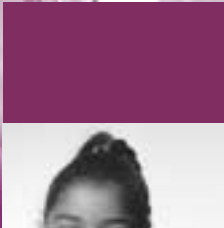
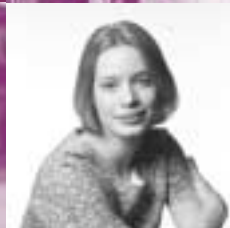
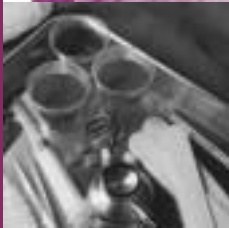


Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten

Politische Empfehlungen





Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten

Politische Empfehlungen

Ergebnisbericht des vom Flämischen Institut für Gesundheitsförderung (VIG) in Kooperation mit dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA) koordinierten Forschungsprojekts. Das Projekt wurde finanziell unterstützt von der Europäischen Kommission (GD Gesundheit und Verbraucherschutz) und der Flämischen Ministerin für Wohlfahrt, Gesundheit und Chancengleichheit, Frau Mieke Vogels.

Diese Broschüre basiert auf dem Forschungsbericht *Tackling Social Inequalities in Health* (143 Seiten) und der *Executive Summary* (18 Seiten), hrsg. vom Flämischen Institut für Gesundheitsförderung (VIG) und dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA), Brüssel, September 2001.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: +49 221 89 92-0
Fax: +49 221 89 92-359
Referat: Internationale Beziehungen

Redaktion: Salice-Stephan, Köln
Druck:

Auflage: 1.0.05.02

Bestellnummer: 65 010 000

Dieser Bericht ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, über E-Mail unter order@bzga.de sowie über Internet unter www.bzga.de

Vorwort

Das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ gehört zu den großen gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit, und es stellt sich zunehmend die Frage nach den Beeinflussungsmöglichkeiten gesundheitlicher Ungleichheiten. Eine Schlüsselrolle nimmt hierbei die Gesundheitsförderung ein. Vor diesem Hintergrund hat das Flämische Institut für Gesundheitsförderung (VIG) in Kooperation mit dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA) das gemeinsame Projekt „*Tackling Inequalities in Health*“ (Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten) koordiniert, an dem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als deutsche Koordinierungsstelle beteiligt war.

Ziel dieses zweijährigen Projekts war es, die bisherigen Strategien der Gesundheitsförderung, die auf sozial und wirtschaftlich benachteiligte Gruppen gerichtet sind, in den EU-Mitgliedsstaaten zu analysieren; die praktischen Möglichkeiten zur Verringerung dieses Problems sollten dargestellt und es sollte untersucht werden, welche Schlüsselrolle die Gesundheitsförderung bei der Festlegung von Politiken und Programmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten spielen kann.

Die wesentlichen Ergebnisse des Projekts sind in der vorliegenden Broschüre wiedergegeben. Sie enthält die auf der Grundlage der Untersuchung entwickelten Empfehlungen für politische Konzepte zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und stellt hierzu beispielhaft eine Reihe bewährter Verfahren aus den beteiligten Ländern vor.

Köln, Mai 2002

Dr. Elisabeth Pott,
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Einleitung	7
Politische Empfehlungen	9
Politische Entwicklung	
Nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten	11
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> VEREINIGTES KÖNIGREICH 12 • SCHWEDEN 13	
Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche	15
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> ÖSTERREICH 16 • DEUTSCHLAND 17 • DÄNEMARK 18 • VEREINIGTES KÖNIGREICH 19	
Die Arbeit auf der lokalen Ebene	21
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> DIE NIEDERLANDE 22 • GRIECHENLAND 23 • BELGIEN 24	
Zugang zu den Gesundheitsdiensten	25
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> PORTUGAL 26 • BELGIEN 27 • ITALIEN 28 • SPANIEN 29	
Eine überzeugende Beweisgrundlage	
Monitoring	31
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> FINNLAND UND DIE BALTISCHEN STAATEN 32 • DIE NIEDERLANDE 34 • SCHWEDEN 35	
Einschätzung der Wirkung auf die Gesundheit	37
<i>Beispiel für bewährte Verfahren:</i> VEREINIGTES KÖNIGREICH 38	
Evaluation	39
<i>Beispiele für bewährte Verfahren:</i> NORWEGEN 40 • DIE NIEDERLANDE 41	
Verbreitung	43
Informationen	44



Einleitung

Soziale Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit sind Realität – selbst in Europa. Aus Untersuchungen geht hervor, dass in allen europäischen Ländern große sozioökonomische Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitszustand, Krankheiten und Sterblichkeit bestehen. Es ist nicht außergewöhnlich, zwischen Menschen in der höchsten und Menschen in der niedrigsten sozialen Schicht ein Gefälle in der Lebenserwartung von fünf bis zehn Jahren zu finden. Der Unterschied in Bezug auf eine gesunde Lebenserwartung ist noch größer. Die Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass sich diese sozialen gesundheitlichen Ungleichheiten nicht verringern. Im Gegenteil, sie nehmen Tag für Tag zu.

Dies hat zu einer wachsenden Aufmerksamkeit für diese Problematik seitens der Politik geführt. Ein Beispiel hierfür ist „*Health 21*“, die Strategie der WHO für Europa, in der festgeschrieben wurde, dass bis zum Jahr 2020 „*das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden*“ soll. Das „*Aktionsprogramm der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit*“ hat der Behandlung der gesundheitlichen Ungleichheit Priorität eingeräumt, während die belgische Präsidentschaft die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit und insbesondere die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Lösung dieser Fragen in ihr offizielles Programm für die öffentliche Gesundheit aufgenommen hat. Andere nationale Regierungen arbeiten ebenfalls an einer Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten.

Obwohl gesundheitliche Ungleichheiten bis zu einem gewissen Umfang über Gesundheitsfürsorge gelöst werden können, ist es von wesentlicher Bedeutung, dieses Thema auch auf einer präventiven Ebene anzugehen. Dies beinhaltet, effiziente Strategien der Gesundheitsförderung und Politiken einzusetzen, die speziell auf die sozial Benachteiligten ausgerichtet sind. Zur Untersuchung dieser Strategien und Politiken hat das Flämische Institut für Gesundheitsförderung (VIG) in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen (ENHPA – European Network of Health Promotion Agencies) ein zwei Jahre dauerndes Forschungsprojekt koordiniert, an dem 13 EU-Länder und Norwegen teilgenommen haben. Dieses Projekt, das in einen Forschungsbericht mündete, wurde mit einer internationalen Fachkonferenz abgeschlossen, die im September 2001 im Europäischen Parlament organisiert wurde, um Fachleuten aus diesem Bereich Gelegenheit zu geben, ihre Meinung zur wichtigen Rolle der Gesundheitsförderung bei der Lösung von sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich darzulegen. Die in dieser Broschüre vorgestellten Empfehlungen sind das Ergebnis dieser intensiven Arbeit, die, wie zu hoffen ist, zu einer konstruktiven Diskussion und zu einem effizienten politischen Vorgehen führen wird, um soziale Ungleichheiten in der Gesundheit durch Gesundheitsförderung auf nationaler, regionaler und europäischer Ebene zu verringern.

Politische Empfehlungen

Politische Entwicklung – Nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten

„Identifizierung und Unterstützung relevanter nationaler und regionaler Gesundheitsziele, die eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten anstreben.“

Politische Entwicklung – Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

„Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten (Bedeutung von bereichsüberschreitender Politik).“

Politische Entwicklung – Die Arbeit auf der lokalen Ebene

„Unterstützung und Förderung von Ansätzen für eine Gemeinschaftsentwicklung zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.“

„Eine effiziente Gemeinschaftsentwicklung erfordert die Integration von lokalen Diensten, die Entwicklung von multidisziplinären Teams und ortsgebundenen Vorgehensweisen, gut geplante Bedarfsbeurteilungen innerhalb einer Reihe von Bedingungen, eine Gemeinschaftsbeteiligung sowie Partnerschaften als grundlegende Elemente für einen nachhaltigen Erfolg.“

Zugang zu den Gesundheitsdiensten

„Verringerung von Hindernissen, Verbesserung und Sicherstellung des Zugangs zu effizienter Gesundheitsfürsorge und Präventionseinrichtungen und deren Nutzung für sozial benachteiligte und ungeschützte Gruppen (z.B. behinderte Migranten, junge Menschen und Kinder, alte Menschen).“

Eine überzeugende Beweisgrundlage – Monitoring

„Unterstützung der weiteren Entwicklung von Indikatoren und Beobachtungssystemen zur Messung gesundheitlicher Ungleichheiten. Es sollte insbesondere mehr Datenmaterial geben, das die Gesundheitsdeterminanten (Verhalten) aufdeckt, wie z.B. strukturelle Faktoren und gesundheitsrelevantes Wissen, und sich nicht nur auf Sterblichkeit und Morbidität beschränkt. Diese Informationen sollten auf die soziale Schicht, das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit usw. abgestimmt sein.“

„Auf europäischer Ebene sollte eine Zusammenarbeit eingerichtet werden, um eine bessere Vergleichbarkeit des Datenmaterials über gesundheitliche Ungleichheit zu erreichen. Zugleich sollten Leitlinien für die Erfassung von Daten entwickelt werden.“

Eine überzeugende Beweisgrundlage – Einschätzung der Wirkung auf die Gesundheit

„Verstärkter Einsatz von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen als ein effizientes Mittel zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten.“

Eine überzeugende Beweisgrundlage – Evaluation

„Sicherstellung ausreichender Finanzmittel und Weiterbildungsmöglichkeiten für Evaluationen, um unser Wissen zu erhöhen, wie wir Ungleichheiten in der Gesundheit erfolgreich bekämpfen können.“

Eine überzeugende Beweisgrundlage – Verbreitung

„Schaffung und Unterstützung von Möglichkeiten, bewährte Praxismodelle und evidenzbasierte methodologische Ansätze (einschließlich Evaluationen) zu verbreiten, um gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen (z.B. durch den Aufbau einer Datenbank für Maßnahmen, die erfolgreich gesundheitliche Ungleichheiten verringert haben).“

Nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten

Empfehlung

„Identifizierung und Unterstützung relevanter nationaler und regionaler Gesundheitsziele, die eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten anstreben.“

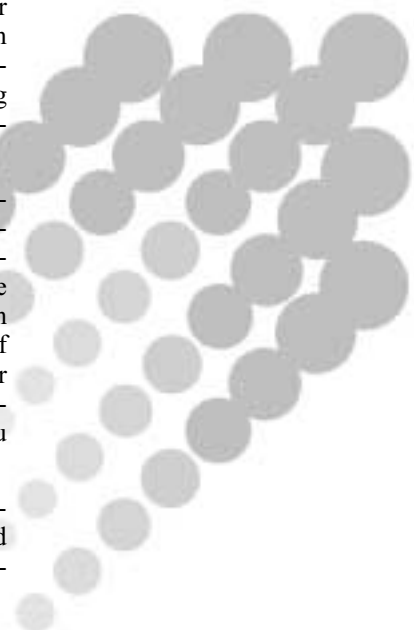
Viele europäische Staaten halten Ziele zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten für sehr wichtig, da sie einen klaren Rahmen bieten, um gesundheitliche Unterschiede mit allgemeinen Zielen der Gesundheitsdienste zu verknüpfen. Diese Ziele dienen gleichzeitig als symbolische Erklärung der politischen Entscheidungsträger, die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten zu unterstützen.

