



**Dokumentation des
3. Kooperationsstreffens**



**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN**
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Impressum:

Herausgeber:

Gesundheit Berlin für den Kooperationsverbund
"Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"

Redaktion:

René Riedel, Holger Kilian
Gesundheit Berlin

Satz und Layout:

Jenny Kleinwächter, Artur Mattern

Druck:

eurografix-berlin.de

1. Auflage
März 2006

Inhaltsverzeichnis

■ **Grußworte**

K.-Dieter Voß
BKK Bundesverband 5

Dr. Elisabeth Pott
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 6

Dr. Raimund Geene
Gesundheit Berlin 7

■ **Gesprächsrunde zur bisherigen Arbeit des Kooperationsverbundes** 8

■ **Statements der neuen Kooperationspartner** 14

■ **Beispiele guter Praxis**

"Endlich fragt mich mal einer!"
Barbara Leykamm 22

Fitness für Kids
Dagmar Siewerts 26

Medienprojekt "Wir lassen uns nicht manipulieren"
Uta Schröder 28

■ **Verabschiedung**

K.-Dieter Voß
BKK Bundesverband 35

Grußwort

K.-Dieter Voß

(BKK Bundesverband)



Sehr geehrte Frau Dr. Pott, Herr Dr. Geene, meine Damen, meine Herren,

ich freue mich, Sie zum dritten Kooperationstreffen, zu dem wir gemeinsam eingeladen haben, begrüßen zu können. Über die große Resonanz mit vielen thematisch interessierten Organisationen, die Vertreter entsandt haben, sind wir - bin ich - gleichermaßen erstaunt wie erfreut. Ein großer Kreis von Ihnen hat bekundet, dem Kooperationsverbund als neues Mitglied beitreten zu wollen. Das finde ich persönlich außerordentlich gut, es ist aber auch gut für das Thema, und es ist gut für die Betroffenen.

Die Keimzelle des Kooperationsverbundes war und ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sie ist damit einem besonderen gesundheitspolitischen Auftrag nachgekommen, nämlich dazu beizutragen, dass auch sozial Benachteiligte ein Mehr an Gesundheit erleben können und nicht auch in dieser Hinsicht ausgegrenzt sind. Am Anfang der Arbeit des Verbundes stand eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Präventionsansätze für sozial Benachteiligte, die in einer Datenbank erfaßt wurden. Sie enthält inzwischen über 2700 Projekte zu diesem Themenfeld. Über diesen Weg sind wir beim BKK Bundesverband auf den Verbund aufmerksam geworden. Im Jahre 2002 hat sich auf verschiedenen Ebenen im BKK-System die Überzeugung durchgesetzt, dass der Setting- und Lebens-

weltansatz "Betrieb", den wir bereits seit Jahrzehnten erfolgreich bearbeiten, zwar richtig und notwendig, aber endlich ist. Denn im BKK-System besteht natürlich ein Bedarf an Präventionsleistungen auch außerhalb der Betriebe. Und wir wissen, dass viele Menschen von den klassischen Präventionskursen nicht erreicht werden, wir also - wie wir das von der betrieblichen Gesundheitsförderung her kennen - in die Lebenswelten gehen müssen, um die Prävention auf diese Zielgruppe zu erschließen. Und dafür war die Datenbank des Kooperationsverbundes für uns hilfreich und wird es auch weiterhin sein.

Im Rahmen unserer 2003 begonnenen Initiative Mehr Gesundheit für alle haben wir schon frühzeitig, gestützt auf Expertisen von Herrn Dr. Geene und Herrn Prof. Rosenbrock, die in der Datenbank vorgefundenen Projekte und Beispiele für unsere Zwecke gesichtet und zahlreiche Anregungen und Ideen für unsere Initiative nutzen können.

Im Kooperationsverbund sind neben der Datenbank auch die Regionalen Knoten entstanden. Der BKK Bundesverband unterstützt inzwischen vier davon finanziell. Auf die Knoten greifen wir für unsere Projekt als Informations-, Vernetzungs- und Unterstützungsbasis zurück, wenn es um lebensweltbezogene Ansätze ging und geht. Dies hat es uns erleichtert, im Rahmen von Mehr Gesundheit für alle inzwischen rund 30 Lebensweltprojekte zugunsten unterschiedlicher Zielgruppen und verteilt über alle Bundesländer zu entwickeln und auf den Weg zu bringen. Es war insofern naheliegend, dass sich der BKK Bundesverband bereits im Jahr 2003 zur Mitgliedschaft im Kooperationsverbund entschlossen hat.

Wenn wir gemeinsam davon ausgehen, dass Prävention und Gesundheitsförderung letztlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind und nicht nur die Aufgabe einiger weniger Organisationen, muss es darum gehen, die Basis dieser Arbeit zu verbreitern, besonders, wenn im Fokus unserer Bemühungen die sozial Schwächeren stehen. Mit breiterer Basis, auf breiteren Schultern, können wir gemeinsam

mehr erreichen, als es Einzelorganisationen möglich ist. Deshalb bin ich sehr froh, dass die gemeinsame Einladung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin und des BKK Bundesverbandes, getragen auch von den Institutionen, die bereits Mitglied im Kooperationsverbund sind, auf eine so starke Resonanz gestoßen ist. Das zeigt uns, dass unsere Sichtweise der Notwendigkeit gemeinsamen Handelns auch von Ihnen geteilt wird.

Gemeinsam sind wir auch der Auffassung, dass wir zum gemeinsamen Handeln nicht abwarten müssen, bis das in der letzten Legislaturperiode gescheiterte Präventionsgesetz in einer neuen Fassung wieder aufgelegt wird. Ich denke, die heute hier anwesenden Partner belegen durch ihre Bereitschaft, den Kooperationsverbund zu unterstützen, dass sie auch jenseits gesetzlicher Regelungen genügend Handlungsspielräume und Finanzressourcen mobilisieren können, um gemeinsam Sinnvolles für die Prävention zu tun. Dies ist auch die Auffassung des Arbeitskreises der Spitzenverbände der Krankenkassen. Unter der Federführung von Herrn Stuppardt vom IKK-Bundesverband haben wir uns bereits im Juli 2005, als absehbar war, dass das geplante Präventionsgesetz scheitern würde, in einer gemeinsamen Empfehlung dafür ausgesprochen, für lebensweltbezogene Ansätze pro Versichertem und Jahr mindestens 50 Cent zu verausgaben. Wir haben uns im Sinne einer Selbstverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung darüber hinaus verständigt, den gesetzlichen Richtwert von derzeit 2,70 Euro pro Versichertem und Jahr für notwendige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vollständig auszuschnöpfen, auch ohne dass der Gesetzgeber tätig wird.

Ich wünsche mir, dass sich aus der heutigen Veranstaltung heraus in der Zukunft eine Verbreiterung der bis jetzt geschaffenen Basis im Kooperationsverbund entwickeln wird. Dass wir gemeinsam und in echter Partnerschaft die Prävention und Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte angehen und im Interesse der betroffenen

Menschen wirksam und erfolgreich arbeiten werden. Gemeinsam können und werden wir allemal mehr bewegen.

Wie viele andere Organisationen hat auch der BKK Bundesverband bisher Vorleistungen erbracht. Angesichts des Hinzutretens neuer Partner werden wir aber unsere Bemühungen um das Thema nicht vermindern, sondern unser Engagement fortsetzen und ausbauen. Ich erhoffe mir, dass alle Organisationen, die sich heute dem Kooperationsverbund anschließen, Engagement aber auch finanzielle Mittel mit einbringen und wir auf dieser verbreiterten Basis dann tatsächlich mehr erreichen werden. Mit der Erweiterung des Kooperationsverbundes und in Strukturen, die noch gemeinsam zu schaffen sein werden, wollen wir unserem gemeinsamen Ziel, der Stärkung der Prävention insbesondere sozial Benachteiligter, näher kommen. Wenn dies auf freiwilliger Basis gelingt, werden gesetzgeberische Maßnahmen mit Verpflichtungscharakter möglicherweise gar nicht mehr oder nur noch in reduziertem Umfang erforderlich sein. Alternativen zu unserem Tun gibt es nicht.

Grußwort

Dr. Elisabeth Pott

(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)



Meine sehr verehrten Damen und Herren, lieber Herr Voß, lieber Herr Stuppardt, sehr geehrter Herr Rosenbrock, sehr geehrter Herr Geene,

Ich bedanke mich ganz herzlich, dass wir heute hier im Haus der BKK tagen dürfen, dass wir diese schönen Tagungsräume für dieses aus meiner Sicht sehr wichtige Treffen zur Verfügung haben.

Es ist das dritte Kooperationstreffen der alten und nunmehr auch der neuen Partner. Derjenigen, die sich entschlossen haben, Ernst zu machen mit dem Thema "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten". Das Thema ist eines, das im Grunde schon sehr lange bekannt ist, aber wie so häufig im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hat es viele Jahre gebraucht, bis es an die Oberfläche gekommen ist. Daher ist es wunderbar, dass wir heute sagen können, dass ein kleiner Workshop, der vor einigen Jahren bei der BZgA stattfand, dazu beigetragen hat, ein solches Projekt auf den Weg zu bringen. Diese Veranstaltung fand damals unter Beteiligung von Herrn Prof. Rosenbrock statt, der ja bundesweit und darüber hinaus als Vorstreiter für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bekannt ist. Daneben danke ich ganz herzlich auch den Beteiligten und Unterstützern der ersten Stunde, die mit dabei waren, einen solchen Kooperationsverbund auf die Beine zu stellen: Das war im ganz besonderen Ma-

ße die BKK, Herr Prümel-Philippson und die Bundesvereinigung für Gesundheit, Gesundheit Berlin - Herr Geene, Sie haben als Motor in diesem Projekt gewirkt und mit uns die Datenbank entwickelt, die heute die Grundlage und ein wichtiges Instrument für den Kooperationsverbund ist. Auch allen anderen Landesvereinigungen für Gesundheit in den verschiedenen Bundesländern, die von vornherein mitgemacht haben. Ganz besonders freue ich mich angesichts dieser Anfänge des Jahres 2003, dass heute so viele neue Partner dazukommen, die ich jetzt noch einmal begrüßen will.

Der Kooperationsverbund hat in diesen zwei Jahren eine wunderbare Entwicklung genommen. Das heutige Treffen ist, so glaube ich, auch eine Bestätigung dafür, dass wir uns mit diesem Projekt auf den richtigen Weg begeben haben.

Wir wissen heute alle, dass Gesundheitsförderung auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Information, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen beruhen muss. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und mit den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld gemeinsam entwickelt und umgesetzt werden. Gesund leben muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden. Das versuchen heute beispielhaft viele Praxisprojekte, Modelle und Maßnahmen umzusetzen. Dabei stellen wir fest, dass die heutige Situation geprägt ist von vielen Einzelkämpfern, die mit einem hohen Engagement und in der Regel mit weit überdurchschnittlichem Arbeitseinsatz ihre Projekte voranzubringen suchen, während es bundesweit an geeigneten Strukturen fehlt, die Zielgruppen wirklich zu erreichen. Der Bedarf, erfolgreiche Ansätze bekannt und transferierbar zu machen wird hier deutlich. Es ist deutlich geworden, dass nur mit einer Vernetzung der Akteure hier Fortschritte zu erzielen sind und nur über koordinierte Problemlösungsstrategien die Erfolgsaussichten mittel- und langfristig verbessert werden können und überhaupt erst darstellbar werden. So engagiert die einzelnen, so anerkennenswert die

Leistungen und Anstrengungen in den einzelnen Projekten sind, so muss doch, um bundesweit Erfolge mit Bevölkerungsbezug erzielen zu können, eine flächendeckende vernetzende Struktur geschaffen werden. Wir hoffen sehr - und was wir bisher erleben, vermittelt uns den Eindruck, dass wir auf einem guten Weg sind - dass es uns gelingt, gemeinsam eine solche Struktur zu schaffen. Und wenn Sie sich vor Augen führen, welche Partner sich in den Kooperationsverbund bis heute einbringen, so sehen Sie, dass sich hier abbildet, was wir schon lange gefordert haben: Der öffentliche Gesundheitsdienst, Kommunen und Länder, Krankenkassen und der soziale Bereich müssen sich einbringen. Vernetzung muss zwischen diesen verschiedenen Partnern stattfinden, wenn wir alle Aspekte der Gesundheit, gerade im Bereich der sozial Benachteiligten, entsprechend abdecken wollen.

Deshalb freue ich mich über das heutige Kooperationstreffen, über die Vielzahl der neuen Partner, die wir gemeinsam gewinnen konnten und hoffe, dass es uns nun gelingen wird, was wir bisher begonnen haben mit noch mehr Leben zu füllen. Das langfristige Ziel sollte sein, von Beispielen Guter Praxis, wie wir sie heute vorstellen wollen, zu einer langfristigen neuen Strategie zu kommen, mit der eine neue Präventionskultur entsteht. Denn es kann in der Zukunft nicht darum gehen, dass immer wieder das Rad neu erfunden, dass immer wieder nur ein neues Projekt mit begrenzter Laufzeit gemacht wird, das vereinzelt für sich steht. Wir haben heute die Chance, Erfolge aus einem Projekt in eine Kultur zu überführen. Das herzustellen wird nur gelingen, wenn wir das mit allen Partnern hier gemeinsam unternehmen. Das kann niemand alleine, das können wir nur gemeinsam. Ich hoffe, dass uns das gelingt.

Herzlichen Dank.

Grußwort

Dr. Raimund Geene

(Gesundheit Berlin)



Vielen Dank Frau Dr. Pott, vielen Dank Herr Voß.

Sie haben überzeugend dargestellt, warum die Gesundheitsprobleme bei sozial Benachteiligten so weit vorn auf die Agenda gehören. Lassen Sie mich nur ergänzen, dass es sozial Benachteiligten in aller Regel nicht an der Kenntnis über gesundes Verhalten fehlt; die Themen Ernährung und Bewegung, oder dass Rauchen schädlich ist, das ist allgemein bekannt - es steht auf jeder Zigarettenschachtel. Rauchen zeigt auch, dass es gar nicht immer um die Frage der finanziellen Mittel geht: Rauchen ist teurer als Nichtrauchen. Es geht vor allem um die Frage wie gesunde Lebensweisen zum unausgesprochenen Verhaltenskodex im Alltag der Menschen wird. Hierzu hat die Weltgesundheitsorganisation den Setting-Ansatz formuliert. Hierbei ist der Ort nicht nur wichtig als Zugangsweg zu sozial Benachteiligten, sondern als Lebenswelt, die gesundheitlich gestaltet werden kann.

Eine durchaus erfolgreiche Anwendung dieses Ansatzes gibt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier haben die Krankenkassen und insbesondere der BKK Bundesverband eine wichtige Vorreiterrolle gespielt. Und nun geht es um die Frage wie man die hier gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse auf die Lebenswelten sozial Benachteiligter übertragen kann. Genau das war ja das Thema des Workshops gewesen, den Frau Dr. Pott angesprochen hat, und auch Thema unseres Kooperationstreffens im ver-

gangenen Jahr, auf dem Herr Prof. Rosenbrock ein Gutachten dazu vorstellte, wie der § 20 tatsächlich umgesetzt werden kann.

Die Strategie, die wir hier verfolgen, ist es, ein Bündnis der Experten zu etablieren: aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, den gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallkassen mit den Praktikern in den Lebenswelten sozial Benachteiligter: aus den Wohlfahrtsverbänden und der Sozialarbeit, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und mit den Kompetenzzentren der Gesundheitsförderung, den Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung. Die Landesvereinigungen verfügen über ein gebündeltes Wissen und umfangreiche Praxiserfahrung im Bereich der Settingbezogenen Gesundheitsförderung. Das gilt es auf der Ebene der Koordinierung in den Ländern zu nutzen: bei der Qualitätsentwicklung, bei der Netzwerkbildung und für Modellprojekte. In diesem Sinne versteht sich auch der bundesweite Kooperationsverbund, der sich heute auf eine neue Ebene stellt.

Der Kooperationsverbund arbeitet auf vier Feldern. Zum einen geht es dabei um die Markttransparenz mit der Datenbank. Dem 2. Feld, der Internet-Plattform, kommt die Aufgabe zu, die Ergebnisse der Arbeit regelmäßig und breit zu kommunizieren. Der Bereich Good Practice soll dabei helfen, den Setting-Ansatz in die konkrete Praxis der Projekte zu führen. Die Regionalen Knoten dienen dazu, den gesamten Prozess in die Länder zu tragen.

Abschließend möchte ich noch einmal der BZgA danken dafür, dass sie den gesamten Prozess initiiert hat, dem BKK Bundesverband für die tatkräftige Unterstützung und die Ausrichtung dieses Treffens und meinen Kolleginnen und Kollegen von den Landesvereinigungen dafür, dass sie von Anfang an die Grundstruktur und das Gerüst des Kooperationsverbundes gebildet haben.

Alle neuen Partner begrüße ich herzlich: die Partner aus den gesetzlichen Krankenversicherungen, den AOK-Bundesverband, den IKK-Bundesverband, die Ersatzkassen, hier besonders die Barmer und die Gmünder Ersatzkasse, die heute auch als Einzelkassen die Kooperations-

vereinbarung mit unterschreiben werden, die Knappschaft und die Krankenkassen der Landwirte. Aus dem Bereich der Praxis möchte ich besonders die Verbände der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes erwähnen sowie die Nationale Armutskonferenz und auch die Wohlfahrtsverbände. Denn in unserer Datenbank zeigt sich schließlich, dass besonders sie diejenigen sind, die die konkrete Arbeit im Handlungsfeld leisten. Gesundheitsförderung bietet

für sie eine weitere und wichtige Entwicklungsperspektive. Der Kooperationsverbund versteht sich als ein breites Bündnis all dieser verschiedenen Expertisen. Weiterhin werden durch das Wissenschaftszentrum Berlin aus dem Bereich der Wissenschaft und durch die Bundesärztekammer vervollständigt.

Ich heiße Sie alle ganz herzlich willkommen und wünsche der heutigen Veranstaltung einen guten Verlauf.

Gesprächsrunde zur bisherigen Arbeit des Kooperationsverbundes

mit

Dr. Frank Lehmann, BZgA;

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband;

Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin;

Klaus D. Plümer, beratender Arbeitskreis des Kooperationsverbundes;

Dr. Antje Richter, Regionaler Knoten Niedersachsen

und

Rolf Stuppardt, IKK Bundesverband

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, WZB Forschungsgruppe Public Health

Moderation: **Florian Lanz**, BKK Bundesverband



v.l.n.r.: Bellwinkel, Plümer, Lehmann, Geene, Richter, Lanz

F. Lanz: Was eigentlich hat die BZgA im Jahr 2001 veranlasst, sich des Themas Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten anzunehmen und im darauffolgenden Jahr in mehreren Etappen die Entwicklung des Kooperationsverbundes anzuschließen?

Dr. F. Lehmann: Vielen Dank, Herr Lanz und allen, die hierher gekommen sind.

Die BZgA hat bereits seit langer Zeit zielgruppenspezifische Materialien hergestellt. Wir haben zum Beispiel Materialien, in denen Migrantinnen und Migranten über Multiplikatoren in

Piktogrammen erklärt werden kann, was in der AIDS-Prävention wichtig ist. Wir haben in verschiedenen Bereichen Leporellos mit Hinweisen, die von Leseungewohnten positiv aufgenommen werden. Aber mit dem 21. Jahrhundert suchen wir nach Strategien, mit denen wir noch breitere Erfolge bei der Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit erzielen.

