

Gesundheitliche Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung

Fachgespräch
„Gesundheitliche
Chancengleichheit als
präventionspolitische
Aufgabe“

Herausgeber:
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

25. Januar 2006
Berlin

■ Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Staffenbergstr. 76, 70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:

Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart
Telefon (07 11) 21 59-4 54
Telefax (07 11) 21 59-5 66
E-Mail: redaktion@diakonie.de
Internet: www.diakonie.de

Kontakt:

Dr. Tomas Steffens
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation und Prävention
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon (0 30) 8 30 01-3 61
Telefax (0 30) 8 30 01-4 44
E-Mail: steffens@diakonie.de

Layout:

Andrea Niebsch-Wesser

Bestellungen:

Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD
Karlsruher Str. 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon (07 11) 9 02 16-50
Telefax (07 11) 7 97 75 02
E-Mail: vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden.

Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte.

Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

© Juni 2006

1. Auflage

ISBN 3-937291-31-8

Für die finanzielle Förderung danken wir dem BKK Bundesverband.



Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD),
Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen

■ Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
<i>Jürgen Gohde</i>	
Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Chancen und Fallstricke	7
<i>Tomas Steffens</i>	
Lebenslagen und Armutrisiken – Ergebnisse der Armut- und Reichtumsberichterstattung	11
<i>Roland Klose</i>	
Gesundheitliche Ungleichheit: Daten und Erklärungen	17
<i>Andreas Mielck</i>	
Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung bei der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit	22
<i>Thomas Elkeles</i>	
Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stärken – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“	32
<i>Raimund Geene</i>	
„Fitness für Kids“ – Frühprävention im Kindergartenalter –	36
<i>Kerstin Ketelhut</i>	
Anhang	
Kurzinformationen zum Kooperationsverbund	37
Autorinnen und Autoren	38
Tagesordnung Fachgespräch „Gesundheitliche Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe“ des Diakonischen Werkes der EKD	39

Vorwort

Der Satz „Wer arm ist, stirbt früher“ gilt auch für die hochentwickelten Gesellschaften Europas. Die Chancen, gesund alt zu werden, sind sehr ungleich in der Gesellschaft verteilt. Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung und die gesundheitswissenschaftliche Forschung belegen mit eindrucksvollen Daten den Zusammenhang zwischen Lebenslage und Gesundheit. Dieser Zusammenhang gilt schon im Kindes- und Jugendalter und drückt sich auch sozialräumlich aus: So ist etwa dem Gesundheitsbericht des Berliner Senats zu entnehmen, dass ein Mann im Bezirk Zehlendorf durchschnittlich vier Jahre länger lebt als sein zehn Kilometer weiter östlich lebender Mitbürger im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg.

Das Diakonische Werk der EKD ist im Oktober 2005 dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ beigetreten. Die Fachtagung der Diakonie unter dem Titel „Gesundheitliche Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe“ am 25. Januar 2006 fungierte auch als Auftaktveranstaltung dieses Engagements. Auf der Veranstaltung wurde mehreren Fragekomplexen nachgegangen:

- Was können wir heute über gesundheitliche Ungleichheit wissen und wie ist sie zu erklären?

In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion, in die die Referenten der Tagung einführten, ist heute Konsens, dass gesundheitliche Ungleichheit das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen belastenden Lebensbedingungen, mangelnden sozialen und persönlichen Ressourcen, Aspekten einer riskanten Lebensführung und der gesundheitlichen Versorgung ist. Wichtig ist, dass nicht nur Armut krank macht, sondern auch Krankheit arm machen kann. Chronisch kranke Menschen sind in ihrem Erwerbsleben deutlich eingeschränkt und haben oftmals einen dauerhaft hohen Bedarf an gesundheitlichen Dienstleistungen.

Sie sind zudem durch die zurückliegenden Sozialreformen durch Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen belastet worden.

- Was kann präventionspolitisch getan werden, um zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit zu gelangen?

Ein Schlüsselbegriff der modernen Gesundheitsförderung ist der des „Settings“. Wie kann Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten gestaltet werden, wenn es nicht nur darum geht, Prävention im Setting zu betreiben, sondern das Setting selbst gesundheitsförderlich zu gestalten?

- Welche Strukturen brauchen wir, um Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln und worin kann der Beitrag der Diakonie und des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ liegen?

Hier geht es einmal um die politische, rechtliche und finanzielle Struktur des Präventionssystems. In der Koalitionsvereinbarung von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 ist ein zweiter Anlauf zur Schaffung eines Präventionsgesetzes vorgesehen. Die Diakonie erwartet vom Präventionsgesetz insbesondere die Etablierung von Kooperationsstrukturen der Präventionsakteure und Bestimmungen zur Festlegung gemeinsamer Präventionsziele sowie zur Qualität. Prävention und Gesundheitsförderung müssen als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe gestaltet werden.

Unterhalb dieser bundespolitischen Ebene stellen sich Fragen danach, wie settingorientierte Kooperationsstrukturen aufgebaut werden können. Es geht um Fragen des Informations- und Erfahrungsaustauschs, der Entwicklung gemeinsamer Projekte und schließlich um ein gemeinschaftliches Lernen, was gute und deshalb auch qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung und Prävention ist.

- Wie ist angesichts der gesundheitlichen Ungleichheit in ethischer Perspektive das Verhältnis

■ Vorwort

zwischen Forderungen an das Individuum („Eigenverantwortung“) und der politischen Gestaltung gesunder Lebenswelten zu bewerten?