In einigen Fällen wurden Ziele gesetzt, die die zwischen bestimmten Gruppen und der Bevölkerung insgesamt bestehenden Unterschiede der Sterblichkeitsraten verringern sollten. In anderen Fällen wurden Gesundheitsinitiativen für gefährdete und benachteiligte Gruppen bevorzugt – eine Prioritätensetzung, wie sie häufig auch in anderen Politikbereichen, z.B. in der Erziehungs- oder Beschäftigungspolitik, existiert. Werden Initiativen auf diese Weise bevorzugt, so kann dies zu einem effizienteren Einsatz der Mittel führen. Damit könnten sowohl die Politik als auch spezifische Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden, um die Maßnahmen effizienter zu gestalten.

Die Definition von Zielen zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten erfordert zuverlässige Daten und Belege, die über Sterblichkeits- und Morbiditätsstatistiken hinausgehen und die sich mit Gesundheitsdeterminanten befassen (vgl. Abschnitt „Monitoring“).

In den Ländern, wo es sie bereits gibt, wurden auf unterschiedliche Weise Ziele definiert. Ein einzelnes vorrangiges Ziel kann als Maßstab für alle Bereiche der Gesundheitsziele festgelegt werden. Als andere Möglichkeit können spezifische Ziele für spezifische Bereiche formuliert werden, wie beispielsweise in Bezug auf die Kindersterblichkeit oder Lebenserwartung.

In anderen Ländern haben politische Entscheidungsträger Ziele zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten unpassend empfunden – entweder weil keine geeigneten Informationen vorlagen, auf deren Basis Ziele hätten entwickelt werden können, oder ganz einfach weil das Thema gesundheitliche Ungleichheit in der politischen Planung nicht auftauchte. In einer Reihe von Ländern wurden noch keine Ziele als politische Option oder Instrument der Politik ausgewählt, da sie als unerreichbar angesehen werden.



Nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Marion Drinkwater

Sandwell Health Authority
Kingston House, 438 High Street
West Bromwich, West Midlands
B70 1LD
Großbritannien
Tel.: +44 121 500 15 67
Fax: +44 121 500 15 01
E-Mail: Marion.Drinkwater@sand-
well-ha.wmids.nhs.uk

VEREINIGTES KÖNIGREICH

In Großbritannien wurden 2001 nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten veröffentlicht, die zwei Hauptbereiche umfassten: Kindersterblichkeit und Lebenserwartung.

Das Erreichen dieser Ziele würde einen Erfolg bei der Bewältigung einer Reihe von Problemen bedeuten, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des traditionellen Bereichs des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung angesiedelt sind.

In Bezug auf die *Kindersterblichkeit* (Todesfälle im ersten Lebensjahr) ist es das Ziel, „*die zwischen den Arbeitergruppen und der Bevölkerung insgesamt bestehenden Unterschiede in der Sterblichkeit um mindestens 10 Prozent bis zum Jahr 2010 zu verringern.*“

Dieses Ziel bietet einen Rahmen für eine breite Palette damit verbundener Maßnahmen. Dazu gehören die Auswirkungen von Prävention, Unterstützung der Eltern, Gesundheitsförderung und Zugang zu Dienstleistungen. Neben diesem Ziel wurde eine Reihe zentraler Maßnahmen festgelegt, wie beispielsweise Kontrolle des Rauchens, Stillen, Unterstützung von Eltern, Verringerung von Armut, verbesserte geistige Gesundheit der Mütter und ein besserer Zugang zum Gesundheitswesen.

Das Ziel in Bezug auf die *Lebenserwartung* strebt danach, „*gemeinsam mit den Gesundheitsbehörden bis 2010 den Unterschied zwischen dem Quintil der Bereiche mit der niedrigsten Lebenserwartung bei der Geburt und der Bevölkerung insgesamt um mindestens 10 Prozent zu verringern.*“

Maßnahmen, die sich auf diese Ziele beziehen, schließen sowohl besondere Gesundheitsinitiativen (Krebspräventionsplan, koronare Herzerkrankungen und Prävention des Rauchens) als auch weiter gefasste Determinanten ein, wie beispielsweise das „Sure Start Programme“ für Kinder unter sechs Jahren, Chancengleichheit für alle und Erneuerung der Nachbarschaft.

Nationale Ziele zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten

Beispiele für bewährte Verfahren

SCHWEDEN

Der Nationale Ausschuss für öffentliche Gesundheit in Schweden hat ein Grünbuch veröffentlicht, in dem die nationale Strategie für die öffentliche Gesundheit erläutert wird. Diese strukturiert sich um 18 nationale Gesundheitsziele (siehe unten), die zusammen 50 Unterziele und 115 Indikatoren umfassen. Interessant ist hierbei, dass die 18 Gesundheitsziele häufig mit Erfolgen in anderen Politikbereichen verbunden sind, wie die Festsetzung eines hohen Beschäftigungsniveaus, Investitionen in die Ausbildung und die Schaffung von Grünzonen für die Erholung.

Den mit den Zielen verbundenen Determinanten wird – je nach dem Ausmaß, in dem sie Ungleichheit und relative Krankheitsbelastung „erklären“ können – Priorität beigemessen. Auf diese Weise erhält das Tätigwerden in einer breiten Spanne von Politikbereichen entsprechend dem damit verbundenen potenziellen Nutzen für die Gesundheit den Vorrang.

Ein Beispiel ist das für die Verringerung des Tabakkonsums festgesetzte Ziel. Schweden hat anerkanntermaßen umfassende Fortschritte bei der Reduzierung des Tabakkonsums quer durch die gesamte Gesellschaft erzielt. 80 Prozent der Bevölkerung werden als „rauchfrei“ angesehen. In Gruppen niedrigerer Einkommensschichten jedoch kann Rauchen bei 70 Prozent der Personen verbreitet sein. Das Gesundheitsprogramm berücksichtigt diese unterschiedliche Exposition gegenüber Gesundheitsproblemen.

Die Ziele berücksichtigen ebenfalls eine unterschiedliche Anfälligkeit: Ziel 5 zum Beispiel erkennt an, dass die Arbeitnehmer zunehmenden Anforderungen ausgesetzt sind, und setzt deshalb als Unterziele fest, „die Kontrolle über die Arbeit zu steigern“ und „die physischen und geistigen Anforderungen wie auch die Arbeit an die Kapazitäten des Einzelnen anzupassen“. Diese Unterziele werden Schlüsselfaktoren bei der Bewältigung des zunehmenden Problems des Fernbleibens von der Arbeit sein, das auf eine schlechte Abstimmung von Fähigkeiten und Anforderungen zurückgeführt wird.

Anerkannt wird auch, dass sich die Situation zu Hause auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirkt. Dementsprechend fordert das Programm „Familienpolitiken, die Vorbedingungen für eine enge emotionale Bindung zwischen Kindern und Eltern schaffen“ (Ziel 3.1).

Kontakt:

Nina Bergman

National Institute of Public Health
103 52 Stockholm
Schweden
Tel.: +46 8 5661 35 79/35 15
Fax: +46 8 5661 35 05
E-Mail: nina.bergman@fhi.se

Die schwedischen nationalen Gesundheitsziele

1. Ein starker Solidaritätssinn und ein Gemeinschaftsgefühl in der Gesellschaft.
2. Eine unterstützende soziale Umgebung für das Individuum.
3. Sichere und gleiche Bedingungen in der Kindheit für alle Kinder.
4. Ein hohes Beschäftigungsniveau.
5. Eine gesunde Arbeitsumgebung.
6. Zugängliche Grüngebiete für die Erholung.
7. Eine gesunde Umwelt, drinnen und draußen.
8. Gesunde Umfelder und Produkte.
9. Mehr körperliche Aktivität.
10. Gesunde Essgewohnheiten.
11. Sichere und verantwortliche Sexualität.
12. Verringerter Tabakkonsum.
13. Verringerter schädigender Alkoholkonsum.
14. Eine drogenfreie Gesellschaft.
15. Ein stärker gesundheitsorientierter Gesundheitsdienst.
16. Eine koordinierte Anstrengung für die öffentliche Gesundheit.
17. Langfristige Investitionen in die Forschung, die Entwicklung von Methoden und die Erziehung.
18. Tatsacheninformation über die Gesundheit.

Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

Empfehlung

„Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten (Bedeutung von bereichsüberschreitender Politik).“

Ungleichheit ist ein Problem, das aus einem breiten Spektrum unterschiedlicher Blickwinkel angegangen werden muss. Die Regierungen haben dies bei ihrem Ansatz für die Handhabung von sozialer Ausgrenzung und Armut anerkannt: Es besteht allgemeine Übereinstimmung darin, dass für die Lösung dieser vielfältigen Probleme vielfältige Ansätze erforderlich sind. Dies hat innerhalb der Regierungen eine wachsende Tendenz zu stärker „vernetzten“ Politiken ausgelöst, bei denen Verbindungen zwischen politischen Bereichen wie Erziehung, Beschäftigung, Wohnraum, Wohlbefinden und Gesundheit hergestellt werden, die traditionell unabhängig voneinander entschieden wurden.

Eine effiziente Gesundheitsförderung erfordert eine bereichsübergreifende Herangehensweise. In der Gesundheitsförderung Tätige müssen mit Partnern aus anderen Bereichen zusammengebracht werden, damit die Botschaften erfolgreich übermittelt und effiziente Präventionsmaßnahmen ergriffen werden können. Wenn zum Beispiel die Anzahl der Todesfälle aufgrund von Kohlenmonoxidvergiftungen reduziert werden soll, müssen Informationskampagnen der Behörden Hand in Hand gehen mit Maßnahmen der Unternehmen des sozialen Wohnungsbaus, der Feuerwehr und anderer zentraler Beteiligter.

Ungleichheit in unseren Gesellschaften kann zwar nicht allein durch die Gesundheitspolitik behoben werden, die Gesundheit kann jedoch durchaus ein deutlicher Ausgangspunkt für Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten sein. Gesundheitsindikatoren werden bereits als Determinanten für die Beurteilung des Ausmaßes von Armut oder Ausgrenzung und zur Messung der Fortschritte bei deren Überwindung eingesetzt. Eine Politik, die auf eine Reduzierung des Tabakkonsums abzielt, kann also über den Gesundheitskontext hinausgehen, um die größeren gesellschaftlichen Gründe, weshalb Menschen abhängig werden, zu betrachten, wie z.B. das Stressniveau bei der Arbeit oder zu Hause und den Gruppenzwang.