Herr Dr. Geene hat vorhin erwähnt, dass dieses nicht allein über Wissensvermittlung, über Information oder Aufklärung erreicht werden kann. Hier ist also ganz klar eine bundesweite Vernetzung erforderlich. Dazu hat 2001 der Expertenworkshop stattgefunden, den Frau Dr. Pott vorhin angesprochen hat. Prof. Rosenbrock und Dr. Mielck und viele andere haben dort teilgenommen. Danach haben wir uns für die Strategie entschieden, keine Interventionsstudie vorzunehmen, also keine neuen wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln, obwohl auch hier noch großer Nachholbedarf besteht. Wir wollten vielmehr erfahren, welche Maßnahmen es in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik bereits gibt, wo können wir unterstützend und bestärkend eingreifen, im Sinne der WHO Gemeinschaftserfahrungen stützen? So haben wir mit der tatkräftigen Unterstützung durch Gesundheit Berlin begonnen, die Datenbank aufzubauen. Es erfolgten zehntausend Aussenungen an alle Bereiche der Wohlfahrt. Die Wohlfahrtsverbände die heute hinzugekommen sind, werden wissen, dass auf Bundes-, Landes- und Kreisebene Projekte gesammelt worden sind, und in diesem Jahr eine Aktualisierungserhebung stattgefunden hat, so dass wir jetzt ungefähr 2700 Projekte und Dauermaßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten erfassen. Darüber sind wir sehr froh, der Prozess muss aber weitergehen.

F. Lanz: Sie sprechen von dem Prozess, der weitergehen muss. Es ist klar: ein solcher Kooperationsverbund macht viel Arbeit, braucht viele Ressourcen auch für die Vernetzung. Warum haben Sie nicht einfach ein zentrales BZgA - Projekt gemacht? Es gibt doch schließlich in Ihrem Hause auch viel Erfahrung.

Dr. F. Lehmann: Natürlich - wenn Sie zum Beispiel an die Vogelgrippe denken - müssen gewisse Dinge zentral organisiert werden. Da muss man auf der Bundesebene handlungsfähig sein. In anderen Bereichen, die es schon seit Jahrhunderten gibt, das Problem sozialer Benachteiligung z.B. und einer großen Masse von Menschen, die aufgrund dieser Bedingungen leiden und im Gesundheitswesen auch mit Kosten zu Buche schlagen - hier kann man nur mit einer vernetzten Strategie vorankommen. Nach dem Armuts- und Reichtumsbericht wissen wir: elf Millionen Menschen leben in Deutschland unter der Armutsgrenze von 60 Prozent Äquivalenzeinkommen. Hier kann man nur mit einer Verbundstrategie intervenieren. Das muss auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene erfolgen. Krankenkassen und vor allem auch Wohlfahrtsverbände, von den Spitzenverbänden bis in die Kreisebene, müssen integriert sein. Nur im lokalen, in der Kommune spielt sich letztendlich die Gesundheitsförderung ab. Deshalb brauchen wir dieses Netzwerk, diesen aufwändigen Verbund.

Wir sind darum sehr froh, dass er mit dem heutigen Tag auf eine mehr als doppelte Größe anwächst.

F. Lanz: Vielen Dank.

Herr Geene, eben haben wir es noch einmal gehört: bundesweite Aktivitäten sind nötig. Auf unserer Pressekonferenz eben hat sich einer der anwesenden Journalisten etwas verwundert darüber gezeigt, dass Gesundheit Berlin hier in Essen auf einer Pressekonferenz auftritt. Wie kommt Gesundheit Berlin dazu, sich für dieses bundesweite Projekt zu engagieren?

Dr. R. Geene: Vielleicht ist es ja gar nicht so ganz untypisch, dass sich in der Gesundheitsförderung, die etwas unstrukturiert ist und in der Zuständigkeiten unklar sind, Kompetenzen quer entwickeln und beispielsweise eine Landesarbeitsgemeinschaft wie Gesundheit Berlin in solch eine Rolle kommt. Die Hauptstadtfrage will ich an dieser Stelle im fernen Nordrhein-Westfalen gar nicht ausführlicher diskutieren...

Ganz konkret und praktisch haben wir 1995 in Berlin damit angefangen, den

Kongress "Armut und Gesundheit" zu veranstalten. Ursprünglich als studentischer Kongress gedacht, hat er sich zu einer wesentlichen Tragsäule von Gesundheit Berlin entwickelt. Damals kamen ein- oder zweihundert Leuten zusammen, die das Thema aufgegriffen haben, nicht immer unter breiter Zustimmung. Das Ministerium beispielsweise hat damals noch explizit die Annahme abgelehnt, dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitschancen gebe. Das hat sich dann im Laufe der Zeit deutlich verändert und heute, das sagen wir mit großem Stolz, ist der Kongress die größte Public-Health-Veranstaltung in Deutschland. Hier ist ein Forum entstanden, wo das Gesundheitswesen sich mit dem zentralen Gesundheitsproblem der sozialen Ungleichheit auseinandersetzt und nach Lösungen sucht. Gleichzeitig ist das natürlich ein wenig unbefriedigend. Man trifft sich alljährlich zum Kongress, beklagt die Situation. Daneben war es uns natürlich auch wichtig, mit für den Strukturaufbau zu sorgen. Da waren wir dann sehr glücklich, durch den Auftrag der BZgA in die Lage versetzt zu werden die bundesweite Datenbank aufzubauen und mit größeren Ressourcen in dieses Feld zu gehen um das, was wir bei "Armut und Gesundheit" aufgegriffen haben, nun auch von uns aus stabilisieren zu können.

F. Lanz: Vielen Dank.

Als nächstes, wir haben es schon gehört, kam der BKK Bundesverband hinzu. Herr Bellwinkel, was hat den BKK Bundesverband motiviert mitzumachen?

M. Bellwinkel: Zunächst haben wir uns gefreut, als uns im Sommer 2003 die BZgA die Möglichkeiten der Beteiligung am Kooperationsverbund angeboten hat. Der BKK Bundesverband hatte Anfang 2003 seine Initiative "Mehr Gesundheit für alle" zur soziallagenbezogenen Prävention gestartet. Mit dem Einstieg in den Projektverbund verbunden wir die Erwartung, dass es mit unserer Beteiligung gelingt, eine entscheidende Lücke in den Strukturen der Prävention zu schließen. Zudem sahen wir in der Beteiligung auch die Chance, in der Kassenlandschaft ein politisches Signal zu setzen. Denn die

soziallagenbezogene Prävention hat damals bei den Krankenkassen noch keine Rolle gespielt. Unsere Überlegung war deshalb, wenn wir uns für das Thema "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" im Rahmen des Kooperationsverbundes einsetzen, dann zieht das möglicherweise die ein oder andere Kasse oder Kassenart nach. Wie wir heute sehen, war diese Strategie richtig: mit dem heutigen Tag sind fast alle Krankenkassen dem Kooperationsverbund beigetreten.

Überzeugt hat uns natürlich auch, dass im Rahmen des Kooperationsverbundes eine Struktur entwickelt werden sollte, die gerade für BKK und deren Projekte in den Lebenswelten hilfreich und nützlich ist. Zugleich haben wir darauf gehofft, dass wir mit unserem Engagement so etwas, was Frau Dr. Pott mit "präventiver Kultur" umschrieben hat, befördern und damit einen Beitrag zur Nachhaltigkeit unserer aber auch anderer Präventionsprojekte leisten könnten. Deshalb haben wir im Rahmen der BKK-Initiative "Mehr Gesundheit für alle" von vornherein darauf gesetzt, neben der Projektförderung auch Strukturen zu fördern. Und dafür bot der Kooperationsverbund eine hervorragende Chance.

F. Lanz: Eine kurze Nachfrage: Was tun Sie denn hier konkret? Es ist ja sehr schwer vorzustellen, wie ein Verwaltungsapparat, der ja keine eigenen Mitglieder hat, sondern wo lediglich Verbände Mitglied sind, wenn sie mit Projekten in Schulen, in Settings gehen. Was ist Ihr konkretes Engagement?

M. Bellwinkel: Der BKK Bundesverband erprobt im Rahmen von "Mehr Gesundheit für alle" neue präventive Ansätze. Dazu sucht er kompetente Kooperationspartner. Solche sind z.B. die BZgA oder die Landesvereinigungen für Gesundheit, mit denen wir dann konkrete Projekte entwickeln und umsetzen. Im Rahmen des Kooperationsverbundes unterstützen wir insgesamt 4 Regionale Knoten, und zwar sowohl finanziell wie auch begleitend mit unserem Know-How. Dies ist ein Geben und Nehmen, von dem letztlich beide Seiten etwas haben. Wir unterstützen die Regionalen Knoten, weil wir

davon überzeugt sind, dass sie durch ihre Beratungs- und Vernetzungsarbeit allen Krankenkassen sehr nützen können.

F. Lanz: Dankeschön.

Herr Plümer, Sie arbeiten im beratenden Arbeitskreis. Sie haben im Vorfeld darauf hingewiesen, dass sie natürlich nicht für den Arbeitskreis sprechen können, wohl aber aus dem Arbeitskreis berichten. Mich interessiert zunächst: welche Professionen und Kompetenzen sind im Arbeitskreis versammelt, aus welchen Quellen speist er sich?

K. D. Plümer: Der beratende Arbeitskreis setzt sich aus ganz unterschiedlichen Vertretern zusammen: Da sind Wissenschaftler, Praktiker, Verbandsvertreter und Disziplinen von Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaft und Sozialarbeit vertreten. Das Interesse dieses Arbeitskreises, der von Anbeginn dieses Projekt begleitet hat, war zu schauen, das Wissen aus der Praxis zum Thema Qualität so zu systematisieren, dass es uns in der praktischen Arbeit weiter voranbringt.

F. Lanz: Wie hat man sich das ganze in der Praxis vorstellen, wie viele Leute sitzen in diesem Gremium, wie oft treffen Sie sich? Sind sie ein Beschlussgremium, machen Sie Vorschläge, oder gehen Sie etwa zu Frau Dr. Pott und sagen: "Gehen Sie doch in jene oder die andere Richtung"?

K. D. Plümer: Das wäre schön. Es ist ein *beratender* Arbeitskreis. Wir können Empfehlungen aussprechen, Vorschläge machen, auf Dinge hinweisen. Wir haben in dem Sinne keine formale Struktur. Wir treffen uns zwei bis dreimal im Jahr mit 15 bis 20 Personen. In der letzten Zeit haben wir Zuwachs bekommen. Das war sehr wichtig, nun ist zum Beispiel auch eine Vertreterin des Deutschen Instituts für Urbanistik dabei, auch Herr Prof. Gostomzyk aus Bayern als Vertreter der dortigen Landesvereinigung ist dazugestoßen. Es sind somit verschiedene interessierte Menschen, die an der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderungsarbeit mitarbeiten wollen im Arbeitskreis vertreten, in beratender Funktion.

F. Lanz: Dankeschön.

Frau Dr. Richter, Mitmachen wollten offensichtlich auch Sie. Was hat die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Niedersachsen dazu bewegt, sich im Kooperationsverbund zu beteiligen?

Dr. A. Richter: Auch wir wollten unsere Arbeit in diesem Bereich intensivieren. Da wir bereits seit Mitte der neunziger Jahre einen Arbeitskreis "Armut und Gesundheit" geführt und einen Arbeitsbereich "Soziale Lage und Gesundheit" haben, sind wir vielleicht nicht unbedingt ein repräsentatives Beispiel. Aber wir haben hier Chancen und Möglichkeiten gesehen, die Arbeit stärker zu vernetzen.

Damit haben wir bereits in den Jahren zuvor sehr gute Erfahrungen gemacht. Wir haben unterschiedliche Partner aus den Bereichen Bildung, Soziales und Gesundheit immer wieder an einen Tisch bringen können und haben sehr von dem Wissen profitiert, das in den verschiedenen Bereichen vorhanden war.

F. Lanz: Gibt es tatsächliche Neuerungen und Erfolge? Was hat sich geändert in Ihrer Arbeit, seit Sie dabei sind?

Dr. A. Richter: Seitdem wir im Kooperationsverbund dabei sind, hat sich die Arbeit doch sehr intensiviert weil auch andere Kooperationspartner dabei sind, die einerseits mehr Einfluss haben, andererseits hat auch der Hintergrund, in diesem Kooperationsverbund Mitglied zu sein, kleineren Projekten auch eine größere Bedeutung gegeben. Daneben können wir auch auf andere Dinge zurückgreifen, Arbeitsmaterialien etwa oder auch Beispiele und Kriterien zu Guter Praxis.

F. Lanz: Vielen Dank für das Stichwort. Herr Plümer, der Arbeitskreis hat sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt. Was sind Kriterien guter Praxis und warum gerade dieses Instrument der Qualitätsentwicklung und Qualitätsfindung?

K. D. Plümer: Auf die Frage warum gerade dieses Instrument gibt es zwei Antworten. Zum einen wird das Thema der Evidenz von Gesundheitsförde-

rungsmaßnahmen seit geraumer Zeit verstärkt unter Kostengesichtspunkten an die Öffentlichkeit getragen. Vor einiger Zeit gab es dazu einen Artikel in der Zeit, in dem die Wirksamkeit dieser Maßnahmen in Frage gestellt wurde. Uns ging es darum, diese Evidenzdiskussion nicht theoretisch zu führen, denn dafür gibt es viele Referenzen. Wir wollten vielmehr in den Projekte schauen, was dort bereits erkennbar und vorhanden ist und wie man diese Erfahrungen zweitens im Sinne von Qualitätskriterien systematisieren kann. So haben wir uns dem Thema genähert und sind im Laufe der Arbeit auf ein Set von zwölf Good-Practice-Kriterien gekommen. Wie zum Beispiel, dass ein Projekt ein Konzept hat, Ziele hat, dass Nachhaltigkeit und Innovation eines Projektes erkennbar sind, dass die Prinzipien der Gesundheitsförderung Partizipation und Empowerment eine Rolle spielen.

Nun ist ein Bündel von zwölf Qualitätskriterien sehr anspruchsvoll, wir haben schnell gemerkt, wenn wir die Datenbank dahingehend ansehen, dann bleiben nicht sehr viel Projekte übrig, die diesem Anspruch genügen würden. So haben wir uns in der Diskussion darauf geeinigt, dass ein Set von drei bis fünf dieser Qualitätskriterien im Sinne eines Mindeststandards ausreicht. In der Rückkopplung mit der Praxis hat sich dann aber gezeigt, dass in den Regionalen Knoten die Messlatte für eine gute Praxis höher angelegt wurde, als wir sie bis dahin im Arbeitskreis diskutiert hatten.

F. Lanz: Vielen Dank.

Kommen wir noch einmal zu den Knoten zurück: Die Idee vom Austausch lebt davon, dass man davon weiß. Die Regionalen Knoten haben hier noch einmal eine besondere Aufgabe. Sind Sie innerhalb des Verbundes zwischen den Knoten noch einmal organisiert? Organisieren Sie den Austausch oder warten Sie auf Treffen wie dieses?

Dr. A. Richter: Nein, wir warten nicht. Uns zeichnet aus, denke ich, dass wir uns sowohl zwischen den Jahrestreffen mindestens zwei mal im Jahr in Form eines Arbeitstreffens austauschen. Daneben gibt es natürlich informelle

Kontakte zum Beispiel, dass wir uns auf Tagungen besuchen. Nicht alle, aber doch die meisten von uns richten Fachtagungen aus, zu jeweils einem speziellen Thema. Da schauen wir sehr gern auch danach, was die anderen Knoten machen. Man kann sich da gegenseitig mit Ideen bereichern oder einfach das eigene Wissen vermehren. Auch sonst gibt es immer die Möglichkeit, wenn jemand eine besondere Kompetenz hat, dem anderen auszuweichen und zur Seite zu stehen. Da nutzen wir ganz einfache Wege: E-Mail-Kontakte oder Telefonate.

F. Lanz: Dankeschön.

Herr Bellwinkel, der BKK Bundesverband unterstützt vier dieser Knoten. Ist es Zufall, dass Sie auf diese Knoten gestoßen sind? Wie sind Sie zu diesen Knoten gekommen? Ich habe gehört, dass es Bundesländer gibt, in denen es noch keine Regionalen Knoten gibt. Wie Sie die Regionalen Knoten unterstützen, wie Sie dazu gekommen sind - das wären auch erste Hinweise für die neuen Partner, was man da so tun kann im Kooperationsverbund.

M. Bellwinkel: Es gibt noch sechs Bundesländer, in denen Regionale Knoten fehlen.

Die Auswahl der Knoten erfolgte in enger Abstimmung mit der BZgA und Gesundheit Berlin. Da wollten wir von uns aus gar keine Prioritäten setzen. Es war schon aus räumlichen Erwägungen naheliegend hier in Nordrhein-Westfalen einen Knoten zu entwickeln da wir in Essen ja unseren Hauptsitz haben. Aber auch die Unterstützung der Regionalen Knoten in Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt haben wir gerne übernommen, da wir glauben, dass sie für die Präventionsarbeit dort sehr wichtig sind.

F. Lanz: Herr Stuppardt, wir haben schon viel gehört, darüber was denkbar ist, welche Aufgaben sind denkbar. Was hat Sie als IKK-Bundesverband dazu bewogen zu sagen, hier wollen wir mitmachen, wir sind dabei? Gibt es schon konkrete Vorstellungen dazu, wie sich der IKK Bundesverband engagieren möchte?

R. Stuppardt: Zunächst einmal müssen wir feststellen, Defizite in der Prävention, der Gesundheitsförderung, in der Gesundheitspolitik überhaupt liegen tatsächlich im Bereich der Zusammenarbeit, der Kooperation, insbesondere für Zielgruppen im Bereich sozial Benachteiligter. Das ist ein wissenschaftlich empirisch abgesicherter Fakt. Es ist dringend erforderlich, dass diejenigen, die in diesem gesundheitspolitischen Feld Verantwortung tragen, diese Defizite auflösen. Das ist ein Hauptmotiv, weswegen nicht nur ich, sondern auch in meiner Funktion als Federführender der Spitzenverbände im Bereich der Prävention, seit Jahren in dieser Ausrichtung aktiv bin. Denn ich bin zutiefst davon überzeugt, dass wir diese wenn wir Defizite beheben, in dieser Gesellschaft bezogen auf Lebensqualität und Produktivität deutliche Fortschritte machen können. Dabei geht es überhaupt nicht darum zu sagen: "Das gibt dann für die Krankenkassen Kostenersparnisse." Das wäre unseriös. Es geht vielmehr um mehr und bessere Gesundheit bei den Zielgruppen auf die es ankommt.

Und das ist in partikularen Zusammenhängen - also einzelne Krankenkassen, einzelne Institutionen, einzelne wissenschaftliche Einrichtungen - nicht alleine hinzubekommen weil es zu komplex ist. Deswegen müssen wir uns zusammmentun. Das war auch einer der

Gründe warum wir eine Gesetzesinitiative unterstützt haben, einen Stiftungsgedanken entwickelt haben. Das alles hat direkt Pate gestanden.

Im übrigen muss ich sagen, haben wir diese Themen auch schon früher aufgegriffen: Es ist jetzt 25 Jahre her, dass wir das Thema "Arbeit und Gesundheit" aufgegriffen haben und zwar für das Setting Betrieb, hier in Essen. Damals ist im Grunde genommen der Ausgangspunkt in Deutschland gewesen. Hier zeigt sich, wie lange es braucht um hier zu Ergebnissen zu kommen, bis man sagen kann: "Wir sind auf dem richtigen Wege".

