

Dr. Elisabeth Pott

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Aktivitäten der BZgA zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Grundsatzvortrag von Herrn Mielck ist uns der ganze Umfang für den Bedarf an Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter nochmals deutlich vor Augen geführt worden. Insbesondere im Zusammenhang mit der Diskussion über die Streichung von Paragraph 20 SGB V im Jahr 1996 hat es eine verstärkte Ausrichtung der Gesundheitsförderung auf diesen Bedarf gegeben. Dies ist insbesondere den soeben dargestellten Aktivitäten der Landesvereinigungen zum Abbau ungleicher Gesundheits-Chancen zu verdanken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verfolgt seit vielen Jahren eine differenzierte Strategie der Ansprache auch schwer erreichbarer Gruppen wie z.B. Migrant/innen, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder Alleinerziehende. Sie hat daher quasi unter einer anderen Überschrift – nämlich Zielgruppenspezifität – in ihrer Fachlichkeit für Massen- und personale Kommunikation auch sozial benachteiligte Gruppen adäquat erreicht.

In der Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung ist es seit 1999 u.a. vor dem Hintergrund der Armut- und Reichtumsberichterstattung und der Erweiterung von Paragraph 20 SGB V zu einer ausdrücklichen Fokussierung auf die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte gekommen. Diese Fokussierung findet sich im Diskussionsprozess um nationale Gesundheitsziele, gesundheitsziele.de ebenso wie im deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung.

Die BZgA hat daher seit 2001 Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte als Querschnittsthema in ihre Arbeit aufgenommen. Das Querschnittsthema wird in drei Handlungssträngen umgesetzt.

[Folie 1]

1. Verbesserung der Datengrundlage und bundesweiten Vernetzung
2. Entwicklung eines Konzepts zur Integration der Gesundheitsförderung in Regionen mit besonderem Entwicklungsbedarf und
3. Einsatz bewährter Gesundheitsförderungsprojekte in sozialen Brennpunkten mit begleitender Evaluation.

Zu 1. Verbesserung der Datengrundlage und bundesweiten Vernetzung

In einem Expertenworkshop, an dem neben anderen Herr Professor Rosenbrock als Mitglied unseres Wissenschaftlichen Beirats und Herr Dr. Mielck teilgenommen haben und der von Frau Professor Kaba-Schönstein moderiert wurde, wurde die Grundlage für das Querschnittsthema Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte der BZgA gelegt. Es bestand Einigkeit – und ich zitiere jetzt aus der Abschlusserklärung des Expertenworkshops –

„, dass nur mit einem engmaschigen Netz qualitätsgesicherter sozialkompensatorischer Interventionen zur Senkung pathogener Belastungen und zur Vermehrung salutogener Ressourcen eine substanzielle Verminderung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheits-Chancen zu erreichen ist. Projekte und Aktivitäten dieses Typus haben im vergangenen Jahrzehnt quantitativ erheblich zugenommen, ohne dass ein hinreichendes Wissen über ihre Verbreitung, ihre Besonderheiten, ihre Erfolge und Misserfolge, ihre Qualitäten, ihre Qualitätssicherung, ihre gesundheitlichen sowie andere relevanten Ergebnisse und Wirkungen vorliegt.“

Und es bestand Einigkeit darüber,

„, dass zunächst ein Überblick erstellt werden müsse, über die in Deutschland laufenden und abgeschlossenen Interventionen nach Zielgruppen, Settings, Interventionstypen, beteiligten Akteuren, Ergebnissen usw.. Die Schaffung eines solchen Überblicks erfordert auch aufsuchende Forschung.“

In Kenntnis der bereits bestehenden Übersichten aus Baden-Württemberg, Niedersachsen, Berlin, Hamburg und Thüringen wurde und wird darüber hinaus die Notwendigkeit einer bundesweiten Bestandsaufnahme gesehen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil hierüber ein verstärkter bundespolitischer Rückenwind erwartet wird.