Für Politiker ebenso wie für Praktiker erfordert diese bereichsübergreifende Herangehensweise auch eine größere Koordinierung und/oder Delegation zwischen nationalen, regionalen und lokalen Regierungsebenen. Die oben genannten Themen sind nicht nur für lokale und kommunale Entwicklungsprogramme von wesentlicher Bedeutung, sondern sie sind häufig zentrale Bestandteile von Politiken, die auf der nationalen oder regionalen Ebene verwaltet werden.

Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Andrea Lins

Fonds Gesundes Österreich

Mariahilferstraße 176

1150 Wien

Österreich

Tel.: +43 1 895 04 00 12

Fax: +43 1 895 04 00 20

E-Mail: andrea.lins@fgoe.org

ÖSTERREICH

Das Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998 wurde entwickelt, um die Politik auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu vereinheitlichen, und um Mittel für die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention über eine Reihe von Settings – darunter Arbeitsplatz, Schulen sowie Gemeinden und Nachbarschaften – sicherzustellen. Koordiniert wird dies durch den Fonds „Gesundes Österreich“.

Das auf dem Gesundheitsbegriff der WHO basierende Gesetz zieht verschiedene Lebensabschnitte in Betracht und setzt eine Reihe von Zielen fest, um die Gesundheitsförderung sowie deren wissenschaftliche Grundlage zu stärken. Diese Ziele dienen wiederum als Grundlage für die Entwicklung von Projekten und Programmen, die ein Gleichgewicht zwischen der Gesundheitsförderung für Einzelpersonen (z.B. durch eine Änderung der Lebensweise) und der Erhöhung des Gesundheitswertes der allgemeinen Umgebung belegen.

Das Gesetz stellt ebenfalls sicher, dass die sozioökonomischen Lebensumstände der Bevölkerung ebenso wie die Bedeutung kritischer Lebensereignisse in Betracht gezogen werden. Eine Reihe von Zielgruppen erhält besondere Aufmerksamkeit:

- Kinder und Jugendliche im schulischen und im außerschulischen Bereich,
- Menschen am Arbeitsplatz,
- chronisch Kranke,
- ältere Menschen,
- Frauen in besonderen Situationen,
- sozial benachteiligte Gruppen.

Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

Beispiele für bewährte Verfahren

DEUTSCHLAND

Besonders hohe Arbeitslosenquoten in einem ländlichen Gebiet im ost-deutschen Bundesland Brandenburg haben die Behörden zu einer Vernetzung ihrer Arbeits- und Gesundheitsförderungsdienste veranlasst. Durch eine integrierte Unterstützung sollten sowohl die Gesundheit der Langzeitarbeitslosen als auch ihre Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöht werden.

Die Langzeitarbeitslosigkeit – in vielen Fällen mehr als 24 Monate – hatte schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen, die ihre Chancen auf eine Wiederbeschäftigung noch zusätzlich verschlechterten. Es wurde Unterstützung geleistet, um diesen Kreis zu durchbrechen und den Menschen zu helfen, mit der Arbeitslosigkeit fertig zu werden, gesund zu bleiben, und – wenn möglich – Arbeit zu finden.

Das Projekt funktionierte auf zwei Ebenen: Durch die Bereitstellung von Unterstützung und Informationen für betroffene Personen und durch Unterstützung, Schulung und Mittelbereitstellung für kommunale Berater. Die Berater konzentrierten ihre Bemühungen auf die enge Zusammenarbeit mit den Kunden, um zunächst individuelle „Zurück zur Arbeit/zurück zur Gesundheit“-Strategien zu entwickeln; als Interessenvertreter stellten sie dann sicher, dass die Zielsetzungen erfüllt und zusätzliche Dienste in Anspruch genommen wurden. Diese Maßnahmen waren insbesondere durch folgende Merkmale geprägt: lokale und auf das Individuum abgestimmte Beurteilung des Bedarfs; Vertretung ortsansässiger Personen; Schulung und Unterstützung von Netzwerken und Beratern sowie reaktive, kooperative Herangehensweisen unter den lokalen Unterstützungsorganisationen.

Kontakt:

Dr. Ljiljana Joksimovic

Universität Düsseldorf

Institut für Medizinische Soziologie

Postfach 10 10 07

40001 Düsseldorf

Deutschland

Tel.: +49 211 81 143 60/61

(Sekretariat)

Fax: +49 211 81 123 90

E-Mail:

joksimov@uni-duesseldorf.de

Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Niels Kristian Rasmussen

National Institute of Public Health

Svanemøllevej 25

2100 Kopenhagen

Dänemark

Tel.: +45 3920 77 77

Fax: +45 3927 30 95

E-Mail: nkr@dike.dk

DÄNEMARK

Eine stark bereichsübergreifende Zusammenarbeit innerhalb einer Region prägte ein Projekt im dänischen Djursland, dessen Ziel es war, schnelle Hilfe für Familien zu leisten, in denen problematischer Alkoholgebrauch festgestellt wurde.

Die Leitung des Projekts lag bei der Beratungsstelle für Alkoholmissbrauch im Bezirk Århus. Sozialarbeiter, Lehrer und Tagesstättenmitarbeiter arbeiteten zusammen, um sicherzustellen, dass Anzeichen für Probleme frühzeitig erkannt wurden und schnell die entsprechende Unterstützung angeboten wurde. Der Schwerpunkt wurde auf eine Behandlung der gesamten Familie gelegt. Um dies zu erreichen, wurde von den kooperierenden Partnern eine Reihe von entsprechenden Diensten angeboten. Wichtig für den Erfolg dieser Initiative waren übergreifende Schulungskurse und beratende Unterstützung für das beteiligte Fachpersonal.

Die bereichsübergreifende Partnerschaft, auf der das Projekt beruhte, ermöglichte ein ganzheitliches Angehen des Problems des Alkoholmissbrauchs. Das Projekt konnte Unterstützung leisten und Behandlung anbieten sowie die Prävention in den Mittelpunkt stellen, indem das Bewusstsein bei den kooperierenden Partnern, Erwachsenen und Kindern erhöht wurde. Die Bandbreite der Partnerschaft schlug sich auch in dem Spektrum der für die verschiedenen Teilnehmer festgesetzten Ziele nieder.

Das Projekt war von Anfang an als Modellprojekt für eine Übertragung in andere Regionen und/oder Kommunen konzipiert.

Integration von Gesundheitsdeterminanten in andere Politikbereiche

Beispiele für bewährte Verfahren

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Als Teil einer Politik der nationalen Regierung, die auf die zielgerichtete Bereitstellung von Mitteln für die am stärksten benachteiligten Gebiete mit dem niedrigsten Gesundheitsniveau im Vereinigten Königreich abzielt, wurden *Health Action Zones* (HAZs) eingerichtet. Es handelt sich hierbei um Programme, die mehrere Einrichtungen – den Nationalen Gesundheitsdienst, freiwillige und private Einrichtungen sowie kommunale Stellen – einbeziehen.

Ziel der *Health Action Zones* ist die Entwicklung und Umsetzung einer Gesundheitsstrategie, die Ungleichheiten verringert und zu messbaren Verbesserungen der öffentlichen Gesundheit und der gesundheitlichen Ergebnisse führt. Sie wurden in Innenstadtbereichen, ländlichen Gebieten und ehemaligen Bergbaugemeinden an 26 Orten im Vereinigten Königreich eingerichtet. Sie decken ungefähr 13 Millionen Menschen oder 40 Prozent der gesamten benachteiligten Bevölkerung des Landes ab. Zu den zentralen Interessensbereichen gehören die Determinanten der Gesundheit im weiteren Sinne sowie die Stärkung der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit (*empowerment*) der Gemeinschaft. Hauptziel der HAZs war es, „Ungleichheiten im gesundheitlichen Bereich in den am stärksten benachteiligten Gebieten Englands durch Modernisierungsprogramme für Gesundheitsfürsorge und Sozialhilfedienste zu verringern mit Möglichkeiten, auch andere, weiter gefasste Gesundheitsdeterminanten wie Wohnraum, Ausbildung und Beschäftigung zu behandeln“.

Eine Auswertung der HAZs ergab folgende Ergebnisse:

- Die Initiative zeigte bereits Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten bei Menschen in benachteiligten Gebieten und war auf dem Weg, den meisten wesentlichen Punkten der einzelnen Programme zu entsprechen.
- Sie machte beträchtliche Fortschritte bei der Entwicklung von arbeitsfähigen Partnerschaften und hatte die Beziehungen – vor allem zwischen dem Nationalen Gesundheitsdienst und den Gebietskörperschaften – verändert. Vor Ort wurde die Entwicklung einer weitergehenden Partnerschaft ausgesprochen positiv beurteilt.
- Die Gemeinschaften wurden in die Entscheidungsverfahren einbezogen und es wurden neue Wege entwickelt, um die Menschen vor Ort in die Entscheidungsmechanismen einzubinden.
- Die Initiative begann die Art der traditionellen Dienstleistungserbringung zu hinterfragen.

Im nordenglischen Northumberland wurde eine direkte Wirkung auf die Sterblichkeitsrate mit dem HAZ-Programm in Zusammenhang gebracht. Es gab weniger Krankenhauseinlieferungen aufgrund von Herzinfarkten und Schlaganfällen (die zusammen mit Herzversagen 40 Prozent der Notaufnahmen in der Winterzeit ausmachen). Das gesamte Krankheitsverzeichnis für Northumberland enthielt 15.000 Personen, die bekanntermaßen an ischämischen Herzerkrankungen litten (die entweder vorher einen Herzinfarkt gehabt hatten oder an Angina pectoris litten). Ziel war es, das Cholesterin bei diesen Patienten zu senken. Auf Grundlage der bislang erreichten Fortschritte kann davon ausgegangen werden, dass in den nächsten fünf Jahren zwischen 100 und 250 Herzinfarkte oder Schlaganfälle verhindert werden könnten. In Ost-London – wo das HAZ-Programm als Pilotprojekt getestet worden war – wurden ähnliche Ergebnisse erzielt.

(HAZ: www.haznet.org.uk)

Kontakt:

Marion Drinkwater

Sandwell Health Authority
Kingston House, 438 High Street
West Bromwich, West Midlands
B70 PLD
Großbritannien

Tel.: +44 121 500 15 67

Fax: +44 121 500 15 01

E-Mail: Marion.Drinkwater@sandwell-ha.wmids.nhs.uk

Die Arbeit auf der lokalen Ebene

Empfehlungen

„Unterstützung und Förderung von Ansätzen für eine Gemeinschaftsentwicklung zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.“

„Eine effiziente Gemeinschaftsentwicklung erfordert die Integration von lokalen Diensten, die Entwicklung von multidisziplinären Teams und ortsgebundenen Vorgehensweisen, gut geplante Bedarfsbeurteilungen innerhalb einer Reihe von Bedingungen, eine Gemeinschaftsbeteiligung sowie Partnerschaften als grundlegende Elemente für einen nachhaltigen Erfolg.“

In der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung wird die Bedeutung der Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden für die Gesundheitsförderung und insbesondere die mögliche Schlüsselrolle der Mitbestimmung für eine effizientere Gesundheitsförderung anerkannt:

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind zu stärken.“

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für die Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung sind dazu notwendige Voraussetzungen.“

Während es bei der Definition des Begriffs „Gemeinschaft“ (*community*) bedeutende Unterschiede innerhalb Europas gibt, zeigten die im Rahmen des Projekts vorgelegten Berichte den Erfolg von Initiativen, die so konzipiert waren, dass sie die Menschen vor Ort in die Beurteilung der Bedürfnisse einbezogen, sie zur Zusammenarbeit befähigten und sie in die Planung, Verwaltung und Bewertung einbezogen.