Eines möchte ich noch sagen: Wir können nicht darauf warten, dass uns der Staat oder die Politik die richtige Richtung weist. Das müssen wir schon anpacken, weil wir zunehmend sehen, dass die Initiativen der öffentlichen Hand im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsförderung zunehmend rückläufig sind.

F. Lanz: Vielen Dank Herr Stuppardt. Das Stichwort Nichtwartenkönnen würde ich gern aufgreifen.

Herr Prof. Rosenbrock, Sie gehören zu den Mahnern, dass man nicht warten sollte. Das hier ist mittlerweile das dritte Treffen. Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich mittlerweile ein wenig zurücknehmen können, nachdem Sie viel geschrieben und viel gesagt haben, weil jetzt endlich auch etwas getan worden ist.

Prof. Dr. R. Rosenbrock: Ich freue mich darüber was passiert, und dass Strukturen entstehen. Aber das löst in mir überhaupt nicht das Gefühl aus, dass ich mich zurücklehnen könnte. Gerade als Herr Stuppardt den Beginn der Re-Thematisierung des Ganzen erwähnte, dachte ich auch daran, dass ich im Jahr 1981 gegen großen Widerstand das erste Symposium zur gesundheitlichen Ungleichheit im Rahmen des Bundesarbeitsministeriums organisiert habe. Es musste noch halb getarnt heißen "Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen". Das war sozusagen die erste offizielle Wieder-Thematisierung sozial bedingter Ungleichheit von Gesund-



heitschancen. Seitdem ist natürlich viel passiert. Aber wenn ich die Größe des Problems sehe und sehe welche Anstrengungen auf wie unterschiedlichen Politikfeldern erforderlich sind, um hier wirklich reale Fortschritte und nicht nur eine bessere Thematisierung zu erreichen, dann glaube ich, stehen wir erst am Beginn des Weges. Ich freue mich, hier so viele starke Verbündete und so viel Kompetenz in diesem Raum zu sehen. Das macht Mut, diesen Weg auch weiterzugehen.

F. Lanz: Das nehme ich gern so mit. Vielen Dank.

Kommen wir zurück auf Herrn Dr. Lehmann. Die Frage wie es nun weitergeht, steht im Raum. Welche Perspektiven sieht die BZgA sich hier weiter zu engagieren, und ganz konkret für den Kooperationsverbund?

Dr. F. Lehmann: Ich denke, das hat Herr Prof. Rosenbrock sehr schön ausgedrückt, dass wir hier am Anfang stehen und zu einer Mobilisierung kommen wollen. Das haben wir noch gestern gemerkt, als sich noch neue Kooperationspartner gemeldet haben. Es war kaum so schnell zu kommunizieren, wie sich noch weitere Partner gemeldet haben. Dieser Mobilisierungseffekt, das wäre unsere Perspektive. Wenn wir so etwas ausgelöst hätten, dann wären unsere fachliche Initiative und letztlich die Gelder und Unterstützung hier am richtigen Platze positioniert. Wenn wir eine Struktur bieten können, wenn wir durch den beratenden Arbeitskreis eine kontinuierliche fachliche Beratung hinzufügen können, wäre das das, was wir uns vorgestellt haben.

Eines vielleicht noch: Wir sind ebenfalls dabei, unsere Initiative im europäischen Rahmen zu verankern. Wir haben im EU-Aktionsprogramm "Öffentliche Gesundheit" ein großes Projekt über 22 Partnerländer in der EU initiiert, in dem wir im Grunde einen ähnlichen Prozess in die Kommunikation bringen. Hier treten wir mit den Ländern in Kontakt, um zu schauen, wie Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der EU unterstützt werden kann und wie dort auch die Politik in der entsprechenden Richtung beraten werden kann.

F. Lanz: Sie haben im ersten Teil Ihrer Antwort ganz nebenbei das Wort Geld erwähnt, das ist in diesem Zusammenhang nicht ganz unwichtig. Wird die BZgA in diesem Zusammenhang weiter engagieren?

Dr. F. Lehmann: Die BZgA, und ich denke der Bund an sich, wird sich in diesem wichtigen Punkt weiter engagieren. Das ist außer Frage. Letzten Endes sagt auch das Grundgesetz, dass wir dies tun sollen.

Ich denke wir haben auch überhaupt keinen Grund uns hier zurückzuziehen, sondern wir sind sehr motiviert dabei-zubleiben, wohlwissend, dass wir zu Bewegung erst kommen, wenn die, die jetzt hinzutreten, sich ebenfalls die entsprechenden Gedanken machen.

F. Lanz: Dankeschön.

Frau Dr. Richter, der Regionale Knoten Niedersachsen arbeitet seit ungefähr eineinhalb Jahren. Was wünschen Sie sich für die künftige Arbeit in einem erweiterten Kooperationsverbund?

Dr. A. Richter: Das kann man eigentlich mit zwei Worten sagen: Wege ebnen.

Es ist immer wieder schwierig, das haben wir in Niedersachsen festgestellt, es zu vermitteln, dass der soziale Bereich, der Bildungsbereich, der Gesundheitsbereich zusammenarbeiten müssen, und dass es in der Arbeit auch jede Menge Überschneidungen gibt. Wenn man dieses nicht immer wieder von A an kommunizieren müsste, wäre vieles einfacher.

Wir haben natürlich auch viele gute Erfahrungen gemacht in der Knotenarbeit. Die Ärztekammer in Niedersachsen beispielsweise hat ein ständiges Mitglied bei uns im Arbeitskreis. Dadurch werden Ergebnisse, Anfragen und Forderungen sehr schnell weitergetragen. In einem anderen Arbeitskreis gibt es auch Vertreter einer Krankenkasse; das ist sehr produktiv. Wenn das in anderen Knoten auch so sein könnte, dass wichtige Institutionen ebenso selbstverständlich mitarbeiten, dann wäre viel getan.

F. Lanz: Also das direkte Engagement der neuen Kooperationspartner?

Dr. A. Richter: Das bedeutet natürlich auch materielle Unterstützung, ganz klar. Aber das ist nicht im Vordergrund. Es geht eben auch um Austausch, um Wissen, um Zugänge, um Ressourcen wie Beratung beispielsweise. Da gibt es sehr viel Bedarf.

Viele kleine Initiativen stehen manchmal etwas hilflos da, weil sie mit Ihrem Anliegen nicht durchkommen. Vielleicht die Sprache, in der etwas vorgetragen werden muss nicht so beherrschen oder bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen nicht haben. Wenn man sie da entsprechend berät und Ihnen entgegenkommt, dann kann man sehr viel erreichen.

F. Lanz: Vielen Dank.

Herr Geene, Ihnen möchte ich eigentlich die gleichen Fragen stellen, die ich Herrn Rosenbrock eben gestellt habe: Sie sind lange dabei. Gesundheit Berlin hat regional angefangen, ist bundesweit sehr aktiv. Eigentlich könnten Sie sich zurücklehnen. Oder wie soll es aus Ihrer Sicht jetzt konkret weitergehen?

Dr. R. Geene: Die Diskrepanz zwischen dem was an Strukturbildung auf der einen Seite schon gibt - Herr Lehmann hat ja eben von der EU-Ebene gesprochen, auf der es auch einen Erfahrungsaustausch zum Thema gibt - das kontrastiert natürlich unheimlich mit der Größe des Problems und der weiterhin sehr schwierigen Situation, die zum Beispiel auch die Wohlfahrtsverbände und freien Träger in Ihren Projekten haben. Im Sozialbereich wird sehr viel gekürzt. Gleichzeitig müssen wir in diesem Bereich auch eine gewisse Innovation einbringen.

Wir wollen nun gerade nicht die klassische Sozialarbeit unter dem Deckmantel der Gesundheitsförderung entwickeln, sondern es soll ein neuer, stärker emanzipatorisch geprägter Ansatz der Selbstorganisation entstehen. Es soll keine paternalistisch geprägte Gesundheitsförderung stattfinden, sondern Impulse nach dem Setting-Ansatz der Lebensweltorganisation gegeben werden. Und das eben in einer Situation des Sozialabbaus. Das ist ein unheimliches Problem. Wir wären falsch beraten, wenn wir da selbstzufrieden sagen würden: "Unser Kooperationsverbund entwickelt sich toll."

Wir können eigentlich nur sagen: "Wir machen hier beispielhafte Aktivitäten des Strukturaufbaus." Wir wollen dafür sorgen, dass nicht wie seinerzeit unter Seehofer mit einem Handstreich der ganze Bereich einkassiert wird.

F. Lanz: Besteht hier nicht die Gefahr, dass gerade das passieren wird? Denn je besser Ihre Arbeit wird, desto geringer ist ja der Druck auf andere Stellen hier etwas zu tun?

Dr. R. Geene: Wir müssen uns immer wieder motivieren, miteinander diesen Weg weiterzugehen, und zwar auf allen Ebenen. Wir müssen das auf der Ebene des Kooperationsverbundes tun, da bin ich sehr dankbar, dass die Krankenkassen als die ganz großen Akteure in diesem Zusammenhang sich heute hier mit einbringen und engagieren.

Gerade auch Herr Stupardt und Herr Voß. Es ist ganz wichtig, dass sie auch in Person so sehr für dieses Thema stehen und es mit besetzen. Ebenso wichtig ist auch das, was Frau Richter eben beschrieben hat: Dass auch vor Ort das so kommuniziert und verhandelt wird, dass auch eine Perspektive entsteht, wobei mit den begrenzten Mitteln nicht auf jeder Baustelle gleichzeitig gearbeitet werden kann. Das Zusammenwirken und das Entwickeln eines gemeinsamen Prozesses empfinde ich als das extrem wichtige und das ermutigende an unserem Kooperationsverbund für alle Beteiligten, die weniger nach Vorschriften sondern mehr nach Engagement und Zukunftsausrichtung hier tätig sind.

F. Lanz: Die begrenzten Mittel werden nicht unbegrenzt sein. Wir wollen dennoch hoffen, dass die neuen Kooperationspartner dabei helfen werden, die Grenzen ein wenig weiter zu ziehen. Herr Plümer, noch einmal eine Frage an Sie als Mitglied des beratenden Arbeitskreises: Welche Unterstützung brauchen die Praxisanbieter und wie können die Kooperationspartner die Praxisanbieter unterstützen?

K. D. Plümer: Was wir immer wieder aus den Projekten und über die Regionalen Knoten hören, ist, dass es um sehr praktische Unterstützung geht.

Beispielsweise einfache Evaluationsinstrumente, die auch von kleinen Projekten gehandhabt werden können, ohne unnötig viele Ressourcen zu binden. Entwicklung von Qualitätsinstrumenten zur Planung und Durchführung von Projekten. In dieser Richtung arbeitet auch der beratende Arbeitskreis. Ich glaube, auch die Datenbank wird sich in diese Richtung entwickeln, so dass wir am Ende eine Wissensdatenbank für Modelle guter Praxis haben werden. Deshalb wird die Arbeit hier auch nicht irgendwann auf einmal aufhören können, sondern wird immer wieder fortgeschrieben werden müssen. Insofern kann der Kreis der potentiellen Unterstützer und der Strukturen, die hier aufgebaut werden, gar nicht groß genug sein.

F. Lanz: Das heißt, Grenzen des Wachstums sehen Sie hier nicht?

K. D. Plümer: Die sehe ich so nicht. Das Problem wird sich nicht einfach erledigen, wie Sie Herrn Geene versuchten, schmackhaft zu machen. Der Bedarf, in diesem Bereich zu investieren wird vielmehr noch zunehmen. Modelle guter Praxis können den Beleg bringen, dass Prävention erfolgreich funktionieren kann, dass Veränderungen und Verbesserungen im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit erzielt werden können. Und das überzeugt.

F. Lanz: Grenzen des Wachstums des Wachstums, Grenzen des Geldes. Herr Bellwinkel, die Krankenkassen stehen im täglichen Geschäft im Spannungsfeld zwischen den was sie leisten sollen und leisten wollen und Forderungen, die Beiträge zu senken oder zumindest nicht zu erhöhen. Da gibt es einen gewissen Zielkonflikt. Sehen Sie die Chance, dass sich die Krankenkassen künftig stärker im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten engagieren können? Sehen Sie da Perspektiven auch für den Kooperationsverbund oder befürchten Sie vielmehr, dass wenn das Akteursspektrum erweitert worden ist, der Druck auf die einzelnen Krankenkassen wieder zunehmen wird, ihr Engagement zurückzunehmen?

M. Bellwinkel: Diese Gefahr sehe ich nicht. Ich glaube, wir müssen zunehmend mehr für diese Zielgruppen tun und darüber auch mehr kommunizieren, um weitere Förderer zu gewinnen. Denn für diese Zielgruppen wurde bisher zu wenig getan, obwohl hier der Bedarf nachweislich am größten ist, was sich in überdurchschnittlich hohen Versorgungsleistungen widerspiegelt. Das versuchen wir als Bundesverband auch unseren Mitgliedskassen zu kommunizieren, damit auch diese sich in diesem Feld stärker engagieren. Ich glaube, dass ein zunehmendes Engagement von Krankenkassen auf diesem Feld eher eine Sogwirkung auf andere Krankenkassen erzeugen wird als eine Rücknahme des Engagements.

Zudem bietet der Kooperationsverbund die Chance der stärkeren Zusammenarbeit auch zwischen den Krankenkassen, was bisher ja eher noch die Ausnahme ist. Prävention in Schulen, Kindergärten oder Stadtteilen kann man ja nicht auf seine Mitglieder beschränken, die muss schon für das ganze Setting angelegt sein. Und da macht es natürlich Sinn, wenn die Kassen nicht allein, sondern gemeinsam an einem Strang ziehen. Ich hoffe, dass die Beteiligung am Kooperationsverbund diesen Prozess befördert.

Im Hinblick auf die angesprochene Finanzierung ist für Krankenkassen natürlich entscheidend, dass auch andere Finanziere, damit meine ich natürlich in erster Linie die öffentliche Hand, sich nicht weiter zurückziehen, wie wir das häufig erleben müssen, sondern mit eigenen Mitteln einsteigen und ihr Engagement verstärken. Durch die Beteiligung der BZgA ist dies beim Kooperationsverbund gegeben. Ein letztes Wort: Die beste Prävention ist natürlich gerade im Feld sozialer Benachteiligung, wenn es der Politik gelingen würde das ursächliche Problem, die soziale Benachteiligung, zu reduzieren. Dann müssten die Krankenkassen nicht sozialkompensatorisch die Symptome behandeln.

F. Lanz: Das klingt sehr optimistisch. Noch einmal kurz an Frau Richter: Sie als Vertreterin der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Niedersachsen haben es ja in Hannover

durchaus mancherorts mit nennenswerten sozialen Brennpunkten zu tun, anderswo aber auch mit ländlich strukturierten Regionen. Welche Chancen sehen Sie im Austausch zwischen diesen Regionen?

Dr. A. Richter: Der ländliche Bereich, und das merke ich auch immer wieder am Arbeitskreis "Armut und Gesundheit" den ich durchführe, hat natürlich lange Anfahrtswege. Zu den Sitzungen kamen infolge der langen Anfahrtswege mit den schwindenden Budgets immer weniger Teilnehmer wegen der anfallenden Arbeitskosten. So etwas muss man mitdenken wenn man ein ländliches Gebiet hat, dann muss man eben mit den eigenen Leistungen auch mal zu den Projekten gehen. Man kann

nicht erwarten, dass alle in die Hauptstadt kommen. Wir haben dann einen dezentralen Arbeitskreis aufgebaut, der ein weiter ab gelegenes Gebiet versorgt und haben dort entsprechend auch eine ganz andere Zusammensetzung der Teilnehmerstruktur.

So entstehen auch unterschiedliche Themen. Ich denke das bezieht sich nicht allein auf den Unterschied zwischen Land und Stadt. Insgesamt muss in der Arbeit darauf geachtet werden, den Finger am Puls der Projekte zu haben. Das geht nur wenn man direkten Kontakt zu den Initiativen hat. Das trifft auf die Großstadt genauso zu.

F. Lanz: Herzlichen Dank Frau Dr. Richter und den Herren.

len alle Kinder erreichen, auch sozial Benachteiligte. Im ersten Halbjahr diesen Jahres haben wir über 100 Kindertagesstätten und über 200 Schulen, davon fast 50 Sonderschulen, neu in die Gesundheitsförderung einbeziehen können. Trotz dieser Zahlen ist uns bewusst, dass noch viel mehr getan werden muss, dass auch wir als AOK noch viel mehr erreichen müssen. Deswegen wollen wir uns in diesem Kooperationsverbund engagieren.

Was können wir in den Kooperationsverbund einbringen? Einen wichtigen Schritt haben wir bereits getan: Nach einem Beschluss unserer Vorstandskonferenz werden wir künftig die vom Gesetz vorgesehenen 2,74 Euro pro Jahr und Versichertem für die Prävention voll ausgeben. Davon werden wir mindestens 50 Cent pro Versichertem ausschließlich für lebensweltbezogene Projekte aufwenden. Das sind im Jahr insgesamt mehr als dreizehn Millionen Euro und deutlich mehr als bisher.

Außerdem haben wir bundesweit etwa 650 AOK-Präventionsfachkräfte, die sich mit ihrem Know-How einbringen können. Daneben unterstützen bereits drei AOKs die Arbeit der Regionalen Knoten: in Sachsen, in Thüringen und in Kürze auch in Rheinland-Pfalz. Wir vom Bundesverband werden uns dafür einsetzen, dass auch die anderen AOKs dort mitmachen.

Wir werden im übrigen unsere Projekte in die gemeinsame Datenbank einstellen, um auch hier zu mehr Transparenz beizutragen.

Dr. Rüdiger Meierjürgen,

Barmer Ersatzkasse



Die gesetzlichen Krankenkassen sollen mit ihren Präventionsaktivitäten einen Beitrag leisten, die sozial bedingten Ungleichheiten der Gesundheitschancen abzubauen. Wir erwarten von dem "Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" eine Stärkung der Zusammenarbeit und Koordination der Aktivitäten der

Statements der neuen Kooperationspartner

Moderation **Dr. Frank Lehmann**

Fragen:

- Was erwarten Sie von der Kooperation oder auch einzelnen Kooperationspartnern?
- Wo sehen Sie Ihre Institution im Feld der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung?
- Was können und was wollen Sie in die Kooperation einbringen?

Dr. Gudrun Eberle,

AOK Bundesverband



Wir als AOK-Bundesverband haben bislang schon sehr gute Erfahrungen mit der Zusammenarbeit vieler der im Kooperationsverbund vertretenen Partner gemacht. Deswegen erwarte ich vom Kooperationsverbund die Intensivierung, den gezielten Ausbau und die Weiterentwicklung unserer gemeinsamen Arbeit. Was die Visionen angeht, kann ich mich Frau Dr. Pott anschließen: Ich finde es sehr wichtig, eine gemeinsame Präventionskultur zu entwickeln, die dann hoffentlich auch dazu führt, dass die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten vorange-

trieben werden kann. Das ist eine gewaltige gesellschaftliche Herausforderung, die wir nur gemeinsam und ressortübergreifend mit allen verantwortlich Beteiligten bewältigen können. Deswegen freuen wir uns, dass so viele diesen Kooperationsverbund stärken wollen.

