unterstützung von Familien durch ehrenamtliches Engagement hat eine lange Tradition in der Sozialen Arbeit und Gesundheitsförderung. Auch im Bereich der Frühen Hilfen gewinnt sie seit einigen Jahren im Zugrager- und länderspezifischer Programme sowie angesichts einer Vielzahl von kommunalen Einzelprojekten an Bedeutung. Ehrenamtsangebote in den Frühen Hilfen zeichnen sich vor allem durch einen leichten Zugang und eine hohe Akzeptanz bei den Familien aufgrund der lebensweltlichen Nähe der Ehrenamtlichen zu ihnen aus. Auch bieten sie einen niedrigschwelligen Zugang für Mütter und Väter zu anderen bzw. spezifischen Angeboten der Frühen Hilfen, die im Netzwerk vorgehalten werden. Deshalb ist es wichtig, dass die Angebote in das Netzwerk Frühe Hilfen eingebunden und fachlich abgesichert sind. Hierzu zählt beispielsweise eine professionelle Koordinierung und Schulung der Ehrenamtlichen. Hier sehe ich auch die Anknüpfungspunkte zu Frau Steffen, die als Koordinatorin im Netzwerk Teltow-Fläming diese anspruchsvollen und komplexen Aufgaben umsetzt.

Mit langem Atem hat sich das NGK eine Position erarbeitet, die – frei vom Hilfedanken – Familien mit ihren individuellen Bedürfnissen und Fragen begleitet. Wir bewegen uns in unserer Arbeit ausschließlich im Bereich der Gesundheitsförderung (laut WHO, Ottawa-Charta) und Primärprävention. Auch wenn das NGK nicht eingebunden in das Netzwerk Frühe Hilfen ist, sind beide Netzwerke im Land Brandenburg an einer guten Zusammenarbeit interessiert. Hierfür bedarf es aus meiner Sicht eines Verständigungsprozesses darüber, welche Ziele und Maßnahmen beide Netzwerke tatsächlich verfolgen. Wir sprechen unterschiedliche Sprachen. Dies ist auch in Ordnung so. Wir müssen nur klarer in unserer Kommunikation werden und lernen, die Sprache des jeweils anderen Netzwerkes zu verstehen bzw. dessen Logik zu entschlüsseln. Erst dann kann das NGK Familien bei Bedarf den Zugang zu den anderen bzw. spezifischen Angeboten der Frühen Hilfen erleichtern.

Familienorientierte Gesundheitsförderung – am Beispiel von Familienzentren

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann & Kristin Bliß im Gespräch

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann ist Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance. Er gestaltete als Hauptredner die Eröffnungsveranstaltung der Satellitentagung des Kongresses Armut und Gesundheit maßgeblich mit.

Kristin Bliß ist Programm-Managerin der Servicestelle Berliner Familienzentren, Stiftung SPI. Sie referierte zur Rolle der Familienzentren in Workshop 3 der Satellitentagung „Bedarfsgerechte Angebote im Sozialraum“.

Herr Prof. Hurrelmann, welche Erkenntnisse können wir aus den aktuellen Familien- und Kinderstudien ziehen?

Die AOK Familienstudien und die World Vision Kinderstudien machen anschaulich deutlich, wie gut es der Mehrheit der Kinder in Deutschland geht, wie problematisch aber auch die Lebenslage von etwa einem Viertel der unter 12-Jährigen in Deutschland ist. Auch die KiGGS-Studien des Robert Koch-Instituts (vgl. S.7) und die international vergleichenden Studien im Auftrag der WHO *Health Behavior in School Children* (HBSC) zeichnen ein detailliertes Bild.

Es ist ganz eindeutig das Elternhaus, das die Schlüsselrolle dafür innehat, wie gut ein Kind auf Anforderungen eingestellt wird. Die Eltern sind die Koordinationspersonen für den Betreuungs- und Bildungsprozess eines Kindes. Sie sind das Zentrum, aber sie können es alleine nicht schaffen. Sie sind schnell überfordert, gerade in den heutigen Gesellschaften, welche sehr weit gefächert, sehr vielfältig und sehr sektoral aufgesplittet sind. Die Eltern brauchen die Nachbarschaft, die öffentlichen Bildungseinrichtungen und die gesundheitlichen Versorgungsinstitutionen, die Jugendhilfe und die Familienhilfe und vieles mehr. Alle diese Ressourcen und Strukturen sind für die Kinder nötig und müssen mit der Familie verzahnt und koordiniert werden.

Aus welchen Gründen betrachten Sie Familienzentren als besonders wertvolle Einrichtungen, um Familien zu unterstützen?

Eltern mit niedrigem Sozialstatus können über sozialräumliche Settings deutlich besser als über freie Angebote für den Besuch von Förderprogrammen gewonnen werden. Für aufsuchende Strukturen müssen viele Barrieren und Hemmnisse überwunden werden. Viel effizienter sind zugehende Strukturen. Am besten gelingt das, wenn die Hilfs- und Unterstützungsdienste in die Einrichtungen im Vorschulbereich, also die Kinderkrippen, Horte und Kindergärten, oder in die schulischen Einrichtungen, vor allem die Grundschulen, integriert sind. Durch die Etablierung von Familienzentren in Vorschuleinrichtungen wurde ein hervorragender erster Schritt in diese Richtung gemacht. Bei der Jugend- und Familienhilfe bestehen bereits ein institutioneller Kontakt und eine Kooperationsbasis, an die in Familienzentren angeknüpft wird.

Das Familienzentrum ist ein Ort, an dem vielfältige Fachkompetenzen für die Unterstützung und Begleitung von (werdenden) Familien zusammenlaufen. Es bietet den Raum für eine wohnortnahe, präventive, bedarfsorientierte sowie wertschätzende Willkommens- und Unterstützungskultur auf Augenhöhe. Ein Familienzentrum ist in erster Linie ein Begegnungsort mit niedrigschwelligem Zugang für Familien und deren mannigfaltigen Bedarfe. In der Regel werden Eltern durch kooperierende Kindertageseinrichtungen im Sozialraum oder durch Empfehlung anderer Eltern auf Angebote des Familienzentrums aufmerksam (gemacht). Dadurch besteht oft schon ein Vertrauensverhältnis, das den Zugang zu Familien um ein Vielfaches erleichtert. Damit entwickeln diese Einrichtungen einen Vorteil gegenüber den mit einer Komm-Struktur agierenden Institutionen der Familienhilfe.

Frau Bliß, was sind die konkreten Erfolgsfaktoren von Familienzentren?

Zunächst muss definiert werden, was als Erfolg verstanden wird. Es geht nicht nur um die reine Anzahl von Teilnehmenden, sondern vor allem darum, dass alle Familien die Chance auf selbstbestimmte Teilnahme haben. Ein wesentlicher Faktor ist eine gute Vernetzung des Familienzentrums mit anderen Leistungserbringern rund um die (werdende) Familie (Stichwort: Präventionskette) im Sozialraum. Das Familienzentrum mit einer niedrigschwelligen Treffpunktmöglichkeit für Familien bildet die erste Gelegenheit, ins Gespräch zu kommen. Die Begleitung und/oder Weitervermittlung zu anderen Hilfs- und Unterstützungsstrukturen im Sozialraum können daran anknüpfen. Ein Familienzentrum, das den Familien wertschätzend gegenübertritt und ihnen die Möglichkeit einer Mitgestaltung (Partizipation) im Haus bietet, kann auch die notwendige Kontinuität in der Arbeit gewährleisten.



Eröffnungsveranstaltung der Satellitentagung, 4. März 2015

Gemeinsame Schnittmenge

Familienbezogene Gesundheitsförderung sollte immer die Förderung sowohl der Eltern selbst als auch ihrer Netzwerke umfassen. Durch die Fragmentierung sozialer Dienste ist trotz der hohen Qualität vieler Angebote häufig nicht gesichert, ob diese auch tatsächlich dem Kind zugutekommen. Die verschiedenen Professionen und Institutionen gilt es miteinander zu verbinden.

Das ist eine Aufgabe, der die Familienzentren – und in der nächsten Altersphase Ganztagschulen – von ihrer Ausrichtung her optimal nachkommen. Sie bauen auf Kooperation und institutionelle Kontakte, insbesondere im Sozialraum. Gegenüber den mit einer Komm-Struktur agierenden Institutionen der Familienhilfe haben sie zudem den großen Vorteil, durch ihre zugehende Struktur niedrigschwellig insbesondere auch die Familien zu erreichen, die ihrer Hilfe besonders bedürfen, jedoch oft nicht die Ressourcen haben, um sich aktiv über Angebote zu informieren.

Sich zu kennen, ist total hilfreich ...

Barbara Schünke & Bernhard Heeb im Gespräch

Barbara Schünke arbeitet als Koordinatorin für Kinder- und Jugendarbeit im Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin.

Bernhard Heeb ist Geschäftsführer des Nachbarschaftsheim Neukölln e. V. Beide gemeinsam moderierten Workshop Nr. 10 „Gesundheit für alle in gemeinsamer und ressortübergreifender Zusammenarbeit“.

Barbara Schünke: Wir haben zusammen den Workshop „Gesundheit für alle in gemeinsamer und ressortübergreifender Zusammenarbeit“ moderiert. Für mich waren die beiden vorgestellten Ansätze sehr interessant. Gerade den Beitrag von Karl-Josef Eßer von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin fand ich sehr aufschlussreich. Die meisten Kinderärztinnen und -ärzte leisten eine hervorragende Arbeit, haben aber kaum Zeit dafür, ausreichend Wissen über die Ressourcen und Angebote des Stadtteils zu erlangen. Von daher gibt es oft ein großes Informationsdefizit zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten. Welche Erfahrungen dazu habt ihr denn in Neukölln gemacht?

Bernhard Heeb: Besonders interessant war für mich das Gespräch im Anschluss an die Vorträge. Im Publikum saßen viele Fachleute, die selbst Verantwortung für ressortübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsvorsorge tragen und das Gespräch mit eigenen Beispielen bereichern konnten. Unsere Erfahrung ist, dass es für manche Akteurinnen und Akteure längst ein selbstverständlicher Teil ihres Auftrages ist, sich regelmäßig Zeit für Austausch zu nehmen und die Zusammenarbeit zu organisieren, während Andere sich nach wie vor darauf zurückziehen, keine Zeit dafür zu haben. An Vernetzungsgesprächen im Kiez nehmen Mitarbeitende aus Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienarbeit teil, Schulleiterinnen und -leiter, Ganztagsbetreuerinnen und -betreuer, Mitarbeitende des Jugendamts. Aber kaum je Lehrerinnen und Lehrer, Kitaleitungen oder -Erzieherinnen bzw. -Erzieher und niemals Ärztinnen bzw. Ärzte, die in der Nachbarschaft praktizieren. Wichtig wäre, diejenigen, die sich bisher nicht beteiligen, zu überzeugen, dass sie sich den Raum nehmen.