Gesundheitliche Chancengleichheit ist – ebenso wie gleiche Bildungschancen – eine Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe. Gesundheitliche Ungleichheit ist mit dem christlichen Menschenbild nicht vereinbar. Deshalb engagiert sich die Diakonie anwaltschaftlich und gemeinsam mit den Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen für deren Gesundheit. Bei dem Engagement für mehr gesundheitliche Chancengleichheit sind die in der EKD-Schrift „Mündigkeit und Solidarität“ von 1994 beschriebenen sozialetischen Hauptkriterien Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität leitend. In ihnen verbinden sich persönliche Kompetenz und Verantwortung mit der

solidarisch geteilten Verantwortung für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse. Die Gestaltung des Gemeinwesens im Sinne von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine Gerechtigkeitsfrage ersten Ranges.

Die Verwirklichung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit erfordert eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die weit über das Gesundheitssystem hinausgeht. Bei der Weiterentwicklung des Sozialstaats wird die Diakonie das Augenmerk darauf legen, dass Armut vermindert und die notwendigen gesundheitlichen Dienstleistungen allen Bürgerinnen und Bürgern, unabhängig von deren Finanzkraft, zur Verfügung stehen.

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Präsident des Diakonischen Werkes der EKD

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Chancen und Fallstricke

Der Sachverhalt, dass die Chancen, gesund alt zu werden, sehr ungleich in der Gesellschaft verteilt sind, ist nicht neu. Die Stärkung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung (Public Health), die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, die Verfestigung der Arbeitslosigkeit und die Diskussionen um die Weiterentwicklung des Sozialstaats (und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung) haben jedoch den Fragen nach den Zusammenhängen zwischen Lebenslage und Gesundheit in den letzten Jahren eine neue Aktualität gegeben.

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Das neueste Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2005), die Armuts- und Reichtumsberichterstattung (Deutscher Bundestag 2005) und ein Gutachten des Robert Koch Instituts (Lampert, Ziese 2004) zeigen eindrücklich den Zusammenhang zwischen Lebenslage und Gesundheit auf. Dieser Zusammenhang gilt nicht nur für die Armutsbevölkerung, auch nicht ausschließlich für besondere und zeitlich befristete Lebenslagen. Es handelt sich vielmehr um einen zumeist linearen Zusammenhang zwischen der Position im Schichtungsgefüge einerseits und gesundheitlichen Chancen andererseits. Ein Irrtum der gesundheitspolitischen Diskussion besteht darin, das Thema gesundheitliche Ungleichheit nur auf vermeintliche Randgruppen zu beziehen. Richtig ist aber dennoch, dass die Menschen mit den wenigsten sozialen und persönlichen Ressourcen die größten gesundheitlichen Risiken haben. Die hierzu in Deutschland vorhandenen Studien und wichtigsten Ergebnisse hat der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zusammengetragen (vergleiche: www.svr-gesundheit.de). Ein besonders eindrückliches Ergebnis ist, dass sozial bedingte ungleiche Ge-

sundheitschancen bereits im Kindesalter festzustellen sind. Kinder und Jugendliche gehören zwar im Vergleich zu den Erwachsenen zu den gesündesten Bevölkerungsgruppen. Zugleich sind junge Menschen besonders vulnerabel. In Kindheit und Jugend bilden sich nicht nur die für die Lebensführung als selbstverständlich genommenen Gewohnheiten des gesundheitlich relevanten Handelns heraus, die Lebensbedingungen selbst können gesundheitliche Belastungen darstellen (oder Ressourcen zur Verfügung stellen). Je niedriger die berufliche Position, der Bildungsstand oder das Einkommen der Eltern, desto höher ist das Krankheitsrisiko für die Kinder.

Der Beitrag von Roland Klose in dieser Publikation zeigt, welche Zusammenhänge zwischen Lebenslagen und Gesundheit im Zweiten Armutsbericht der Bundesregierung dargestellt werden und stellt Daten zur Armut und ihrer Entwicklung in Deutschland vor. Konzeptionelle Grundlage des Berichts ist das Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen. Armut ist demnach nicht ausschließlich als Einkommensarmut zu verstehen, sondern als eine multidimensionale Lebenslage. Nach dem Armuts- und Reichtumsbericht galten 2003 13,5 Prozent der Personen als arm¹. Die Armutsrisikoquote für Kinder- und Jugendliche betrug bis zum Alter von 15 Jahren 15,0 Prozent (1998: 13,8 Prozent) und im Alter von 16 und 24 Jahren 19,1 Prozent (1998: 14,9 Prozent). Wesentliche Gründe für eine Zunahme der Armutsquote bei Kindern und Jugendlichen liegen in der hohen Arbeitslosigkeit, die die Familien betrifft, sowie im Wandel der Familienformen, wie er sich im Anteil allein erziehender Frauen ausdrückt, die von Armut betroffen sind. Schließlich sind als eine besondere Gruppe die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu nennen; ihre Familien haben verglichen mit deutschen Familien ein doppelt so hohes Armutsrisiko.

¹ Zur Definition vergleiche den Beitrag von Roland Klose.