Ein weiterer Aspekt: Wir alle hier stehen für den gesellschaftlichen Wert des Solidaritätsgedankens und ich bin davon überzeugt, dass wir dem Erhalt dieses Gedankens sehr viel besser in einem großen Kooperationsverbund dienen können, als wenn jeder dies auf sich allein gestellt versuchen wollte. Der Solidaritätsgedanke ist nicht allein aus ethischmoralischen Aspekten heraus wichtig, sondern auch aus wirtschaftlichen Erwägungen.

Seit der letzten Gesundheitsreform haben wir uns zunehmend engagiert in der Gesundheitsförderung an Kindergärten und Schulen. Dort können wir frühzeitig Kinder erreichen und auf ihre Lebensverhältnisse einwirken. Wir können speziell in Grund- und Hauptschu-

verschiedenen Allianzpartner sowie nachhaltige Impulse für die Weiterentwicklung der bislang defizitären lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung.

Prävention und Gesundheitsförderung haben bei der BARMER eine lange Tradition. Davon zeugen nicht nur unsere Gesundheitsfürsorgeaktivitäten, die bereits Anfang der 20-iger Jahre des vergangenen Jahrhunderts mit dem Bau einer kasseneigenen Klinik in Bad Hermannsborn starteten, sondern zahlreiche Aktivitäten in der settingbasierten Gesundheitsförderung. Die BARMER hat z. B. mit ihrem Engagement in den beiden europaweiten Modellversuchen "Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen" und "Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheitsförderung (OPUS)" nachhaltige Impulse für die Verankerung des Settingansatzes in der schulischen Gesundheitsförderung geben können. Mit unserer Beteiligung an Projekten, wie "Mind-Matters" in Kooperation mit verschiedenen Unfallversicherungsträgern und dem Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit oder "Anschub.de" in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung tragen wir zur Weiterentwicklung der Idee der guten, gesunden Schule bei. Die BARMER ist darüber hinaus mit ihren Initiativen "Prävention aktiv" und "Deutschland bewegt sich" in vielfältiger Weise in betrieblichen und kommunalen Settings sowie in der Öffentlichkeit präsent.

Wir planen, uns gemeinsam mit dem Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) im "Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" zu engagieren. Über die Einzelheiten unserer Mitwirkung werden wir uns sicherlich in den kommenden Monaten verständigen können.

Joachim Saam,

Gmünder Ersatzkasse:



Auch wir als relativ kleine Ersatzkasse im Verbund der Ersatzkassen blicken bereits auf eine lange Tradition in der Gesundheitsförderung zurück. Gerade in den letzten 15 Jahren haben wir uns auch trotz Seehofer viel im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung engagiert, aber auch was die individuelle Prävention angeht. Hier sehen wir allerdings die Chancen als relativ ausgereizt an. Deshalb sind wir sehr dankbar über die Existenz dieses Kooperationsprojektes, nach dem das Präventionsgesetz mit den GKV-Stiftungen an uns vorübergezogen ist.

Nachdem uns die Einladung zum heutigen Treffen erreicht hat, ist der Vorstand sehr schnell zu dem Beschluss gekommen, dass wir uns hier einbringen wollen mit allem was hier haben. Auch wenn die Ressourcen im finanziellen Bereich knapp sind, können wir viel Know-How bieten in der Beratung, Öffentlichkeitsarbeit aber auch in der Gesundheits- und Datenanalyse. Ich freue mich auf die Kooperation.

Rolf Stuppardt,

IKK Bundesverband



Sie hatten drei Fragen gestellt - Zum einen kann ich zu unseren Erwartungen an eine Kooperation sagen, dass diese seit langem gleich sind: Die Erwartung, dass wir voneinander lernen ist sehr wichtig, insbesondere auch, dass wir auch praktisch voneinander lernen - Was tut der eine, was macht

der andere? Was kann man davon für die eigene Arbeit übernehmen und austauschen?

Geradezu mit Ungeduld erwarte ich, dass wir bei den praktischen Maßnahmen mehr zusammenarbeiten, gemeinsame Schritte machen, Meilen nach vorne kommen. Das ist mein großer Wunsch im Sinne gemeinsamer Ziele und Erfolge. Dies insbesondere in den Bereichen, in denen es um eine breite und überinstitutionelle Zusammenarbeit geht. Ich wünsche mir, dass die positiven Erfahrungen, die wir in der kassenübergreifenden Schul- und Kindergartenarbeit gemacht haben, erweitert werden. Das sollte auch nicht erst am Ende der einzelnen Projekte geschehen, sondern bereits bei den Zwischenergebnissen.

Zur nächsten Frage - unserem Hintergrund und unserer Herkunft: Trotz Öffnungen, Wettbewerb und Wahlfreiheit sind wir noch immer hauptsächlich in klein- und mittelständisch ausgerichteten Handwerksbetrieben aktiv. Hier sind zudem die spezifischen Gesundheitsprobleme im Bereich der Auszubildenden und in den Familien um die Handwerksbetriebe herum zu erwähnen. Wir haben seit längerem eine handwerks- und innungsbezogene Gesundheitsberichterstattung aufgebaut und setzen mit unserem Programm "IKK-Impuls" viele Angebote rund um Beschäftigte, Arbeitgeber und deren Betriebe im Handwerk um, führen Gesundheitszirkel in Innungsbetrieben durch und bieten Kurse und andere Unterstützungen für Meisterfrauen an. Daraus ist eine Menge an Erkenntnissen erwachsen. Beispielsweise wird jährlich ein Berichtsband "Arbeit und Gesundheit im Handwerk" herausgegeben. Wahrscheinlich werden wir noch in diesem Jahr gemeinsam mit dem Zentralverband des Deutschen Handwerks die Initiative "Arbeit und Gesundheit im Handwerk" auflegen, auf der Basis von Erkenntnissen, die wir aus der Arbeit in fortschrittlichen kleinen und mittleren Betrieben gewonnen haben.

Zur letzten Frage - was können wir in die Zusammenarbeit einbringen? In der Zusammenarbeit auf Spitzenverbandsebene werde ich mich persönlich stark dafür einsetzen, dass wir uns im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auch in der Auseinander-

setzung mit der Politik sinnvolle Schritte nach vorn bewegen. Was wir kasernenübergreifend in Sachen Qualitätssicherung erreicht haben, muss verstärkt werden. Insbesondere gilt das für den Bereich der Gesundheitsförderung in außerbetrieblichen Settings, wo die Anforderungen deutlicher zu machen sind und wo wir gemeinsam mehr erreichen müssen. Auch für uns gilt, dass wir uns dafür aussprechen, die Budgets in diesem Bereich auch wirklich auszuschöpfen. Ich unterstütze auch den Vorschlag, 50 Cent pro Versichertem für settingorientierte Ansätze in der Gesundheitsförderung zu investieren.

Ulrich Lauf,

Knappschaft



Gerade haben wir von den Kollegen gelernt, dass wir als Sozialversicherungsträger in einer gewissen Tradition stehen, was Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung angeht. Als Vertreter der ältesten Sozialversicherung kommt mir in den Sinn, dass auch die Knappschaftsvereine bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert präventive Maßnahmen ins Leben gerufen haben, nämlich beim Augenzittern und der Wurmkrankheit der Bergleute.

Was erwarten wir von der Beteiligung am Kooperationsverbund? Ich bin Vertreter einer kleinen Krankenkassenart; wir haben lediglich einen Marktanteil von zwei Prozent. Das führt zu einem Problem: Schon früh haben wir erkannt, dass krankenkassenspezifische Projekte eigentlich nicht zum Ziel führen können. Deshalb wollen wir die Chance der Vernetzung mit wichtigen Partnern zu einem Austausch von Wissen nutzen, den wir für sehr wichtig halten. Ich muss bekennen, in der Präventionsarbeit stehen wir heute im Settingbereich noch ganz am Anfang unserer Bemühungen. Allerdings haben wir uns vorgenommen, uns hier mehr als bisher zu engagieren. Das wird unter anderem auch über eine finanzielle Unterstützung erfolgen.

Edelinde Eusterholz,

VdAK/AEV



Wir haben heute morgen schon von Frau Dr. Pott, Herrn Voß und vielen anderen gehört, wie wichtig es ist, die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten zu verbessern. Diese Auffassung teilen die Ersatzkassen und ihre Verbände uneingeschränkt. In der Diskussion um das Präventionsgesetz haben wir sicherlich eines gelernt: Wir brauchen um ein Mehr an Prävention zu erreichen Kooperation, Koordination und Transparenz. Ich glaube, der Verbund bringt in allen drei Bereichen Möglichkeiten und Angebote. Deshalb habe ich mich sehr gefreut, als wir die Einladung erhielten, an diesem Kooperationsverbund teilzunehmen. Wir haben im Bereich des VdAK/AEV zwar keine Töpfe, aus denen wir Geld ausgeben können. Unsere Mitglieds-kassen agieren hier sehr selbständig und haben auch schon viele gute Projekte auf den Weg gebracht. Aber ich denke auch, dass die bessere Vernetzung und Kooperation auch diese Aktivitäten noch verstärken wird. Als Verband haben wir von allen Ersatzkassen das Votum bekommen, die Kooperationserklärung zu unterschreiben. Ich freue mich, dass zwei Ersatzkassen hier vertreten sind und damit demonstrieren, wie ernst es ihnen ist, in diesem Kooperationsverbund etwas zu leisten. Der VdAK/AEV wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass sich die Ersatzkassen mit viel Kraft, mit Beratungsleistung, mit Manpower und auch finanziell einbringen.

Prof. Dr. Hartmut

Weber-Falkensammer,

Bundesverband der Unfallkassen e.V.

Mit seinem Beitritt zum Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" will der Bundesverband der Unfallkassen dokumentieren, dass er sich seiner gesundheitspolitischen Verantwortung bewusst ist, die Gesundheitschancen durch zielgruppenorientierte und lebenslage-spezifische Prävention aller bei seinen Mitgliedern versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie den bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand versicherten Kinder in der Tagesbetreuung, Schülern und Studierenden zu verbessern.

So zeigen die vorliegenden Daten, dass zwischen sozialem Status, in Abhängigkeit vom Bildungsabschluss, beruflicher Tätigkeit und dem Unfallgeschehen, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ein nachweisbarer Zusammenhang besteht. So liegt - um nur ein Beispiel zu nennen - das Unfallgeschehen (Unfallrate je 1.000 Vollarbeiter) bei den gewerblichen Beschäftigten in der kommunalen Entsorgungsbranche (Straßenreinigung /Abfallwirtschaft) auf dem höchsten Niveau im Vergleich zu anderen Branchen im öffentlichen Dienst aber auch in der privaten Wirtschaft.

In der Schülerunfallversicherung wird das Unfallgeschehen, bedingt durch Raufunfälle mit ärztlicher Inanspruchnahme, im Teilkollektiv der allgemeinbildenden Schulen dominiert von den Hauptschulen. Hier liegt die Raufunfallrate (Raufunfälle je 1.000 Schülern) bei diesem Schultyp bei ca. 33 %, während sie bei Gymnasien ca. 6 % beträgt. Bekanntermaßen gilt die Hauptschule als "Restschule" mit einem hohen Anteil an Schülern aus sozial benachteiligten Elternhäusern.

Der BUK und seine Mitglieder verfolgen seit Jahren von daher eine Strategie, um insbesondere diese Versicherungsträger für das Anliegen der Prävention zu sensibilisieren. Dies hat zu nachweisbaren Erfolgen geführt. So konnte die Raufunfallrate an Hauptschulen im Zeitraum von 1999 bis 2003 um 30 % gesenkt werden.

Die Mitgliederversammlung des BUK hat für die nächsten fünf Jahre als Zielvorgabe eine Senkung der Unfallrate von 20% in der kommunalen Wirtschaft, dem öffentlichen Dienst und dem Bildungswesen vorgegeben. Dieses Ziel wird sich nur erreichen lassen, wenn Beschäftigte in besonders gefährdeten Tätigkeiten sowie Kinder und Schüler in bestimmten Schultypen erreicht werden. In beiden Fällen müssen Strategien eingesetzt werden, mit denen sozial bedingte Disparitäten abgebaut werden können.

Ein weiteres aktuelles Thema für die Prävention stellt der demografische Wandel dar. Auch hier dürften sozial bedingte Barrieren eine Rolle spielen, wenn beispielsweise mit Konzepten zum lebenslangen Lernen oder beruflicher Qualifizierung der Verlust des Arbeitsplatzes verhindert werden soll. Es sind also Ansätze gefragt, die diese Benachteiligungen abbauen.

Mit dem Beitritt zum Kooperationsverbund erhofft der BUK sich eine stärkere Vernetzung der präventiven Aktivitäten, ein abgestimmtes Vorgehen z. B. im Rahmen von Präventionskampagnen, die Weiterentwicklung und Umsetzung von mehr nachhaltigen Kooperationsprojekten mit einzelnen Netzwerkpartnern in Lebenswelten, wie sie gegenwärtig bereits zwischen den Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand existieren.

Der BUK ist der Überzeugung, dass einerseits ein hoher Standard an Präventionswissen vorhanden ist, dass andererseits aber Defizite in der Umsetzung sowie im Transfer dieses Wissens in die Praxis bestehen. Diese können zielführend durch das Nutzbarmachen von unterschiedlichen Erfahrungen gemindert werden. Der Kooperationsverbund verfügt auf Grund seiner Zusammensetzung über das benötigte Erfahrungswissen. Der BUK will sein Wissen in diesen Verbund einbringen und vom Wissen der Partner für seine eigene Arbeit und die seiner Mitglieder profitieren.

Der BUK wird seine Mitglieder motivieren sich an der Arbeit der bereits bestehenden regionalen Knoten zu beteiligen in soweit dies mit dem satzungsgemäßen

mäßigen Auftrag der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand vereinbar ist.

Helmut Breitkopf,

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Dem was bisher zu den Erwartungen an eine Kooperation gesagt worden ist, kann ich mich nur voll anschließen und möchte dazu auch gar nichts Weiteres sagen.

Wo steht das Land Nordrhein-Westfalen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention? Ich kann mich dazu nur früheren Verlautbarungen des BKK Bundesverbandes anschließen: "Jetzt erst recht" - das Präventionsgesetz ist nicht zustande gekommen. Das soll uns nicht hindern, verstärkt in diesem Bereich zu investieren und mehr zu tun.

Wir haben ein Verfahren in Gang gesetzt zur Stärkung und Weiterentwicklung der Prävention in Nordrhein-Westfalen. Am 7. Dezember wird die Landesgesundheitskonferenz Prävention als großes inhaltliches Thema behandeln. Wir werden uns mit allen Partnern des Gesundheitssektors in Nordrhein-Westfalen - der Konsensprozess ist zum größten Teil abgeschlossen - darauf verständigen, mehr zu tun, gemeinsamer zu tun und mehr Mittel in diesem Bereich zu investieren und zwar in konkret zu benennenden Handlungsfeldern, orientiert an klaren Zielen. Mit anderen Worten: Nordrhein-Westfalen wird ein Landespräventionsprogramm, ein Präventionskonzept entwickeln. In ausgewählten Bereichen werden wir schon vorher tätig werden. Diese werden in der praktischen Ausführung einen starken Bezug haben auf Projekte und Maßnahmen, die auf die Verbesserung der Gesundheit von sozial Benachteiligten gerichtet sind. Ich möchte hier nur ein Beispiel nennen: Angesichts der Zahlen die wir

haben in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit und der Problematik Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft gerade bei unterprivilegierten Gruppen werden wir schon in der nächsten Woche eine Veranstaltung mit Hebammen und Ärzten und weiteren Akteuren durchführen. Dort wollen wir Maßnahmen und Strategien diskutieren, mit denen wir Schwangere und junge Mütter aus diesen Gruppen besser erreichen können. Konkrete Projekte wurden bereits durchgeführt. Weitere werden folgen.

In den Kooperationsverbund kann sich das Land mit seinen Strukturen der kommunalen Gesundheitskonferenzen, in denen es vielfältige Projekte - auch zur Reduzierung von gesundheitlicher Benachteiligung gibt - einbringen. Durch Abstimmung und Kooperation können Doppelstrukturen vermieden werden. Über Einzelheiten der Zusammenarbeit unserer Strukturen mit dem Regionalen Knoten in NRW wird noch zu reden sein.

Dagmar Howe

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband



Die Arbeiterwohlfahrt hat sich aufgrund ihrer Geschichte und Tradition immer für sozial Benachteiligte eingesetzt. Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt hat im Jahr 1999 die erste Längsschnittstudie zur Kinderarmut in Auftrag gegeben. Hier wurden Kinder vom Kindergartenalter bis zum Übergang zur Sekundarstufe I beobachtet und untersucht, wie ihre Entwicklungschancen unter materiellen Armutbedingungen sind. Wir haben festgestellt, dass diese benachteiligten Kinder vor allem auch Gesundheitsförderung brauchen, Präventionsmaßnahmen, damit sie auch - soweit das unter materiellen Armutbedingungen überhaupt geht - chancengleich an Bildungsprozessen teilhaben können. Die Ergebnisse der Studie haben den Anstoß gegeben, dass wir im Verband

der Arbeiterwohlfahrt verstärkt Maßnahmen der Armutsprävention und Gesundheitsförderung initiieren.

Die AWO ist Mitglied im Deutschen Forum Prävention und hat gemeinsam mit der BKK die Aktion "Dr. Schnupper" durchgeführt, deren Ziel es ist, Eltern aus bildungsbenachteiligten Schichten und Migranten über die für sie kostenlosen Gesundheitsleistungen für ihre Kinder aufzuklären.

Was wir erwarten von diesem Kooperationsverbund ist einerseits Unterstützung bei der Umsetzung unserer Projekte und Maßnahmen, wir wollen aber auch unser Know-How und unsere besonderen Kompetenzen einbringen. Ich freue mich sehr, dass das SPI auch vertreten ist, da wir bereits in der Zusammenarbeit im Bereich der Entwicklung der Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten gute gemeinsame Erfahrungen gemacht haben.

Diese Form von Kooperation möchten wir gerne auch mit anderen Partnern durchführen. Und natürlich - das wird den anderen Wohlfahrtsverbänden genauso gehen - brauchen wir finanzkräftige Unterstützung und Partner für die Arbeit in den Projekten an der Basis. Wir freuen uns daher auf die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Kooperationsverbundes.

Hartmut Brocke,

Stiftung SPI



Es gibt ja große und kleine Elefanten, wir gehören zu den kleinen. Ich bin ganz beeindruckt, offenbar braucht es auch keine Aufnahmeprüfung, um hier Mitglied zu werden, zunächst reichen die guten Absichten.

Wir haben uns überlegt, warum wir überhaupt Mitglied des Kooperationsverbundes werden sollten. Meine Mitarbeiter haben sehr dafür gearbeitet. Wir haben uns im Vorstand

besprochen und gesagt: Gut, wenn es hilfreich ist, wenn es ein Signal ist; denn mitgearbeitet haben wir ja schon länger, treten wir dem Kooperationsverbund bei. Insofern freue ich mich, dass über alle Programme hinaus die Notwendigkeit von Kooperation und guten Kooperationspartnerinnen und -partnern - das ist ja wie es heute heißt ein soziales und kulturelles Kapital - hier heute institutionalisiert wird.