Barbara Schünke: Mich beschäftigt, wie eine interdisziplinäre und ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen noch besser funktionieren kann.

In Marzahn NordWest gibt es zum Beispiel das Projekt „Bewegtes Leben im Quartier“ (BLiQ). Hier arbeiten Kolleginnen und Kollegen aus Kitas, Projekten der Jugendarbeit, Stadtteilzentrum, Wohnungsunternehmen, Migrationszentrum und dem Bezirksamt (Gesundheitsamt und Jugendamt) eng zusammen. Gemeinsam wurden bewegungsfördernde Angebote entwickelt. So entstanden Winterspielplätze, eine Sportaktionswoche für Kinder und Jugendliche und das Projekt „Bewegte Wege“. Neu hinzugekommen sind Bewegungsangebote für Seniorinnen und Senioren.

Ich finde es ein gelungenes Projekt, das jetzt schon viele Jahre funktioniert und sich weiter entwickelt. Auch wenn viele Partner mit im Boot sind, ist es schwierig, weitere zu gewinnen. Es fällt uns schwer, Sportvereine anzusprechen und auch mit den Kinderärztinnen und -ärzten ist das so ein Problem.

Bernhard Heeb: Breitensport- und Bewegungsförderung wäre enorm wichtig. Bisherige Angebote berücksichtigen nicht die spezifischen Eigenschaften der Zielgruppe sozial Benachteiligter. Sportvereine basieren auf ehrenamtlicher Arbeit. Trainerinnen und Trainer sowie Anleitende sind in ihrer Freizeit tätig und können sich auf z. B. Kinder mit sozial herausforderndem Verhalten nicht einstellen. Dies würde den Rahmen sprengen, das Angebot würde zusammenbrechen. Krankenversicherungen fördern Gesundheit in Form von formalisierten Kursen. Diese sind auf sozial Benachteiligte nicht zugeschnitten und werden in dieser Form von ihnen nie genutzt werden. Um Gesundheitsförderung in der Breite mit Hilfe vorhandener Institutionen zu verbessern, müsste viel konsequenter auf die Eigenschaften der Zielgruppe eingegangen werden.

Barbara Schünke: Entweder muss das Thema verbinden oder der unmittelbare Sozialraum so klein sein, dass man unkompliziert zusammenarbeiten kann. Sich zu kennen, ist total hilfreich...



Gemeinsam verantwortete Gesundheit heißt: Beteiligung von Zielgruppen

Prof. Michael T. Wright & Dr. Susanne Hartung im Gespräch zur partizipativen Qualitätsentwicklung

Prof. Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS, Professor an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, koordiniert den Forschungsverbund PartKommPlus und hat zusammen mit Daniela Manke im Rahmen des Kongresses den Workshop „Partizipative Gesundheitsforschung – Gesundheitliche Chancengleichheit gemeinsam erreichen“ moderiert.

Dr. Susanne Hartung ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin im Forschungsverbund PartKommPlus. Sie war eingebunden in den Workshop „Vorstellung einer Bund-Länderstruktur für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung“.

Jedes Jahr veranstaltet das Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) einen Workshop, in dem diskutiert wird, wie Praxis, Wissenschaft sowie engagierte Bürgerinnen und Bürger Forschungsprojekte gemeinsam entwickeln und umsetzen können, um Gesundheit gemeinsam zu verantworten. Die Erkenntnisse aus diesen Projekten sollen dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Es ist nicht immer so einfach, das „Gemeinsame“ im Sinne einer gleichberechtigten Partizipation zu realisieren. Fachkräfte, Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler und Mitglieder der Zivilgesellschaft folgen unterschiedlichen Interessen, sprechen unterschiedliche Sprachen und verfügen über unterschiedliche Formen von Wissen. Das alles sind Herausforderungen für partizipative Forschungsprojekte. Im Workshop haben wir uns konkrete Projekte angeschaut, die versucht haben, diese Herausforderungen zu überwinden.

Ziel des Projektes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) war es, anerkannte Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in die Praxis zu bringen, z. B. auch die Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung. Die Befragung der Praktikerinnen und Praktiker sowie der Landesvereinigungen für Gesundheit hat gezeigt, dass nicht nur der Zugang zu Informationen verbessert werden muss, sondern vor allem eine kontinuierliche Beratung gewünscht wird und flexible handhabbare Instrumente.

Wie gelingt es, neue Erkenntnisse zu gewinnen, wenn die Positionen der verschiedenen Beteiligten weit auseinandergehen? Ist es immer möglich einen Konsens zu erreichen? Wir merken schon in unserem Projekt, dass die verschiedenen Beteiligten unterschiedliche Vorstellungen der Qualitätsentwicklung haben.

Wie partizipative Forschungsprozesse gelingen können, ist eine zentrale Fragestellung von PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen. PartKommPlus ist ein Projekt von PartNet, das durch das Programm „Präventionsforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert wird. Über die nächsten drei Jahre werden wir in sechs Bundesländern untersuchen, wie kommunale Akteurinnen und Akteure am besten zusammenarbeiten können, um integrierte Strategien der Gesundheitsförderung zu realisieren. Wir müssen noch viel lernen darüber, wie partizipative Prozesse gelingen können!

Auf dem Kongress wurde eine Bund-Länderstruktur für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung vorgestellt. Dieses Konzept ist im BZgA-Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Entwicklung und Sicherung von Qualität“ entstanden. Es soll Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in ihrer praktischen Arbeit unterstützen. 14 Landesvereinigungen für Gesundheit haben dafür die Praxis nach ihrem Unterstützungsbedarf für die Qualitätsentwicklung ihrer Arbeit gefragt. Dabei wurde deutlich, dass es für Qualitätssicherung und vor allem für die Weiterentwicklung von Qualität oftmals an Ressourcen fehlt. Praktikerinnen und Praktiker wünschen dafür mehr Zeit, fachlichen Austausch und Beratung, zudem aber auch eine neue Fehlerkultur. Das heißt, sie möchten nicht nur über ihre Erfolge sprechen, sondern sich mit anderen auch über Herausforderungen und Stolpersteine austauschen und beraten lassen.

Partizipative Gesundheitsforschung trägt auch zur Weiterentwicklung der Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei, indem nicht nur die Interessen und Erwartungen der Beteiligten, sondern auch und vor allem die Interessen und Erwartungen der Adressatinnen und Adressaten berücksichtigt werden.

Ich frage mich, wie partizipative Qualitätsentwicklung gestaltet werden kann, wenn es darum geht, Strukturen und Maßstäbe auf Bundesebene zu setzen, wie in dem von Ihnen beschriebenen Vorhaben.

Geplant ist der Aufbau einer Unterstützungsstruktur für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, die eng an den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit angebunden ist.

Diese Struktur nutzt den „kurzen Draht“ der Landesvereinigungen zur Praxis und hilft die Unterstützungsangebote so zu gestalten, dass sie ankommen und die Arbeit für Gesundheit verbessern. Es wird Weiterbildungs- und Beratungsangebote geben, wie z. B. Fachveranstaltungen, Workshops und Online-Formate für den Austausch von Erfahrungsberichten aus der Praxis.

Gemeinsame Schnittmenge

Die partizipative Gesundheitsforschung und die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten stehen beide vor der Herausforderung, verschiedene Akteurinnen und Akteure mit unterschiedlichen Interessen und Erwartungen zusammenzubringen. Dabei sollten immer auch die Interessen und Erwartungen der Adressatinnen und Adressaten berücksichtigt werden. Soweit als möglich sollten sie aktiv an der Gesundheitsforschung und der Qualitätsentwicklung der für sie bestimmten Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligt werden.



Impressionen aus dem Workshop „Partizipative Gesundheitsforschung“



Offenheit für das Scheitern und eine hohe Fehlertoleranz

Prof. Gisela Mohr & Michael Bellwinkel zum Modellprojekt von GKV und BA

Prof. Dr. Gisela Mohr, Universität Leipzig (a. D.), hat in der Vorbereitungsgruppe zum Themenblock Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen für den Kongress Armut und Gesundheit mitgearbeitet und das Fachforum „Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung“ moderiert.

Michael Bellwinkel, GKV-seitiger Koordinator des Kooperationsprojektes der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, hat auf dem Kongress Armut und Gesundheit das Fachforum „Strukturen und Netzwerke für mehr Gesundheit bei Arbeitslosen“ moderiert.

Welche zentralen Herausforderungen stellen sich aktuell für die Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen?

- Ein zentrales Problem ist es, diejenigen zu erreichen und zur Teilnahme zu motivieren, die die Gesundheitsförderung am meisten benötigen.
- Es gilt, für jeden die richtige Maßnahme bereit zu stellen. Nicht immer wird eine Gruppenmaßnahme zielführend sein. Die Folgen der Erwerbslosigkeit sind für ca. ein Drittel der Erwerbslosen tiefgreifender. Hierzu müssten individuelle therapeutische Angebote vorgehalten werden, die eine schnelle fachgerechte Behandlung ermöglichen, bevor eine Chronifizierung eingetreten ist.
- Allein am Verhalten der Arbeitslosen anzusetzen, ist zu kurz gegriffen. Auch die Bedingungen in der Lebenswelt der Arbeitslosen, die Krankheitsentwicklungen begünstigen, müssen verändert werden.
- Maßnahmen sollten nicht isoliert durchgeführt werden, sondern integriert in ein **längerfristiges** Gesamtkonzept.

Bei diesen vier Punkten kommt es darauf an, dass die Akteurinnen und Akteure nicht den jeweils Anderen dafür in der Pflicht sehen, sondern gemeinsam Lösungen schaffen.

Wie wird diesen Herausforderungen in dem Modellprojekt der Gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit, begegnet?

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist sich bewusst, dass sie mit dem gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchgeführten Modellprojekt nicht alle Herausforderungen lösen kann. Deshalb fokussiert sie sich auf eine Fragestellung, die aus Sicht der Krankenkassen besonders herausfordernd ist: Über welche Zugangswege können arbeitslose Menschen für Gesundheitsförderung und Prävention interessiert und motiviert werden? Krankenkassen erreichen arbeitslose Menschen mit ihren Angeboten bislang schlechter als andere gesellschaftliche Gruppen. Vor diesem Hintergrund war es naheliegend, im Rahmen einer Kooperation mit der BA gemeinsam Wege zu erproben. Denn auch die BA hat ein hohes Interesse an der Gesundheit von ALG I/II-Beziehenden, da Krankheit zunehmend auch ein Vermittlungshemmnis darstellt.