Andreas Mielck erläutert in seinem Beitrag in dieser Dokumentation die Begriffe „gesundheitliche Ungleichheit“ und „gesundheitliche Chancengleichheit“, skizziert das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit, stellt Erklärungsansätze vor und skizziert Ansätze zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit. Ein Ergebnis der fachlichen Diskussion über die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit ist, dass die Zusammenhänge zwischen Lebenslage und gesundheitlichen Chancen komplexer sind, als ein erster Augenschein vermeint.

Gesundheitliche Ungleichheit ist das Ergebnis von Lebensbedingungen, die sich durch hohe gesundheitliche Belastungen und geringe persönliche und soziale Ressourcen auszeichnen, die sich typischerweise mit einem problematischen Gesundheitsverhalten, das seinerseits als Form des Bewältigungshandelns verstanden werden kann, verbinden. Den gesundheitlichen Ressourcen der Person, der Familie und des sozialen Netzwerks kommt eine Rolle als „moderierende Faktoren“ zu. Deshalb geht, wie Lampert, Richter und Klocke (2006: 97) schreiben, eine benachteiligte Lebenslage „nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Gesundheit und einem riskanten Gesundheitsverhalten einher. Wie Kinder und Jugendliche eine benachteiligte Lebenslage verarbeiten und welche gesundheitlichen Auswirkungen diese hat, hängt unter anderem von dem Rückhalt und der Unterstützung ab, die den Heranwachsenden zuteil wird, zum Beispiel in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft oder in der Schule oder in Vereinen“.

Bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit sind deshalb Belastungen und Ressourcen gleichermaßen zu berücksichtigen. Es ist zu fragen, wie sich objektive Lebensbedingungen auf unterschiedliche Teilhabechancen auswirken und auf der Ebene der unmittelbaren Lebenskontexte das Gesundheitsverhalten und die Persönlichkeitsstruktur beeinflussen. Schließlich ist mit Rückkoppelungen zu rechnen, das heißt gesundheitliche Beeinträchtigungen können, wie dies in dem Satz „Krankheit macht arm“ ausgedrückt wird, zu einer Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe führen.

Aus dem komplexen Ursachengeflecht wird gerne die Dimension des Lebensstils herausgebrochen und zum Interventionsgegenstand der Prävention.

Der Berliner Gesundheitswissenschaftler Hagen Kühn (1993) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Darwinschen Gesetz der Prävention“, das in einem engen Zusammenhang zu einer „normativen Ätiologie“ steht: Diejenigen Präventionskonzepte haben die größten Verwirklichungschancen, die am weitesten von konfliktträchtigen sozialen Handlungsbedingungen entfernt sind, aber Krankheitsrisiken am deutlichsten individualisieren. Die alleinige Konzentration auf den Lebensstil ist aus zwei Gründen problematisch: Gesundheitsriskantes Handeln von Individuen stellt gleichsam die subjektive Seite einer Lebensweise, deren objektiver Pol die Lebenslage mit ihren Belastungen und Ressourcen ist, dar. Da gesundheitsriskantes Handeln (wie etwa Rauchen oder Bewegungsarmut) in das Ganze einer Lebenspraxis eingeflochten ist und weitgehend habituellen Charakter hat, das heißt als selbstverständlich gilt und nicht hinterfragt wird, können nicht einzelne Elemente aus ihr herausgebrochen werden. Deshalb ist es notwendig, dass auch bei verhaltenspräventiven Maßnahmen das „Setting“ berücksichtigt wird, in dem gehandelt wird.

Zum zweiten kann die Veränderung des gesundheitsriskanten Lebensstils in den bildungsfernen und einkommensschwachen Bevölkerungsschichten nur einen Teil der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Bevölkerungsschichten erklären. Die Lebensbedingungen haben einen eigenständigen Einfluss auf die Gesundheit. Der britische Sozialepidemiologe Michael Marmot schätzt, dass etwa 30 bis 40 Prozent der gesundheitlichen Ungleichheit durch gesundheitsriskantes Handeln erklärt wird.

„Aber das Status-Syndrom bleibt dennoch, soll heißen: Raucher aus der untersten Hierarchiestufe haben eine substanzuell kürzere Lebenserwartung als Raucher aus höheren Schichten der Gesellschaft. Weshalb ist Status so wichtig? Weil von ihm zwei entscheidende Faktoren abhängen: der Einfluss, den wir auf die Umstände unseres Lebens haben und unsere Chancen, uns als vollwertige, anerkannte Mitglieder unserer Gesellschaft zu fühlen. Diese beiden Faktoren definieren unser Krankheitsrisiko und unsere Lebenserwartung“ (Marmot 2006: 108 f).

Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Wichtige Einflussgrößen der Gesundheit – so formuliert der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – „wurzeln zum Beispiel im Arbeitsmarkt und der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen sowie auch im Lebensstil der Bürger. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung beziehungsweise Mortalität liegt nach zahlreichen nationalen und auch international vergleichenden Studien zwischen 10 Prozent und 40 Prozent“ (SVR 2000: 24). Für die Verwirklichung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit gibt es vor dem Hintergrund dieser Analyse mehrere Ansatzpunkte:

- die Verbesserung der Lebenslage der Menschen mit den größten gesundheitlichen Risiken. Eine Politik, die Armut mindert und Lebenschancen eröffnet ist ein wichtiges Element einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die die Ottawa-Charta (vergleiche den Beitrag von Elkeles) fordert,
- die Sicherung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger (unabhängig von deren materiellen Möglichkeiten),
- die Ausrichtung der Gesundheitsförderung auf sozial Benachteiligte. Raimund Geene stellt in seinem Beitrag den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ vor. Das Projekt „Fitness für Kids“, das Kerstin Ketelhut skizziert, ist eines der Projekte, das im Rahmen des Kooperationsverbunds von den Krankenkassen gefördert wird und das sich unter anderem dadurch auszeichnet, dass die Wirksamkeit der Intervention eindrücklich belegt werden kann.