Wir wollen uns gerne einbringen. Können wir etwas anbieten? Ich denke schon. Uns geht es auch darum, dass die sozial Benachteiligten nicht zu Geiseln unserer guten Absichten werden, sondern eine eigenständige Position in der Debatte bekommen. Deshalb möchten wir gerne mit dem weiterhelfen, welches auch bisher schon unser Handlungsleitfaden war, nämlich dass wir uns als Transmissionsriemen und Netzwerker zur Verfügung stellen. Über die von uns betreuten Bundesprojekte haben wir das schon in der Vergangenheit geübt, ich denke mit Erfolg. Gerade in den kommunalen Armutsstandorten ist der Bereich der Gesundheit für die Zukunftschancen der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern von besonderer Relevanz.

Ich bin froh, dass die "Übergriffigkeit" des Gesundheitsbereiches (welche ich ausdrücklich begrüße) sich jetzt langsam etabliert. Denn was nutzt es, wenn der Dreißigjährige aufgrund seiner seelischen und körperlichen Verfassung bereits beschäftigungsunfähig ist, hier muss früher gehandelt und gedacht werden.

Bei Präventionsangeboten, bei Qualifizierungsmaßnahmen darf es nicht nur um formale oder einseitige Programme gehen. Es muss um Familien und die lokalen Lebensumstände gehen und dabei ist Gesundheit ein ganz wesentlicher Punkt.

Dr. Wilfried Kunstmann,

Bundesärztekammer



Wir haben uns als Bundesärztekammer sehr darüber gefreut, dass wir von Ihnen zu einer Mitarbeit im Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten angesprochen wurden. Dabei besteht insbesondere auf der Ebene der Landesärztekammern bereits in mehreren Regionen eine sehr gute Zusammenarbeit. Hier gibt es eine ganze Menge konkreter Projekte, die sich vor allem auch an sozial Benachteiligte richten. Das gilt z.B. für das Projekt "Gesundheit macht Schule", das schon seit mehreren Jahren von der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam mit der AOK sehr erfolgreich durchgeführt wird. Ein vergleichbares Projekt hat auch die Ärztekammer Westfalen-Lippe an Schulen ihres Kammerbereichs initiiert. In Niedersachsen bestehen inzwischen Aktivitäten, die v.a. auf die Sport- und Bewegungsförderung an Schulen ausgerichtet sind. In anderen Regionen engagieren sich die Ärztekammern in der medizinischen Versorgung Wohnungsloser oder zu den Themen Gewalt gegen Frauen und Kinder oder im Bereich Migration. Aufgrund dieser Erfahrungen kam uns Ihre Anfrage zur Mitwirkung sehr entgegen, denn gerne möchten wir die genannten Anstrengungen gemeinsam mit anderen Partnern verbreitern.

Darüber hinaus haben wir als Bundesärztekammer das Thema Gesundheit und Armut zu einem Hauptthema des diesjährigen Ärztetages gemacht, wo es intensiv diskutiert und eine entsprechende EntschlieÙung verabschiedet wurde. Auf diese noch sehr frische Diskussion können wir nun mit unse-

rem Beitritt in den Kooperationsverbund sehr gut aufsetzen. Die auf dem Ärztetag verabschiedete Entschließung betont ebenfalls die Wichtigkeit einer Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen in diesem Bereich.

Ein weiterer Schritt ist die Einrichtung einer ständigen Konferenz der Präventionsbeauftragten der Landesärztekammern. In ihrer konstituierenden Sitzung im letzten Monat wurde auch ein großes Interesse am Thema Krankheit und Armut deutlich, und es wurde über erste Erfahrungen der Landesärztekammern mit der Arbeit in den Regionalen Knoten berichtet. In der Öffentlichkeit wird häufig unterschätzt, wie sehr der einzelne Arzt tagtäglich die Armut seiner Patienten miterlebt, während er aus seinem ärztlichen Alltag heraus jedoch meistens nur über begrenzte Möglichkeiten verfügt, wirksame Hilfe vor allem bei ihren psychosozialen Facetten zu leisten, die aber in vielen Fällen die Grundlage der sich daraufhin einstellenden medizinischen Probleme darstellen.

So erwarten wir uns von der Kooperation und der Zusammenarbeit mit den Regionalen Knoten, dass hierüber Netze geschaffen werden, die auch dem einzelnen Arzt eine Unterstützung bei der Bewältigung der genannten Probleme bieten. Darüber hinaus sind wir aber auch der Ansicht, dass gerade der öffentliche Gesundheitsdienst wieder eine deutliche Stärkung erfahren muss, die er leider in der Vergangenheit aufgrund der Finanznöte der Kommunen stark eingebüßt hat. Deshalb sind wir besonders froh darüber, dass heute auch der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes dem Kooperationsverbund beitreten wird.

Wir freuen uns, dass hier eine große Plattform entstanden ist, die sich stetig verbreitert. Dabei sollte aber durch die Vielfalt der Akteure nicht der inhaltliche Fokus aus den Augen verloren werden. Umso wichtiger ist eine intensive Begleitung der Regionalen Knoten durch den Fachbeirat, in die wir uns ebenfalls bei Bedarf gerne einbringen werden.

Dr. Michael Schäfer,

Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
spricht auch für den Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes



Meine sehr geehrten Damen und Herren, zunächst einmal vielen Dank, dass die beiden Bundesverbände hier heute beitreten dürfen. Wir haben die Einladung sehr gerne angenommen. Herr Dr. Walter ist heute verhindert, ich darf auch in seinem Namen die Unterschrift leisten.

Ich möchte jetzt nicht das Klage lied der Personalsituation der öffentlichen Gesundheitsdienste singen. Tatsache ist jedoch, dass es dort ein Paradoxon gibt: Wir haben auf der einen Seite ständig steigende Wünsche und Anregungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst, ohne dass diesen mit einer personalseitigen Aufstockung Rechnung getragen würde. Hier sitzen aber nicht die Partner, denen man dies vermitteln müsste.

Für die Zahnmedizin darf ich folgendes sagen: Im Moment haben wir es vergleichsweise einfach. In weiser Voraussicht hat der Gesetzgeber mit den Paragraphen 21 und 22 SGB V Grundlagen geschaffen, mit deren Hilfe wir in den vergangenen 16 Jahren Strukturen schaffen konnten. Aufgrund dieser Vorgaben entstanden in Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen und den lokalen Krankenkassen bereits 380 regionale Arbeitskreise in der Bundesrepublik Deutschland. Weiterhin hat der Gesetzgeber bereits vor fünf Jahren etabliert, dass wir uns der besonders Benachteiligten anzunehmen haben. Die Gesundheitsämter und die lokalen Arbeitskreise sind diesbezüglich seit vielen Jahren im Setting tätig. Diesem aufsuchenden, niedrigschwelligem Ansatz werden wir auch weiter nachgehen.

Einzubringen haben wir die regionalen Arbeitskreise mit den bewährten und bestehenden Strukturen. Bislang ha-

ben wir für diese allerdings keine eigene Internetplattform, auf der die einzelnen Maßnahmen der vor Ort Tätigen vorgestellt werden könnten. Ohne Hintergedanken darf ich sagen: Leider ist die Zahnmedizin - wenn ich das so sagen darf - in Deutschland recht isolationistisch in ihrer Vorgehensweise. Das Bestreben der Mitglieder und des Vorstandes ist, sich in den Kooperationsverbund einzubringen und sich weiteren Partnern gegenüber zu öffnen. Wir sind der festen Überzeugung, dass wir neue Partner mit neuen Ideen und Anregungen brauchen, um das gegenwärtig noch sehr hohe Maß an Zahngesundheit zu erhalten und weiter zu verbessern. Wir sehen in dem Kooperationsverbund eine Möglichkeit, um voranzukommen, denn die lokalen und überregionalen Gesundheits- und Sozialberichte legen nahe, dass vor allem neue Netzwerke die Gesundheit der Menschen dauerhaft verbessern können. Auf diese Zusammenarbeit freuen sich die Bundesverbände und stehen für die weitere Mitarbeit bereit.

Prof. Dr. Petra Kolip,

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen



In Bremen hat es bislang keine Landesvereinigung für Gesundheit gegeben. Jetzt gibt es eine. Im Mai ist es uns gelungen nach langen Diskussionen die Landesvereinigung zu gründen, nunmehr sind wir auch eingetragener Verein.

Relativ schnell waren wir uns einig, dass unser Arbeitsschwerpunkt soziale Ungleichheit und Gesundheit sein sollte. Das liegt in Bremen auf der Hand; das Thema brennt uns unter den Nägeln.

Wir haben angefangen, Projekte und Maßnahmen in Bremen zu sammeln. Es gibt zwar vieles, aber die rechte Hand weiß nicht was die linke tut. Hier machen wir im Moment eine Bestandsaufnahme. Das würden wir gern ein Stück systematischer tun. Deshalb

möchten wir auch hier heute beitreten. Gern würden wir auch einen Regionalen Knoten etablieren, um auch die Erfahrungen, die anderswo gemacht werden, nach Bremen zu übertragen ohne bei Null anzufangen. Ich denke, hier hat sich ein Kreis zusammengefunden, aus dem wir wirklich viele übertragbare Anregungen gewinnen können.

Erika Biehn,

Nationale Armutskonferenz



Die Nationale Armutskonferenz ist ein relativ junger Verbund. Wir haben uns 1991 gegründet. Es wäre also gelogen zu sagen, wir haben zu diesem Thema schon seit Jahrzehnten beigetragen.

Die Nationale Armutskonferenz ist ein Zusammenschluss von Wohlfahrtsverbänden und einer Reihe von Fremdbeziehungsweise Selbsthilfeverbänden. Wir haben zwar eine Geschäftsordnung, sind aber kein eingetragener Verein sondern ein nicht ganz loser Zusammenschluss der Verbände. Die NAK steht für den Kampf gegen Armut und Ausgrenzung und das seit Anbeginn. Da wir selbst ein Netz sind, wissen wir um die Wichtigkeit der Vernetzung. Deshalb war es für uns auch wichtig, diesem Kooperationsverbund beizutreten um aktiv mitzuarbeiten. Mit dieser Kooperation möchten wir, dass die Gesundheitsförderung bei armen Menschen tatsächlich intensiviert wird.

Seit Jahren beobachten wir sorgfältig die Veränderungen nicht nur der Gesetze, sondern auch die soziale Lage von armen Menschen. Gerade im Moment kann man feststellen, dass sie in der Politik nur mehr am Rande eine Rolle spielt. Wenn ich die Pläne bedenke, beispielsweise die Zahnbehandlung gänzlich aus der Krankenkasse auszugliedern, dann ist das genau der falsche Weg. Die Nationale Armutskonferenz möchte nicht, dass der soziale Status der Menschen am Gebiss zu erkennen ist. Insofern sind

wir an dieser Vernetzung sehr interessiert. Unsere Erfahrung ist die, dass bei wachsendem Eigenmitteleinsatz arme Menschen um Leistungen gebracht werden, Leistungen gar nicht mehr erreichen bzw. ihre gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten zu chronifizieren drohen und dann mit erheblichem Aufwand behandelt werden (müssen); in den meisten Fällen haben Arme eine kürzere Lebenserwartung.

Es ist heute schon gesagt worden: Die beste Prävention wäre, wenn die Menschen entsprechend ausgestattet würden. Aber glaube ich, zurzeit ist die Politik hier eher auf dem entgegengesetzten Wege.

Wir wollen zu einer Vernetzung von aktiven Menschen, von Aktionen beitragen. Das haben wir auch in der Vergangenheit schon getan. Es muss also immer auch darum gehen, Armut zu bekämpfen. Gesetze sind das eine, diese gilt es zu verändern. Aber dies reicht nicht.

Wir haben uns beispielsweise bereits mit dem Thema Armut und Gesundheit auseinandergesetzt und eine Broschüre dazu verfasst. Insofern ist es uns wichtig, hier mitzuarbeiten, weil wir möchten, dass die Lebenslage Armut als krankheitsproduzierend wahrgenommen und möglichst auch verändert wird. und neben einer akuten Behandlung auch die Verursachung einer Erkrankung im Blick bleibt. Das ist ein wesentlicher Bereich, denn die schlechte Ernährung hat nicht immer etwas mit dem Wissen zu tun, durchaus mit Erfahrung, aber eben auch mit Geld.

Geld können wir in dieses Netzwerk nicht einbringen, unsere Erfahrung und das Wissen der Mitglieder dagegen schon.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock,

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung,
Forschungsgruppe Public Health



Die Frage ist, warum wir erst jetzt beitreten: Einfach weil wir nicht früher gefragt wurden und es auch nicht klar war, dass das auch eine gute Idee ist, den Verbund auch der Wissenschaft zu öffnen. Ich denke, dass der Verbund ein guter Transmissionsriemen zwischen Wissenschaft und Praxis sein kann.

Ich spreche für die Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin. Wir fühlen uns in einer noch älteren Tradition als die Barmer Ersatzkasse. Wir sehen uns in der Tradition von Rudolf Virchow, der gesagt hat, die Gesundheit hängt ab von der Bildung mit ihren Töchtern Wohlstand und Freiheit und damit als erster die sozialen Determinanten von Gesundheit formuliert hat. In der Tradition dieser Forschung sehen wir uns, die dann fortgeführt wurde von Mosse und Tugendreich mit ihrem Grundlagenwerk "Krankheit und soziale Lage" und Alfred Grotjahn und wir sind stolz darauf, dass diese Tradition wieder aufgenommen wird. In dieser Linie sehen wir uns und finden das einen sehr starken Ansporn hier tätig zu sein.

Wie Sie wissen, gibt es verschiedene Möglichkeiten Wissenschaft zu verstehen und Wissenschaft zu betreiben. Wir in der Forschungsgruppe Public Health glauben, dass Wissenschaft durch zwei Kriterien gekennzeichnet ist: Wissenschaft muss neugierig sein und wir sind neugierig auf die Kompetenz und die Erfahrungen, die in diesem Kooperationsverbund gesammelt werden. Und Wissenschaft muss sich als Dienstleistung verstehen. Wir wollen unsere Kompetenz einbringen, um die Arbeit dieser Kooperation noch fruchtbarer zu machen. Dazu ist dieser Kooperationsverbund natürlich hervorragend geeignet. Wo hat man sonst

schon eine Koalition, in der der Staat, die Sozialversicherungsträger, die Wohlfahrtsverbände, Zivilgesellschaftliche Akteure und jetzt auch die Wissenschaft zusammenarbeiten. Das ist selten und wie ich finde außerordentlich produktiv und perspektivenreich. Das Thema mit dem wir uns beschäftigen hat es nötig. In einem solchen Raum, in dem wir uns heute hier befinden sehen wir das ganz anders, aber in der täglichen Politik ist das Thema Armut und Gesundheit, sozial bedingte Ungleichheit und Gesundheit eines das immer gern verdrängt wird. Denn diejenigen, die über die politische Agenda entscheiden, sind nicht die, die unmittelbar betroffen sind. Das heißt, hier ist ein starkes Advocacy-Element erforderlich. Dabei hat Wissenschaft einige Erfahrungen und Kompetenzen beizubringen.

Was wir sonst beitragen wollen sind natürlich die spezifischen Instrumente und Hilfestellungen, die die Wissenschaft zu bieten hat. Ich möchte einige Themenfelder nennen, in denen wir uns schon betätigt haben und dies auch weiter tun wollen: Welche Maßnahmen und Strategien gibt es und welche sind erfolgreich? Unter welchen fördernden und hemmenden Bedingungen kommen erfolgreiche Strategien zustande? Es gibt fördernde und hemmende Bedingungen auf der Ebene der Politik, der Qualifizierung, der Ressourcen, der Kooperationsstrukturen und auch der legislativen Strukturen. Was ist Qualitätssicherung und Evaluation die wir brauchen, nicht nur um unsere Maßnahmen zu verbessern, sondern auch um die Legitimität unseres Anliegens in der politischen Öffentlichkeit zu vertreten und damit auch unseren Anspruch auf mehr Ressourcen als zwei Promille der Ausgaben der Krankenversicherung deutlich zu machen? Zu diesem Punkt arbeitet auch mein Kollege Michael Wright an einem Projekt zur Qualitätssicherung in Kooperation mit Gesundheit Berlin, finanziert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Das ist eine gute Koalitionsbildung über verschiedene Typen von Institutionen hinweg. Die vierte Frage ist, wie man den Transfer organisieren, nicht nur den Transfer von einem Projekt zum anderen, sondern auch zwischen den Bereichen:

Was lehrt uns die betriebliche Gesundheitsförderung, wenn wir Gesundheitsförderung in Schulen und Bildungseinrichtungen und Stadtteilen organisieren wollen? Die fünfte Frage: wie kann man das alles organisieren, welche Strukturen benötigen wir, wie kann man Vernetzung schaffen, die sozial wirklich produktiv ist?

Insoweit haben wir eine Fülle von Erfahrungen aufzunehmen, neugierig zu sein, auf das was Sie machen und wir hoffen auch, als Dienstleister an Sie etwas zurückzugeben, um Ihre Arbeit und damit unser aller Arbeit noch produktiver zu machen.

Ich stehe hier als Sprecher der Arbeitsgruppe Public Health, aber ich bin auch in verschiedenen politikberatenden Gremien tätig. Unter anderem habe ich die Ehre, bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dem wissenschaftlichen Beirat vorzusitzen und bin auch im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen. Und es war ein hartes Stück Arbeit, dass im Jahresgutachten 2005 erstmals ein Kapitel zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen enthalten war und ein großes Kapitel zu den Ansätzen, die in diesem Kooperationsverbund betrieben werden. Ich hoffe, dass alles dieses und unser aller Bemühen zusammenfließen kann, um noch bessere Rahmenbedingungen für unsere Arbeit zu schaffen. Ich denke, dass jede Bundesregierung, die jetzt ans Ruder kommt, auch daran zu messen sein wird, ob sie uns ein gutes und noch besseres Präventionsgesetz beschert, als das was in diesem Frühjahr gescheitert ist.

Dr. Jürgen Gohde,

Diakonisches Werk der EKD



Das Diakonische Werk der EKD ist der Bundesverband der Diakonie, der sozialen Arbeit der evangelischen Kirchen. Die Diakonie begleitet auf der Bundesebene den politischen Prozess und vertritt gegenüber Politik und Öffentlichkeit eine an diakonischen Wertvorstellungen orientierte Weiterentwicklung des Sozialstaats. Bei der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) gilt das besondere Augenmerk den Folgen von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungsregelungen für Menschen in schwierigen Lebenslagen. In der jetzigen Legislaturperiode engagiert sich die Diakonie für einen neuen Anlauf, ein Präventionsgesetz zu verabschieden, das die Minderung von gesundheitlicher Ungleichheit in den Mittelpunkt stellt. Zahlreiche diakonische Einrichtungen, etwa Kindertagesstätten, Krankenhäuser oder Einrichtungen der medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation sind in Prävention und Gesundheitsförderung tätig. Den Deutschen Präventionspreis 2005 erhielt eine diakonische Einrichtung. Die Koppelung von schwierigen Lebenslagen einerseits und gesundheitlichen Problemen andererseits stellt die eigentliche Herausforderung für die Arbeit zahlreicher Einrichtungen dar. Aus ihrer Praxiserfahrung wissen die in den Einrichtungen Tätigen, dass Kompetenzentwicklung und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zusammengehören.