Die Arbeit auf dieser lokalen oder Nachbarschaftsebene hat häufig unmittelbaren Einfluss als jene auf regionaler oder nationaler Ebene. Sie eignet sich außerdem wesentlich besser für die Schaffung von bereichsübergreifenden Netzwerken, die von grundlegender Bedeutung sind, wenn die Gesundheitsfragen über andere, eng damit in Zusammenhang stehende Politikbereiche wie Wohnraum, Verkehr, Erholung, Erziehung und Umwelt gelöst werden sollen.

Auf der lokalen Ebene haben die Gemeinschaften häufig spezifische Gesundheitsbedürfnisse, die durch die örtlichen Gegebenheiten wie hohe oder plötzliche Arbeitslosigkeit oder starke Konzentrationen von ethnischen Minderheiten beeinflusst werden. Besonders Gebiete, wie unterprivilegierte innerstädtische Bezirke oder entfernt liegende, dünn besiedelte ländliche Regionen, erfordern ebenfalls spezifische Ansätze in der Gesundheitsförderung.

Neben diesem geographischen Aspekt ist ein auf Beteiligung und Mitbestimmung beruhender Gemeinschaftsansatz gut geeignet, den Bedürfnissen von besonders ungeschützten Gruppen durch ein engeres und besseres Verständnis dieser Bedürfnisse zu entsprechen.

Die Arbeit auf der lokalen Ebene

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Dr. Joop Ten Dam

Netherlands Institute for Health
Promotion and Disease Prevention
(NIGZ)

P.O. BOX 500

3440 AM Woerden

Niederlande

Tel.: +31 348 437 600/631

Fax: +31 348 437 666

E-Mail: Jtendam@nigz.nl

DIE NIEDERLANDE

Bei dem Projekt „Arnhemse Broek, Gezond en Wel“ (Arnhemse Broek, gesund und wohlauf) handelt es sich um ein Nachbarschaftsgesundheitsprojekt, bei dem die Zielgruppe selbst die Maßnahmen in ihrem Viertel bestimmt hat.

Arnhemse Broek ist ein Stadtteil von Arnhem, der durch hohe Arbeitslosigkeit, einen hohen Anteil ethnischer Minderheiten, ein niedriges Einkommensniveau und einen geringen Ausbildungsgrad gekennzeichnet ist.

Die Gemeindemitglieder waren an allen Phasen des Projekts beteiligt: Beurteilung des Gesundheitsprofils der Gemeinschaft, Bestimmung eines genau auf die Bedürfnisse des Viertels abgestimmten Gesundheitsprogramms sowie Umsetzung des Programms.

Die Gemeinde stellte drei Hauptthemen fest, mit denen sich das Programm befassen sollte: Sicherheit, Stressbewältigung und Erziehungsarbeit.

Die Kooperation – mit lokalen Politikern, deren Unterstützung von wesentlicher Bedeutung war, sowie mit Stellen, die soziale Hilfe und Gesundheitsfürsorge leisten – war ein zentraler Faktor des Programms.

Untersuchungen zur Lebens- und Umweltqualität, die während des Projekts durchgeführt wurden, dienten nicht nur als Auswertungsinstrument und – falls erforderlich – zur Neuanpassung der Programmziele, sondern stellten auch eine kontinuierliche Kommunikation mit der lokalen Gemeinschaft sicher.

Die Arbeit auf der lokalen Ebene

Beispiele für bewährte Verfahren

GRIECHENLAND

In einem Projekt in der griechischen Region Attika wurden ältere Menschen für eine Schulung zu Ernährungsberatern gewonnen. Sie wirkten als Multiplikatoren (*peer educators*) für andere ältere Menschen, mit denen sie in Freizeitzentren zusammentrafen.

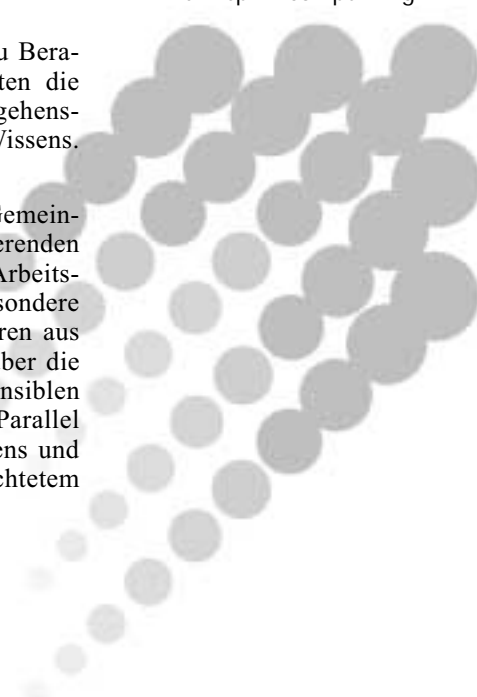
Ziel des von der griechischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie betriebenen Projekts war die Förderung von gesunder Ernährung in einem sozial benachteiligten Gebiet; insbesondere sollte das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung vermindert werden.

27 ältere Freiwillige, die zwei Freizeitzentren besuchten, wurden zu Beratern für gesunde Ernährung geschult. Zu dieser Schulung gehörten die Grundprinzipien einer gesunden Ernährung sowie wirksame Vorgehensweisen für die Übermittlung und Verbreitung des erworbenen Wissens. Dieses Wissen wurde häufig in traditionellere Rezepte eingearbeitet.

Eine bereichsübergreifende Arbeit war wichtig: Gesundheits- und Gemeindeglieder kooperierten, um die Arbeit der als Multiplikatoren fungierenden „Berater für gesunde Ernährung“, die von öffentlichen Orten wie Arbeitsplätzen oder Gemeindezentren aus arbeiteten, zu unterstützen. Besondere Bedeutung wurde der Tatsache beigemessen, dass die Multiplikatoren aus der lokalen Bevölkerung kamen. Sie erwiesen sich als informiert über die Bedürfnisse der Bevölkerung, und die Botschaften wurden in einer sensiblen Weise übermittelt, die den lokalen Traditionen und Sitten entsprach. Parallel zum Projekt erfolgte eine gut konzipierte Evaluierung des Verfahrens und der Ergebnisse, wobei der Schwerpunkt auf Wissen und selbstberichtetem Verhalten der Multiplikatoren und Teilnehmer lag.

Kontakt:

Dr. Dimitria Triantafyllou
Institute of Social and Preventive
Medicine (ISPM)
25 Alexandroupoleos St.
115 27 Athen
Griechenland
Tel.: +301 748 20 15
Fax: +301 748 58 72
E-Mail: ispm@compulink.gr



Die Arbeit auf der lokalen Ebene

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Linda De Boeck

Vlaams Instituut voor
Gezondheidspromotie
Gustave Schildknechtstraat 9
1020 Brüssel
Belgien
Tel.: +32 2 422 49 49
Fax: +32 2 422 49 59
E-Mail: linda.deboeck@vig.be

BELGIEN

„De Ridderbuurt“, eine gemeinnützige Organisation, wurde 1995 in einem benachteiligten Viertel der belgischen Stadt Leuven gegründet, um für ungefähr 1200 Anwohner eine erschwingliche und zugängliche Gesundheitsfürsorge bereitzustellen. Dies wird ermöglicht durch die Verwendung eines alternativen Finanzierungssystems und den persönlichen Einsatz von Freiwilligen.

Im Zentrum arbeitet eine Reihe von Menschen aus verschiedenen Disziplinen, darunter Gesundheits- und Sozialarbeiter, und es führt verschiedene Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten durch. Präventionskampagnen der jüngeren Vergangenheit konzentrierten sich auf Rückenprobleme, gesundes Kochen, frühe Kindheit und das Aufgeben des Rauchens. Die Arbeit des Zentrums konzentriert sich in großem Maße auf die lokale Gemeinschaft. Alle Aktivitäten sind speziell auf die Erfüllung der Bedürfnisse des Viertels zugeschnitten.

Hauptziel des Zentrums ist es, eine Veränderung zu initiieren; um dies zu erreichen, arbeitet es mit einer Reihe anderer lokaler Beteiligter zusammen. So hat das Zentrum vor kurzem mit der lokalen Feuerwehr, mit Zahnärzten und mit Sportverbänden in Bezug auf präventive Fragen kooperiert. Es besteht ein enger Kontakt zu anderen medizinischen Diensten im Gebiet sowie zu Lokalpolitikern und Sozialdiensten.

Im Mittelpunkt des vom Zentrum gewählten Ansatzes steht die Verbesserung des Kontakts zu den Stadtteilbewohnern und das Bemühen, sie zu mehr Aktivität in Gesundheitsfragen anzuregen. Hierzu ist es erforderlich, dass die Gesundheitsarbeiter mehr darüber wissen, welche Auswirkungen Ungleichheit auf die Gesundheit haben kann. Ziel des Zentrums ist es nicht nur, ein „System für die Armen“ zu sein, sondern es versucht auch, Mehrwert zu schaffen und die Lebensqualität in der Nachbarschaft zu verbessern.

Zugang zu den Gesundheitsdiensten

Empfehlung

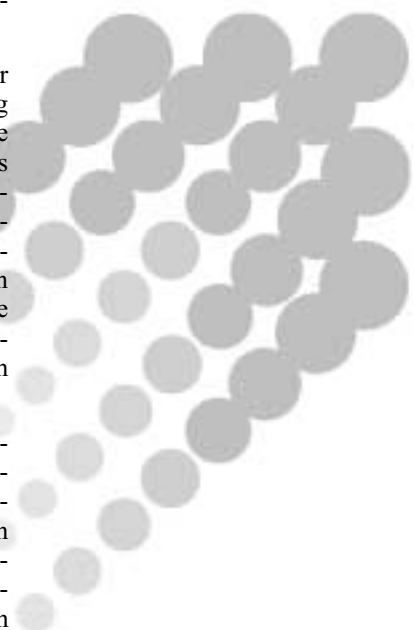
„Verringerung von Hindernissen, Verbesserung und Sicherstellung des Zugangs zu effizienter Gesundheitsfürsorge und Präventionseinrichtungen und deren Nutzung für sozial benachteiligte und ungeschützte Gruppen (z.B. behinderte Migranten, junge Menschen und Kinder, alte Menschen).“

Für bestimmte Bevölkerungsgruppen kann der Zugang zu Gesundheits- und Präventionsdiensten sehr erschwert sein. In vielen Fällen ist dies auf sprachliche und kulturelle Barrieren zurückzuführen, es kann aber auch das Ergebnis von rechtlichen oder finanziellen Problemen sein. Häufig umfassen diese Gruppen genau diejenigen Menschen, die einen höheren Bedarf an Gesundheitsfürsorge haben.