Konkret werden aktuell drei Zugangswege erprobt: über

1. Integrations- und Vermittlungsfachkräfte
2. beauftragte Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger
3. BA-eigene Fachdienste (Ärztlicher Dienst / Berufspsychologischer Service)

Welche Erfolgsfaktoren für konkrete Projekte und Maßnahmen wurden auf dem Kongress diskutiert? Wurden auch Stolpersteine benannt?

- Die Freiwilligkeit der Teilnahme ist sicher zu stellen, da die Forschung zeigt, dass bei freiwilliger Teilnahme bessere Ergebnisse erreicht werden. Dies kann mit Zielvorgaben der Träger im Widerspruch stehen und ist mit der Ambivalenz von „Fördern und Fordern“ nicht vereinbar.
- Die Motivierung der ALG II-Beziehenden verlangt spezifische Kompetenzen und zusätzliche (zeitliche) Ressourcen der Jobcenter-Mitarbeitenden.
- Das „in die Fläche Bringen“ anstelle von exemplarischen Einzelaktionen wird ein Kraftakt werden, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Die Nachhaltigkeit und Vernetzung mit regionalen Akteurinnen und Akteuren ist zu sichern.
- Neben Ergebnisqualität ist die Prozess- und Implementationsqualität zu überprüfen, denn positive Ergebnisse eines Programms sind auch von der Qualität der Implementierung und Durchführung abhängig.

Beim BA-GKV-Kooperationsprojekt wäre das Erreichen der folgenden Ziele ein großer Erfolg:

- Absenkung von „Zutrittsbarrieren“,
- Sensibilisierung von ALG I/II-Beziehenden für das Thema Gesundheit,
- Motivierung von mehr ALG I/II-Beziehenden für eine aktive Teilnahme an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen,
- Regionale Vernetzung und Zusammenarbeit von Jobcentern, örtlichen Krankenkassen sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren.

Ein Stolperstein ist die bislang fehlende Kooperationspraxis der Partner in diesem Feld sowie deren unterschiedliche Logiken (Freiwilligkeit versus Zwang). Zu einem Problem werden könnte die bislang noch wenig beachtete, aber nachweisbare (s. Wenzel Matiaske, Hamburg) hohe psychische Belastung der Jobcenter-Mitarbeitenden.

Wie wird mit den diskutierten Faktoren umgegangen bzw. wie sollten die Maßnahmenplanerinnen und -planer damit umgehen?

Offenheit für das Scheitern von Pilotversuchen und eine hohe Fehlertoleranz sind zwingend. Dies widerspricht der Kultur der meisten Organisationen, da jeder einzelne Beschäftigte darauf bedacht ist, Erfolge zu melden. Nur bei Analyse des Misslingens macht ein Pilotversuch überhaupt Sinn.

Der Erfolg einer Maßnahme ist nachzuweisen, wozu Daten direkt nach Ende einer Maßnahme nicht ausreichen. Das Erfolgskriterium muss sich am Ziel der Maßnahme orientieren, hier also in der Regel die Gesundheit und soziale Einbindung und nicht (primär) die Wiedervermittlung! Zu klären ist, **welche** Merkmale einer Maßnahme zum Erfolg beitragen.

Nach Abschluss der ersten Projektphase soll im BA-GKV-Kooperationsprojekt eine zweite erweiterte Phase folgen, in der die Bewertungen aller im Rahmen der Evaluation Beteiligten berücksichtigt werden:

- der erreichten Arbeitslosen
 - der beteiligten Mitarbeitenden in den Jobcentern
 - der Partnerinnen und Partner im Hinblick auf die Zusammenarbeit
- Bei der Entwicklung der teilweise noch fehlenden Kooperationsroutine wird das künftige Präventionsgesetz „helfen“, das – ganz ähnlich wie im BA-GKV-Kooperationsprojekt angelegt – Kooperationen von Krankenkassen mit externen Partnern im Setting fordert.

Kontinuität und Vertrauensbildung als Gelingensbedingungen

Interview mit Prof. Susanne Kümpers & Angelika Rasseck

Angelika Rasseck ist seit mehr als 10 Jahren Geschäftsführerin der Gesundheitskonferenz Gelsenkirchen und seit gut 20 Jahren in der kommunalen Gesundheitsförderung tätig. Beim Kongress sprach sie als Referentin u. a. im Rahmen des Forums 86 „Gesundheit findet auch in Rathäusern statt“.

Prof. Dr. Susanne Kümpers ist seit 2012 Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit und Public Health-Strategien im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Sie ist außerdem Mitglied der Siebten Altenberichtscommission und sprach in dieser Funktion auf dem Kongress zum Siebten Altenbericht, der im September der Ministerin Schwesig übergeben wird (Forum 37).

Info_Dienst: Wie wurde das Thema „Gesundheit gemeinsam verantworten“ in Ihren Foren diskutiert? Welche Stolpersteine und Gelingensbedingungen wurden benannt?

Susanne Kümpers: Ich möchte mich zunächst auf das Kongressmotto insgesamt beziehen. Es war ein schwieriges Motto, weil der Verantwortungsdiskurs einen neoliberalen Schwerpunkt hat und Verantwortung teilweise einseitig individualisiert, so dass auf die jeweilige Interpretation sehr zu achten ist. Diese Herausforderung zeigt sich auch beim Siebten Altenbericht. Der Titel, der uns vorgegeben ist, heißt „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“. Verantwortung und Mitverantwortung sind aber voraussetzungsgebunden. In der neoliberalen Diskussion wird den Bürgerinnen und Bürgern die Verantwortung für ihre Lebenssituationen zugeschrieben; häufig wird aber de-thematisiert, dass in prekären Lebenslagen Viele die Voraussetzungen dafür nicht haben.

Angelika Rasseck: Mein Ansatz ist weniger grundsätzlich und bezieht sich konkret auf unsere Veranstaltung. Das Motto unseres Workshops lautete „Gesundheit findet auch in Rathäusern statt“. Dieser Titel verweist darauf, dass für eine gemeinsam verantwortete Gesundheit Rahmenbedingungen durch die Gesundheitspolitik vor Ort – also eben z. B. die Rathäuser – geschaffen werden müssen, aber natürlich auch durch Land und Bund. Gesundheitsförderung impliziert, dass das Lebensumfeld Berücksichtigung finden muss. Drei Rahmenbedingungen braucht es dafür, und alle drei setzen wir in Gelsenkirchen bereits erfolgreich um:

■ In NRW stellen die kommunalen Gesundheitskonferenzen eine gesetzliche Pflichtaufgabe (!) dar. Die Kooperation ist somit vorgegeben. Die dadurch geschaffene Vertrauensbasis mit wichtigen Akteurinnen und Akteuren – Ärzteschaft, Krankenkassen, Selbsthilfe etc. – ist ganz zentral für die Zusammenarbeit.

■ Dann haben wir zweitens das Generationennetz e. V. – deshalb ein e. V., damit auch Stellen eingerichtet werden können. Dort gibt es viele Kolleginnen und Kollegen, die direkt vor Ort – im Stadtteil – arbeiten.

■ Wenn es um ganz verbindliche Zusammenarbeit geht, wird es oft schwierig. Der Stadtplanung etwa ist nicht immer klar, warum man auch die Infrastruktur verändern muss. Eine weitere Rahmenbedingung ist deshalb, dass die ressortübergreifende Zusammenarbeit verbindlich festgelegt sein muss. In Gelsenkirchen ist dies – in 2014 – geschehen und so können wir die Spaziergangsgruppen noch einmal ganz anders aufstellen, als Teil eines integrierten Handlungskonzeptes und im Sinne der Partizipation.

Susanne Kümpers: Ich kann direkt an Frau Rassecks Ausführungen anschließen. Wenn wir die Partizipation älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger wollen und insbesondere derer, die nicht daran gewöhnt sind, mitzugestalten, da sie in ihrem Leben wenig Chancen zur Mitgestaltung hatten, dann heißt das zunächst, dass man kontinuierliche Unterstützungsstrukturen, und zwar auf Quartiersebene, braucht. Netzwerkentwicklung hat mit Kontinuität auch der Personen zu tun. Dies gilt im Wesentlichen für alle Gruppen, aber für be-

nachteiligte Ältere vielleicht besonders, weil hier der Aufbau von Vertrauen noch mehr Sorgfalt erfordert.

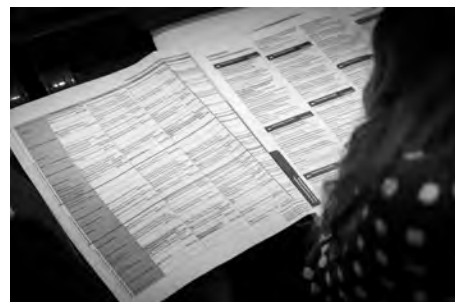
Armut im Alter ist ein vulnerabler Zustand, der häufig auf einen Lebenslauf mit kumulativen Nachteilen folgt. Das, was man für Partizipation braucht – an Kompetenzen, aber auch an Selbstwirksamkeit, an Gefühl „Das, was ich kann und will, hat Wert und wird auch von anderen wertgeschätzt“ – konnte im Leben oft nicht erworben werden. Wenn es allerdings gelingt, benachteiligte Gruppen in aktive Netzwerke einzubinden, dann ist dies direkt und indirekt gesundheitsförderlich. Einsamkeit und Inaktivität verstärken sich nämlich wechselseitig und können dazu beitragen, dass beispielsweise Pflegebedürftigkeit vermeidbar früh eintritt.

Angelika Rasseck: Frau Kümpers, da haben Sie mir wirklich aus dem Herzen gesprochen! Bei uns stellen eben die Spaziergangsgruppen ein Mittel zum Zweck dar, um Partizipation zu ermöglichen ...

Susanne Kümpers: ... ja, da passiert vieles gleichzeitig! Es ist nicht nur ein „Wir bewegen uns jetzt!“. Es ist der Aufbau von Netzwerkstrukturen, der Aufbau von Kontakten. Wenn diese anfangen, sich als freundschaftliche Netzwerke zu stabilisieren, können sich auch weitere Interessen entwickeln und artikulieren.

Info_Dienst: Frau Rasseck, Frau Kümpers, ich danke Ihnen sehr herzlich für das Gespräch!

Das Gespräch führte Marion Amler.



Abbau von Barrieren, auch in den Köpfen

Dr. Sigrid Arnade & Christian Reumschüssel-Wienert zur Inklusion als Menschenrecht

Dr. Sigrid Arnade ist Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. – (ISL) und referierte im Forum 58 zum Thema „Inklusion als Menschenrecht“.