Die Diakonie erwartet von der Kooperation einen Austausch über Praxiserfahrungen, über Good Practice-Projekte und erwartet eine Vernetzung von Projekten der Gesundheitsförderung. Von großer Bedeutung hierfür

sind die regionalen Knoten. Von besonderem Interesse ist aus unserer Sicht die Frage der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In der Qualitätsfrage bündeln sich unterschiedliche Aspekte: die Fachlichkeit, der gesundheitliche Effekt, die Partizipation der Betroffenen und die Wirtschaftlichkeit. Die Diakonie ihrerseits kann in den Kooperationsverbund einbringen: Einrichtungen und Dienste als Lebenswelten, die lokale und regionale Verankerung der Diakonie, einen breit gestreuten Fächer von beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen in der Prävention, auch aus der Arbeit der diakonischen Beratungsstellen, die oftmals mit Menschen in vielschichtigen Problemlagen arbeiten.

Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Nur durch die Zusammenarbeit vieler Akteure, die sich gemeinsam engagieren, entsteht nach Auffassung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) die notwendige Dynamik, die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten voranzubringen. Gemeinsames Engagement und Transparenz der einzelnen Aktivitäten der Kooperationspartner können die erforderlichen Voraussetzungen schaffen, das Thema in seiner ganzen Breite bekannt zu machen, Veränderungen zu etablieren und den erforderlichen Abbau sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen voranzutreiben.

Ziel des BLK ist es u. a. den Fokus der Aktivitäten im Kooperationsverbund nicht nur auf Probleme in Großstädten, sondern auch auf die im ländlichen Raum zu richten, denn sozial bedingte Ungleichheit endet nicht an der Stadtgrenze. Gerade (auch) im ländlichen Bereich, wo sich der Zugang zu Gesundheitskursen für die dortige Bevölkerung zuweilen schwierig gestaltet, bedarf es des Engagements vieler Akteure vor Ort. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen begrüßen daher den Zusammenschluss der unterschiedlichen Akteure und erhoffen sich über den Kooperationsverbund Partner zu finden bzw. sich Projekten anschließen zu können, um in ländlichen Räumen sozialbedingten Ungleichheiten, auch durch den Einsatz von finanziellen Mitteln, entgegenzuwirken.

"ENDLICH FRAGT MICH MAL EINER!"

Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis und Entwicklung von darauf aufbauenden Maßnahmen und Strukturen

vorgestellt von

Barbara Leykamm

Koordinatorin Regionaler Knoten
Baden-Württemberg



Zusammenfassung

Allein Erziehende sind aufgrund ihrer Lebenssituation erhöhten Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Ziel des langfristig angelegten Projektes ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation allein Erziehender und damit zur Förderung ihrer Gesundheit beizutragen. Dazu werden Angebote, Strukturen und Lebensbedingungen im Rems-Murr-Kreis erhoben, überprüft, verändert oder neu geschaffen.

Die im Projekt durchgeführten schriftlichen Befragungen sowohl der allein Erziehenden als auch der zentralen Fachinstitutionen bieten den Betroffenen und den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einen hohen Grad an Beteiligung. Sie fördert damit Bewältigungsstrategien, die im personalen, sozialen und materiellen Bereich liegen.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteuren und Akteurinnen im lokalen Umfeld. Qualitätsentwicklungsprozesse sind eingeleitet. Auf fachliche Empfehlung der Projekt-Planungsgruppe wurden aus den zentralen Ergebnissen der Befragung die Handlungsschwerpunkte "Kinderbetreuung", "finanzielle

Situation" sowie "Beratungs- und Versorgungsangebote" abgeleitet. Diese Handlungsschwerpunkte werden in den zuständigen regionalen Gremien und Institutionen weiter bearbeitet.

Hintergrund

Die Lebenslage "allein Erziehend" ist nicht per se defizitär. Allerdings gibt es objektive Faktoren, welche die Bewältigung der vielfältigen Aufgaben erschweren und die sich zu einem Gesamtkomplex summieren, der subjektiv als extrem belastend erlebt werden kann.

Die Lebenssituation von allein Erziehenden ist häufig gekennzeichnet durch:

- schlechte Vereinbarkeit von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit
- unterdurchschnittliches Einkommen und geringe Erwerbstätigkeit
- hohes Armutsrisiko - oftmals auf Sozialhilfeleistungen angewiesen
- materielle Randstellung, die Familien aus vielen Lebensbereichen ausgrenzt
- Ängste, Depressionen und dem Gefühl der ständigen Überforderung
- beengte Wohnsituation
- physische und psychische Mehrfachbelastung

Der Einfluss von Armut auf die Gesundheit von Kindern wurde für Baden-Württemberg bestätigt. Daten zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und deren Kindern haben bisher im Rems-Murr-Kreis gefehlt.

Darüber hinaus war der konkrete Unterstützungsbedarf von allein Erziehenden vor Ort den Professionellen zu wenig bekannt und es konnte daher nicht gezielt beraten, vermittelt oder geschult werden. Angebote der Gesundheitsförderung erreichen die allein Erziehenden nicht genügend und Angebote für allein Erziehende sind zu wenig vernetzt. Allein Erziehende ver-

bleiben oftmals lange in der Sozialhilfe - Alternativen sind gering oder beheben die Probleme unzureichend.

Vorgehen

Im Vorfeld des Projektes wurden von Seiten des Fachbereichs Gesundheitsförderung des Landkreises Daten und Materialien gesichtet, um das Vorhaben der Bestandsaufnahme ausreichend zu begründen und zu belegen. Es wurden zum Vergleich u.a. Daten des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg herangezogen, bundesweite Studien und Berichte, sowie Sozialberichte von Kommunen und Landkreisen. Darüber hinaus fanden Gespräche mit Fachkräften auf regionaler und überregionaler Ebene statt (Universitäten, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Frauenbeauftragte, Jugendamt, Gesundheitsamt Tübingen, u.a.). Dadurch fand eine Rückkoppelung in Bezug auf die Planung des Projektdesigns statt und es konnten Kooperationspartner und -partnerinnen gewonnen werden. Aus diesen Gesprächen heraus entstand die Projekt-Planungsgruppe. Um der Idee eines gemeinsamen Projektes näher zu kommen, wurden die Kooperationspartner und -partnerinnen von Anfang an in die Planung und Umsetzung des Projektes mit eingebunden. Bei der Auswahl der Mitglieder der Planungsgruppe wurde darauf geachtet, möglichst das ganze Feld der Fachinstitutionen zu beteiligen, die direkt oder indirekt mit allein Erziehenden befasst sind. Daraus hat sich folgende "Planungsgruppe Gesundheitliche Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis" (im Folgenden Planungsgruppe) ergeben:

- Kreissozialamt: Sozialer Dienst
- Kreisjugendamt: Beratung und Information für allein Erziehende, Bezirkssozialdienst
- Diakonische Bezirksstelle Backnang
- Katholisches Bildungswerk Waiblingen
- Verein Kinder- u. Jugendhilfe Backnang. e.V.: Beratungsstelle
- Stadt Waiblingen: Frauenbeauftragte
- Gesundheitsamt: Gesundheitsberichterstattung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung

Die Aufgaben der Planungsgruppe waren und sind sehr vielfältig:

- Beratung bei der Erstellung der Befragungsinstrumente
- Multiplikation des Projektes
- Kontakte herstellen zur Zielgruppe und weiteren Fachdiensten
- Mitwirkung bei der Interpretation und Auswertung der Ergebnisse
- Planung und Vorbereitung der Präsentation der Ergebnisse
- Planung und Umsetzung von Maßnahmen

Übergeordnetes Projektziel ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation allein Erziehender und damit zu ihrer Gesundheitsförderung beizutragen. Dazu werden Angebote, Strukturen und Lebensbedingungen überprüft, verändert oder neu gestaltet. Die Vielfalt von Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten der Zielgruppe werden dabei einbezogen und beachtet, Bewältigungspotenziale gestärkt.

Das Projekt lässt sich in folgende Phasen einteilen:

1. Entwickeln des Projektdesigns und der Befragungsinstrumente

Schriftliche Befragung von Institutionen

Mit dieser Erhebung wurde der Frage nachgegangen, welche Angebote es im Rems-Murr-Kreis für allein Erziehende gibt und wie diese angenommen werden. Über diese Angebotsrecherche hinaus wurde eine Bewertung der Angebote, sowie eine Einschätzung der Bedarfslage abgefragt.

Schriftliche Befragung von allein Erziehenden

Mit dem Fragebogen an die allein Erziehenden sollte deren Lebenslage möglichst umfassend erfasst werden.

Zu Beginn des Fragebogens wurden die soziodemographischen Daten, sowie die Situation zur Berufstätigkeit, Kinderbetreuung, zum Sorgerecht und finanzieller Versorgung erfragt. Im Weiteren ging es um Themenbereiche wie "Soziale Beziehungen", "Belastung", "Gesundheitliche Beschwerden und Befinden" sowie "Gesundheitsverhalten allgemein". Ein weiterer Abschnitt des Fragebogens beinhaltete die Einschätzung von Angeboten und die Abfrage des potenziellen Bedarfs. Drei offene Fragen zu allgemeinen Erwartungen an Institutionen, das soziale Umfeld und generellen Änderungswünschen bildeten den Schluss dieses Befragungsinstrumentes. Der Fragebogen wurde in die türkische Sprache übersetzt und an türkische allein Erziehende verteilt. Die begleitende Öffentlichkeitsarbeit zur Befragung wurde im Wesentlichen von der Planungsgruppe geleistet. Sie konnte an vielen Schnittstellen grundlegende Informationen zum Projekt transportieren. Nicht zuletzt spielten auch bestehende persönliche Kontakte zu allein Erziehenden eine große Rolle. Die Befragung der allein Erziehenden wurde durch ein begleitendes Preisausschreiben unterstützt. Die Befragten nahmen anonym an einer Verlosung teil.

2. Auswertung der Erhebungen

Die Resonanz auf die Befragung war mit einem Rücklauf von 30 % für einen derart aufwändigen Fragenkatalog sehr gut. Insgesamt wurden 684 Fragebögen ausgewertet. Die Rückmeldungen der allein Erziehenden wurden in zentralen Ergebnissen zusammengefasst, welche sich in 12 Themenbereichen widerspiegeln: von skeptischen Reaktionen der Umwelt bis hin zu formulierten Erwartungen und Be-

Haben Sie folgende Aussagen schon zu hören bekommen?	Ja, habe ich schon gehört, und hat mich getroffen	Ja, habe ich schon gehört, macht mir nichts aus	Nein, habe ich noch nicht gehört
Allein Erziehende sind an ihrer Situation selbst schuld	32 %	32 %	36 %
Kinder von allein Erziehenden sind benachteiligt	42 %	30 %	28 %
Kinder von allein Erziehenden haben häufiger Schulprobleme	37 %	38 %	25 %

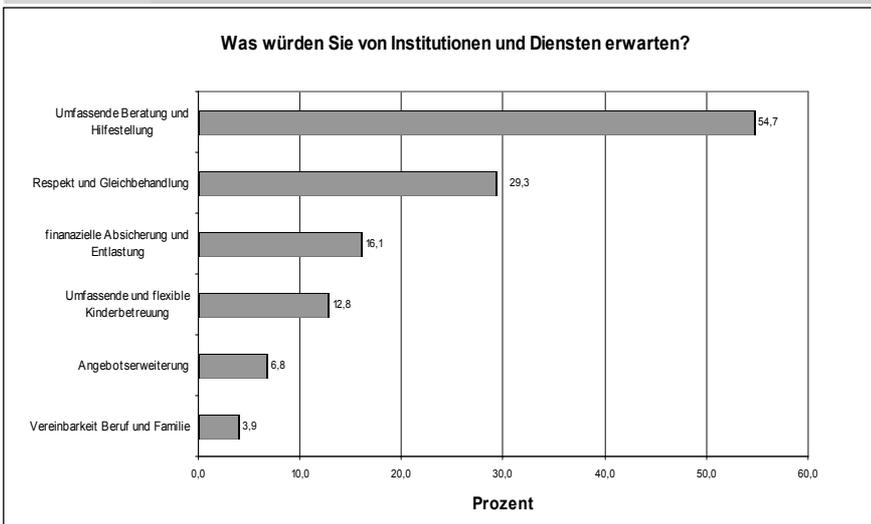


Hier können Sie gewinnen!

- * 1. Preis: ein Wochenende im Mütterkurhaus Bad Überkingen
- * 2. Preis: ein Anti-Stress-Kurs bei AOK – Rems-Murr-Kreis
- * 3 - 6. Preis: Eintrittskarten - Kulturveranstaltungen Stadt Waiblingen
- * 7.-50. Preis: weitere attraktive Sachpreise

Preise 1 – 6 auf Wunsch mit Kinderbetreuung! (mit finanzieller Unterstützung der Kreisverbände Waiblingen)

- * Jeder ausgefüllte und zurückgeschickte Fragebogen nimmt automatisch und selbstverständlich anonym an der Verlosung teil. Bitte bewahren Sie dieses Blatt mit Ihrer Nummer sorgfältig auf!
- * Die Auslosung findet voraussichtlich Frühjahr 2003 statt. Das Ergebnis erfahren Sie über die Presse oder unter Tel.Nr. 07151 – 50-619
- * Ihre Losnummer:



darfen bezüglich Unterstützungsangeboten.

Die Erwartungen an Institutionen und Dienste sind in der folgenden Grafik dargestellt:

Auf der Grundlage der zentralen Ergebnisse wurden von der Planungsgruppe folgende Handlungsschwerpunkte mit Empfehlungscharakter definiert:

- Kinderbetreuung
- Finanzielle Situation
- Beratungs- und Versorgungsangebote

3. Entwicklung von Lösungsstrategien und Maßnahmen

Diese Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen einer Präsentation gemeinsam mit den zentralen Ergeb-

nissen der Befragung den Befragten, d.h. den allein Erziehenden und den Fachdiensten vorgestellt. In Arbeitsgruppen wurden gemeinsam entsprechende den Schwerpunkthemen Strategien und Maßnahmen erarbeitet und entwickelt. Im Folgenden werden exemplarisch die wichtigsten Ergebnisse einer dieser Arbeitsgruppen dargestellt:

"Das liebe Geld - Wir verbessern unsere finanzielle Situation"

Ausgangssituation

- 52% der Befragten leben von Sozialhilfe
- 42% der Befragten bekommen keinen Unterhalt
- 70% der Befragten empfinden ihre finanzielle Situation als belastend

"Lösungen für mehr Geld"

Es wurden Ideen gesammelt, was nötig wäre, um die finanzielle Situation zu verbessern. In Arbeitsgruppen wurde die Fragestellung bearbeitet: "Wie kann ich das, was mir wichtig ist, hier vor Ort in die Wege leiten?" Exemplarische Ergebnisse:

Klare Worte

- Sozialhilfebescheid: verständlicher, logischer, konkret - sachlich
- Persönliche Beratung: freundlich, klar, offen
- Einheitliche Auskünfte und Beratung
- Information über gesetzliche Ansprüche - Voraussetzung dafür ist die ständige Fortbildung der Beratenden
- Infoblätter und Handzettel
- Anlaufstelle für allein Erziehende mit Wegweiserberatung

Haushaltsführung / Selbstbewusstsein stärken

- Kinder stark machen zum richtigen Umgang mit Geld
- Haushaltsbuch führen - wo gibt es Einsparmöglichkeiten

Information: Verständlich und reichlich

- Anlaufstelle, die zentral über alle Möglichkeiten (z. B. Unterhalt, Steuerfreibeträge, Möglichkeit von Zuschüssen) individuell informiert.
- Bessere Vernetzung der einzelnen Institutionen

4. Umsetzung und Anwendung der Maßnahmen

Als Vorgehensweise bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen empfahl die Planungsgruppe folgende Schritte:

- Vertiefung der vorliegenden Ergebnisse im Diskurs von Fachkräften und allein Erziehenden im Rahmen der Ergebnispräsentation
- Sammeln von Zielen und Maßnahmen in Arbeitsgruppen bei der Ergebnispräsentation
- Weiterführung der Arbeitsgruppe unter Hinzuziehung von weiteren Fachkräften und Betroffenen
- Planung und Umsetzung der Maßnahmen in den zuständigen Gremien und Fachbereichen

Guter Praxisbereich Empowerment

Allein Erziehende selbst wurden als Experten und Expertinnen für ihre Lebenslage gesehen. Dies stellt einen neuen Ansatz in der regionalen Bedarfsplanung dar.

Die Resonanz auf dieses Vorgehen war sehr positiv: "Endlich fragt uns mal einer", "Das finde ich gut, wenn ich mal meine Meinung sagen kann". "Ich wüsste schon was zu verbessern wäre". Aber auch "hoffentlich nützt es etwas" - "hoffentlich ändert sich dann auch etwas". Der Fragebogen stellte hohe Erwartungen an die Befragten - sie mussten ihre Lage differenziert betrachten, reflektieren und waren zu einem konstruktiven Mitdenken aufgefordert. Durch die detaillierte Befragung wurden die allein Erziehenden für ihre eigenen Lebensbedingungen sensibilisiert, für ihre spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe und auf eigene Ressourcen aufmerksam gemacht. Sie wurden dazu ermutigt, ihre Wünsche und Ideen einzubringen und erhielten im Rahmen der Präsentationsveranstaltung die Möglichkeit, sich an dem Gestaltungs-/Veränderungsprozess bezüglich bestehender Angebote sowie ihrer Lebenslage zu beteiligen.

Die befragten Fachdienste reflektieren im Rahmen des Befragungsprozesses die eigene Arbeit unter der Fragestellung, was gut läuft, gut ankommt bzw. weniger nachgefragt wurde. In der Zusammenführung der beiden Befragungen erfuhren die Fachdienste Rückmeldung von allein Erziehenden, die in dieser umfassenden Form sonst nicht möglich waren. Daraus ergaben sich neue Ideen und wurden neue Qualitätsstandards für die Angebote entwickelt. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung hatten Einfluss auf weitere Konzeptentwicklungen und Angebotsformen.

Guter Praxisbereich Partizipation

Im Rahmen des Projektes "Endlich fragt mich mal einer!" wurde Partizipation auf mehreren Ebenen praktiziert. Die Planungsgruppe ermöglichte eine systematische und kontinuierliche fach- und ämterübergreifende Beteiligung bei der Konzepterstellung und weiteren Umsetzung. Dadurch konnte sowohl eine breite Fachlichkeit als

auch ein hohes Maß an Identifikation mit der Projektidee erreicht werden.

Die befragten allein Erziehenden und verschiedenen Fachdienste sind bei der Beschreibung der Ist-Situation, Formulierung von Wünschen und Bedürfnissen und der Ideenentwicklung zur Verbesserung beteiligt. Weiterhin wurden und werden die Betroffenen über die Erhebung hinaus bei der Diskussion der Ergebnisse, der Entwicklung und Weiterentwicklung von Maßnahmen involviert.

Guter Praxisbereich Kontinuität/Nachhaltigkeit

Das Projekt ist auf Landkreisebene mit der qualitativen, aktivierenden Angebots- und Bedarfserhebung einzigartig. Die Befragung der Betroffenen erfolgte mit einem breit angelegten, umfassenden Erhebungsinstrument. Die Zielgruppe der allein Erziehenden wurde bewusst in der gesamten Heterogenität angesprochen, um maximale Ressourcen zu ermitteln. Parallel fand eine Befragung von verschiedenen Fachdiensten statt. Die beiden Erhebungen wurden abgeglichen. Die Kontinuität ist durch das neu gegründete Planungsgremium gewährleistet, das auf der Grundlage des Projektes und als weiterführende Maßnahme gegründet wurde.