In der Gesundheitsfürsorge Tätige sind sich bereits seit einiger Zeit der Schwierigkeiten bewusst, die bestimmte Gruppen in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsfürsorge, den Erhalt von Informationen über ihre Ansprüche oder ein Hinzulernen über Prävention haben. Die Verbesserung des Zugangs ist deshalb in den EU-Ländern zu einem äußerst wichtigen Thema geworden. Leistungserbringer bemühen sich auf verschiedene Art, diese Schwierigkeiten zu beseitigen: durch aktive Kontaktangebote an schwer anzusprechende Zielgruppen, durch leichter erreichbare Dienste in benachteiligten Gebieten, durch eine Änderung der Art und Weise, in der traditionelle Dienste erbracht werden, so dass diese den Bedürfnissen spezifischer Gruppen mehr entsprechen, oder durch finanzielle Unterstützung in Fällen, in denen die Menschen mittellos oder nicht versichert sind.

Ein in diesen Initiativen häufig verwendetes Mittel ist der Einsatz von Mittelspersonen, die helfen können, die Verbindungen zwischen diesen Zielgruppen und den Diensten oder Informationen, die sie benötigen, zu verbessern. Diese Mittelspersonen können Dolmetscher zur Überwindung von Sprachbarrieren oder Angehörige der Gruppe (*peers*) sein, die die Zugangsschwelle effektiv herabsetzen, indem sie erläutern, „wie das System funktioniert“, oder indem sie sicherstellen, dass die richtige Art von Information in der richtigen Art und Weise geliefert wird. Häufig sind Peers wichtig für die Darlegung, Anpassung und Evaluierung des Erfolgs von Zugängen. Allerdings ist auch die Auswahl und Anleitung des „Peers“ entscheidend für den Erfolg des Projekts.

Derartige Kontaktprogramme wurden erfolgreich eingesetzt, um eine Reihe von ungeschützten Zielgruppen wie Obdachlose, im Sexgewerbe Tätige oder Migranten zu erreichen und deren Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verbessern. Migranten repräsentieren eine besondere Prioritätsgruppe: Die Migration an sich kann in all ihren Formen – der Migration innerhalb eines Landes, in ein neues Land oder der Rückkehr nach langer Abwesenheit in das Heimatland – beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Nach der Ankunft in einem europäischen Land sind viele Immigranten mit einer zusätzlichen Benachteiligung in Bezug auf ihre gesamten Lebensbedingungen und den Zugang zur Gesundheitsfürsorge konfrontiert.



Zugang zu den Gesundheitsdiensten

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Pedro Ribeiro da Silva

Direccao General da Saude
Alameda D. Afonso Henriques
45-7

1056 Lissabon Codex

Portugal

Tel.: +351 21 843 05 30

Fax: +351 21 843 05 00

E-Mail:

pedros@dgsaude.min-saude.pt

PORTUGAL

Ein Kontakt- und Hilfezentrum für männliche und weibliche Prostituierte in der Stadt Oporto bietet Menschen, die hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und voraussichtlich ansonsten keinerlei Versorgung erhalten würden, medizinische und andere Hilfe.

Männliche und weibliche Prostituierte, die in der Stadt Oporto arbeiten, sind mit einer Reihe schwerwiegender Probleme konfrontiert. Sie haben häufig verschiedene Arten von Benachteiligungen erfahren, bevor sie in der Prostitution angelangt sind. Diese Nachteile mögen auf Analphabetismus, ein niedriges Ausbildungsniveau, langfristige Arbeitslosigkeit, Straffälligkeit, Drogenmissbrauch oder eine Kombination verschiedener dieser Faktoren zurückzuführen sein. Die ungeschützte Position dieser Menschen am Rande der Gesellschaft und das mit ihrem Lebensstil verbundene Stigma bedeutet, dass sie häufig hinsichtlich der Gesundheitsfürsorge und anderer Unterstützung, die sie dringend brauchen, vernachlässigt werden.

Eine Partnerschaft zwischen der Stadtverwaltung Oporto, dem Wohlfahrtsausschuss und dem Verband für Familienplanung hat ein während der ganzen Nacht geöffnetes Kontakt- und Hilfezentrum geschaffen, um soziale, psychologische und gesundheitsspezifische Unterstützung für Prostituierte in diesem Gebiet zu leisten. Zum Team gehören Angehörige von Versorgungsberufen, wie Krankenschwestern, Ärzte, Psychologen und Lehrer, sowie Vertreter und Vertreterinnen der Prostituierten. Ziel des Zentrums ist es, den Prostituierten zu helfen, weniger von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden, und sie dabei zu unterstützen, selbst die erforderlichen Schritte zu unternehmen.

Zugang zu den Gesundheitsdiensten

Beispiele für bewährte Verfahren

BELGIEN

Zielsetzung eines Projekts in 22 belgischen Krankenhäusern war es, Angehörigen ethnischer Minderheiten über Sprach- und Kulturbarrieren hinwegzuhelfen, die häufig zwischen ihnen und den Diensten der Gesundheitsfürsorge stehen.

Das Projekt richtete ein Netzwerk von 25 „Gemeindedolmetschern“ ein, die türkischen und marokkanischen Migranten in Belgien Hilfestellung bieten sollten. Die Dolmetscher leisteten allerdings mehr als reine Übersetzungsdienste. Sie waren ebenfalls dafür geschult, eine beratende Funktion sowohl gegenüber dem medizinischen Personal wie auch gegenüber den Patienten einzunehmen. Es wurde eine Verbindung hergestellt, die die Kommunikation zwischen Patient und Fachpersonal sinnvoller machte und eine auf Informationen beruhende Zustimmung ermöglichte. Der Schwerpunkt lag auf Dolmetschern, „die am besten die Interessen der Patienten vertreten und legitime Verbraucherforderungen sicherstellen“.

Die Initiative wurde von dem Zentrum für Chancengleichheit und Rassismusbekämpfung politisch unterstützt, das seinerseits direkt mit den Diensten des Premierministers verbunden ist. Zur Unterstützung der Arbeit ähnlicher Netzwerke und zur Festsetzung von Praxisstandards wurde im Ministerium der sozialen Angelegenheiten in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Volksgesundheit eine neue Organisation geschaffen: die Koordinierungsabteilung für Dolmetscherdienste in der Gesundheitsfürsorge.

Kontakt:

Marianne Flament

Culture et Santé
130, Chaussée de Mons
1070 Brüssel
Belgien

Tel.: +32 2 558 88 10

Fax: +32 2 520 51 04

E-Mail:

culturesante.claes@skynet.be

Zugang zu den Gesundheitsdiensten

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Dr. Giuseppe Masanotti

Centro Sperimentale per

L'Educazione Sanitaria

Via del Giochetto

6100 Perugia

Italien

E-Mail: ibrizigi@unipg.it

ITALIEN

Ein dermatologisches Institut in Rom verbindet sein Fachwissen über tropische Krankheiten mit einem Gesundheitsfürsorgedienst für Immigranten. Soziale Mittler und Dolmetscher stehen zur Verfügung, um Immigranten den Zugang zu dem Angebot zu erleichtern.

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts war die Anzahl der nach Italien einreisenden Immigranten sehr hoch. Ein Großteil von ihnen meldete sich nicht bei den Behörden an. Viele kamen aus Ländern, in denen bestimmte Infektionskrankheiten, wie Tbc und HIV, verbreitet sind, und die meisten hatten keine Informationen über das italienische Sozialsystem. Die legale und finanzielle Position dieser Menschen sowie wiederholte Entwurzelungen sind häufig Ursache von Stress mit eindeutigen Auswirkungen auf die Gesundheit. Hinzu kommt die Angst und die Unsicherheit darüber, in einem fremden Land, in dem die Kommunikation schwierig ist, an einer Krankheit zu leiden.

Das dermatologische Institut Santa Maria & San Gallicano in Rom wurde 1725 gegründet, um sowohl den Bewohnern wie auch den Besuchern Roms Gesundheitsdienste anzubieten. 1985 richtete das Institut einen Dienst ein, der Immigranten ohne Aufenthaltsgenehmigung Zugang zu kostenloser Gesundheitsfürsorge ermöglicht. Der Dienst bietet ebenfalls eine Überwachung für Tbc, HBV/HIV/HBC und Hautkrankheiten an. Er ist an fünf Vormittagen und an zwei Nachmittagen pro Woche geöffnet.

Das Hauptgewicht des Dienstes liegt auf illegalen Einwanderern, Obdachlosen, Landfahrern und Menschen, denen eine Ausgrenzung droht. Er umfasst aber auch eine Hautklinik, die auf tropische Krankheiten für Reisende spezialisiert ist und die aktuelle Informationen und Behandlung bietet.

Der Dienst arbeitet mit Sprach- und Kulturmediatoren, die soziale Unterstützung leisten, wenn Besucher ankommen, und die den Ärzten bei der Diagnose und der Behandlung der Patienten helfen.

Jedes Jahr wird in Zusammenarbeit mit den römischen Behörden und dem Haus für Menschenrechte ein internationaler Kursus für „Transkulturelle Medizin“ veranstaltet, der sich an Sozialarbeiter und Fachleute der medizinischen Berufe, Freiwillige, Lehrer und Verwalter von sozialsanitären Einrichtungen richtet.

Zugang zu den Gesundheitsdiensten

Beispiele für bewährte Verfahren

SPANIEN

In Ciutat Vella, einem benachteiligten Innenstadtbezirk von Barcelona, wurde ein Versuch unternommen, schwangeren Frauen, jungen Müttern und Kindern den Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu erleichtern.

Die Kindersterblichkeit war in diesem Gebiet – verglichen mit den Gesamtzahlen von Barcelona – hoch. Im Zeitraum 1983–1986 betrug beispielsweise die Kindersterblichkeitsrate in Ciutat Vella 17,7 pro 1000 Geburten gegenüber 8,2 pro 1000 Geburten in der Stadt insgesamt. Ausgangspunkt des Projekts, geleitet vom Municipal Institute of Public Health (Städtisches Institut für Öffentliche Gesundheit) von Barcelona, war das Aufdecken nichtregistrierter Schwangerschaften und Geburten bei Personen, die nicht bei den angebotenen Pflegediensten vorstellig wurden. Diese Aufgabe wurde von Krankenschwestern und Sozialarbeitern wahrgenommen, die aufklärende Hausbesuche machten. Ihre Rolle war es, jegliche nötige Sofortpflege bereitzustellen und Hilfsbedürftige an geeignete Dienste (Geburts-hilfe, Kinderpflege- und Familienplanungsdienste) zu verweisen.