Das fünfte Sozialgesetzbuch (Krankenversicherungsrecht, § 20) hält die Krankenkassen an, durch primärpräventive Maßnahmen einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Sie haben sich darauf verständigt, mindestens 50 Cent je Versicherten und Jahr

(von den gesetzlich vorgeschriebenen 2,56 Euro für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung) für Gesundheitsförderung in außerbetrieblichen Settings zu verwenden. Eine stärkere Orientierung der Krankenkassen an Settings dokumentiert ihr im Februar diesen Jahres veröffentlichter „Leitfaden Prävention“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006), in dem sie prioritäre Handlungsfelder und Kriterien ihrer primärpräventiven Maßnahmen formulieren. Im Leitfaden wird zudem im Kontext der Gesundheitsförderung in der Kommune beziehungsweise im Stadtteil (Kap. 5.1.2 des Leitfadens) auf die Soziale-Stadt-Programme Bezug genommen: „Alle Handlungsfelder der Soziale-Stadt-Programme zielen darauf ab, die Lebensqualität im Stadtteil zu erhöhen und dadurch auch die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu verbessern. Damit ergeben sich Verbindungen zum Anliegen der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung“ (ebd. S. 25). Die diakonischen Einrichtungen und Dienste können den Leitfaden der Krankenkassen und den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als Angebot verstehen, in ihren Arbeitsfeldern Projekte der Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Thomas Elkeles stellt in seinem Beitrag in dieser Dokumentation die Entwicklung von Konzepten zu Prävention und Gesundheitsförderung in ihre sozialhistorischen Kontexte, formuliert den aktuellen konzeptionellen Stand in den Gesundheitswissenschaften und erläutert exemplarisch Chancen und Grenzen der Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. Gegenüber der klassischen Gesundheitserziehung sind für Prävention und Gesundheitsförderung vier Innovationen maßgeblich (FES 2006: 12 f).

- Belastungssenkung und Ressourcensteigerung: Sowohl bei verhaltens-, als auch bei verhältnisbezogenen Maßnahmen der Prävention (und Gesundheitsförderung) geht es nicht nur darum, Belastungen zu reduzieren (etwa Lärmbelastungen, geringe Verhaltensspielräume, gesundheitsriskantes Verhalten), sondern auch die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen zu vermehren (zum Beispiel Handlungswissen, Kompetenzen, Verhaltensspielräume, soziale Unterstützung).

■ Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Chancen und Fallstricke

- Aufwertung unspezifischer Interventionen: Die betriebliche Gesundheitsförderung zeigt eindrücklich, dass die Beeinflussung von Faktoren, die scheinbar weit entfernt von den Krankheitsursachen liegen, einen größeren präventiven Effekt haben als engere „Kausalfaktoren“. „Diese ‚sozialen Determinanten‘ der Gesundheit, deren Beitrag zur Krankheitsentstehung in vielen Fällen heute noch nicht hinreichend erforscht ist, müssen deshalb so weit wie möglich durch die Prävention verbessert werden“ (ebd.).
- Priorität für Kontextbeeinflussung: Über Beratung, Information und Aufklärung hinaus, gilt es den Handlungskontext, in dem die Menschen leben, zu beeinflussen. Dies gilt sowohl für Maßnahmen, die sich auf das individuelle Handeln, als auch auf die Lebenswelt selbst (das „Setting“) richten.
- Priorität für Partizipation: Gesundheitsförderung ist um so erfolgreicher, je mehr diejenigen, um deren Gesundheit es geht, an der Problemdefinition und an der Umsetzung der Maßnahmen beteiligt sind.

Gesundheitsförderung als Beitrag zum diakonischen Profil

Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabechancen stehen in einem engen Zusammenhang. Gesundheitliche Ungleichheit widerspricht – ebenso wie ungleiche Bildungschancen – nicht nur dem Selbstverständnis unserer Gesellschaft als einer Leistungsgesellschaft und als Demokratie. Sie ist, wie es im Vorwort formuliert wird, mit dem christlichen Menschenbild nicht vereinbar. Fachlich und ethisch ist der hohe Ton des gesundheitspolitischen Eigenverantwortungsdiskurses kritisch zu beurteilen. Wird die Dimension der Lebenslage, und damit die Handlungsbedingungen, nicht berücksichtigt, besteht die Gefahr, dass restriktive Lebensbedingungen den Individuen als zu verinnerlichende Selbstzwänge aufgebürdet werden². Vor dem Hintergrund der in der EKD-Schrift „Mündigkeit und Solidarität“

² Kühn spricht in diesem Zusammenhang von „Healthismus“. Er ist als ein Gesundheitsstreben, als ständige Besorgnis und Befassung mit der persönlichen Gesundheit zu verstehen, „das die zugewiesene Verhaltenslast und Schuld zu ‚Selbstzwängen‘ verinnerlicht und zum Bedürfnis und freien Willen macht“ (Kühn 1993: 33).