Um dem Vorhaben die kompetente Beratung und Betreuung zur Seite zu stellen, haben wir nationale und internationale Experten gebeten, im **beratenden Arbeitskreis der BZgA für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten** mitzuwirken. Ich möchte an dieser Stelle diesen Damen und Herren einmal ganz herzlich danken; denn nur so konnten beispielsweise unser Erhebungsinstrument als auch die jetzt anstehenden Fragen der Qualitätssicherung auf hohem Niveau entwickelt werden:

[Folie 2]

Seit August diesen Jahres gibt es nun diesen bundesweiten Überblick im Internet unter www.datenbank-gesundheitsprojekte.de. In nur einem $\frac{3}{4}$ Jahr vom Startschuss des Projekts bis zur Einstellung in das Internet wurden zunächst über 10.000 Aussendungen an die folgenden Trägerinstitutionen auf Bundes- Landes- und teilweise Kreisebene vorgenommen.

[Folien 3, 1-4]

Beispielsweise an den deutschen paritätischen Wohlfahrtsverband auf der Kreisebene, die Jugendämter auf Landes- und Kommunalen Ebene oder die Volkssolidarität auf Kreisebene um nur einige zu nennen. Mit 38,3 Prozent (entsprechend 3.852 Rücksendungen) bestand ein sehr guter Rücklauf, der sich auf die einzelnen Bundesländer wie folgt verteilte.

[Folie 4, 1-2]

Daraus können Sie ersehen, dass sich rein quantitativ eine erstaunlich hohe Zahl - über alle Bundesländer verteilt - von Projekten und Maßnahmen mit dem **Ziel Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte identifizieren**. Bis heute sind 2.600 Projekte und Maßnahmen in die Datenbank aufgenommen. Eine ständige Aktualisierung und Verifizierung der Angaben wird durchgeführt. An dieser Stelle möchte ich Gesundheit Berlin, die in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg mit uns diese Informationsgrundlage geschaffen haben und weiter betreuen, für diese außerordentliche Leistung ganz besonders danken.

Natürlich wissen wir, dass das Bekenntnis zu einem Thema noch keine Aussage über Qualität und Quantität gesundheitsfördernder Maßnahmen zulässt. Dies gemeinsam mit den Trägerinstitutionen – quasi in Form einer aufsuchenden Forschung – in Angriff zu nehmen soll ein wesentlicher Bestandteil unserer zukünftigen Kooperation sein.

Hervorzuheben ist aber auch das Engagement des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, der über einen Forschungsauftrag herausfinden wird, welche Projekte und Maßnahmen aus dieser Datenbank dem Settingansatz der Gesundheitsförderung genügen. Hiervon verspreche ich mir eine Beurteilungsgrundlage nicht nur für die Förderungswürdigkeit sondern insbesondere für die Verbreitung, d.h. auch Neuförderung, von „good practice“-Modellen.

Dr. Raimund Geene und Dr. Frank Lehmann werden Ihnen im Anschluss an die Kaffeepause die Datenbank sowie die vorgesehene Ausweitung zur Internet-Plattform als Beispiel für gelungene Kooperation präsentieren.

zu 2.

Konzeptentwicklung zusammen mit dem E & C Programm „Entwicklung und Chancen von jungen Menschen in sozialen Brennpunkten“

E & C ist Partnerprogramm der Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“ und zielt darauf ab, der Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen, die in benachteiligten Stadtteilen aufwachsen, entgegenzuwirken – und zwar durch sozial räumliche Strategien – insbesondere durch Vernetzungsstrategien – in Zusammenarbeit mit Quartiersmanagern. Die BZgA unterstützt diese Initiative unter anderem auch deswegen, weil über diesen Ansatz die Gefahr einer Stigmatisierung vermieden wird. In regelmäßigen Abständen finden gemeinsame Fachtagungen statt, um ein gemeinsames Konzept zur Integration der Gesundheitsförderung zu entwickeln.

[Folie 5]

Zukunftsweisend erscheinen vor allem Ansätze, die über

- die **Kooperation** von Jugendhilfe, öffentlichem Gesundheitsdienst und freien Trägern hinaus auch die niedergelassenen Ärzte, hier vor allem Pädiater, einbinden
- bewährt haben sich z.B. **Kommunale Berichterstattung** als Politikvorbereitung
- verbindlich geregelte **intersektorale Zusammenarbeit**
- **integrierte Ansätze** (Arbeit mit Kindern, ihren Eltern und Erzieher/innen bzw. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) und
- **aufsuchende Angebote** (vor allem für junge Eltern)

Kurzfristige Interventionen, die z.B. mittelfristig finanziell nicht gesichert sind und/oder nicht von den Kommunalen Ämtern bzw. den Kommunalen Spitzen mitgetragen werden, sollten vermieden werden, da sie schnell zur Demotivation der Beteiligten führen.