Detaillierte Evaluationen weisen auf eine Verbesserung der Kindersterblichkeitsrate in Ciutat Vella und auf eine Verringerung des Gefälles zwischen der Kindersterblichkeitsrate in diesem Bezirk verglichen mit anderen Stadtteilen. Im Zeitraum 1995–1998 ist die Quote in Ciutat Vella auf 7,1 pro 1000 Geburten gefallen, während sie in den anderen Stadtgebieten bei 4,1 pro 1000 Geburten lag.

Kontakt:

Dr. Esteve Fernández

Institut Català d'Oncologia
Servei de Prevenció i Control del
Càncer

Av. Gran Via s/n Km 2,7
08907 L'Hospitalet (Barcelona)
Barcelona

Spanien

Tel.: +34 93 260 77 88

Fax: +34 93 260 79 56

E-Mail: efernandez@globalink.org

Monitoring

Empfehlungen

„Unterstützung der weiteren Entwicklung von Indikatoren und Beobachtungssystemen zur Messung gesundheitlicher Ungleichheiten. Es sollte insbesondere mehr Datenmaterial geben, das die Gesundheitsdeterminanten (Verhalten) aufdeckt, wie z.B. strukturelle Faktoren und gesundheitsrelevantes Wissen, und sich nicht nur auf Sterblichkeit und Morbidität beschränkt. Diese Informationen sollten auf die soziale Schicht, das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit usw. abgestimmt sein.“

„Auf europäischer Ebene sollte eine Zusammenarbeit eingerichtet werden, um eine bessere Vergleichbarkeit des Datenmaterials über gesundheitliche Ungleichheit zu erreichen. Zugleich sollten Leitlinien für die Erfassung von Daten entwickelt werden.“

Politische Entscheidungsträger und Ärzte benötigen klare Informationen, die gesundheitliche mit sozioökonomischen Gegebenheiten verknüpfen, wenn sie die Kluft gesundheitlicher Ungleichheiten überbrücken sollen.

Die Studie hat untersucht, in welchem Maße die EU-Länder gegenwärtig über Berichtssysteme verfügen, die diese Informationen bereitstellen. Die meisten Länder (14 von 16¹) nutzen Umfragen zur Gesundheit. Diese liefern ihnen die nötigen Informationen über Morbidität, den wahrgenommenen Gesundheitszustand und Variablen des Lebensstils, die mit dem sozioökonomischen Status verknüpft sind. Allerdings unterscheidet sich der Umfang der durch die Umfragen verfügbaren Information erheblich: Informationen über Bereiche wie z.B. geistige Gesundheit, Arztbesuche und gesundheitsrelevantes Wissen sind auf eine kleine Anzahl Länder beschränkt. Nur wenige Länder sind in der Lage, mit dem sozioökonomischen Status verbundene Sterblichkeitsstatistiken bereitzustellen.

Die Studie hat auch eine Reihe methodischer Probleme aufgefunden gemacht, die es erschwert haben, Datenmaterial über soziale Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit zu sammeln. Beispielsweise wurde der sozioökonomische Status unterschiedlich gemessen, und es bestanden Unterschiede bei der Größe der Stichproben und ihrer Repräsentativität. Damit wurde ein Vergleich nationaler Daten unmöglich. Aus diesem Grunde sollte auf standardisierte Klassifizierungen (zentraler) sozioökonomischer und gesundheitlicher Maßnahmen abgezielt werden.

Eine bessere Zusammenarbeit auf überstaatlicher Ebene könnte diese Vergleichbarkeit ebenfalls erhöhen. Es gibt zurzeit einige gute Beispiele für eine solche überstaatliche Zusammenarbeit: Die Projekte „Finbalt Health Monitor“ (Finnisch-baltische Gesundheitsbeobachtung) und „Health Behaviour of School Children“ (Gesundheitsverhalten von Schulkindern) sind Beispiele für sowohl sehr informative als auch gut koordinierte multinationale Erhebungen. Weitere Beispiele guter nationaler Informationssysteme finden sich in den folgenden Abschnitten.

¹ Die 16 Staaten umfassen die 15 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen.

Monitoring

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Antti Uutela, PH.D. Prof.

Laboratory Director, Head
Health Education Research Unit
Department of Epidemiology and
Health Promotion
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Finnland
E-Mail: antti.uutela@ktl.fi

FINNLAND UND DIE BALTISCHEN STAATEN

Finnland war das erste europäische Land, das ein auf der Bevölkerung basierendes Informationssystem über Gesundheitsverhalten aufgebaut hat. Das Nationale Institut für Öffentliche Gesundheit (National Public Health Institute – KTL) begann 1978 mit jährlichen Umfragen unter der erwerbsfähigen Bevölkerung und 1985 mit zweijährlichen Umfragen unter Rentnern. Diese nationalen Systeme führten in den 90er Jahren zur Einrichtung des Finnisch-baltischen Gesundheitsinformationssystem (Finbalt Health Monitor). Dabei handelt es sich um ein gemeinsames System zur Berichterstattung über gesundheitliches Verhalten und damit verbundene Faktoren. Es umfasst die erwerbsfähige Bevölkerung in Estland, Litauen und Lettland. Der Gebrauch des finnisch-baltischen Untersuchungsprotokolls nimmt zu.

Die finnische Untersuchung zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64) nutzte Zufallsstichproben von 5000 angeschriebenen Personen, um gesundheitliche Selbstbeobachtungen, die Nutzung von Gesundheitsdiensten und den soziodemographischen Hintergrund der Finnen zu untersuchen. Außerdem wurden verschiedene Änderungsvariablen im Gesundheitsverhalten untersucht, die mit Kampagnen zum Lebensstil zusammenhängen. Die Untersuchungen verwendeten einen strukturierten Satz vergleichbarer Indikatoren und wurden immer zur gleichen Jahreszeit (Frühling) durchgeführt. Die Antwortquote lag bei etwa 70 bis 80 Prozent.

Die gesammelten Daten dienen als Grundlage für

- die Evaluation und Planung von Gesundheitskampagnen und nationale Gesundheitspolitiken,
- wissenschaftliche Studien von Trends und Ungleichheiten,
- die Evaluation von gemeinschaftsweiten Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung.

Eine entsprechende zweijährliche Untersuchung unter Rentnern – ursprünglich zwischen 65 und 79 Jahre alt, jedoch später auf 65–84 Jahre erhöht – wurde entwickelt. Sie bezieht gestaffelte Zufallsstichproben von 300 Männern und Frauen in jeder der 5-Jahres-Altersgruppen ein. Die Antwortquoten waren höher als bei den jüngeren Befragten.

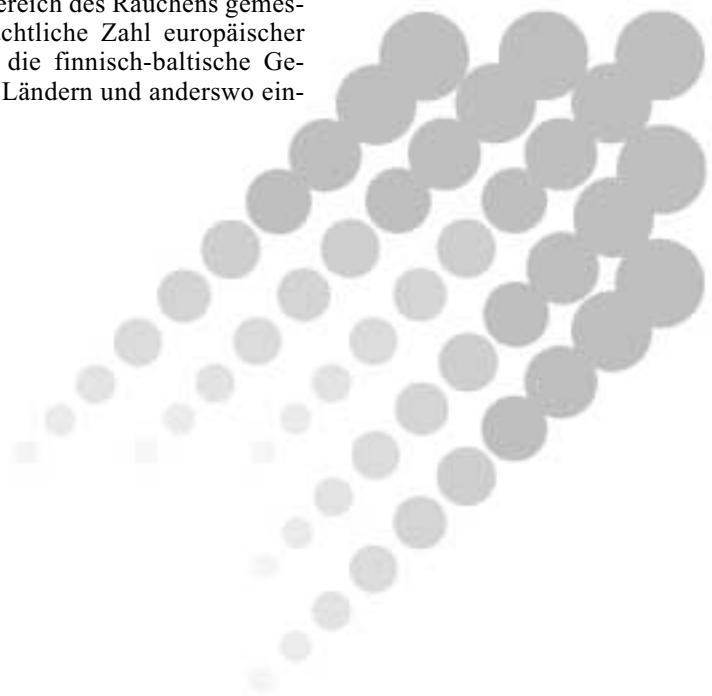
In Estland wurde 1990 – in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Institut für Öffentliche Gesundheit Finnlands (KTL) – eine ähnliche wie die beschriebene finnische Studie zur erwerbsfähigen Bevölkerung begonnen. Litauen trat dem System 1994 und Lettland 1998 bei. Jedes Teilnehmerland ist für seine nationale Erfassung und Analyse der Daten zuständig, während das finnische Zentrum die Zusammenarbeit zwischen den nationalen Forschungsteams koordiniert und für die Vergleichsanalyse verantwortlich ist. Trotz kultureller und sozioökonomischer Unterschiede zwischen den Ländern konnte das System, Fragebogen zu verschicken, die von den Empfängern selbst auszufüllen sind, relativ einfach von einem Land zum anderen übertragen werden. Die Zahl der Rückläufe war relativ hoch. So wie beim finnischen System können die Daten der finnisch-baltischen Gesundheitsberichterstattung zur Gestaltung der Gesundheitspolitik und zum wissenschaftlichen Vergleich der Lebensstile und deren Ausprägungen in den jeweiligen Ländern genutzt werden.

Es gibt auch ein Erhebungsprotokoll, das für zweijährliche Studien in den baltischen Staaten genutzt wird. Es bezieht die meisten Themen der finni-

Monitoring

Beispiele für bewährte Verfahren

schen Studie ein, erlaubt jedoch gleichzeitig ergänzende Fragen, die sich auf zusätzliche lokale Interessen gründen. Sozioökonomische Informationen (Dauer des Schulbesuchs und Art der Arbeit), Größe und Gewicht ergänzen somit die Fragen, die sich auf den Gesundheitsstand beziehen (einschließlich geistige Gesundheit und Mundhygiene), auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (z.B. Besuche beim praktischen Arzt), Rauch- und Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum, körperliche Betätigung und Verkehrssicherheit. Fragen zur Meinung über Gesundheit und Gesundheitspolitik sind ebenso freiwillig wie Fragen über Änderungswünsche und -versuche bezüglich des eigenen Verhaltens und den Kontakt mit gesundheitsfördernden Maßnahmen, die vor allem im Bereich des Rauchens gemessen werden. In letzter Zeit hat sich eine beträchtliche Zahl europäischer Länder an dem Entwicklungsprozess beteiligt, die finnisch-baltische Gesundheitsberichterstattung in allen europäischen Ländern und anderswo einsetzbar zu machen.



Monitoring

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Dr. Joop Ten Dam

Netherlands Institute for Health
Promotion and Disease Prevention
(NIGZ)

P.O. Box 500

3440 AM Woerden

Niederlande

Tel.: +31 348 437 600/631

Fax: +31 348 437 666

E-Mail: Jtendam@nigz.nl

DIE NIEDERLANDE

Die „Ständige Untersuchung der Lebensbedingungen“ (Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie – POLS) ist eine breit angelegte, kontinuierliche Untersuchung verschiedener Aspekte der Lebensbedingungen in den Niederlanden, darunter Gesundheit, Arbeitsbedingungen, Lebensbedingungen, Sicherheit, Schutz von Rechten und Freizeitgestaltung. Die Untersuchung umfasst einen Hauptfragebogen und mehrere Module zu besonderen Themen, die auf vorangegangene, bestehende Erhebungen basieren. Die Integration dieser Studien 1997 führte zu einer riesigen Sammlung von miteinander verknüpften Daten über nahezu alle Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden.