Christian Reumschüssel-Wienert, Fachreferent für Psychiatrie und queere Lebensweisen des Paritätischen Landesverbandes Berlin, hielt im Fachforum 58 einen Vortrag zu den Rechten von Menschen mit psychischen Störungen als Ausgangspunkt psychosozialen Handelns.

Im Fachforum „Inklusion und Menschenrechte“ wurde nach den Impulsen vor allem die Inklusion und Exklusion bestimmter Gruppen behinderter Menschen diskutiert. So wurde beispielsweise die mangelnde Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden mit Behinderungen als Problem benannt. Hier zeigt sich meines Erachtens eine grundsätzliche Herausforderung: Das Gesundheitssystem wie auch alle anderen Lebensbereiche müssen verstärkt unter einem menschenrechtlichen Blickwinkel betrachtet werden. Das bedeutet, dass die Rahmenbedingungen so zu gestalten sind, dass jeder Mensch Gesundheitsleistungen gleichberechtigt mit anderen ohne Diskriminierungen in Anspruch nehmen kann. Für behinderte Menschen müssen dafür die baulichen, kommunikativen und einstellungsbedingten Barrieren abgebaut werden. Nur so kann beispielsweise die gesetzlich garantierte freie Arztwahl auch realisiert werden.

Abbau von Barrieren wäre übrigens auch für den Gesamtkongress ein lohnenswertes Ziel. Solange sich zum Beispiel rollstuhlnutzende Teilnehmende auf „Sonderwegen“ bewegen müssen, ist kein gleichberechtigter Austausch mit anderen möglich.

Das kann ich nur unterstützen! Für psychosozial beeinträchtigte Menschen kämpfen wir schon seit Jahrzehnten (!) um eine sozialrechtliche Gleichstellung in der medizinischen Rehabilitation und die Erfolge halten sich in engen Grenzen. Hier gibt es noch viel zu tun. Für Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen liegen Barrieren jedoch auch in anderen Bereichen, die sehr schwer zu handhaben sind. So stellt z. B. für einen klastrophischen Menschen ein Alpentunnel, der für die meisten Menschen Fahrzeiten um Stunden verkürzt, eine große Barriere dar. Auch die Benutzung von behindertengerechten Verkehrsmitteln ist für Menschen mit großen sozialen Ängsten eine echte Herausforderung. Ich glaube, in der Frage des Abbaus von Barrieren stehen wir bei Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen erst am Anfang – dies gilt auch für sogenannte Entstigmatisierungsprogramme.

Ja, genau: Die physischen Barrieren wie Stufen etc. sind leicht zu erkennen und dementsprechend leichter zu beseitigen. Vergleichsweise schwieriger ist es, die einstellungsbedingten Barrieren, die „Barrieren in den Köpfen“ abzubauen, die aber eben auch wesentlich daran beteiligt sind, gleichberechtigte Partizipation zu verhindern.

Die menschenrechtsbasierte Inklusion in alle Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen ist ein schönes Ziel, für das es sich einzutreten lohnt. Es kann aber auch gut sein, dass sich in der Konsequenz neue Spaltungslinien auf tun, die sich aus „Inklusion“ im Sinne von Teilhabe und Partizipation ergeben können. Teilhabe und Partizipation sind „aktive Rechte“, die nur dann wirksam werden, wenn Mann/Frau sie aktiv wahrnimmt. Damit sind sie auch an Fähigkeiten gekoppelt. Es wird aber ggf. Menschen geben, die auf aktive Teilhabe abzielende Fähigkeiten nicht entwickelt haben bzw. nicht entwickeln können. Sicherlich wird es auch Menschen geben, die gar nicht partizipieren wollen. Das Problem kann sich dann stellen, dass es Menschen gibt, die „inklusionsfähig“ sind und die, die es eben nicht sind. Was passiert mit denen?

Das sehe ich nicht so. Die Konzepte von Partizipation und Inklusion sind nicht an individuelle Fähigkeiten gekoppelt, sondern gesellschaftliche Verpflichtungen, um allen Menschen die Möglichkeit zu einem selbstbestimmten Leben zu eröffnen. Dabei ist in jedem Fall der individuelle Wunsch und Wille entscheidend. Deshalb hat der „Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Art. 34 UN-Behindertenrechtskonvention) in seinen ersten „Allgemeinen Bemerkungen“ (General Comment Nr. 1, s. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>) vom Mai 2014 empfohlen, die bislang übliche ersetzte Entscheidungsfindung bei Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf durch die unterstützte Entscheidungsfindung abzulösen. Gleichzeitig regt der Ausschuss an, Menschen darin zu unterstützen, Wahlmöglichkeiten beispielsweise hinsichtlich ihrer Wohnform wahrzunehmen und Entscheidungen zu treffen. Entscheiden will schließlich gelernt sein, denn wie soll jemand sich entscheiden, der bislang immer nur fremdbestimmt gelebt hat?

Das ist alles genau richtig, was Sie schreiben. Es ist natürlich ein großer Fortschritt, wenn Menschen mit Behinderungen selbst entscheiden bzw. selbst wählen oder ihren Wohnort wählen können. Sie müssen es aber auch tun. Das tun nicht alle und ich glaube, dass es im Bereich, in dem ich arbeite, nämlich mit Menschen, die sogenannte „seelische Behinderungen“ haben, große Probleme geben wird. Ich glaube, wir brauchen hier nicht nur eine unterstützte Entscheidungsfindung und Assistenz, sondern auch eine professionelle Motivierung und Begleitung bei der aktiven Wahrnehmung von Rechten.



Impression aus dem Format Learning Café / Open Fishbowl

Der Kommune kommt eine Schlüsselrolle zu

Klaus-Peter Stender im Gespräch mit Monika Jorzik

Monika Jorzik ist Fachdienstleiterin für Gesundheit in der Stadtverwaltung Gera. Sie hat auf der Satellitenveranstaltung „Füreinander Sorge tragen: Familienorientierte Gesundheitsförderung“ die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Rahmen des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Gera2030 vorgestellt.

Gesundheit geht alle an – dass dem so ist, ist allein durch die Anzahl der Kongressteilnehmenden und deren fachliche bzw. berufliche Herkunft (Studium, Wissenschaft, Krankenkassen, kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen, Statistik, Bundes- und Landesbehörden, Selbsthilfe etc.) belegt. In den verschiedenen Fachvorträgen wurde die besondere Bedeutung des Setting-Ansatzes für die wirksame Gesundheitsförderung und Prävention herausgearbeitet. Dabei hat die Kommune eine Schlüsselrolle, da die in der Kommune handelnden Verantwortungsträger, Akteurinnen und Akteure den unmittelbaren Rahmen für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung und für die gesundheitliche Chancengleichheit setzen. Die Beteiligten vor Ort haben dies erkannt. Sie sehen den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und arbeiten mit viel Engagement in vielen Einzelprojekten.

Die Bundes- und Landespolitik schafft bisher nicht die notwendigen Voraussetzungen dafür, dass die kommunalen Verantwortungsträger sowohl in Entscheidungen über Gesundheitsziele einbezogen werden als auch mit notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet sind. Im Entwurf des Präventionsgesetzes haben die Kommunen ihren Platz nicht gefunden und damit fällt es den Akteurinnen und Akteuren vor Ort unter finanziell schwierigen Bedingungen immer schwerer, ihre Daseinsberechtigung zu begründen und vor allem wirksam tätig zu werden.

Stimmt. Weniger in Konzeptpapieren, aber im realen Leben hat sich die immer wieder betonte Bedeutung der kommunalen Ebene für Gesundheitsförderung noch nicht durchgesetzt. Allerdings sehe ich für das Präventionsgesetz noch nicht so schwarz. Die wesentliche Interventions-ebene sind Lebenswelten und diese sind in der Kommune verortet. Dies gilt natürlich insbesondere für die Lebenswelt des Wohnens, die doch ein Synonym für Stadt und Stadtteil ist. Allerdings kann natürlich von einem Präventionsgesetz auch realistischerweise nicht die Besserung der finanziellen Situation der Städte erwartet werden.

Welche Aktivitäten in Ihrer Stadt Gera sind für eine Gesundheitsförderung so erfolgversprechend, dass sie über das Präventionsgesetz finanziert werden müssten?

Auf kommunaler Ebene ist das Zusammenwirken der verschiedenen Verwaltungsbereiche sowie der örtlichen Akteurinnen und Akteure von Bedeutung. Die Kommune, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, agiert maßgeblich beim Ausbau der Potentiale von fachübergreifender Kooperation und Koordination. Mit dem Präventionsgesetz könnten durch explizite Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als Kooperationspartner der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Klaus-Peter Stender ist Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Er wurde während des Kongresses mit dem Carola Gold-Preis ausgezeichnet (vgl. S. 24 f.).

Ich gehe davon aus, dass in annähernd 100 Workshops und Fachforen sowie zwei Satellitenveranstaltungen die Bedeutung kooperativer Ansätze und Interventionen in Lebenswelten, insbesondere auch Kommunen, für Gesundheitsförderung hinreichend gewürdigt wurde. Die Fülle von Beiträgen dokumentiert, dass es auf dieser Tagung weder an Erkenntnis noch an Bekenntnis zu Gesundheitsförderung mangelt. Das ist jedes Jahr wieder neu erfreulich, weil dies im Arbeitsalltag ja so nicht üblich ist.

Mir ist eineinhalb Monate nach der Tagung ein Gedanke besonders präsent geblieben, der nicht nur für die kommunale Ebene gilt: Der Gesundheitsbereich muss gesundheitsfördernde Leistungen von Kooperationspartnern stärker wertschätzen und vor allem auch unterstützen. Das klingt zunächst trivial, tatsächlich passiert aber genau das viel zu wenig. Angesichts einer „gemeinsamen Verantwortung“ ist dies aber ein Versäumnis. Die Konzeption *Health in all Policies* erwartet, dass andere Bereiche das Thema Gesundheit neben allem anderen auch noch mit aufgreifen. Diese (bisweilen leicht besserwisserische) Orientierung verstellt dem Gesundheitsbereich aber allzu leicht den Blick auf das, was andere Bereiche mit ihren Aktivitäten zur Gesundheit beitragen – ohne dieses Ziel zwingend zu thematisieren. So kann der Gesundheitsbereich gerne einmal beispielsweise das Verkehrsressort bei dessen Ausbauprogramm des Radwegenetzes gegen Widerstände zur Seite stehen oder dem Umweltressort bei der Durchsetzung von Schadstoffhöchstgrenzen.