(EKD 1994) beschriebenen sozialetischen Kriterien Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität ist es nicht angemessen, auf den Lebensstil des Individuums bezogene Prävention (Verhaltensprävention) und auf die Lebensbedingungen bezogene Verhaltensprävention gegeneinander auszuspielen. Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta ist ein Prozess, der sowohl die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestalten als auch persönliche Kompetenzen entwickeln will.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.

Deutscher Bundestag (2005): Lebenslagen in Deutschland – Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache: DS 15/5015).

EKD (1994): Mündigkeit und Solidarität. Sozialetische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. (Eine Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung). Gütersloh.

FES (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Thomas Altgeld, Raimund Geene, Gerd Glaeske, Petra Kolip, Rolf Rosenbrock, Alf Trojan. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik. Bonn.

Lampert, T., Richter, M., Klocke, A. (2006): Kinder- und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. In: Das Gesundheitswesen, 68: 94-100.

Kühn, H. (1993): Healthismus. Berlin.

Lampert, T., Ziese, T. (2004): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Marmot, M. (2006): Stirb langsam Entscheider. Interview mit Michael Marmot in: Brand Eins, 2/06: 107-111.

SVR (2000): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. (www.svr-gesundheit.de, 06.06.06)

SVR (2005): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005.

Lebenslagen und Armutsrisiken – Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung

In Wissenschaft und Politik ist unumstritten, dass Armut, soziale Benachteiligung beziehungsweise Ausgrenzung sowie körperliche und psychische Gesundheit und subjektives Wohlbefinden in einem engen Zusammenhang stehen. Der aktuelle Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Bundestags-Drs.15/1550, März 2005) geht auf diese Zusammenhänge an mehreren Stellen ein und zwar nicht nur im Kapitel „Gesundheit und Ausgrenzungsrisiken ausgewählter Bevölkerungsgruppen“.

Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit

„Arbeitslosigkeit – vor allem wenn sie länger andauert – ist häufig mit Beeinträchtigungen der Gesundheit verbunden. Die Veränderungen der Lebensbedingungen, bedingt durch die Arbeitslosigkeit, rufen in vielen Fällen gesundheitliche Beeinträchtigungen hervor oder beschleunigen den Verlauf bestehender Krankheiten und Beschwerden. Gleichzeitig sind bereits gesundheitlich eingeschränkte Personen auf Grund schlechterer Chancen auf dem Arbeitsmarkt verstärkt von Arbeitslosigkeit betroffen. Diese Wechselwirkung schränkt die Chancen der Betroffenen ein, am sozialen und ökonomischen Leben der Gesellschaft teilzuhaben. Die höhere gesundheitliche Belastung von Arbeitslosen korreliert mit einer verstärkten Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Gesundheitsriskanteres Verhalten und die vermehrte Krankheitshäufigkeit bei Arbeitslosen lässt zudem eine erhöhte frühere Sterblichkeit erwarten. ...“ (S. 102)

Einkommenslagen und Gesundheit

„Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheit werden bereits seit langem festgestellt und unter anderem auf den insgesamt niedrigeren Lebensstandard, das häufigere Auftreten von finanziellen Engpässen und Überschuldung, schlechtere Arbeitsbedingungen und ein gesundheitsriskanteres Verhalten in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen zurückgeführt. Unterschieden in der Gesundheitsversorgung dürfte geringe Bedeutung zukommen, da die gesetzliche Krankenversicherung allen Versicherten einen Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung unabhängig von sozialem Status und Einkommen garantiert.“ (S. 111. Der letzte Satz ist nicht unumstritten. s.u.)

Gesundheit und soziale Lagen von Kindern und Jugendlichen

„Kinder und Jugendliche sind in Deutschland die am meisten von Armut und Sozialhilfebezug betroffene Altersgruppe. Die soziale Benachteiligung wirkt sich oftmals auf die gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden aus. So kommen Beeinträchtigungen, von denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ableiten lässt, häufiger bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vor. Hierzu zählen unter anderem Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Auch Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme treten bei ihnen vermehrt auf. Angehörige unterer Sozialschichten nehmen zudem bereits die ersten Vorsorge-

untersuchungen im Rahmen des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, das zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, seltener wahr. Diese Unterschiede nehmen bei späteren Vorsorgeuntersuchungen noch zu. ...“ (S. 114)

Suchtkrankheit und Armutsrisiken

„Strukturen verfestigter Armut sind überdurchschnittlich häufig bei Suchtkranken anzutreffen. Dabei ist aber nicht abgrenzbar, ob für diese Situation die Suchterkrankung als ursächlich anzusehen oder die Suchterkrankung Folge dieser Situation ist. Armut und soziale Ausgrenzung stellen ein erhebliches Risiko dar, eine Suchterkrankung zu entwickeln und vor allem diese chronisch werden zu lassen. Andererseits ist die soziale Chancengleichheit von Suchtkranken überproportional vermindert. Ihr überdurchschnittlicher Anteil an Beschäftigungslosen, Sozialhilfeempfängern und an verschuldeten Haushalten sowie zusätzliche chronische Erkrankungen verschlechtern zudem die Prognose einer gesundheitlichen und sozialen Reintegration. ...“ (S. 136)