Das nächste Fachforum in Zusammenarbeit mit der Regiestelle E & C ist für Ende Januar 2004 geplant.

zu 3.

Einsatz bewährter Projekte der BZgA in sozialen Brennpunkten mit Evaluation

Ende der neunziger Jahre hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihren mittelfristigen Schwerpunkt „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ gebildet.

Dies ist unter anderem mit dem Ziel geschehen, in der allgemeinen Gesundheitsaufklärung einen höheren Wirkungsgrad durch die Konzentration auf eine Zielgruppe zu erreichen.

Angesichts der Entwicklungen seit dem Jahr 2000 - insbesondere der Diskussion über nationale Gesundheitsziele und der Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung - muss geprüft werden, ob angesichts neu entstehender Synergien diese Schwerpunktsetzung weiterhin sinnvoll ist. Dies muss abhängig gemacht werden von **grundlegenden Prüfungen der Effizienz und Effektivität in Bezug auf bevölkerungsweite Gesundheitsziele**. Mit welchem Ressourceneinsatz können welche bevölkerungsweiten Gesundheitsziele im Rahmen verbindlicher und nachhaltiger Kooperationen **effektiv und effizient** erreicht werden?

Die Ansätze, die die BZgA bei ihren Projekten und Kampagnen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verfolgt, sind

[Folie 6]

- Die Förderung der gesunden körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung (Abkehr von reiner Wissensvermittlung, Ratschlägen und Appellen)
- Lebensbegleitender und ganzheitlicher Ansatz
- Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen (Stärkung und Entwicklung von eigenverantwortlichem Verhalten)

- Stärkung und Entwicklung der Gesundheitsförderungskompetenz von Eltern und Betreuungspersonen (und Multiplikatoren)

Wichtig dabei ist, dass reine Informationsvermittlung als Ansatz/Methode nicht ausreicht, sondern unbedingt die Kompetenzentwicklung dazu gehört.

Zentrale Aspekte zur Erreichung der Ziele und Umsetzung der Ansätze – insbesondere bei der Ansprache der Zielgruppe Kinder und Jugendliche – sind dabei:

- Gesundheit erlebbar machen: d.h. einen lebendigen Zugang finden, der auch emotional anspricht, Gelegenheiten zum Ausprobieren schafft, positives Erleben in den Vordergrund stellt, Eigenaktivität fördert, in „Szene“ setzt (z.B. Kinderliedertour)

[Folie 7]

- Integrierte Ansätze fördern: d.h. das Wechselspiel zwischen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung berücksichtigen; im Alltag bei den Bedürfnissen der Jugendlichen ansetzen und Sinneserfahrungen ermöglichen, spürbar/erlebbar zu machen (z.B. „gut drauf“)

[Folie 8]

- Neue Medien nutzen – gerade bei Themen, die vielleicht nicht so nah an „Gesundheit“ liegen, ist das Medium Internet als ein sehr attraktives Medium hilfreich bei der Erreichung bestimmter Zielgruppen. Die BZgA nutzt dieses Medium z.B.

[Folie 9]

- im Bereich Sexualpädagogik: „Loveline.de“ wurde zu Themen der Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Verhütung entwickelt und dient insbesondere der Ansprache männlicher Jugendlicher. Gerade männliche Jugendliche sind bezüglich dieser Themen häufig schwieriger ansprechbar, werden aber über das Medium Internet/PC gut erreicht.