Ja, dies kann ich nur unterstützen. Der öffentliche Gesundheitsdienst führt in Bezug auf die Mitwirkung bei der Gestaltung der Lebenswelt in der Kommune häufig noch ein Schattendasein. Es ist erforderlich, dass sich der öffentliche Gesundheitsdienst fachübergreifend in die verschiedenen Themen einbringt, aber auch einbringen darf. Ich sehe in diesem Punkt vordergründig nicht ein Versäumnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern eher der anderen Bereiche der Verwaltung, die den Gesundheitsdienst aufgrund ihrer allein fachspezifischen Sichtweise nicht einbeziehen.

Was hat nach Ihrer Auffassung der öffentliche Gesundheitsdienst verstärkt zu tun, um die Wertschätzung der anderen Bereiche zu erhalten?

Tatsächlich ist es ja auch nicht ganz einfach, bei der Komplexität in den Fachgebieten auch noch weitere Anliegen mit zu berücksichtigen. Das geht mir manchmal auch nicht anders, wenn beispielsweise der Umwelt- oder Kulturbereich uns zur Mitwirkung gewinnen will. Trotzdem: Eine Erleichterung ist die gesetzliche Verankerung, dass der ÖGD an Planungsverfahren beteiligt wird, bei denen gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden können. Eine weitere Erleichterung könnte sein, wenn die Gesundheitsämter eigene Fachplanungen entwickeln und darüber die Kooperation mit anderen Fachbereichen aktivieren. Dieses Instrument der Fachplanung Gesundheit wird derzeit in NRW in einigen Kommunen erprobt.

Gemeinsame Schnittmenge

Den Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Bereichen muss der unmittelbare Zusammenhang zwischen der Lebenswelt und der gesundheitlichen Situation des Menschen bewusst werden. Bei der Gestaltung der Lebenswelten ist der öffentliche Gesundheitsdienst als Kooperationspartner durch die Politik und durch die handelnden verantwortlichen Bereiche stärker wertzuschätzen. Die kommunale Gesundheitsförderung ist strukturell klar in der Kommune zu verorten und muss fachkompetent agieren, um sich verstärkt in die Themen bei der Gestaltung der Lebenswelten einzubringen. Neben der verbesserten und verbindlichen Kooperation darf aber die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger nicht zu kurz kommen.

Health Literacy – das Zusammenspiel von Bildung und Gesundheit

Dr. Paulo Pinheiro im Gespräch mit Prof. Gerd Gigerenzer

Prof. Gerd Gigerenzer arbeitet am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin. Im Fachforum 48 „Health Literacy I – Niedrige Health Literacy als Herausforderung für die Gesunderhaltung“ referierte er zur Risikokommunikation im Gesundheitswesen.

Dr. Paulo Pinheiro von der Universität Bielefeld moderierte u. a. die Fachforen 48 und 49 zum Themenbereich Health Literacy.

Ein effizientes Gesundheitssystem braucht informierte Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten. Studien zeigen, dass beides immer noch nicht der Fall ist. Etwa 70-80 Prozent der von uns untersuchten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und den USA verstehen Gesundheitsstatistiken nicht und können dadurch manipuliert werden. 98 Prozent der deutschen Frauen überschätzen den Nutzen des Mammographie-Screenings oder wissen nichts oder nur wenig über das Thema. Die Methoden zur Behebung dieses Bildungsproblems sind bekannt (z. B. Faktenboxen, Gigerenzer & Muir Gray, 2013; Gigerenzer 2013); ihre Anwendung erfolgt aber nur zögerlich. Dies liegt einerseits am Desinteresse unseres zunehmend kommerziell ausgerichteten Gesundheitssystems und andererseits an mangelnder finanzieller Förderung für die Umsetzung in Kliniken oder in der Fortbildung. Die Förderung durch Wissenschaftsorganisationen endet in der Regel mit der Publikation, für die Umsetzung der Ergebnisse existieren kaum Strukturen (außer etwa bei kommerzieller Verwertung von Patenten).

„Gesundheit als Bildung“ müsste als erstes drei Ziele umsetzen:

1. Ausbildung der Medizinstudierenden (und Auszubildenden anderer Heilberufe) in Verständnis und Kommunikation von Risiken und Gesundheitsstatistiken. Dazu müssen die medizinischen Curricula und Testfragen umgeschrieben werden.
2. Risikokompetenz als zentraler Inhalt der Fortbildung der Ärzteschaft. Um diese Maßnahme zu implementieren, sollten die medizinischen Organisationen, welche für die Fortbildung zuständig sind, diese nicht länger durch die Industrie finanzieren lassen.
3. Gesundheitskompetenz sollte bereits in der Schule gelehrt werden. Dafür müssen wir die Schule revolutionieren (Kap. 12 in Gigerenzer 2013).

Unser Gesundheitssystem hat weitere Probleme, wie falsch gesetzte finanzielle Anreize, mangelnde Patientensicherheit und rechtliche Absicherung durch Überbehandlung (Gigerenzer & Muir Gray, 2013). Doch bessere Bildung von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten ist die wichtigste Voraussetzung für eine evidenz-basierte Medizin, die das Wohl des Patienten bzw. der Patientin als erstes Ziel hat.¹

Mich würde an dieser Stelle interessieren, wie in Prof. Gigerenzers Ansatz die Nutzerinnen und Nutzer und deren Bedarfsstrukturen adressiert und berücksichtigt werden.

Den Bildungssektor würde ich nicht so defätistisch mit dem Verweis auf die Notwendigkeit einer Revolution stehen lassen wollen. Bei aller berechtigter Kritik am Bildungssystem stellt das schulische Setting eine gute Möglichkeit dar, Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche zu adressieren. Das Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW etwa würde ich als eine gelungene Initiative anführen, die aus der Perspektive der Professionellen im Bildungsbereich den Gegenstand Gesundheit thematisiert. Unser Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter ZPI wählt mit seiner Entwicklung von schulischen Weiterbildungsprogrammen einen ähnlichen Einstiegspunkt. Zuletzt möchte ich auf die von uns koordinierte BMBF geförderte HLCA Verbundinitiative „Health Literacy in Childhood and Adolescence“ aufmerksam machen, mit der wir in den kommenden drei Jahren in zehn bundesweiten Teilprojekten der Frage nach der Bedeutung von gesundheitlicher Grundbildung im Kindes- und Jugendalter nachgehen werden.

Beim Thema Health Literacy liegt eine Antwort auf die Frage nach der gemeinsamen Verantwortung nahe und kann sogar auf unterschiedlichen Ebenen verortet werden. Health Literacy liegt an der Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit und adressiert – im weitesten Sinne – gesundheitliche Grundbildung. In einer eher klinischen Orientierung wird Health Literacy auf Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen ausgerichtet. Ein am Gegenstand Health Literacy orientierter Erkenntnisgewinn kann daher nur interdisziplinär und unter Beteiligung der zahlreich involvierten Disziplinen erfolgen, wenn alle Facetten des Konzepts berücksichtigt werden sollen.

Eine weitere Auffächerung der gemeinsamen Verantwortung erfährt Health Literacy mit dem Anwendungsbezug. Hier ist ein intersektorales Handeln unter Beteiligung verschiedenster Akteurinnen, Akteure und Systeme aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich anzustreben.

Eine weitere Ebene kann identifiziert werden, wenn wir die Anwendung von Programmen zur Förderung von Health Literacy in der Alltagspraxis betrachten. Hier rückt dann die Trias Anbietende – Materialien – Nutzende in den Mittelpunkt der Betrachtung und auch hier liegt die Annahme nahe, dass ein Gelingen der Programmdurchführung nur durch gemeinsame Verantwortung möglich ist: Also Anbieter z. B. über die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer informiert sind, Materialien didaktisch-methodisch und evidenzbasiert aufbereitet sind oder eine Zielgruppenansprache (z. B. Alter, soziale Lage, Herkunft) im Blick behalten wird. Zudem müssen die Nutzerinnen und Nutzer die Angebote auch aufsuchen, in Anspruch nehmen und Erlerntes in die eigene Handlungspraxis integrieren können.

Stolpersteine gibt es viele und es sind die „üblichen Verdächtigen“, die wir aus den laufenden Diskursen im Bildungs- und Gesundheitssektor kennen. Auch hier nur schlaglichtartig einige Beispiele: Verengende fachdisziplinäre Perspektiven, die Frage nach Entscheidungsprozessen und Deutungshoheiten in breit geführten wissenschaftlichen Diskursen oder – aus einer ungleichheitsorientierten Perspektive heraus – die Frage nach Bedarfslagen sowie strukturellen Hintergrundbedingungen und der Ressourcenverfügbarkeit, die insbesondere auf die Inanspruchnahme und Erreichbarkeit von Zielgruppen einwirken.

Grundsätzlich stimme ich Herrn Pinheiro zu. Aber ich würde mir wünschen, dass er konkreter wird. Wer soll was verändern? Wer in unserem Gesundheitssystem hat ein Interesse daran, nicht nur von mündigen Patientinnen und Patienten zu sprechen, sondern konkret etwas dafür zu tun? Warum wird das Problem, dass die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte nicht darin ausgebildet werden, Gesundheitsstatistiken zu verstehen, so selten thematisiert und angesprochen? Ich selbst habe 1.000 Ärztinnen und Ärzte in ihrer Fortbildung trainiert, und die Mitglieder des Harding Zentrums für Risikokompetenz, das ich leite, noch viel mehr. Dieses Zentrum wird von einem Londoner Investmentbanker finanziert, in Deutschland haben wir dagegen noch keine Förderung gefunden. Wir entwickeln und publizieren Methoden, die Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten helfen, Nutzen und Schaden von Behandlungen besser zu verstehen. Nur die Umsetzung wird in Deutschland nicht unterstützt.

(Literatur bei den Verfassern)

Kongress Armut und Gesundheit



Salutogenese für eine Politik der Befähigung und Beteiligung

Rüdiger-Felix Lorenz im Gespräch mit Dr. PH Joachim Hartlieb

Rüdiger-Felix Lorenz ist Leiter des Zentrums für Gesundheitsförderung in Hannover, Psychotherapeut in freier Praxis, Dipl.-Ing., Lehrbeauftragter, Koordinator und Referent im Forum Salutogenese beim Kongress Armut und Gesundheit.

Dr. PH Joachim Hartlieb, MPH, Gesundheitsmanager, Dipl. Sozialpädagoge, Lehrbeauftragter an der PH Heidelberg, seit Jahren Moderator und Dozent bei Armut und Gesundheit, langjähriger Mitgestalter des „Gesunde Städte-Netzwerkes Deutschland“, Mitglied im Forum Generationen der Kreisstadt Unna.

Gemeinsam verantwortete Gesundheitsförderung vermag in den unterschiedlichsten Kontexten im Sinne des Salutogenese-Modells zur Generierung kohärenzstärkender Lebenserfahrungen führen.

