

„Mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland“

Vier handlungsleitende Grundsätze des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

In Deutschland wie in anderen Industrienationen sind die Gesundheitschancen ungleich verteilt: Menschen mit niedrigem Einkommen, fehlendem Zugang zu Bildung und/oder niedriger beruflicher Position werden häufiger krank, haben eine geringere Lebenserwartung in Gesundheit und sterben früher als diejenigen in einer günstigeren Lebenssituation. Erklärt werden kann dies durch die Verhältnisse, unter denen die Betroffenen leben (u.a. fehlender Zugang zu Ausbildung, Beschäftigung und gesundheitlicher Versorgung, belastete Umwelt, schlechte Wohnsituation), aber auch durch gesundheitsschädigendes Verhalten und das Fehlen bestimmter Kompetenzen zur Bewältigung schwieriger Lebenslagen und –ereignisse.

Gesamtgesellschaftliche Anstrengungen, aber auch gezielte politische Maßnahmen (z.B. zur Verbesserung der Chancengleichheit im Bildungswesen, Zugang zu existenzsichernder Erwerbsarbeit) sind notwendig, um mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu erreichen. Auf Grund der internationalen Erfahrungen erscheint eine nationale, in die Gesamtpolitik integrierte, langfristige, wissenschaftlich begleitete und gut koordinierte Zusammenarbeit zur Gewährleistung von „Mehr gesundheitlicher Chancengleichheit“ Erfolg versprechend. Diese Zusammenarbeit sollte mit quantitativen Zielvorgaben und konkreten Interventionsprogrammen verbunden sein. Ziel müsste insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen Lage derjenigen Gruppen in der Bevölkerung sein, bei denen erwiesenermaßen ein größerer Gesundheitsförderungsbedarf besteht (Beispiel: Jugendliche in Haupt- und Realschulen rauchen häufiger als Jugendliche in Gymnasien. Ziel: Durch eine Reduzierung des Rauchens in Haupt- und Realschulen sollte dieser Unterschied bis 2010 um 15% verringert werden. Erreicht werden kann dies durch zielgruppenspezifische Nichtraucherprogramme und einen relativ erhöhten Mitteleinsatz in Haupt- und Realschulen). Ziel sollte es auch sein, gesundheitliche Chancengleichheit als Leitbild bei allen Akteuren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich zu verankern.

Deutschland ist mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in dem sich mittlerweile 49 Organisationen zusammengeschlossen haben, auf einem guten Weg, der konsequent weiter verfolgt werden muss. Deshalb verpflichten sich die Mitglieder des Kooperationsverbundes mit dieser Erklärung untereinander und gegenüber der Öffentlichkeit, auf eine Stärkung, Verstetigung und den Ausbau ihrer Kooperationen hinzuwirken, damit das Ziel, „mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland“, gemeinsam mit weiteren Partnern auch tatsächlich erreicht werden kann. Diese Verpflichtung wird durch die folgenden vier handlungsleitenden Grundsätze für die zukünftige Arbeit und Zusammenarbeit geprägt.

Erster Grundsatz: Auf der Länderebene bedarf es einer stärkeren Verankerung der Regionalen Knoten als bisher

Zwischen 2004 und 2007 wurden in allen Bundesländern Netzwerke für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die „Regionalen Knoten“, aufgebaut. Ihre Träger sind in der Regel die Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. entsprechende Einrichtungen. Sie werden derzeit finanziert aus Bundes-, Landes-, Krankenkassen- und Unfallkassenmitteln. Die bisher fast vierjährige Erfahrung hat gezeigt, dass die Regionalen Knoten bei sehr sparsamer Mittelausstattung einen substantiellen Beitrag für mehr gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern geleistet haben: u.a. durch breite Positionierung des Themas über Fachveranstaltungen, durch Festlegung von Erfolgskriterien, durch Sondierung entsprechender Good Practice-Modelle und deren Bekanntmachung sowie durch das Aufzeigen von neuen Handlungsfeldern und besonderem Handlungsbedarf. Sie unterstützen Landesinitiativen (Gesundheitsziele, -programme, -konferenzen u.a.) in Bezug auf Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und geben Hinweise auf geeignete Projektansätze.

Die Regionalen Knoten arbeiten umso wirkungsvoller und effizienter, je besser sie in die jeweiligen Landesstrukturen eingebunden sind. Die Mitglieder im Kooperationsverbund begrüßen daher den Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz, die Regionalen Knoten zu stärken und hierbei einen eigenen, maßgeblichen Beitrag zu leisten. Die bisherigen erfolgreichen Finanzierungsformen müssen beibehalten und ausgebaut werden. Insbesondere werden die Länder gebeten zu prüfen, ob der Empfehlung der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen gefolgt werden kann, die Regionalen Knoten zukünftig paritätisch durch die Länder und die Krankenkassen auf Landesebene zu finanzieren.