[Folie 10]

- Ähnlich ist es im Bereich der Suchtprävention. Über das Internetangebot „Drugcom.de“ können sich Jugendliche informieren und in einen Dialog und Austausch miteinander treten. Über diese Form des Angebotes wird eine kritische Selbstreflektion gefördert, was in Konkurrenz zu kommerziellen Anbietern geschieht, die ganz andere Ziele mit ihrem Internetangebot verfolgen. Wichtig sind dabei spielerische Elemente und Interaktivität des Angebotes.
- Das „kooperative Handeln“ ist ein weiterer zentraler Aspekt zur Erreichung der Ziele:
 - Die BZgA ist bspw. derzeit in Kooperation mit dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte an der Überarbeitung des „Gelben Heftes“ beteiligt. Die Aufgabe der BZgA liegt in der Entwicklung von begleitenden Elterninformationen. Diese sollen dazu dienen, die Eltern darüber zu informieren, was sie in der Entwicklung ihres Kindes beobachten sollten, was sie sich notieren und in das Gespräch mit dem Arzt einbringen sollten. Die Ergänzung soll den Eltern helfen, Schritte der kindlichen Entwicklung (z.B. Psychomotorik und soziale Fähigkeiten) zu erkennen und sie in ihrer Kompetenz zu stärken, die Entwicklung ihrer Kinder gesundheitsfördernd zu beeinflussen.
 - Ein weiteres Beispiel sind die Kochcharts, die auf der Grundlage einer Kooperation des Kinderkanals ARD/ZDF mit der BZgA beruhen, mit dem Ziel, Gesundheitsthemen in verschiedene Sendeformate einzubringen.

Werden Maßnahmen der BZgA, die bisher allgemein angeboten wurden, verstärkt in sozialen Brennpunkten eingesetzt, so wird sowohl auf der Strukturebene (z.B. vorhandene personelle und räumliche Infrastruktur) als auch auf der Prozessebene (Ankündigung, Durchführung und Dokumentation) als auch auf der Ergebnisebene (z.B. Verhaltensänderung) zu beobachten sein, welche Unterschiede zwischen dem Einsatz dieser Maßnahmen in sozial benachteiligten im Vergleich zu nicht sozial benachteiligten Orten bestehen. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass ein höherer Ressourceneinsatz in sozial benachteiligten Regionen erforderlich ist.

Ich hoffe, dass

- nach den Darstellungen der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit und
- den Ausführungen von Herrn Voss vom BKK Bundesverband sowie

- meiner Darstellung der Strategie und der Maßnahmen der BZgA

deutlich wird, wie wir in den heute zu unterzeichnenden Kooperationen weiterhin konkret Synergien finden.

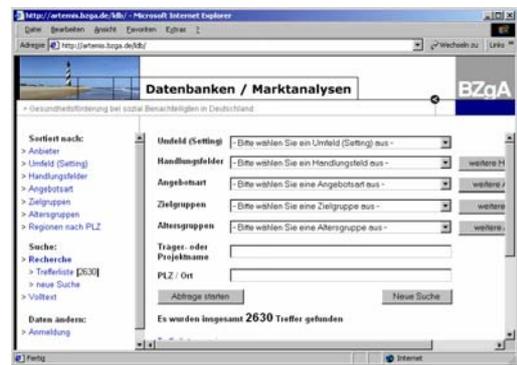
Ich rege an, zukünftig **einmal pro Jahr ein erneutes Kooperationsstreffen** durchzuführen, um kritisch den Stand der Weiterentwicklung unserer Zusammenarbeit zu beleuchten.

Vielen Dank!

Umsetzung des Schwerpunktes

„Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ in der BZgA

- ▶ 1. Verbesserung der Datengrundlage und der Vernetzung
- ▶ 2. Konzeptentwicklung mit E&C, Bund/Ländervereinbarung „Soziale Stadt“
- ▶ 3. Einsatz bewährter Projekte in sozialen Brennpunkten



In die systematische Recherche einbezogene Träger-Institutionen

Träger-Institution	Erläuterung
„Netzwerk Hauswirtschaft“ (Projekt des BMFSFJ)	Adressen über LVG Niedersachsen
AIDS-Hilfen	Landesebene
Alzheimer-Gesellschaft	Land & Kreis
Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)	Kreisebene
Arbeiterwohlfahrt (AWO)	Kreisebene
Arbeitsloseninitiativen	lokal, soweit verfügbar
Arbeitsministerien	Landesebene
Ärztckammern	Landesebene
Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V.	Bundesverband und Landesverbände, zwei Regionalverbände