Wenn es gelingt, Menschen die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zu ermöglichen, Kontinuität zur Förderung der Verstehbarkeit zu bieten und mit Hilfe von Ressourcen eine an den protektiven Faktoren ausgerichtete Belastungsbalance zu etablieren, dann wird die Voraussetzung dafür geschaffen, das Kohärenzgefühl und damit die Positionierung des Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum in Richtung Gesundheit positiv zu verändern.

So verstanden wird das Gesundheitssystem zu einem gemeinsam verantworteten Handlungsfeld, welches sich auf Kooperation und wechselseitige Unterstützung zu einer interdisziplinären Ausrichtung gestaltet, statt sich wie im derzeit agierenden Medizinsystem allein über die Befunde von Krankheiten zu definieren.

Macht es nicht viel mehr Sinn, einerseits Gesundheitsaspekte in den Planungsprozessen aller Politikbereiche zu berücksichtigen („Health in all Policies“) und andererseits über eine spezielle Fachplanung Gesundheit oder zumindest, wie auf kommunaler Ebene eher praktiziert, über die Gesundheitsberichterstattung mehr individuelle und kollektive Gesundheitspotentiale auszuweisen, als ständig das sogenannte „Gesundheitssystem“ unter ökonomischen und epidemiologischen Aspekten abzubilden („Policy in Health“)?

In Anlehnung an das Salutogenesekonzept ist deshalb zur Förderung des Kohärenzerlebens aller Beteiligten vorzuschlagen: Alle Maßnahmen einer salutogenetisch ausgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention sollten eine Teilhabe an den sozial anerkannten Aktivitäten in allen Lebensbereichen ermöglichen. Nachhaltige Veränderungen müssen sich an Kontinuität und Transparenz für alle Beteiligten orientieren und die Maßnahmen sollten sicherstellen, dass allen der Zugang über einen ressourcenorientierten Ansatz unter Berücksichtigung sozioökologischer Belange ermöglicht wird.

Eine salutogenetisch ausgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention ist nur über eine gemeinsam verantwortete, kohärente und nachhaltige Gesundheitspolitik zu erreichen.

Gesundheitsförderung ist in ihrer Verantwortung darauf auszurichten, dass alle Menschen Zugang zu Wissensbeständen haben, um eine eigene Expertise zur Bereitschaft der Selbstfürsorge entwickeln zu können. Wie Studien belegen, wollen die Menschen z. B. in Fragen von Therapiezielen und Behandlungsmethoden mitentscheiden. Doch das widerspricht dem noch immer traditionell praktizierten paternalistischen Prinzip.

Eine salutogenetisch ausgerichtete Gesundheitspolitik muss die kommunale Ebene stärker erreichen. Dazu bedarf es eindeutiger bundespolitischer Signale, z. B. durch eine entsprechende Aufgabenverteilung im Bundespräventionsgesetz. Nur auf kommunaler Ebene sind die Settings zu finden, denen mit dem salutogenen Konzept eine neue Perspektive eröffnet werden kann. Aufgrund massiver finanzieller Probleme gehen viele Kommunen inzwischen dazu über, den Bürgerinnen und Bürgern mehr Verantwortung für das Gemeinwesen anzuvertrauen. Das könnte als Chance genutzt werden.

Die konzeptionelle Ausrichtung der Gesundheitsförderung bedarf einer grundlegenden Neuorientierung. Schon der Begriff „Gesundheitsförderung“ entspricht schon lange nicht mehr dem ursprünglichen Gedanken der Ottawa Charta. In vielen Fällen wird er für krankheitspräventive Ansätze in der medizinischen Versorgung missbraucht und somit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Krankheit interpretiert. Ein eindeutiger Beleg dafür ist die Tatsache, dass sich längst ein „Unwort“ wie „Gesundheitsprävention“ nicht nur im öffentlichen Sprachgebrauch, sondern auch in der Fachwelt etabliert hat.

Eine salutogenetisch ausgerichtete Gesundheitsförderung muss im Sinne von „Health in all Policies“ ihr eigenständiges Profil weiterentwickeln und dem operativen politischen Geschehen auf allen Ebenen neue Impulse geben.

Eine salutogenetisch verstandene Gesundheitsförderung kann so zu einem längst überfälligen Politikansatz werden, der auf Befähigung, Beteiligung, Erreichbarkeit und Vernetzung setzt. Dafür benötigen wir allerdings Indikatoren, welche Gesundheit und nicht Krankheit messen.

Das solidarische Zusammenwirken aller Politikfelder für mehr Gesundheit, anstatt sich ausschließlich auf Krankheitsprävention zu konzentrieren, wäre schon ein erster Gesundheitsindikator, der diese Bezeichnung verdient.

Unter „Neue Rolle für den Gesundheitssektor“ ist in der Adelaide Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen 2010 zu lesen: „Um Gesundheit in allen Bereichen der Politik voranzubringen, muss der Gesundheitssektor lernen, mit anderen Sektoren partnerschaftlich zusammenzuarbeiten.“ Das setzt m. E. voraus, dass das derzeit agierende Medizinsystem auf Interdisziplinarität und Kooperation, und ich meine auch auf Partizipation angelegt werden muss, um überhaupt alle Möglichkeiten einer politisch und salutogenetisch ausgerichteten Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen einzuschließen. Antonovskys Forschungen gehen in dieselbe Richtung, hat er doch herausgearbeitet, dass die Partizipation an sich schon gesundheitsförderlich wirkt.

Wenn Gesundheit als ein Menschenrecht betrachtet wird, müssen nicht auch die Bürgerinnen und Bürger in demokratischen Prozessen einbezogen werden, indem sie bei den Verantwortlichen in der Politik einfordern und nachfragen können, was für ihre Gesundheit getan wurde?

Absolut richtig gefolgert. Daher muss bei allen kommunalen Planungen die „Gesundheitsfrage“ nicht nur unter dem Schutzfaktor diskutiert werden. Zum Beispiel gehen planungsrechtlich vorgeschriebene Umweltverträglichkeitsprüfungen immer von zu schützenden Objekten aus.

Der Mensch wird dabei nicht als zu förderndes Objekt angesehen, sondern als „Schutzgut“. Hier wird deutlich, dass Gesundheit nicht nur, wie von Dir bereits verdeutlicht, im Medizinsystem über „Krankheitsbefunde“ definiert wird, sondern auch in der Planung einem pathogenen Paradigma unterliegt.

Stellungnahmen zum Präventionsgesetz

Hilde Mattheis, MdB und Jens Spahn, MdB zur Ausgestaltung auf Landes- und kommunaler Ebene

Während des Kongresses Armut und Gesundheit 2015 wurde im 4. Anlauf über das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention beraten. Ein entsprechender Entwurf war am 17. Dezember 2014 im Bundeskabinett beschlossen worden. Kurz nach dem Kongress, am 20. März, wurde erstmals im Bundestag darüber beraten.

Die Diskussionen um die gesetzliche Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung waren entsprechend intensiv und allgegenwärtig auf dem Kongress, etwa im Rahmen der Pressekonferenz oder auch auf der Abschlussveranstaltung am 6. März 2015.

Im Anschluss an den Kongress baten wir Vertreter von CDU und SPD – beide an der Ausgestaltung des Gesetzes beteiligt – um ein kurzes Statement, welches insbesondere Bezug nimmt auf die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten des Gesetzes vor Ort.



Hilde Mattheis, MdB, ist seit 2013 gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Sie nahm am Fachforum 73 „Krankenhausstrukturen, Leistungssteuerung und Qualität“ teil.



Jens Spahn, MdB, seit 2012 Mitglied im Bundesvorstand der CDU, ist gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Deutschen Bundestag.

Wo und wie genau lassen sich die Handlungsspielräume, die sich auf Grundlage der gesetzlichen Änderungen des Gesetzes zur Gesundheitsförderung und Prävention ergeben, auf Landes- und kommunaler Ebene konkret umsetzen?

Zunächst einmal hoffe ich, dass uns mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention genau das gelingt, wovon Sie in Ihrer Frage ausgehen: Mehr Handlungsspielräume für die Förderung gesunder Lebensbedingungen in den Regionen zu schaffen. Noch ist das Gesetzgebungsverfahren ja nicht abgeschlossen. Ich bin aber sehr zuversichtlich, dass wir ein Gesetz bekommen werden, auf dessen Grundlage Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorangebracht werden.

Es ist gut, dass die gesetzlichen Krankenkassen künftig deutlich mehr Geld für Gesundheitsförderung und Prävention ausgeben können. Die gesetzliche Verankerung des Lebenswelten-Ansatzes und die Möglichkeit für die Krankenkassen, Geld auch für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen verwenden zu können, ist ein Erfolg. Mit der nationalen Präventionsstrategie wird es dazu bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen geben, die auf Landesebene verbindlich umzusetzen sind. Es kommt nun auf die vielen verschiedenen Verantwortungsträger und Engagierten in den Ländern und vor allem in den Kommunen an, diesen bundesgesetzlichen Rahmen mit Leben zu füllen. Dabei geht es nicht darum, das Rad neu zu erfinden. Wir wissen, dass es in den Ländern und Kommunen funktionierende Strukturen, wie zum Beispiel institutionalisierte Konferenzen, und viele sehr gute Projekte gibt. Welche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für welche Zielgruppe konkret gebraucht werden, unterscheidet sich zwischen den Ländern, zwischen Städten und zwischen Stadt und Gemeinde.

Es ist wichtig, dass Regionen unmittelbarer von Projekten profitieren können, die in anderen schon erfolgreich umgesetzt und evaluiert sind. Projekte mit einer nachgewiesenen „Guten Praxis“ müssen flächendeckenden Einsatz finden. Unerlässlich sind der Erfahrungsaustausch, das Wissen um die eigene Zuständigkeit, die Verantwortung der anderen Akteure und das abgestimmte, gemeinsame Handeln. Nur so können über die gesamte Lebensspanne hinweg vor allem auch gezielt die Menschen erreicht werden, die gesundheitsfördernde Angebote dringend brauchen, die sich aber, aus welchen Gründen auch immer, nicht oder nicht genug um ihre eigene Gesundheit kümmern können.

Prävention geht jeden etwas an und beginnt im Alltag. Mehr Bewegung und gesundes Essen sind die Schlüssel zu Gesundheit. Deshalb sollen die Kassen als Partner ihrer Versicherten in möglichst allen Lebensbereichen deutlich machen, wie der Spagat zwischen einem oft jobbedingt ungesunden Alltag und einer gesunden Lebensweise gelingen kann. Dazu zählt für uns auch die Erhöhung der Impfquoten, die betriebliche Gesundheitsförderung und bessere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Konkrete Maßnahmen müssen natürlich vor Ort umgesetzt werden: in den Kitas, den Schulen und an den Arbeitsplätzen. Die dafür vorgesehenen Mittel der Kassen werden deshalb gerade auf Landes- und kommunaler Ebene zu einem Ausbau von Präventionsangeboten führen.