Soziale Ausgrenzung von chronisch Kranken und AIDS-Kranken

„Schwerwiegende chronische und psychische Erkrankungen führen häufig zur Verschlechterung der sozio-ökonomischen Lebenssituation und zu sozialer Isolierung. Bei Fortschreiten der Erkrankung muss für den Lebensunterhalt und die medizinische Versorgung oft die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Auch die nächsten Angehörigen sind häufig davon mit betroffen, da sie ihr Einkommen und Vermögen für den erkrankten Angehörigen einsetzen müssen und viele Familien ihre kranken Angehörigen zu Hause versorgen. Andererseits können vor allem schwere und chronische psychische Erkrankungen wie schizophrene Psychosen die soziale Entwicklung und Anpassungsfähigkeit

erheblich behindern oder den Abstieg von einem bereits erreichten sozialen Niveau verursachen. Vor diesem Hintergrund ist nach heutigem Kenntnisstand erklärbar, dass bestimmte schwere und chronische psychische Erkrankungen gehäuft in unteren sozialen Schichten auftreten. Es kann eine sich gegenseitig verstärkende Wechselwirkung zwischen armutsbedingten sozialen Lebenslagen und der seelischen Erkrankung bestehen. So korrelieren psychische Erkrankungen häufig mit Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsproduktivität und Lebensgestaltung. In besonderem Maße können davon Angehörige spezieller Randgruppen wie etwa psychisch Kranke, Obdachlose oder Migranten betroffen sein. ...“ (S. 136)

Die Erkenntnisse zu den jeweiligen Zusammenhängen beruhen auf wissenschaftlichen Studien. Zu unterscheiden sind dabei Einzelstudien und Auswertungen langfristiger Beobachtungen. Zur letzten Art gehört das Sozio-ökonomische Panel, eine repräsentative Längsschnittstudie privater Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland. Seit 1984 werden jährliche Wiederholungsbefragungen zuerst nur in den alten und nach 1990 auch in den neuen Bundesländern durchgeführt. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2004 mehr als 12 000 Haushalte mit fast 24 000 Personen. Themenschwerpunkte sind dabei insbesondere die Haushaltszusammensetzung, die Erwerbssituation und -beteiligung, die berufliche Mobilität, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Sie wird am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführt, steht aber auch anderen Forschungseinrichtungen zur wissenschaftlichen Arbeit zur Verfügung.

Am DIW wurde im Oktober 2005 von Thomas Lampert und Lars Eric Kroll ein Diskussionspapier über den „Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung“ herausgegeben. Die beiden Forscher kommen zu der folgenden Zusammenfassung:

„Das Einkommen ist ein wichtiger Bestimmungsgrund des individuellen Lebensstandards und der Teilhabe am gesellschaftlichen

Leben. Mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels wird gezeigt, dass sich die Höhe des Einkommens auch auf die Gesundheit und Lebenserwartung auswirkt. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität folgen dabei einem Verteilungsmuster, das sich als Gradient beschreiben lässt: je niedriger das Einkommen, desto häufiger treten Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit auf. In der Lebenserwartung zeichnen sich Einkommensunterschiede ab, die in erster Linie auf vorzeitige Todesfälle in den einkommensschwächeren Gruppen zurückzuführen sind. Anhaltspunkte für die Erklärung der Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung liefern Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems.“ (Kroll/Lampert 2005: 3)

Wenn man also gesundheitliche Chancengleichheit diskutiert, ist ein wesentlicher Faktor innerhalb der differenzierten Betrachtungsweise zum einen Armut und soziale Ausgrenzung im Allgemeinen; im Besonderen ist aber die Einkommensposition, da diese auch statistisch relativ klar zu ermitteln ist, in einem konkreten Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden zu betrachten.

Nicht nur in Deutschland war und ist die Definition von Armut und sozialer Ausgrenzung umstritten. Letztlich ist diese auch in dem Ersten und Zweiten Nationalen Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung nicht abschließend beantwortet. Die Übereinkunft aller am Bericht Beteiligten war jedoch, die verschiedenen Facetten von Armut und sozialer Ausgrenzung denjenigen von Reichtum gegenüber zu stellen und neben allgemein gültigen Definitionen dafür verschiedene spezielle Definitionen im Vergleich zu betrachten.

Eine lange Zeit unumstrittene Definition für Armut war die des Rates der Europäischen Gemeinschaft von 1984, nach der Personen, Familien und Gruppen als arm gelten, „die über so geringe (materielle, kul-

turelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“. Im Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht rückte das Konzept der Verwirklichungschancen von Amartya Sen in den Vordergrund. Nach ihm bedeutet Armut einen Mangel an Verwirklichungschancen, Reichtum ein hohes Maß an Verwirklichungschancen, deren Grenzen kaum je erreicht werden.

Zur Messung von Einkommensarmut haben sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Union inzwischen auf eine „Armutsriskogrenze“ verständigt, die internationale Vergleiche ermöglicht. Die „Armutsrisikoquote“ bezeichnet den Anteil der Personen in Haushalten, deren „bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen“ weniger als 60 Prozent des Mittelwerts (Median) aller Personen beträgt. Anzumerken ist dabei, dass durch diese Definition nicht ausdrücklich festgelegt ist, dass die Personen, die unterhalb dieser genannten Grenze leben, tatsächlich alle arm sind. Unzweifelhaft haben sie jedoch ein hohes Risiko arm zu sein.