In die systematische Recherche einbezogene Träger-Institutionen

Träger-Institution	Erläuterung
Blaues Kreuz in Deutschland e.V.	Bundesverband, einzelne Einrichtungen
Bundesweiter „Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit“	Mitglieder
Caritas-Verband	Kreisebene (bzw. analog Diözesen)
Christlicher Verein junger Menschen (CVJM)	Landesebene
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW)	Kreisebene
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	Kreisebene
Diakonisches Werk	Landes-/Diözesenebene, je nach Verfügbarkeit Mitglieder erfasst
Fachhochschulen für Sozialarbeit	Bundesweit vollständig
Freundeskreis Suchtkrankenhilfe e.V.	Landesverbände, z.T. Regionalverbände
Gesunde-Städte-Netzwerk	Mitgliedskommunen
Gesundheitsämter	Kreisebene

In die systematische Recherche einbezogene Träger-Institutionen

Träger-Institution	Erläuterung
Gesundheitsministerien	Landesebene
Gewerkschaften / DGB	Landesbezirke
Gewerkschaftliche Arbeitslosenverbände, Koordinationsstelle	Landesebene, einschließlich Arbeitslosenverband Deutschlands e.V.
Guttempler (Selbsthilfeverband)	Bundesverband, Landesverbände
Jugendämter	Landes- und kommunale Ebene
Krankenkassen	AOK, BEK, BKK, DAK, IKK,TK Landesgeschäftsstellen
Kreuzbund e.V.	Landesebene (soweit verfügbar)
Landessportbünde	Landesebene
Landesstellen gegen die Suchtgefahren	Landesebene
Landesvereinigung für Behinderte	Landesebene
Bundesvereinigung für Gesundheit	Bundesvereinigung und Mitglieder

In die systematische Recherche einbezogene Träger-Institutionen

Träger-Institution	Erläuterung
Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser	Mitglieder
Netzwerk gesundheitsfördernder Betriebe	Mitglieder (Verteilung durch LVG Niedersachsen)
OPUS-Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen	Mitgliedsschulen (Recherche durch LVG Niedersachsen)
Pro Familia	Landesebene und z.T. Kreisebene, soweit verfügbar
Sozialministerien	Landesebene
Sozialverband VDK	Landesverbände
Suchtberatungsstellen	soweit verfügbar
Unfallkassen der Länder	Landesebene
Volkshochschulen (VHS)	Auswahl: Landeshauptstädte
Volkssolidarität (VS)	Kreisebene

Rücklauf der Erhebung nach Bundesländern

Bundesland	Aussendungen	Rücklauf Träger	Rücklaufquote in %
Thüringen	709	320	45,1
Saarland	136	58	42,6
Bayern	894	379	42,4
Mecklenburg-Vorpommern	262	110	42,0
Sachsen	419	175	41,8
Rheinland-Pfalz	434	177	40,8
Schleswig-Holstein	321	125	38,9
Niedersachsen	785	305	38,9
Hessen	656	252	38,4
Sachsen-Anhalt	303	116	38,3

Rücklauf der Erhebung nach Bundesländern)

Bundesland	Aussendungen	Rücklauf Träger	Rücklaufquote in %
Brandenburg	345	130	37,7
Nordrhein-Westfalen	1.743	655	37,6
Berlin	1.549	540	34,9
Hamburg	222	76	34,2
Baden-Württemberg	1.141	390	34,2
Bremen	148	44	29,7
Gesamt	10.067	3.652	38,3

Konzeptentwicklung zur Integration der Gesundheitsförderung in Städte und Regionen mit besonderem Entwicklungsbedarf

- Kooperation Jugendhilfe, ÖGD, freie Träger, Ärzte
- Kommunale Berichterstattung als Politikvorbereitung
- verbindlich geregelte intersektorale Zusammenarbeit
- integrierte Ansätze (Kinder, Eltern, Erzieher/innen sowie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung)
- aufsuchende Angebote

Ansätze, die die BZgA in Projekten und Kampagnen verfolgt

- Entwicklungsförderung
- lebensbegleitend, ganzheitlich
- Förderung Gesundheitskompetenz
- Stärkung Gesundheitsförderungskompetenz der Eltern und weiterer Multiplikatoren
- aufsuchende Angebote