Zweiter Grundsatz: Auf der Bundesebene bedarf es der Einrichtung einer Transparenz- und Koordinierungsstelle bei der BZgA

Zur Weiterentwicklung der bisher erfolgreichen Arbeit halten die Mitglieder des seit 2003 arbeitenden Kooperationsverbundes aber auch eine bundesweite Koordinierung der Regionalen Knoten für erforderlich. Die zurzeit 49 Mitgliedsorganisationen streben nicht nur an, gesundheitliche Chancengleichheit in ihren eigenen Strukturen noch fester zu verankern, sie nutzen auch aktiv die Möglichkeiten, die in der Vernetzung mit einzelnen oder mehreren Mitgliedern des Kooperationsverbundes bestehen. So fokussieren sie z.B. ihre Zusammenarbeit auf Zielgruppen (z.B. sozial benachteiligte Kinder oder ältere Menschen) oder auf Settings (z.B. Kindertagesstätten, Betriebe, Stadtteile) und ermöglichen damit für die Partner Transparenz über ihre Aktivitäten, um Synergieeffekte für alle Beteiligten zu erzielen.

Dieser in und zwischen einzelnen Ländern laufende Prozess wiederum muss von dritter Seite koordiniert werden: Angebot von Transparenz über alle entsprechenden Aktivitäten, aktive Unterstützung bei der oben beschriebenen Vernetzung, Koordination der Arbeit der Regionalen Knoten, aber auch Darstellung der gemeinsamen Arbeit und ihres Nutzens für andere, ggfs. Ermöglichung entsprechender Transferleistungen – das sind Aufgaben, die von einer zentralen Koordinierungsstelle auf der Bundesebene wahrgenommen werden sollten.

Die BZgA verantwortet bereits seit 2001 den Aufbau und die Koordination des Kooperationsprojektes, ermöglicht die Zusammenarbeit mit ähnlichen Initiativen im europäischen Raum, gewährleistet insgesamt Neutralität und Unabhängigkeit gegenüber allen derzeitigen und zukünftigen Beteiligten und stellt eine Informationsplattform zur Verfügung. Die Mitglieder im Kooperationsverbund halten daher die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus vielen Gründen für hervorragend geeignet, diese Aufgabe zu übernehmen.

Dritter Grundsatz: Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es der Weiterführung und des Ausbaus des "Good Practice"-Ansatzes

Der Good Practice-Ansatz beruht darauf, dass Angebotsbeispiele, die nach konsentierten Kriterien als vorbildlich für die Arbeit der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten einzustufen sind, durch ein bundesweit einheitliches Auswahlverfahren identifiziert und bekannt gemacht werden. Bereits im Auswahlprozess zum Good Practice-Projekt findet dabei über die Analyse und Beschreibung vorbildlicher Handlungsbereiche ein Qualitätsentwicklungsprozess bei den Projektträgern statt: Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden für die tägliche Arbeit erstmalig wirklich relevant. Die Verbreitung „guter Praxis“ auf weitere Angebote und Aktivitäten wird durch solcherart konkret beschriebene Beispiele anschaulich und auch für andere „machbar“. So wurden z.B. bereits gelungene Angebote aufsuchender Hebammenhilfe und Elternarbeit öffentlich bekannt gemacht und dadurch dann landesweit verbreitet – ein gelungener Transfer mit geringem zusätzlichem Mitteleinsatz.

Die Mitglieder des Kooperationsverbundes streben deshalb an, im Rahmen ihrer eigenen Strukturen gute Praxis systematisch zu verbreiten und darauf hinzuwirken, dass der Good Practice-Ansatz auch für weitere Träger attraktiv wird. Sie sind sich auch in dieser Hinsicht ihrer Vorbildfunktion für die Gesundheitsförderung in Deutschland bewusst.

Vierter Grundsatz: Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es des Aufbaus einer Interventionsberichterstattung

Gesundheit ist eines der wichtigsten Zukunftsthemen sowohl aus der Perspektive der einzelnen Menschen wie auch aus dem Blickwinkel der Gesamtgesellschaft. Gesundheit im sozialen Kontext kann aber nicht ohne den Aspekt der Chancengleichheit gedacht werden. Um hierüber zukünftig einen breiten Konsens in unserer Gesellschaft herzustellen, bedarf es der verbesserten Dokumentation dieser Zusammenhänge und der Darstellung ihrer wirksamen Beeinflussung. Der Kooperationsverbund strebt daher mittelfristig an, auf der Grundlage der vorhandenen Datenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) eine bundesweite Berichterstattung der Interventionen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit aufzubauen, mit deren Hilfe gegenüber der Öffentlichkeit der Grad der Zielerreichung der gemeinsamen Arbeit dargestellt und Prioritäten für zukünftigen Handlungsbedarf nachgewiesen wird.

Siegburg

23. November 2007

Die Partner im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Barmer Ersatzkasse
- BKK Bundesverband
- Bund Deutscher Hebammen e.V.
- Bundesärztekammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit
- Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszahnärztekammer
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Rotes Kreuz
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Olympischer Sportbund
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Diakonisches Werk der EKD e.V.
- Gesunde Städte-Netzwerk
- Gesundheit Berlin e.V.
- Gmünder Ersatzkasse
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE)
- Internationaler Bund (IB)
- IKK-Bundesverband
- Knappschaft
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (über IPP Universität Bremen)
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (Agethur)
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg
- Nationale Armutskonferenz
- Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von Berlin
- Stiftung SPI
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband VdAK/AEV
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Stand: November 2007