Folgende Konsequenzen aus der Bedarfserhebung "Allein Erziehende" unterstreichen die Kontinuität und Nachhaltigkeit dieses Projektes:

1. Diplomarbeit - zur Kinderbetreuungssituation für allein Erziehende im Rems-Murr-Kreis: Konkret wurde eine "Landkarte" für den Rems-Murr-Kreis erstellt, um der heterogenen Versorgungssituation gerecht zu werden. Die Versorgung im Kreis ist aufgrund der regionalen Struktur - städtischer und ländlicher Charakter - sehr unterschiedlich und erschwert die Planungsarbeit. Die ermittelten Daten können von den Kindergartenfachberaterinnen und der Jugendhilfeplanung jetzt direkt verwendet werden.

2. Arbeitsgemeinschaft nach §78 KJHG - "Allein Erziehende"
"Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen die Bildung von Arbeits-

gemeinschaften anstreben, in denen neben ihnen die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie die Träger geförderter Maßnahmen vertreten sind. In den Arbeitsgemeinschaften soll darauf hingewirkt werden, dass die geplanten Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen" (gem. §78 KJHG)
In diesem Rahmen ist die Bearbeitung und Vertiefung der Schwerpunktthemen "Vernetzung und Versorgung bzw. Anpassung der Angebote" (Inhalte, Methoden, Formen) und "Finanzen" geplant.

3. Veranstaltungen für allein Erziehende in Kooperation mit der Familienbildungsstätte Waiblingen, die auf den Bedarfsanalysen der Befragung basieren:

- "Energieräuber und Kraftquellen" - Stärkungsseminar für allein Erziehende
- "Allein erziehend - nur schwierig oder etwa die bessere Familie?" Vortrag einer regionalen Erziehungsberatungsstelle
- "Gesunde und preiswerte Ernährung" Informationsveranstaltung
- "Hier sparen Sie so manchen Euro" - Informationsveranstaltung
- "Mit dem Einkommen gut Auskommen" - Informationsveranstaltung

Weitere relevante gute Praxisbereiche

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Praxisbereichen werden in diesem Projekt die guten Praxisbereiche Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung und Multiplikatorenkonzept umgesetzt.

Kontakt

Karin M. Müller

Landratsamt Rems-Murr-Kreis
Geschäftsbereich Gesundheit
Fachbereich Gesundheitsförderung
Bahnhofstr. 1
71328 Waiblingen
Baden-Württemberg
Telefon: 07151/501-619
Telefax: 07151/501-634
E-Mail: ka.mueller@rems-murr-kreis.de
Websites: www.rems-murr-kreis.de,
hier finden Sie die Dokumentation des Projektes als pdf-Datei.

Fitness für Kids

Frühprävention im Kindergartenalter



vorgestellt von

Dagmar Siewerts

Koordinatorin Regionaler Knoten Berlin

Zusammenfassung

Immer mehr Kinder in Deutschland sind übergewichtig und leiden unter Bewegungsmangel (Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Um dieser Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken, setzt das Projekt bereits im Kindergartenalter mit regelmäßiger gesundheitsorientierter Bewegungserziehung an. Die Maßnahme wird in Kitas in Berliner Bezirken mit unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Durch eine entsprechende Anleitung und Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher sind diese nach Projektabschluss in der Lage, die Bewegungserziehung selbständig fortzusetzen. Damit wird das Projekt auf Dauer kostenneutral. Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass sich diese Bewegungsförderung äußerst positiv auf die motorische Entwicklung und den Gesundheitsstatus der Kinder auswirken. Kinder aus sozial schwachen Familien profitierten in besonderem Maße von dieser Maßnahme.

Hintergrund

Immer mehr Kinder in Deutschland sind übergewichtig und leiden unter Bewegungsmangel. Die Ursachen hierfür sind in den veränderten Lebens-

gewohnheiten zu finden. Die nachteiligen Auswirkungen einer medienorientierten Welt auf das Spiel- und Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen werden immer deutlicher. Viele Kinder sind zu passiven Konsumenten geworden und sind folglich körperlich zu wenig aktiv. Untersuchungen in Deutschland ergaben, dass sich Kinder durchschnittlich nur eine Stunde am Tag bewegen.

Dieser Bewegungsmangel, ein inzwischen anerkannter kardiovaskulärer Risikofaktor, führt zunehmend dazu, dass Kinder sowohl motorische Defizite als auch eine verringerte körperliche Fitness aufweisen. In der Folge treten Risikofaktoren und Krankheiten, wie erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes Mellitus, aber auch Schwächen des Stütz- und Bewegungsapparates häufiger bereits im Kindes- und Jugendalter auf.

Dass vielfach bereits zum Schulbeginn Defizite vorliegen, zeigen die Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen, aber auch die Beobachtung der Sportlehrer, dass viele Kinder einfachste sportliche Übungen nicht mehr ausführen können.

Insofern war es das Anliegen der Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- Kreislauf-erkrankungen e.V. (BGPR), der Unfallkasse Berlin sowie der Universität Potsdam ein Präventionskonzept zu entwickeln, welches Kinder in einem Alter erreicht, in dem sie noch keine körperlichen Vorschädigungen und motorischen Defizite aufweisen.

Vorgehen

Das zweijährige Pilotprojekt "Fitness für Kids" hatte zum Ziel, den oben genannten Problemen durch eine regelmäßige, gesundheitsorientierte Bewegungserziehung bereits im Kindergartenalter zu begegnen. Es sollte

zu einem Zeitpunkt ansetzen, zu dem bei den Kindern noch keine Defizite und Vorschädigungen vorliegen. Diese Präventionsmaßnahme wurde zunächst in 6 Kitas mit 160 Kindern in verschiedenen Berliner Bezirken unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Weitere 6 Kitas mit insgesamt 105 Kindern aus vergleichbaren sozialen Einzugsgebieten dienten als Kontrollgruppe. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahme zu überprüfen, wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet. Die Evaluierung dieser regelmäßigen Bewegungsförderung zeigte eindeutig, wie positiv sich diese Präventionsmaßnahme auf den Gesundheitszustand und die motorischen Fertigkeiten der Kinder ausgewirkt haben.

Die Intervention bestand in einem wöchentlichen Bewegungsprogramm (dreimal wöchentlich, jeweils 45 Minuten), welches zunächst einmal pro Woche von qualifizierten Übungsleitern und die zwei weiteren Male von den zwischenzeitlich geschulten Erzieherinnen durchgeführt wurde. Dabei ging es um eine vielfältige spielerische Bewegungserziehung, die neben der Freude an der Bewegung die motorischen Grundeigenschaften wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Geschicklichkeit der Kinder schulen sollte. Diese spielerischen Übungen waren für jedes Kind leicht umsetzbar, einfach zu verstehen und erforderten keine großen Sprachkenntnisse. Insbesondere Bewegungsspiele mit Alltagsmaterialien (z.B. Zeitungen, Fliegenklatschen, Spülschwämmen, etc.) erwiesen sich als sehr motivierend bei den Kindern und waren zugleich eine kostengünstige Alternative für teure Spiel- und Sportgeräte.

Neben der regelmäßigen Schulung der Übungsleiter/innen vor Ort wurden Workshops unter dem Motto "Bewegungsspaß im Kindergarten" angeboten, so dass diese nach einer anfänglichen Qualifizierungsphase in der Lage waren, die Bewegungserziehung ohne fremde Hilfe völlig selbständig fortzusetzen.

Guter Praxisbereich "Multiplikation"

Im Rahmen des zweijährigen Projekts war es wichtig neben der Förderung der Kinder auch die Dauerhaftigkeit der

Maßnahme zu gewährleisten. Aus diesem Grunde wurden die Erzieherinnen der jeweiligen Einrichtungen regelmäßig vor Ort geschult, indem sie an der Bewegungsstunde, die der Übungsleiterinnen mit den Kindern durchgeführte, teilnahmen. Die Übungsleiterinnen fungierten stets auch als Berater für die Erzieherinnen. Anschließend war es ihre Aufgabe, das Gelernte in den ein/zwei weiteren wöchentlichen Bewegungsstunden anzuwenden und mit den Kindern zu erproben. Um ihre Arbeit zu erleichtern, erhielten sie zahlreiche Arbeitsmaterialien. Zusätzlich erfolgte im Zuge von begleitenden Workshops eine weitere Qualifizierung der beteiligten Erzieherinnen, so dass diese das "Know How" erwarben, das Bewegungsprogramm selbstständig fortzusetzen. Den Nachweis ihrer Kenntnisse erbrachten sie in einer Lehrprobe. Auf diese Weise wurden kompetente Multiplikatorinnen ausgebildet, die dieses Konzept selbstständig umsetzen und es innerhalb ihrer Einrichtung an andere Kolleginnen weitervermitteln können. Der kostenträchtigen Übungsleiter kann nach Beendigung des Projekts in neuen Kindergärten eingesetzt werden. Durch dieses Multiplikatorenkonzept kann der langfristige Fortbestand des Angebotes nach einer anfänglichen Starthilfe kostenneutral gesichert werden (vgl. auch guten Praxisbereich "Nachhaltigkeit").

Guter Praxisbereich "Nachhaltigkeit"

Durch die Qualifizierung und Verselbstständigung der Multiplikatoren erzeugt das Projektvorgehen Strukturen und Wirkungen, die unabhängig vom Gesamtprojekt über die Laufzeit hinaus fortwirken. Unter der Bedingung einer kontinuierlichen Durchführung in den Kindertagesstätten ist von überdauernden positiven Wirkungen auf die motorische Entwicklung der Kinder auszugehen. Die Tatsache, dass sich regel-



mäßig weitere Erzieherinnen aus Einrichtungen, die an dem Pilotprojekt beteiligt waren, für den Workshop "Bewegungsspaß im Kindergarten" anmelden, zeigt, dass das Konzept der Multiplikatorenschulung erfolgreich ist. Auch die Tatsache, dass dieses freubetonte und motivierende Bewegungsprogramm sehr gut bei den Kindern ankommt, sorgt für eine schnelle Verbreitung dieses einfachen und wirkungsvollen Konzepts. Auch die Nachfrage von Seiten der Eltern führt dazu, dass immer mehr Erzieherinnen auf diesem Gebiet aktiv werden.

Die Resonanz auf dieses Pilotprojekt hat dazu geführt, dass "Fitness für Kids" inzwischen unter Leitung der Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. in 49 Berliner Kindergärten (insbesondere in sozialen Brennpunkten im Bezirk Berlin Mitte) durchgeführt wird und inzwischen auch in den ersten Grundschulen seine Umsetzung findet. Inzwischen wird auf eine wissenschaftliche Evaluation verzichtet, da die Effizienz des Programms belegt ist. Aus diesem Grunde konnte die so genannte Qualifikationsphase durch den Übungsleiter auf sechs Monate reduziert werden. Es ist geplant, stets weitere Kindergärten in das Projekt einzubeziehen und Erzieherinnen auszubilden. Weiterhin vorgesehen ist, in der nächsten Zukunft zusätzlich auch den Bereich gesunde Ernährung in das Gesamtkonzept mit dem Ziel aufzunehmen, die Kinder frühzeitig zu einem aktiven und gesunden Lebensstil zu motivieren.

Guter Praxisbereich "Evaluation"

Das Projekt wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung evaluiert. Das methodische Vorgehen beinhaltete eine Messung verschiedener gesundheitsbezogener Parameter vor und während der Intervention sowie die Messung motorischer Fertigkeiten. Um natürliche Entwicklungsprozesse bei den Kindern zu berücksichtigen wurde eine Kontrollgruppe gebildet. Die Evaluation beinhaltete zunächst eine Eingangsuntersuchung, bei der verschiedene medizinische und motorische Tests durchgeführt wurden. Die Untersuchungen zeigten, dass Kinder

in diesem jungen Alter noch über einen guten Gesundheitsstatus verfügen. Hinsichtlich der Motorik ergab sich, dass die Kinder aus sozial benachteiligten Familien in allen motorischen Tests schlechter abschnitten als Kinder der Mittel- und Oberschicht. Bereits



nach einem Jahr Intervention zeigten sich Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, die nach dem zweiten Jahr hochsignifikant ausfielen. Insbesondere bei der motorischen Entwicklung sowie dem diastolischen Blutdruck in Ruhe und bei Belastung wies die Interventionsgruppe deutlich bessere Ergebnisse als die Kontrollgruppe auf. Besonders die Kinder aus sozial schwachen Familien profitierten von dieser Bewegungsförderung, da sich die anfänglichen schichtabhängigen Unterschiede am Ende der Projektzeit aufgehoben hatten. Des Weiteren wirkte sich dieses Konzept durch seinen starken integrativen Charakter nach Aussage der Erzieherinnen positiv auf die soziale Kompetenz der Kinder aus.

Kontakt

Dr. Kerstin Ketelhut

Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V.
 Barkenhof 14
 14163 Berlin
 Telefon: 030-8039415
 Telefax: 030-8039826
 E-Mail: k.ketelhut@t-online.de
 Bundesland: Berlin
 Websites:
<http://www.sport-berlin.de/bgpr>
<http://www.Fitness-fuer-kids.de>

Medienprojekt "Wir lassen uns nicht manipulieren"

Aktive Medienarbeit zur Förderung des Nichtrauchens

vorgestellt von

Uta Schröder

Koordinatorin Regionaler Knoten Thüringen



Zusammenfassung

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens sind bekannt. Sowohl beim Rauchbeginn, als auch beim Übergang vom ersten Probieren zum regelmäßigen Rauchen stellt Zigarettenwerbung einen der Schlüsselreize dar. Das Projekt zur Förderung des Nichtrauchens setzt in Schulen in sozialen Brennpunkten bzw. sozial benachteiligten Quartieren in Thüringen an, da Kinder aus diesen Quartieren besonders gefährdet sind, früh mit dem Rauchen zu beginnen. Zielsetzung ist es, die Tricks der Zigarettenwerbung für Schülerinnen und Schüler anhand praktischer Beispiele und aktiver Medienarbeit (z.B. Produzieren eigener Spots zum Thema) durchschaubar und Werbemechanismen verständlich zu machen.

Das Projekt ergänzt und stärkt Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens in der Kommune und in den Schulen (Synergieeffekte) und leistet hiermit einen Beitrag zur frühzeitigen Prävention von Abhängigkeit und körperlichen Folgeschäden.

Hintergrund

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird in der heutigen Informationsgesellschaft zunehmend durch Medien beeinflusst. Ein übermäßiger und unselektierter Medienkonsum kann im Kindes- und Jugendalter die geistige, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung beeinträchtigen und verzögern. Ein die Entwicklung fördernder Umgang mit den Massenmedien wird als Medienkompetenz bezeichnet.

Die Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit den in der Phase der Adoleszenz an sie gestellten jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben bedeutet einen wesentlichen Schritt zum gesunden Erwachsenwerden. Der Lebensstil und die Persönlichkeitsentwicklung der heranwachsenden Generation wird vermehrt durch Massenmedien, insbesondere Werbung beeinflusst. Somit steht der Konsum von Genuss- und Suchtmitteln, der eine Form der Auseinandersetzung von Kindern und Jugendlicher mit den an sie gestellten Aufgaben darstellen kann, in einem engen Kontext mit der Wahrnehmung von Werbung für diese Produkte.

Tabakwaren zählen zu den meistbeworbenen Produkten. Zigarettenwerbung stellt einen Schlüsselreiz für das

Rauchverhalten Heranwachsender dar, da sie ein wesentlicher Einflussfaktor sowohl beim Rauchbeginn als auch beim Übergang vom ersten Probieren hin zum regelmäßigen Rauchen ist. Die Markenpräferenzen der rauchenden Kinder und Jugendlichen werden entscheidend durch Zigarettenwerbung geprägt. Die Zigarettenindustrie orientiert sich in ihren Kampagnen verstärkt an den Bedürfnissen, Interessen und dem Lebensstil Heranwachsender.

Die immer raffinierter gestaltete Werbung kann jedoch gezielt genutzt werden, um die Medien- und Werbekompetenz Heranwachsender zu schulen. Eine kritische und praktische Auseinandersetzung mit der Werbung kann die der Werbung zugrunde liegenden Motive aufdecken und ihre manipulativen Elemente enttarnen. Kritik ist ein Prozess, der dem Wesen und den Bedürfnissen der jungen Generation entspricht und in einem nicht zu vernachlässigen Anteil durch die Sozialisation durch Medien gefördert wird. Werbung spricht die Konsumenten ganzheitlich an. In diesem Sinne muss auch die Auseinandersetzung mit der Werbung ganzheitlich erfolgen. Durch ein Ausprobieren der technischen Möglichkeiten, denen sich die Werbung bedient, können die Motive und Absichten der Werbung zu Tage befördert werden. Die selbständige Auseinandersetzung mit den Elementen und Gestaltungsmöglichkeiten der Werbung entspricht ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstkontrolle. Werbung wird in diesem Zusammenhang nicht verteufelt, sondern deren gesellschaftlicher Wert und Funktion für eigene Ziele genutzt.

Das Medienprojekt "Wir lassen uns nicht manipulieren" wird seit dem Jahr 2000 von der Landesvereinigung für



Gesundheitsförderung Thüringen e.V. - AGETHUR - in Kooperation mit dem LandesfilmDienst Thüringen e.V. bzw. anderen medienpädagogisch tätigen Einrichtungen in Thüringen umgesetzt. Es setzt bereits im Grundschulalter an, da das Risiko von körperlichen Folgeschäden und einer Abhängigkeit um so höher ist, je früher mit dem Rauchen begonnen wird. Als Interventionssetting werden in der modellhaften Umsetzung durch die AGETHUR Schulen in sozialen Brennpunktgebieten bzw. benachteiligten Quartieren ausgewählt, da das Rauchverhalten eine zum Teil stark

ausgeprägte soziale Polarisierung aufweist. Es wurden bisher Erfahrungen in Grund- und Regelschulen sowie Förderzentren gesammelt. Die Umsetzung des Medienprojektes erfolgt mit großzügiger Unterstützung der AOK-Thüringen.

Vorgehen

Ziel des Medienprojektes "Wir lassen uns nicht manipulieren" ist es, Werbung und insbesondere Werbung für Zigaretten für Kinder und Jugendliche verstehbar und durchschaubar zu machen. Fragen, wie z.B. Wer macht Wie und Warum Tabakwerbung? stehen vor dem Hintergrund einer Diskussion des eigenen Lebensstils, eigenen Wünschen und Bedürfnissen dabei im Mittelpunkt. Heranwachsende erfahren, mit welchen Tricks versucht wird, sie zu ködern und wie sie damit umgehen können.

Zusammenhänge lassen sich am einfachsten verstehen, wenn man sie selbst praktisch ausprobiert. Um den Schülern Werbemechanismen verständlich darzustellen, gründen sie im Projektverlauf eigene Werbeagenturen und erhalten den Auftrag, einen Nichtraucherwerbespot zu produzieren. Eine Woche lang konkurrieren 2 Schülergruppen spielerisch, um Marktmechanismen zu verdeutlichen. Mit Unterstützung des Landesfilmdienstes Thüringen e.V. werden sie zu Werbefachleuten, Drehbuchautoren, Schauspielern, Kameraleuten, Schnitt-, Licht- und Tontechnikern. Der Phantasie der Jugendlichen sind (fast) keine Grenzen gesetzt. Am Ende des Projektes präsentieren beide Schülergruppen ihre Arbeitsergebnisse und Werbespots vor Mitschülern, Lehrern und Eltern ihrer Schule. Die Werbespots werden von den Schülern und von einer Jury prämiert. Es finden begleitende Elternabende statt.