Die Armutsriskogrenze hat den Nachteil, dass sie bis auf die Haushaltssituation keine besonderen Lebenslagen wie etwa Krankheit und Behinderung oder mangelnde körperliche und geistige Fähigkeiten in den Blick nimmt. Dies ist aber häufig nötig, um Nachteile auszugleichen. In Deutschland wird deshalb – ähnlich wie in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union – für die untere Einkommensgrenze, die niemand unterschreiten sollte, die konkrete Lebenslage in den Blick genommen. Die konkreten Grenzen für die jeweiligen Armutsschwellen ergeben sich in unserem Land im Wesentlichen aus dem Sozialhilferecht. Die nach diesen Kriterien in Deutschland ermittelten Einkommensarmutsschwellen und -quoten, die auch in der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung Verwendung finden, werden nachfolgend gegenüber gestellt (siehe S. 14). Zu diesen Werten kommen im Fall von schwerwiegender Behinderung, Erkrankung sowie insbesondere bei Alleinerziehenden so genannte Mehrbedarfzuschläge.

■ Lebenslagen und Armutsrisiken – Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung

Haushaltstyp oder Altersgruppe	durchschnittl. Sozialhilfeanspruch 2004 in	Sozialhilfeempfängerquote 2004 in	Armutsrisikogrenze modif. OECD-Skala in	Armutsrisikoquote 2003 modif. OECD-Skala in	Armutsrisikogrenze alte OECD-Skala in	Armutsrisikoquote 2003 alte OECD-Skala in
	Euro p.M.	Prozent	Euro p.M.	Prozent	Euro p.M.	Prozent
Ein-Personen-Haushalt	661	4,2	938	22,8	799	14,1
Paar-Haushalt ohne Kinder	1.033	0,8	1.408	9,1	1.358	8,1
Paar-Haushalt 1 Kind	1.333	2,3	1.689	14,1	1.757	15,1
Paar-Haushalt 2 Kinder	1.617		1.970	8,6	2.157	11,8
Paar-Haushalt 3 Kinder	1.917		2.251	13,9	2.557	19,8
Alleinerziehende 1 Kind	1.069	26,3	1.219	35,4	1.199	36,4
Alleinerziehende 2 Kinder	1.406		1.501		1.598	
Kinder bis 15 Jahre	-	7,2	281	15,0	399	18,6
Personen 16-24 Jahre	-	3,1	-	19,1	-	19,0
Personen 25-49 Jahre	-		-	13,5	-	13,5
Personen 50-64 Jahre	-		-	11,5	-	9,8
Personen 65 Jahre u. älter	-		0,7	-	11,4	-

(Tabelle von Prof. Dr. Richard Hauser)

Die jeweiligen Quoten bezeichnen den Anteil an der Gesamtbevölkerung in Deutschland, der der jeweiligen Haushaltskonstellation zuzuordnen ist. Also sind etwa 4,2 Prozent aller Einpersonenhaushalte im Jahr 2004 auf Sozialhilfe angewiesen. Wiederum haben 22,8 Prozent aller Einpersonenhaushalte weniger als 60 Prozent des gewichteten Durchschnittseinkommens, wenn die neuen Gewichtungsfaktoren (OECD-Skala) verwendet werden.

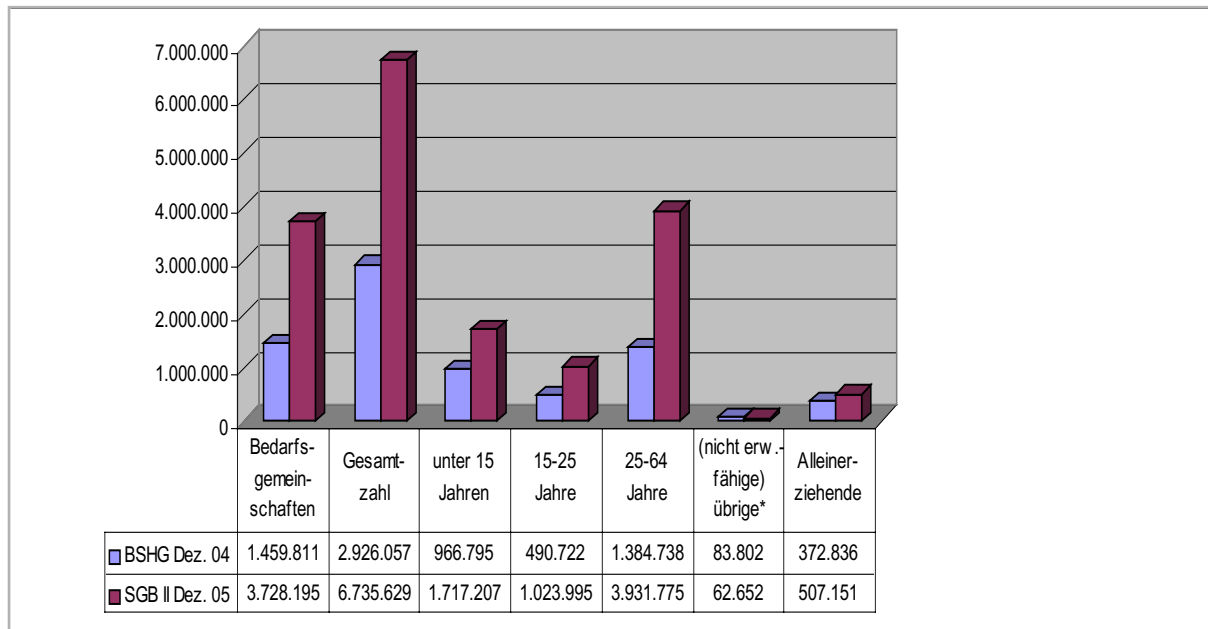
Im Blick zurück sind die Ergebnisse in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung inzwischen sehr gut dokumentiert und für die öffentliche Diskussion verwendbar. Allerdings sind im Rahmen der Agenda 2010 in den letzten Jahren wichtige Sozialreformen in Kraft getreten, insbesondere die Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe. Die oben stehenden Armutsquoten sind deshalb nicht mehr aktuell. Zwölf Monate nach dem In-Kraft-Treten