Wir erhöhen den Richtwert für Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention von 3,09 auf sieben Euro, wovon zwei Euro pro Versichertem für die betriebliche Gesundheitsförderung auszugeben ist. Parallel dazu sollen auch diejenigen Versicherten, die nicht in einem Betrieb beschäftigt sind, von den Präventionsmaßnahmen profitieren. Dafür stehen künftig ebenfalls zwei Euro pro Versichertem in Lebenswelten zur Verfügung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt die Kassen künftig bei der Frage, wie die Qualität der Maßnahmen evaluiert und weiterentwickelt werden kann. Wichtig ist uns, dass die Versicherten sich auf die Qualität und die Nachhaltigkeit der Angebote verlassen können. Deshalb werden sie nach einheitlichen Kriterien zertifiziert und eine Übersicht über die unterschiedlichen Angebote im Internet bereitgestellt.

Wir sind überzeugt: Wer sich regelmäßig und dauerhaft in seinem alltäglichen Umfeld mit seiner Gesundheit beschäftigt, bleibt länger gesund. Gerade deshalb ist es wichtig, dass kleine und mittlere Unternehmen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbezogen werden. Prävention ist in einer immer älter werdenden Gesellschaft eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das wollen wir nicht durch Zwang, sondern durch Aufklärung und Belohnung erreichen. Dafür müssen aber alle Beteiligten, also Bund, Länder, Kommunen, Kassen und die weiteren Sozialversicherungsträger, an einem Strang ziehen. Genau dafür steht das Präventionsgesetz.

„Preise ... ich steh nicht so drauf ...“

Carola Gold-Preisverleihung 2015



Impressionen zur Verleihung des Carola Gold-Preises 2015



Der erste Tag des Kongresses Armut und Gesundheit ist fast vorüber. In der Lounge direkt neben dem Lichthof hat sich ein Kreis von etwa 80 Menschen eingefunden und auf bequemen Sofas, auf Hockern und hinter Stehtischen Platz genommen. Die gedämpften Gespräche verstummen, sobald die ersten Klänge von J.S. Bachs Suite Nr. 1 für Cello ertönen. Martin Klenk leitet mit seinem Cello die mittlerweile 3. Carola Gold-Preisverleihung ein.

Stefan Pospiech, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg, und Claus Bölicke, Leiter der Abteilung Gesundheit, Alter und Behinderung des AWO Bundesverbandes, begrüßen die Anwesenden mit einigen einführenden Worten, vor allem zur Namensgeberin des Preises, Carola Gold, und ihrem Wirken. Beide jedoch vermeiden es, den diesjährigen Preisträger und die Preisträgerin zu benennen. Sie überlassen diese Ehre den Laudatorinnen Prof. Theda Borde und Prof. Ilona Kickbusch.

Dr. Jenny De la Torre Castro – Organisatorin, Visionärin, Ärztin und Mensch

Theda Borde stellt Jenny De la Torre Castro als erste Preisträgerin mit den folgenden Worten vor: „Jenny ist – wie Carola selbst – eine der Persönlichkeiten, die nicht nur beim Kongress eine wesentliche Rolle spielt, sondern vor allem in ihrer praktischen Arbeit.“

Bekannt und geehrt worden ist Jenny De la Torre Castro vor allem in ihrer Rolle als Begleiterin von obdachlosen Menschen, welche sie seit Jahrzehnten medizinisch betreut. Wohnungslose sind nach wie vor extrem unterver-

sorgt. Es herrschen enorme Zugangsbarrieren, Ausgrenzung und Stigmatisierung. „Man schaut weg“, so Prof. Borde und fährt fort: „Sie schaut hin und handelt! Jenny ist mittendrin, als Organisatorin, Visionärin, Ärztin und Mensch.“ Theda Borde berichtet, wie sie gemeinsam mit Studierenden der Alice Salomon Hochschule vor einigen Jahren die Praxis von Jenny De la Torre Castro besuchte und wie „Jenny“ ihnen dort begegnete: „Sie sprach mit Begeisterung über ihre Arbeit, mit Präzision als Ärztin und mit Würde von den Obdachlosen“ und löste damit auf dem Rückweg unter den Studierenden Diskussionen darüber aus, was Sozialarbeit sein sollte und wie sie umgesetzt werden kann.

Wer ist Jenny De la Torre Castro? Die Antworten darauf sind vielfältig: Eine „immer freundliche, warmherzige Frau“, die viele Brücken in ihrem Leben geschlagen hat, zwischen Peru und Deutschland, der einstigen BRD und DDR, zwischen West- und Ostberlin. Die Potentiale der Migration würden an ihr sichtbar, so Theda Borde, und umreißt Jenny De la Torre Castros Lebenslauf: in Peru geboren, 1976 zum Medizinstudium nach Leipzig an die Karl-Marx-Universität, 1990 summa cum laude an der Berliner Charité promoviert und ab 1995 die Ärztin für Obdachlose am Ostbahnhof. Im Oktober 2003 wurde ihre Vollzeitstelle bei der MUT GmbH auf 25 Wochenstunden reduziert, was Jenny De la Torre Castro dazu bewog zu kündigen. Dies war zugleich der Beginn der Jenny De la Torre-Stiftung, die die niedrigschwellige Versorgung von obdachlosen Menschen umsetzt. 1995 initiierte sie außerdem – gemeinsam mit Gerhard Trabert, Ellis Huber und Studierenden

der Technischen Universität Berlin – den ersten Kongress Armut und Gesundheit mit außerordentlicher Energie. Damit ist sie eine der entscheidenden Protagonistinnen des Kongresses. Ihre Rolle hierbei ist eine besondere, denn sie öffnete das Mikrofon für die von Armut Betroffenen. Etwas mehr von diesem Geist wünscht sich Theda Borde auch für zukünftige Kongresse.

Daraufhin wird die „ganz besonders würdige Preisträgerin“, wie Theda Borde sie abschließend nennt, nach vorn gebeten. Eine kleine, freundliche Frau tritt ans Mikrofon und konstatiert „Ich bin unglaublich gerührt“. Dass sie alles vergessen habe, was sie hatte sagen wollen, stellt sie fest, und dass es für sie „eine große Ehre“ sei, mit diesem Preis ausgezeichnet zu werden.

Obwohl... „Preise – muss ich ehrlich sagen – ich steh nicht so drauf...“.

Klaus-Peter Stender – ein Hamburger tanzt den Kommuntango

Nachdem sich der Beifall für Jenny De la Torre Castro gelegt und Martin Klenk die zweite Cello-Einlage gegeben hat, betritt Prof. Ilona Kickbusch die Bühne und stellt Klaus-Peter Stender als zweiten Preisträger des Abends vor. Sie solle ihn nicht zu viel loben, habe man ihr in Vorbereitung auf die heutige Rede gesagt. Aber, „was tut man denn sonst in einer Laudatio?“

Während der Vorbereitung beim Blättern in den Schriften Klaus-Peter Stenders habe ein Wort ihre besondere Aufmerksamkeit geweckt: Das Wort „Kommuntango“. Ilona Kickbusch hält inne und lässt eine bedeutungsvolle Stille

folgen, die durch Martin Klenk mit einer Kurzeinlage aufgefüllt wird (noch während Theda Borde die Laudatio für Jenny De la Torre Castro hielt, hatte Ilona Kickbusch konspirative Gespräche mit dem Cellisten geführt – nun erhellt sich der Grund für selbige). Diesen Tango tanze Klaus-Peter Stender seit mittlerweile 25 Jahren. Dabei sei dieses Bild beinahe ein Widerspruch in sich. Schließlich ist Klaus-Peter Stender Hamburger. Hamburger und Leidenschaft?

Tango??
Tango!

Ilona Kickbusch zeigt die Parallelen zwischen dem lateinamerikanischen und Klaus-Peter Stenders Tanz auf: „Leidenschaft für die Sache, verbunden mit Präzision und ... Tango tanzt man nicht allein!“ Außerdem erscheine der Tanz – von außen gesehen – als ein Kunstwerk. Ebenso gestalte sich auch Herr Stenders tägliche Arbeit, was Kooperationsprozesse nach innen und nach außen betreffe, als „Gesamtkunstwerk“. Dies spiegelt sich in seinem Wirken im Rahmen des Gesunden Städte-Netzwerkes ebenso wie im 2010 initiierten Pakt für Prävention, den er wesentlich mitgestaltet. Darin sind insgesamt 110 Organisationen zusammengeschlossen. „Tanzen Sie mal mit all denen!“ Das Selbstverständnis der Zusammenarbeit wird darin definiert als eines der – „hören Sie sich das an: *breiten Verantwortungspartnerschaft!*“. Begeisterung schwingt in Ilona Kickbuschs Stimme mit. Sie formuliert den Wunsch, dass der Preisträger viel Zeit haben möge, um sein Wissen über solch fruchtbare Kooperationen zu teilen und weiterzugeben. Ilona Kickbusch beschließt ihre Rede mit einem Ausspruch Nerudas, der von der „brennenden Geduld“ spricht. Sie wendet sich nun direkt an Klaus-Peter Stender und konstatiert: „Die hast Du, ganz hamburgerisch!“

Als Klaus-Peter Stender nach vorn kommt, wendet er sich zunächst an die Preisträgerin Jenny De la Torre Castro und stellt fest: „Ich bin das totale Gegenprogramm zu Ihnen! Denn... Das wollen wir mal nicht vergessen: ich arbeite in einer Behörde! Unsere Arbeit ist keineswegs preiswürdig! Und als Hamburger nehme ich eigentlich gar keinen Preis in die Hand!“ Ein Lachen geht durch das Publikum für diese deutlich bekundete Distanzierung, die er auch während der Überreichung von Urkunde und Blumen beibehält: „Ich und Tango.... Mit diesem Bild fremdel ich total!“ Doch schließlich gelingt es ihm, sich in seine Rolle als Träger des diesjährigen Carola Gold-Preises einzufinden: „Ich fasse es auf als ein Symbol. Niemand baut ein Haus allein. Und ich habe den heutigen Preis in Vertretung für viele Andere entgegengenommen.“

Die Carola-Gold Preis Verleihung stand insofern ganz unter dem diesjährigen Kongressmotto „Gesundheit gemeinsam verantworten“.