Guter Praxisbereich "Partizipation"

In die Planung, Umsetzung und Präsentation des Projektes sind die beteiligten Schulen und vor allem die teilnehmenden Kinder intensiv einbezogen.



Heranwachsende sind in Sachen Medien als kompetente Partner zu sehen. Durch aktive Medienarbeit können sich Kinder und Jugendliche die Wirklichkeit aneignen und sie verarbeiten. Das Lernen in Zusammenhängen unter Einbeziehung aller Sinne und Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen wird geschult. Heranwachsende werden befähigt, Medien selbstverantwortlich zu nutzen (vgl. auch "Empowerment"). Zentrales Anliegen des Projektes ist die Ver- und Bearbeitung von Fragen, Erfahrungen und Problemen rund um das Rauchen resp. Nichtrauchen, die die jeweils teilnehmende Kindergruppe bereits gesammelt hat. Das Projekt startet mit einer Ideenbörse. Gemeinsam werden alle angesprochenen Themen diskutiert und eine Idee ausgewählt, die im Rahmen der Erstellung des Medienproduktes verarbeitet wird. In den nächsten Schritten verteilt die Kindergruppe alle für eine Filmproduktion notwendigen Aufgaben. Zum Abschluss des Projektes entscheiden auch wieder die Kinder, in welcher Form sie die Projektergebnisse vor dem Schulpersonal, den Eltern und Schülern anderer Klassenstufen präsentieren. Der Zugangsweg "Aktive Medienarbeit" ermöglicht die Bearbeitung des Themas Nichtrauchen auf eine andere und für den schulischen Alltag ungewöhnliche Art und Weise.

Guter Praxisbereich "Multiplikatorenkonzept"

Die kontinuierlich durchgeführte Eigen-evaluation des Projektes belegt die erfolgreiche modellhafte Umsetzung des Projektes durch die AGETHUR in den Projektschulen. Ob und inwieweit diese Ergebnisse verstetigt werden können, hängt nicht nur von der weiteren und kontinuierlichen Auseinandersetzung der Schüler mit dem Thema ab. Schulen, Freizeiteinrichtungen und das Elternhaus müssen als direktes

soziales Umfeld der Heranwachsenden das Nichtrauchen fördernde Rahmenbedingungen gewährleisten und gestalten. Vor diesem Hintergrund entstand ein Handmaterial zum Projekt. Ziel ist es, eine möglichst vielfältige und eigenständige Umsetzung des Projektes im schulischen Bereich und in der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit zu erreichen (vgl. auch "Nachhaltigkeit"). In diesem Sinne richtet sich das Handmaterial an Lehrer, Sozialpädagogen sowie weitere Berufsgruppen der Kinder- und Jugendarbeit. Das Projekt kann im Rahmen von Schulprojektwochen, außerschulischen Projekten, als Thema einer Klassenfahrt usw. umgesetzt werden. Grundsätzlich soll die inhaltliche und methodische Aufbereitung des Themas als eine Anregung dienen, eigene Projekte mit einem suchtppräventiven bzw. gesundheitsförderlichen Hintergrund zu entwickeln und durchzuführen. Die aktive Medienarbeit dient hierbei als Zugangsweg zu Kindern und Jugendlichen. Die praktische Medienarbeit kann in vielfältigen Medienprodukten resultieren (Werbeplakate, Schülerzeitung, Nichtraucherwerbespot, Rundfunkwerbung / Hörspiel, Internetseite oder Trickfilm). Das Handmaterial dient auch als Leitfaden für die Projektschulen, die Inhalte des Projektes kontinuierlich aufzugreifen und weiterzubearbeiten.

Aufbauend auf dem Handmaterial werden Lehrerfortbildungen über das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM) angeboten. Eine besondere Zielgruppe in diesem Prozess sind die Fachberater Heimat- und Sachkunde aus dem Grundschulbereich an den Thüringer Schulämtern. Perspektivisch sind Workshops zum Thema "Medienarbeit in der Gesundheitsförderung" in Kooperation mit dem Landesfilmdienst Thüringen e.V. geplant.



Guter Praxisbereich "Integriertes Handlungskonzept Vernetzung"

Die modellhafte Umsetzung des Projektes durch die AGETHUR erfolgt in enger Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Stellen an den Landratsämtern und in den Stadtverwaltungen nehmen Kontakt mit interessierten Schulen auf. Diese Akteure sind zum Teil selbst in Schulen tätig bzw. vermitteln gesundheitsfördernde Angebote an die Schulen. Sie begleiten das Projekt in allen Phasen seiner Umsetzung und stellen das Bindeglied zwischen der AGETHUR, dem Landesfilmdienst Thüringen e.V., den beteiligten Schulen sowie Akteuren der Gesundheitsförderung/ Suchtprävention in der Region dar. Den Schulen steht zur Verstärkung des Themas ein regionaler Ansprechpartner zur Verfügung. Über die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann das Projekt in die Region getragen werden.

Das Projekt stellt einen Baustein in einem ganzheitlichen schulischen Konzept zur Tabakprävention dar. Es kann bestehende Aktivitäten ergänzen bzw. einen ersten Schritt der Auseinandersetzung einer Schule mit dem Thema bedeuten. An einem Beispiel können diese Entwicklungen verdeutlicht werden: Eine Grundschule in einem Plattenbaugebiet entwickelte sich in den vergangenen Jahren zur einer "Rauchfreien Schule" und strebt ein Schulprofil "Gesundheit" im Rahmen eines systematischen Schulentwicklungsprozesses an. Das Projekt "Wir lassen uns nicht manipulieren" soll neben der Umsetzung eines jahrgangsübergreifenden Lebenskompetenzprogramms und anderer gesundheitsförderlicher Aktivitäten zu einem festen Baustein in diesem Prozess werden. Diese Entwicklung nimmt gleichzeitig Einfluss auf die sich im Haus befindliche Regelschule.

Darüber hinaus werden die Eltern in die Projektarbeit über Elternabende, die Teilnahme an der Präsentation der entstandenen Medienprojekte und die Schulkonferenz eingebunden. Ziel ist es, auch die Familien für das Thema Tabakprävention zu sensibilisieren, damit die Auseinandersetzung mit den



Inhalten des Projektes auch im Elternhaus weiter getragen wird. Neben der bereits gut funktionierenden Vernetzung auf kommunaler Ebene (z.B. mit dem ÖGD und anderen Angeboten und Projekten in den beteiligten Schulen) soll es perspektivisch das Ziel sein, die Umsetzung und Multiplizierung des Projektes mit landesweiten Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens stärker zu verzahnen (z.B. "Be smart - Don't start", "Rauchfreie Schule", "Klasse2000") bzw. mit den Präventionsinhalten anderer Träger zu kombinieren.

Kontakt

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
 -AGETHUR -
 Carl-August-Allee 1
 99423 Weimar
 Bundesland: Thüringen
 Telefon: 03643-59223
 Telefax: 03643-501899
 E-Mail: info@agethur.de
 Websites: www.agethur.de



Kooperationsverbund für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Kooperationserklärung

Essen, 27. Oktober 2005

Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Kooperationserklärung

Die Gesundheit der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist schlechter, ihre Lebenserwartung deutlich kürzer als die von sozial Bessergestellten – dies belegen Gesundheits- und Sozialberichte in Bund und Ländern. Insbesondere Kinder aus benachteiligten Familien sowie Migrantinnen und Migranten leiden unter vielfältigen Gesundheitsproblemen, denen wir mit Gesundheitsförderung begegnen können und müssen. Gesamtpolitische Strategien sollten Maßnahmen des Gesundheitsbereichs ergänzen.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld („Setting“) begegnen. „Gesund leben“ muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden, wie dies bereits modellhaft von vielen engagierten Akteuren und an vielen Orten in der Bundesrepublik umgesetzt wird.

Mit der Entwicklung, Prävention und Gesundheitsförderung deutlich zu stärken, wie von Bundestag und Bundesrat, allen politischen Parteien und vielen Nichtregierungsorganisationen gefordert, sowie den gesetzlichen Anforderungen aus § 20 SGB V, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen, steigt der Bedarf, erfolgreiche Ansätze bekannt zu machen, Akteure zu vernetzen und koordinierte Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Um diese Chancen zu nutzen und um positive Ansätze zu verstärken, müssen Netzwerke der Gesundheitsförderung entstehen. Die vorstehend Unterzeichnenden erklären daher, auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eng zu kooperieren und ihre Aktivitäten gemeinsam zu verstärken.

Diese Kooperationsvereinbarung reiht sich ein in das Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert wurde und gemeinsam mit der Bundesvereinigung für Gesundheit, den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, Krankenkassen und weiteren Partnern umgesetzt wird. Diese nationale Kooperation findet ihre internationale Entsprechung im europäischen Netzwerk „Closing the Gap – Strategies to Tackle Health Inequalities in Europe“, in das 22 nationale Partner aus den EU-Mitgliedsstaaten eingebunden sind und in dessen Rahmen nationale Strategien zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen dokumentiert und weiterentwickelt werden. Insbesondere mit der Arbeit von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen auf Landesebene – den „Regionalen Knoten“ - entsteht ein bundesweites Netzwerk zur Stärkung, Koordination und Unterstützung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Rolf Stuppardt
IKK-Bundesverband

Franz Gigout
Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
Saarland e.V.

Dr. Helmut Brand
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
NRW

Prof. Dr. Petra Kolip
Landesvereinigung für Gesundheit Bremen

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Martina Kolbe
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

Helmut Breitkopf
Ministerium für ^{Arbeits-}Gesundheit, Soziales, ~~Frauen~~
und ~~Familie~~ des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Elfi Rudolph
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Schleswig-Holstein e.V.

Dr. Eva-Maria Hähnel
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Thüringen e.V.

Prof. Dr. Johannes Gostomzyk
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Jupp Arldt
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-
Pfalz e.V.

Dr. Carlchristian von Braunmühl
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und ^{Familie}
Frauen des Landes Brandenburg

Erika Biehn
Nationale Armutskonferenz

Barbara Leykamm
Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt

Stephan Koesling
Sächsische Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung e.V.

Hartmut Brocke
Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut Berlin
"Walter May"

Dr. Doris Pfeiffer
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
(WZB), Forschungsgruppe Public Health

i.V. Hans-Jürgen Ahrens

Dr. Hans-Jürgen Ahrens
AOK-Bundesverband

i.A. Eckart Fiedler

Dr. Eckart Fiedler
Barmer Ersatzkasse

i.V. Dr. Georg Greve

Dr. Georg Greve
Bundeschappschafft

i.V. Klaus Walter

Dr. Klaus Walter
Bundesverband der Ärzte im öffentlichen
Gesundheitsdienst

Hartmut Weber-Falkensammer

Prof. Dr. Hartmut Weber-Falkensammer
Bundesverband der Unfallkassen e.V.

Uwe Prümel-Philippson

Dr. Uwe Prümel-Philippson
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Clemens Graf von Waldburg-Zeil

Clemens Graf von Waldburg-Zeil
Deutsches Rotes Kreuz

Raimund Geene

Dr. Raimund Geene
Gesundheit Berlin e.V.

Margrit Schlankardt

Margrit Schlankardt
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V.

i.V. Rainer Brückers

Rainer Brückers
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

K.-Dieter Voß

K.-Dieter Voß
BKK Bundesverband

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Bundesärztekammer

i.V. Harald Deisler

Dr. Harald Deisler
Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen

Michael Schäfer

Dr. Michael Schäfer
Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen
Gesundheitsdienstes

Dr. Elisabeth Pott

Dr. Elisabeth Pott
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Jürgen Gohde

Dr. Jürgen Gohde
Diakonisches Werk der EKD

Dieter Hebbel

Dieter Hebbel
Gmünder Ersatzkasse

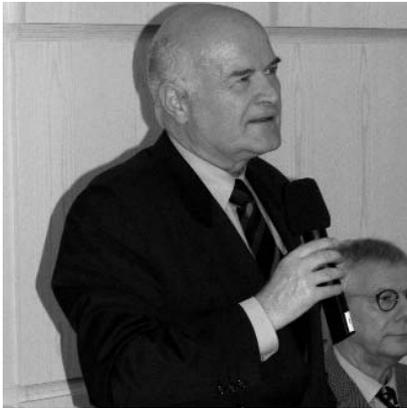
Gisela Scharsich

Dr. Gisela Scharsich
Hessische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitserziehung e.V.

Verabschiedung

K.-Dieter Voß

(BKK Bundesverband)



Meine sehr geehrten Damen und Herren,
nachdem die Kooperationserklärungen in vielfacher Ausfertigung von Ihnen unterzeichnet worden sind, ist die wesentliche Arbeit - zumindest für den heutigen Tag - geschafft. Ich darf Ihnen allen dafür danken, dass Sie heute gekommen sind und rege mitgewirkt haben, dass Sie dem Kooperationsverbund beigetreten sind und damit bekundet haben, künftig in diesem auch aktiv mitzuwirken. Damit haben wir heute eine gemeinsame Basis geschaffen, die sehr viel breiter ist, als ich mir das habe vorstellen können, als wir vor einigen Wochen eingeladen haben. Das Thema war offensichtlich überzeugend genug. Das macht Mut.

Trotz unterschiedlicher Präventionskulturen der einzelnen jetzt am Kooperationsverbund beteiligten Institutionen ist, wie ich wahrnehmen konnte, doch zumindest ein gemeinsames Grundverständnis gegenüber der vor uns liegenden Aufgaben vorhanden. Wir werden uns nun darauf zu verständigen haben, wie lebensweltbezogene Prävention aussehen kann und welche Rolle wir gemeinsam dabei spielen können, diese zielgruppengerecht und überall dort zu gestalten, wo es konkrete Bedarfe gibt. Das ist unsere gemeinsame Aufgabe, für die wir jetzt auch gemeinsam antreten und gemeinsam Verantwortung tragen.

In Ihren Äußerungen haben Sie sich bereit erklärt, Ihr Wissen, Ihre Projekte und Ihr Engagement in künftig gemeinsames Tun einzubringen. Das wird sicherlich die Arbeit vielfältiger machen, breiter, aber hoffentlich auch ergebnisträchtiger. Präventionspolitische weiße Flecken, sollten, müssen beseitigt werden. Wenn uns das regional, sektoral und organisatorisch gelingt, werden wir zunehmend präventionspolitisch bestelltes Land schaffen und die Gesundheitschancen bisher Benachteiligter spürbar erhöhen.

Heute sind politische Absichtserklärungen abgegeben und unterschrieben worden. Das ist gut und wichtig. Das allein aber reicht nicht. Wir müssen jetzt auch zum praktischen Tun finden. Und das ist der schwierigere Teil, schwieriger als die zahlreichen Unterschriften, die wir hier und heute geleistet haben. Wir müssen nun unser Vorhaben konkretisieren und unser Handeln koordinieren. Deshalb ist vorgesehen, dass die BZgA zu Beginn des nächsten Jahres auf der Basis der heutigen Vorarbeit einen Workshop durchführt. Dort sollen die Experten unserer Häuser das, was sie als Kooperationspartner einbringen, konkret auf den Tisch legen und miteinander abstimmen. Auf dieser Basis sollten wir uns dann auf einen gemeinsamen Tätigkeitsrahmen verständigen, kurz- und mittelfristige Handlungsschritte ausloten, aber auch langfristige Perspektiven entwickeln.

Ich bin nach dem heutigen Tag sehr zuversichtlich, dass auch das praktische Tun von vielen Gemeinsamkeiten geprägt sein wird und wir in dieser Runde - womöglich wird sie sich noch erweitern - gemeinsam antreten werden, um durch abgestimmtes, arbeitsteiliges und gemeinsames Handeln die Gesundheit sozial Benachteiligter nachhaltig zu fördern.

Auf einer späteren Veranstaltung werden wir dann hoffentlich über das gemeinsam Erreichte resümieren können. Dann, so hoffe ich, werden wir eine reiche Ernte vorfinden im Interesse derer, für die wir gemeinsam antreten.

Für das bisher geschaffte danke ich allen Teilnehmern des Kooperationstreffens, in Sonderheit den neuen Kooperationspartnern.

Mein herzlicher Dank gilt auch denjenigen, die diese Veranstaltung vorbereitet und organisiert haben. Ich freue mich auf ein Wiedersehen spätestens beim 4. Treffen des Kooperationsverbundes in einem Jahr und wünsche Ihnen eine gute Heimreise.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- **Arlt, Jupp**
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- **Bellwinkel, Michael**
BKK Bundesverband
- **Biehn, Erika**
Nationale Armutskonferenz
- **Brandes, Sven**
Gesundheit Berlin e.V.
- **Breitkopf, Helmut**
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- **Brocke, Hartmut**
Stiftung SPI
- **Castedello, Udo**
BBI Gesellschaft für Beratung, Bildung, Innovation GmbH
- **Cords, Bettina**
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.
- **Eberle, Gudrun**
AOK-Bundesverband
- **Eusterholz, Edelinde**
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- **Geene, Raimund**
Gesundheit Berlin e.V.
- **Gostomzyk, Johannes**
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- **Groß, Beate**
Deutsches Rotes Kreuz
- **Hafemann, Helmut**
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- **Hähnel, Eva-Maria**
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
- **Hemme, Andreas**
Stiftung SPI
- **Hofrichter, Petra**
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. / Regionaler Knoten Hamburg
- **Hommes, Monika**
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- **Howe, Dagmar**
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- **Hagelskamp, Joachim**
Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.
- **Kilian, Holger**
Gesundheit Berlin e.V.
- **Kolbe, Martina**
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- **Kolip, Petra**
Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
- **Kunstmann, Wilfried**
Bundesärztekammer
- **Lanz, Florian**
BKK Bundesverband
- **Lauf, Ulrich**
Bundesknappschaft
- **Lehmann, Frank**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- **Leykamm, Barbara**
Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt
- **Luig-Arlt, Helene**
Büro für Stadtteilmanagement, Langballig
- **Meierjürgen, Rüdiger**
Barmer Ersatzkasse
- **Meyer-Nürnberg, Monika**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- **Müller, Harry**
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
- **Murza, Gerhard**
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- **Obermann, Konrad**
Deutsches Rotes Kreuz
- **Plümer, Klaus D.**
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf
- **Pott, Elisabeth**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- **Prümel-Philippson, Uwe**
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- **Richter, Antje**
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- **Robbers, Ingrid**
Deutscher Städtetag
- **Rosenbrock, Rolf**
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Forschungsgruppe Public Health
- **Rudolph, Elfi**
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein
- **Saam, Joachim**
Gmünder Ersatzkasse
- **Schäfer, Michael**
Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- **Schlankardt, Margrit**
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

■ **Schroll, Eckhard**

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung

■ **Siewerts, Dagmar**

Institut für Prävention und
Gesundheitsförderung an der
Universität Duisburg-Essen

■ **Steinkühler, Judith**

Gesundheit Berlin e.V.

■ **Stupardt, Rolf**

IKK-Bundesverband

■ **von Braunmühl, Carlchristian**

Ministerium für Arbeit, Soziales und
Familie des Landes Brandenburg

■ **Voß, K.-Dieter**

BKK Bundesverband

■ **Walter, Klaus**

Bundesverband der Ärzte im öffentli-
chen Gesundheitsdienst

■ **Weber-Falkensammer, Hartmut**

Bundesverband der Unfallkassen e.V.

■ **Weth, Claus**

Gesunde-Städte-Netzwerk

■ **Wewel, Monique**

Institut für Prävention und
Gesundheitsförderung an der
Universität Duisburg-Essen

■ **Wright, Michael T.**

Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung (WZB), Forschungs-
gruppe Public Health