Alle Teilnehmer erhalten den Hauptfragebogen. Die Fragebogen zu den verschiedenen Modulen werden einem Teil aus dieser größeren Gruppe gegeben. Der Hauptfragebogen umfasst Hintergrundinformationen und allgemeine Merkmale der Lebensbedingungen. Für den sozioökonomischen Status werden in diesem Fragebogen folgende Indikatoren herangezogen: Ausbildungsniveau, Beschäftigung, Krankenversicherung, Haushaltseinkommen, materielles Eigentum, ethnische Zugehörigkeit, geographisches Gebiet, Verstärkungsgrad und Merkmale des Wohnviertels.

Das erste und für diese Untersuchung wichtigste Modul betrifft „Gesundheit und Arbeit“. Es zielt darauf ab, ein detailliertes Bild von Gesundheitszustand und Behinderungen, Medikamentengebrauch, medizinischer Versorgung und Lebensstil zu liefern. Ebenfalls einbezogen werden hierbei präventives Verhalten, soziale Unterstützung und Arbeitsbedingungen (Schichtdienst, Lärm, Gefahr, physische Belastungen, Monotonie, berufliche Zufriedenheit). Ein zweites Modul befasst sich mit „Jugendlichen“, wobei die Gruppe auf die 12- bis 30-Jährigen eingegrenzt wird. Es zielt darauf ab, die für diese Altersgruppe besonders relevanten Aspekte der Lebensbedingungen zu messen. Hierzu gehören Sexualität, Kleinkriminalität, Risikoverhalten, Haltung gegenüber der Schule, erzieherisches Klima zu Hause, Probleme mit den Eltern und Alter bei Verlassen des Elternhauses. Das Modul zur „Partizipation“ bezieht Daten zu Gefühlen der (Un-)Sicherheit, zu Polizeidiensten und zur Beteiligung am gesellschaftlichen Leben mit ein. Darüber hinaus gibt es Module zur Freizeitgestaltung, Justiz, Kriminalität und (natürlichen) Umwelt. Ein separates Modul zu den Lebensbedingungen soll den Index der Lebensbedingungen auf der Basis von Wohnbedingungen, Lebensumfeld, Arbeitsumfeld und sozialen Beziehungen berechnen.

Monitoring

Beispiele für bewährte Verfahren

SCHWEDEN

Die schwedische „Untersuchung über Lebensbedingungen“ (Undersökningen av Levnadsförhållanden – ULF) wird jährlich mithilfe einer landesweiten Stichprobe der 16- bis 84-Jährigen durchgeführt. Verantwortlich dafür ist seit 1975 das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Statistiken Schwedens. Damit sollen die öffentliche Diskussion und die Sozialplanung mit Informationen über die aktuelle Situation und Tendenzen bei den Lebensbedingungen in Schweden versorgt werden.

Kontakt:

Nina Bergman

National Institute of Public Health
103 52 Stockholm
Schweden

Tel.: +46 8 5661 35 79/35 15

Fax: +46 8 5661 35 05

E-mail: nina.bergman@fhi.se

Die Untersuchungskomponenten sind in vier Hauptthemen gruppiert. Für jedes Thema beträgt der Erhebungszeitraum zwei Jahre, so dass eine Reihe integrierter Untersuchungen entsteht. Alle sieben oder acht Jahre werden die einzelnen Komponenten einer breiter und tiefer gehenden Untersuchung unterzogen.

Zu den Komponenten gehören als erstes *Gesundheit und Gesundheitsversorgung*, darunter Maßnahmen für Langzeiterkrankungen, funktionelle Störungen, ambulante Behandlungen, Gesundheitszustand, Einsatz von Medikamenten, Rauchen, Ernährungsverhalten und Zahnpflege. Die zweite Komponente ist das *Arbeitsleben*, bei der die Art der Beschäftigung, Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit, Arbeitszeiten, Arbeitsumfeld (schmutzige Arbeit, Lärm, Heben schwerer Lasten, geistige Anstrengungen) und Sicherheit in der Industrie untersucht werden. Die Komponente, die sich mit der *physischen Umwelt* befasst, stellt Informationen über Wohnen bereit (Art der Wohnung und verfügbarer Raum, Einrichtung und Ausstattung) und über Erfahrungen mit körperlicher Gewalt, Diebstahl oder Schädigung des persönlichen Eigentums und Verkehrsunfälle. Bei der Komponente zu *sozialen Beziehungen* schließlich geht es um Kontakte mit der Familie, Freunden, Nachbarn und Kollegen, um soziale Unterstützung, Freizeitaktivitäten gemeinsam mit anderen und um die Beteiligung an verschiedenen Vereinigungen. Die sozioökonomische Hintergrundinformation beinhaltet den Bildungsstand, die Beteiligung an Fortbildungskursen, das Einkommen des Einzelnen und des Haushalts sowie den materiellen Lebensstandard. Alle Informationen liefern zusammen ein umfassendes Bild, wie gesund die Menschen in Schweden leben.

Die Erhebungen der ULF werden durch Daten aus verschiedenen Berichten und Verzeichnissen ergänzt, die den einzelnen Teilnehmern der Untersuchung unmittelbar zugeordnet werden können. Dies ist aufgrund der in Schweden (und in den anderen skandinavischen Ländern) bestehenden eindeutigen Identifikationsnummern der Einwohner möglich. Hierdurch wird die Nützlichkeit des Materials umso größer. Zu diesen Verzeichnissen gehören das Schwedische Register für Todesursachen, Fruchtbarkeits-, Eheschließungs- und Kriminalitätsregister sowie Zahlen über Einkommen, Renten, Besteuerung, Wohngeld, Sozialhilfe und Stipendien. Einige dieser Verzeichnisse beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung. Auf diese Weise bilden die ULF und die mit ihr verbundenen Verzeichnisse eine umfassende Datenbank, die die Möglichkeit bietet, die Bevölkerung tiefer gehend aus verschiedenen Blickwinkeln zu beschreiben.

Die Qualität der ULF-Umfragen wird regelmäßig durch wiederholte Interviews überprüft. Außerdem wurde 1986 innerhalb der ULF eine Gruppe aus etwa der Hälfte der Befragten gebildet, die bis heute auch an den folgenden Umfragen teilnimmt, um den „Fluss“ der Teilnehmerrekrutierung zu studieren. Hierdurch kann festgestellt werden, inwieweit sich die Merkmale der Befragten im Laufe der Zeit möglicherweise verändern. Die statistische



Monitoring

Beispiele für bewährte Verfahren

SCHWEDEN

(Fortsetzung)

Genauigkeit dieses Gruppenansatzes ist im Vergleich zu einer unabhängigen Auswahl höher.

1996 wurden das Umfrageinterview und die Stichprobentechnik der ULF genutzt, um die wahrgenommene Gesundheit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einer spezifischen Bevölkerungsgruppe – einer Stichprobe ethnischer Minderheiten in Schweden – zu untersuchen. Es handelte sich um die so genannte „Untersuchung der Lebensbedingungen der Einwanderer“ (Immigrant Survey of Living Conditions). Untersucht wurden schwedische Einwohner, die in Chile, der Türkei, Polen oder Iran geboren waren und sich – im Alter von 20–44 Jahren – zwischen 1980 und 1989 in Schweden niedergelassen hatten und laut dem schwedischen Bevölkerungsregister 1996 dort noch ansässig waren. Sie wurden mit einer Stichprobe in Schweden geborener Erwachsener verglichen, die in der ULF-Umfrage 1996 erfasst worden waren. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wurde anhand von Arztbesuchen, von nicht entsprochenen Aufforderungen zu einem Arztbesuch und anhand des Vertrauens in die schwedischen Gesundheitsdienste gemessen.

Einschätzung der Wirkung auf die Gesundheit

Empfehlung

„Verstärkter Einsatz von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen als ein effizientes Mittel zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten.“

Wirkungs- oder Verträglichkeitsprüfungen werden bereits seit geraumer Zeit als wichtiges Element in die Politik mit einbezogen. Eines der ersten Beispiele war die Umweltverträglichkeitsprüfung, bei der Projekte und Politiken aller Politikbereiche zunächst dahingehend bewertet wurden, welche mögliche Wirkung sie auf die Umwelt haben würden. Ebenso werden häufig Sozialverträglichkeitsprüfungen vorgenommen.

Der Amsterdamer Vertrag der EU schreibt Folgendes fest: *„Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“* Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung ist folglich ein Instrument, das gewährleistet, dass diese Vertragsverpflichtung eingehalten wird.

Das European Centre for Health Policy – ECPH (Europäisches Zentrum für Gesundheitspolitik) hat Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen definiert als *„eine Kombination von Verfahren, Methoden und Instrumenten, durch die eine Politik, ein Programm oder ein Projekt im Hinblick auf ihre möglichen Folgen auf die Gesundheit einer Bevölkerung bewertet werden können wie auch hinsichtlich der Verteilung dieser Folgen innerhalb der Bevölkerung.“* Der letzte Punkt ist für die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten von zentraler Bedeutung: Er muss sicherstellen, dass eine Einschätzung nicht allein aufgrund der Gesamtfolgen der bewerteten Politik auf die Gesundheit der Bevölkerung erstellt wird, sondern auch im Hinblick auf die Verteilung dieser Folgen innerhalb der Bevölkerung unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, ethnischem Hintergrund und sozioökonomischem Status.

Eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung sollte sich demnach auch auf die Auswirkung in Bezug auf die gesundheitliche Ungleichheit konzentrieren, indem sie die Folgen von Politiken und Aktionen quer durch die verschiedenen Gruppen in der Gesellschaft untersucht.

Das ECHP hat noch andere zentrale Elemente ausfindig gemacht, die in eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung eingebunden werden sollten:

- Einbeziehung von Nachweisen (evidence) über den erwarteten Zusammenhang zwischen einer Politik, einem Programm oder Projekt und der Gesundheit einer Bevölkerung;
- Einbeziehung von Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen derer, die möglicherweise von der vorgeschlagenen Politik, dem Programm oder Projekt betroffen sind;
- Schaffung von kenntnisreicherem Verständnis seitens politischer Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit hinsichtlich der Wirkungen der Politik, des Programms oder Projekts auf die Gesundheit;
- Vorschläge für Anpassungen/Optionen zur Maximierung der positiven und Minimierung der negativen Folgen für die Gesundheit.