Die Reaktionen der Preisträgerin und des Preisträgers zeigen: keine Einzeltaten führen in diesem Feld zu Erfolgen, es sind die Bewegungen einer Gemeinschaft. Diese müssen jedoch auch initiiert werden. Dazu braucht es eine ordentliche Portion Mut, Eigeninitiative, aber auch Begeisterungsfähigkeit sowie Kooperationsenergie, um die potenzielle Unterstützung von außen zu bündeln.

Hintergrund

Seit 2012 wird der Carola Gold-Preis an Menschen verliehen, die sich in herausragender Weise für die Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit einsetzen. Preisträgerinnen und -träger der vergangenen Jahre waren Eva Göttlein und Heinz Hilgers (im Jahr 2013), Ingeborg Simon und Dr. Andreas Mielck (im Jahr 2014). Der Carola Gold-Preis wurde gemeinsam vom Vorstand von Gesundheit Berlin-Brandenburg und dem Steuerungskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufen. Ausgelobt wird der Preis von den Landesvereinigungen für Gesundheit sowie dem AWO Bundesverband.

Carola Gold war die langjährige Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin-Brandenburg und Leiterin der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Sie setzte sich maßgeblich für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen in schwieriger sozialer Lage ein. Mit Mut, Durchsetzungsvermögen und auch Humor gelang es ihr, Netzwerke zu knüpfen, Themen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu setzen und voranzutreiben.

Carola Gold war die langjährige Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin-Brandenburg und Leiterin der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Sie setzte sich maßgeblich für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen in schwieriger sozialer Lage ein. Mit Mut, Durchsetzungsvermögen und auch Humor gelang es ihr, Netzwerke zu knüpfen, Themen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu setzen und voranzutreiben.

Marion Amler



Gemeinsam verantwortete Gesundheit in der Praxis

Gründung eines bundesweiten Bündnisses zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland

Auf dem 20. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin 2015 gründete sich am 6. März ein bundesweites Bündnis zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland.

Die Erfahrungen aus den letzten Jahren zeigen, dass es bundesweit immer mehr, sehr heterogen konzipierte, finanzierte und organisierte Initiativen, Vereine bzw. Versorgungsmodelle gibt, die von Armut, Ausgrenzung, sozialer Benachteiligung und Diskriminierung betroffene Menschen medizinisch, gesundheitlich und sozialrechtlich versorgen beziehungsweise beraten.

Kennzeichen der Betroffenengruppen ist häufig ein fehlender Krankenversichertenschutz, ein erschwerter Zugang zur medizinischen Versorgung im Gesundheitsregelsystem als Auswirkung einer gesellschaftsstrukturellen Fehl-, Mangel- und Unterversorgung. Unter den Betroffenen sind insbesondere wohnungslose Menschen, nicht krankenversicherte, sich legal in Deutschland aufhaltende, EU-Bürgerinnen und -Bürger (insbesondere aus Osteuropa), papierlose, illegalisierte Bürgerinnen und Bürger, im Rahmen der Verpflichtungserklärungsregelung legal in Deutschland lebende Flüchtlinge, Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Haftentlassene, und insbesondere auch Ältere, die privat versichert sind / waren und die unverhältnismäßig hohen Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlen können.

Das Bündnis setzt sich hauptsächlich aus niedrigschwellig, praktisch medizinisch täti-

gen und / oder sozialrechtlich beratenden Praxen, Ambulanzen, Vereinen und Versorgungsinstitutionen zusammen. Aber auch Ärzteorganisationen, Behörden und Verbände sind Mitbegründer des Zusammenschlusses.

Ziel des Bündnisses ist eine betroffenenzentrierte Öffentlichkeitsarbeit. Durch diese Form der Vernetzung und Kooperation erhoffen sich die Mitglieder eine größere bundesweite Bedeutung zu erlangen. Das Bündnis möchte durch Informationen die Öffentlichkeit für Probleme sensibilisieren, Betroffene über ihre sozialen Rechte aufklären und konkrete politische, gesellschaftsstrukturelle Forderungen stellen. Die zum Teil katastrophale Gesundheitsversorgungssituation von vielen in Deutschland lebenden Menschen soll damit nachhaltig verbessert werden.

Am 6.3.2015 haben die Gründungsmitglieder deshalb auf dem 20. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin folgende erste Forderungen an die politisch Verantwortlichen formuliert:

- Einführung einer Krankenkassenkarte für Alle (insbesondere auch für Asylbewerberinnen und Asylbewerber)
- Einführung eines anonymen Krankenbehandlungsscheines für papierlose Menschen (dies wurde auch schon von der deutschen Ärzteschaft auf dem Bundesärztekongress 2014 in Düsseldorf gefordert)
- Schaffung einer bundesweiten, für betroffene Menschen, Multiplikatorinnen und

Multiplikatoren zugänglichen Clearingstelle, insbesondere im Hinblick auf den Krankenversicherungsstatus ausländischer Bürgerinnen und Bürger (u. a. Menschen aus Polen, Rumänien und Bulgarien)

- Implementierung eines „Finanzierungsfonds“ für notwendige Krankenbehandlungen von Menschen, die noch nicht in das Regelversicherungssystem integriert sind
- Bundesweite Informationsbroschüren und Mitteilungen über Rechte und Möglichkeiten zur Rückkehr in das vorhandene Gesundheitssystem – leicht zugänglich und in leicht verständlicher Sprache sowie mehrsprachig verfasst. (Zusammenarbeit mit den Initiativen für „Leichte Sprache“ – barrierefrei!)

Weitere Ziele des Bündnisses sind:

- die Schaffung einer gemeinsamen Homepage
- die Erstellung einer Deutschlandkarte mit einer Übersicht zu den regional, vor Ort tätigen Versorgungspraxen, -ambulanzen, und Anlaufstellen
- die logistische Etablierung eines bundesweiten Informationsaustausches (beispielsweise anonymisierte Fallbesprechungen, politisches Vorgehen in den einzelnen Bundesländern u. v. m.)
- Austausch von medizinischen Hilfsgütern

Dr. Uwe Denker und Prof. Dr. Gerhard Trabert

Nähere Informationen finden Sie unter www.armut-gesundheit.de.



Impressionen aus den Foren des Kongresses Armut und Gesundheit 2015

Termine

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

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

Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Kind und Familie

Datum: Fr., 4. September 2015
von 10.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Patientenfürsprecher/innen Berlin

Datum: Mo., 7. September 2015
von 16.00 bis 18.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Bewegung und Ernährung

Datum: Mi., 9. September 2015
von 14.00 bis 16.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Migration und Gesundheit

Datum: Mi., 16. September 2015
von 15.00 bis 17.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Altern und Gesundheit

Datum: Mo., 21. September 2015
von 15.00 bis 17.30 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung

Datum: Di., 22. September 2015
von 15.00 bis 17.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock
www.gesundheitbb.de

Arbeitskreistreffen

Arbeitskreis Patientenfürsprecher/innen Brandenburg

Datum: Di., 13. Oktober 2015
von 14.00 bis 16.00 Uhr
www.gesundheitbb.de

Tagungen, organisiert oder mit veranstaltet von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Gesundheitsforum der

Landesgesundheitskonferenz

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen – Herausforderungen und Perspektiven für gemeinsames Handeln

Datum: Mo., 13. Juli 2015
von 16.30 bis 18.30 Uhr
Veranstalter: Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin
Ort: Urania Berlin (Saal, 2.OG), An der Urania 17, 10787 Berlin
www.berlin.gesundheitfoerdern.de

Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

6. Herbstkongress „Zukunft Prävention“

Kindergesundheit heute und morgen

Datum: Mi., 28. Oktober 2015
Veranstalter: Kneipp-Bund e.V., BARMER GEK, DAMiD – Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V.
Ort: Auditorium Friedrichstraße, Im Quartier 110, Friedrichstrasse 180, 10117 Berlin
www.zukunft-praevention.de

Bundestagung

Solidarität statt Konkurrenz – entschlossen handeln gegen Wohnungslosigkeit und Armut. Politik, Konzepte, Maßnahmen

Datum: Mo. bis Mi., 9. bis 11. November 2015
Veranstalter: BAG Wohnungslosenhilfe e. V.
Ort: Best Western Hotel MOA Berlin, Stephanstrasse 41, 10559 Berlin
www.bagw.de/de/tagungen/buta_basis/buta_15

Veranstaltungen im Bundesgebiet

11. Deutscher Seniorentag 2015

Gemeinsam in die Zukunft

Datum: Do. bis Sa., 2. bis 4. Juli 2015
Veranstalter: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO)
Ort: Congress Center Messe Frankfurt am Main
www.deutscher-seniorentag.de

Kongress

Pakt für Prävention 2015 – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg

Datum: Do., 10. September 2015
von 09.00 bis 17.30 Uhr
Veranstalter: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Ort: Hamburg, Bürgerhaus Wilhelmsburg
<http://hag-gesundheit.de>

Bundeswettbewerb

Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil

Frist: bis Do., 24. September 2015
Veranstalter: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Kommunalen Spitzenverbände, betreut durch das Deutsche Institut für Urbanistik
Ort: bundesweit
www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de

DVSG Bundeskongress 2015

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Menschen erreichen und Teilhabe ermöglichen

Datum: Do. bis Fr., 5. bis 6. November 2015
Veranstalter: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Ort: Münster
www.dvsg.org

Impressum

Herausgeber und Verleger:
Gesundheit Berlin-Brandenburg,
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231,
10969 Berlin,
Tel. 030-44 31 90-60,
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail: sekretariat@gesundheitsbb.de,
www.gesundheitbb.de

Wenn Sie den Info_Dienst **abbestellen** oder eine
Adressänderung angeben möchten, schreiben Sie
bitte an sekretariat@gesundheitsbb.de.

Redaktion:
Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.),
Marion Amler, Maren Janella, Julia Waldhauer

Auflage: 4.500

Satz und Layout:
Connie Wolff, www.connye.com

Druck:
Schöne Drucksachen,
Bessemerstraße 76a, 12103 Berlin
www.schoene-drucksachen.eu

Copyright:
Gesundheit Berlin-Brandenburg, Juni 2015
E-Mail an: redaktion@gesundheitsbb.de
ISSN 1614-5305

Bildnachweise:
André Wagenzik außer:
S. 23: Tobias Pietsch; Team Spahn
S. 26: Gesundheit Berlin-Brandenburg



Save the date!

Der kommende Kongress Armut und Gesundheit findet am
Donnerstag und Freitag, 17. und 18. März 2016
an der Technischen Universität Berlin
statt.

Die Satellitentagung wird traditionell einen Tag zuvor, am 16. März 2016, ausgerichtet.
Nähere Informationen erhalten Sie unter www.armut-und-gesundheit.de.