Einschätzung der Wirkung auf die Gesundheit

Beispiel für bewährte Verfahren

Kontakt:

Marion Drinkwater

Sandwell Health Authority
Kingston House, 438 High Street
West Bromwich, West Midlands

B70 PLD

Großbritannien

Tel.: +44 121 500 1567

Fax: +44 121 500 1501

E-Mail: Marion.Drinkwater@sandwell-ha.wmids.nhs.uk

VEREINIGTES KÖNIGREICH

Bessere Gesundheit und besseres Wohlbefinden gehören zu den Prioritäten von „Better Wales“, dem strategischen Plan des Regionalparlaments von Wales. Die Einschätzung der Wirkung von Politiken auf die Gesundheit werden als zentrales Instrument zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Bekämpfung der Ursachen angesehen, die einer schlechten Gesundheit zugrunde liegen. Hierzu gibt der Plan eine verpflichtende Erklärung ab.

Gesundheit und Wohlbefinden wurden als ein Thema angesehen, das sich als Bestandteil der drei Hauptthemen des Parlaments – nachhaltige Entwicklung, Chancengleichheit und Bekämpfung sozialer Benachteiligung – quer durch die Politikbereiche zieht. Das Parlament strebte nach einem integrierten Ansatz, bei dem sich verschiedene Politiken und Programme gegenseitig Mehrwert zufügen. Eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, welche die möglichen Wirkungen der Politiken und Programme auf gesundheitliche Ungleichheiten mit einbezieht, wurde als ein politisches Instrument entwickelt, das den Prozess begleiten kann.

Eine überzeugende Beweisgrundlage

Evaluation

Empfehlung

„Sicherstellung ausreichender Finanzmittel und Weiterbildungsmöglichkeiten für Evaluationen, um unser Wissen zu erhöhen, wie wir Ungleichheiten in der Gesundheit erfolgreich bekämpfen können.“

Die Bedeutung der Evaluation kann nicht genug unterstrichen werden. Es ist wichtig zu bewerten, ob ein Projekt seine Ziele erreicht und somit in allen Phasen erfolgreich ist. Ohne die durch eine Evaluation ermittelten Informationen wäre es schwierig, Projektansätze zu wiederholen bzw. Fachleute und politische Entscheidungsträger von den Erfolgen eines Projekts – aber auch von möglichen Fehlschlägen – lernen zu lassen. Aus diesem Grunde sollte die Evaluation nicht als zusätzlicher Luxus betrachtet werden. Im Gegenteil – sie stellt sicher, dass ein Projekt kosteneffektiv ist, und macht eine Ausdehnung seiner Reichweite möglich. Es sind deshalb ausreichende finanzielle Mittel und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Evaluation notwendig, um die Kapazitäten der lokalen Projektkoordinatoren zu erhöhen.

Die WHO hat für politische Entscheidungsträger Empfehlungen zur Evaluation gesundheitsfördernder Projekte formuliert. Diese Empfehlungen schlagen vor, dass Evaluationen auf der Teilnahme aller in das Projekt einbezogenen Personen aufbauen sollten, dass sie verschiedene Bewertungsmethoden beinhalten sollten, dass sie Kapazitäten schaffen und den Projektmaßstäben und -zielen entsprechen sollten.

Der Projektbericht liefert zahlreiche gute Beispiele für Evaluationen, siehe z.B. die *Health Action Zones* im Abschnitt „Integration von Gesundheitsfaktoren in andere Politikbereiche“.

Evaluation

Beispiele für bewährte Verfahren

Kontakt:

Elisabeth Fosse

Research Centre for Health

Promotion

University of Bergen

Christiegt. 13

5015 Bergen

Norwegen

Tel.: +47 55 58 27 58

Fax: +47 55 58 98 87

E-Mail:

elisabeth.fosse@psych.uin.no

NORWEGEN

Ein deutliches Merkmal des „Varden Childcare Centre“ in Norwegen war der stark evaluative Ansatz. Das Zentrum ist Teil eines landesweiten Netzwerks von Kinderpflegekliniken und liegt in einem Gebiet mit einem hohen Anteil allein erziehender Elternteile. Viele von ihnen leben von der Sozialhilfe.

Der Ansatz des Zentrums war sektorübergreifend, indem Gesundheit (Unterstützung und Impfung), Soziales (finanzielle Hilfe, Schutz gefährdeter Kinder), Erziehung (elterliche Fähigkeiten) und Dienstleistungen von freiwilligen nicht staatlichen Einrichtungen (Tagesstätten und Kindergärten) mit einbezogen wurden. Die Evaluation konzentrierte sich nicht allein auf die gewünschten Ergebnisse in Bezug auf die Zielgruppe, sondern auch auf die wesentlichen Elemente einer sektorübergreifenden Teamarbeit. Über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg wurden mehrere Beobachtungsmethoden, kombiniert mit Interviews mit einer Vielzahl von Akteuren, eingesetzt. Der Erfolg des Projekts und seine Fortführung wurden mit den Schlussfolgerungen und Empfehlungen verbunden, die die Evaluation hervorgebracht hatte. Neben den Berichten über Verfahrensaspekte und Ergebniseffekte wurde auch übertragbares Wissen über den Einsatz multidisziplinärer Teams innerhalb von Gemeindeframeworks entwickelt.

Evaluation

Beispiele für bewährte Verfahren

DIE NIEDERLANDE

Ziel dieses Projekts, das von der Stadtverwaltung Amsterdam, einem Krankenversicherungsunternehmen und einer Ärzteorganisation gemeinsam durchgeführt wurde, war die Organisation einer kohärenten Herangehensweise an Gesundheitsprobleme in drei benachteiligten Gebieten von Amsterdam. Zentrale Aspekte waren die Vernetzung sowie lokal angesiedelte Pilotprojekte, mit dem Ziel, eine größere Gleichheit in Bezug auf die Möglichkeit für einen guten Gesundheitszustand zu erreichen. In den Pilotprojekten arbeiteten lokale Fachleute und die Bewohner zusammen an der Entwicklung von Dienstleistungen und Unterstützungsmaßnahmen für die folgenden drei Bereiche: Familien unter Druck, Gesundheitsprobleme bei älteren Menschen sowie kulturelle oder sprachliche Unterschiede als Hindernis bei der Versorgung von ethnischen Minderheiten.

Bei der Evaluation des Projekts wurde das Erreichte mit den ursprünglich festgesetzten Projektzielen verglichen. Eine experimentelle Struktur für die Auswertung der Effekte erwies sich in der Praxis als undurchführbar, da die gleiche Gruppe von Befragten nicht ein zweites Mal befragt werden konnte. Das Projekt war jedoch flexibel genug, eine neue Liste mit Kriterien aufzustellen, um das Verfahren selbst zu evaluieren.

In der Prozessevaluation wurde genau betrachtet, wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Vorbereitungs-, Entwicklungs- und Umsetzungsphase funktioniert hatte. Sie berücksichtigte ebenfalls die erleichternden und die einschränkenden Faktoren auf der politischen Ebene und untersuchte, wie gut der Gemeinschaftsansatz an die Ziele des Projekts angepasst war. Die Interventionen der Leistungserbringer wurden beurteilt, und die Erbringer selbst wurden befragt, ob die neuen Interventionen eine Verbesserung darstellten.

Es wurden Informationen gesammelt, indem wichtige Daten, wie die Besuche in Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, mit einer Reihe von Interviews mit den unterschiedlichsten beteiligten Personen kombiniert wurden. Diese Evaluation trägt dazu bei, das Projekt auf andere Kommunen übertragbar zu machen, und derartige Initiativen in den breiteren politischen Kontext von Großstädten einzuordnen.

Kontakt:

Dr. Joop Ten Dam

Netherlands Institute for Health
Promotion and Disease Presentation
(NIGZ)

P.O. Box 500

3440 AM Woerden

Niederlande

Tel.: +31 348 437 600/631

Fax: +31 348 437 666

E-Mail: Jtendam@nigz.nl

Eine überzeugende Beweisgrundlage

Verbreitung

Empfehlung

„Schaffung und Unterstützung von Möglichkeiten, bewährte Praxismodelle und evidenzbasierte methodologische Ansätze (einschließlich Evaluationen) zu verbreiten, um gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen (z.B. durch den Aufbau einer Datenbank für Maßnahmen, die erfolgreich gesundheitliche Ungleichheiten verringert haben).“

Fachleute im Bereich der Gesundheitsförderung wie auch Sozialarbeiter haben dazu aufgerufen, mehr Möglichkeiten für den Informationsaustausch über soziale Ungleichheit in der Gesundheit zu schaffen. Obwohl gute lokale Initiativen existieren, gibt es nur wenig Möglichkeiten, einen umfassenden Überblick über das komplexe Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten und insbesondere über die Rolle der Gesundheitsförderung bei deren Bekämpfung zu erhalten. Es gibt gute Beispiele für den Einsatz von Websites, statistischen Instituten oder anderen Mitteln des Informationsaustauschs. In den Bereichen Gesundheitsförderung und Ungleichheiten in der Gesundheit stecken diese Initiativen allerdings noch im Anfangsstadium

Dieses Projekt und die Arbeit der Partner könnten zu einem Forum für den Austausch über Gesundheitsförderung entwickelt werden. Eine in diesem Rahmens entwickelte Website könnte ein erstes Element bilden, das den Austausch zwischen Mitarbeitern vor Ort, Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern ermöglicht.



Informationen

Falls Sie weitere Informationen zu dem Forschungsprojekt wünschen, wenden Sie sich bitte an:

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)
(Flämisches Institut für Gesundheitsförderung)
Gustave Schildknechtstraat 9
1020 Brüssel
Belgien
Tel.: +32 2 422 49 49
Fax: +32 2 422 49 59
www.vig.be

European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA)
(Europäisches Netzwerk der Gesundheitsförderungsorganisationen)
6 Rue Philippe Le Bon
1000 Brüssel
Belgien
Tel.: +32 2 235 03 20
Fax: +32 2 235 03 39
www.eurohealthnet.org

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Tel.: +49 221 8992-0
Fax: +49 221 8992-359
www.bzga.de

Der vollständige Abschlussbericht *Tackling Social Inequalities in Health* sowie die *Executive Summary* sind als Download auf der Internetseite des ENHPA (www.eurohealthnet.org) verfügbar.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Europa – Teilbericht Deutschland (Bestellnummer 65 000 000) ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, sowie auf der Internetseite www.bzga.de/international.

„Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit beinhaltet auch, sich angenommen zu fühlen und in guter physischer, geistiger und sozialer Verfassung zu sein; in der Lage zu sein, eigene Lebensentscheidungen zu treffen, seine Möglichkeiten zu erkennen und zu verwirklichen, Bedürfnisse zu erfüllen und die Umwelt zu verändern oder mit ihr zurechtzukommen. Gesundheit ist ein soziales Grundrecht für alle.“

„Gesundheitsförderung ist der Prozess, Menschen in die Lage zu versetzen, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhöhen und diese zu verbessern. Eine Umwelt, die ein gesundes Verhalten fördert, wird es wesentlich einfacher machen, gesunde Entscheidungen zu treffen. Es ist Aufgabe der Gesellschaft – vom Einzelnen bis hin zur Regierung – diese Umwelt zu formen.“

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