der neuen Sozialgesetzbücher SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und SGB XII (Sozialhilfe) ergeben die amtlichen Statistiken, dass sich die Anzahl der Empfänger von existenzsichernden Fürsorgeleistungen außerhalb von Einrichtungen in Folge der Reformen und bisher nicht eingetretener Verbesserungen auf dem Arbeitsmarkt für diese Personengruppe gegenüber Ende 2004 mehr als verdoppelt hat. Ende 2005 leben in Deutschland mehr als sieben Millionen Menschen – davon etwa zwei Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren – von Leistungen auf dem Sozialhilfeniveau. Das SGB II ist dabei das weitaus wichtigste Sicherungssystem; es ist Leistungsgrundlage für etwa 95 Prozent dieser Menschen. Etwa 300 000 Personen erhalten Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Für Asylbewerber gilt ein niedrigeres Leistungsniveau.

■ Lebenslagen und Armutsrisiken – Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung

Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht, dass mindestens in der modernen empirischen Sozialfor-

schung inzwischen andere Größenordnungen für die sozialhilferechtliche Bedürftigkeit gegeben sind.



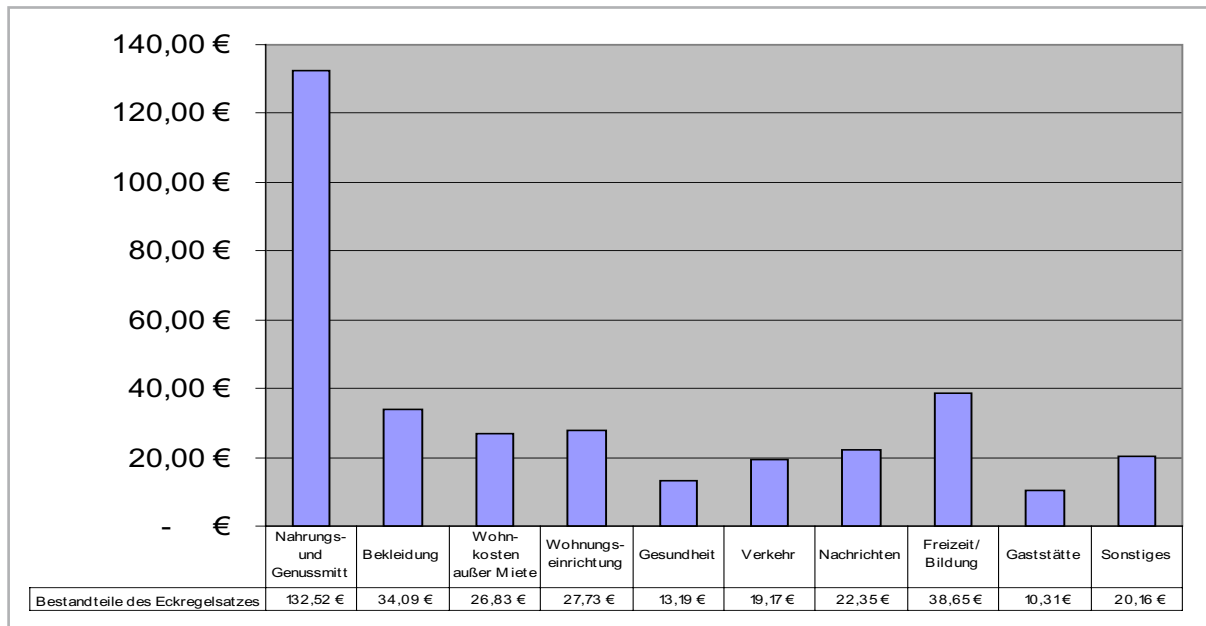
(eigene Berechnungen auf der Grundlage der amtlichen Statistik)

Mit dem In-Kraft-Treten der Sozialreformen sind wesentliche Veränderungen eingetreten, die insbesondere kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen betreffen. Die finanzielle Förderung der Haushalte durch die so genannten Regelsätze ist weitgehend pauschaliert worden, vom Durchschnitt abweichender Bedarf wird nur noch bei relativ wenigen Ausnahmesituationen als bedarfssteigernd berücksichtigt. Einen zum Beispiel auf Grund von gesundheitlichem Zusatzbedarf nach oben hin abweichenden Regelsatz gibt es nur noch im Sozialhilferecht, welches aber nur noch für gut 300 000 Personen Gültigkeit besitzt. Der Regelsatz im SGB II ist ausdrücklich in der Höhe festgelegt und kann nur durch die Gewährung von Darlehen, die in den nächsten Monaten aus dem Regelsatz zurückzahlen sind, aufgestockt werden, wenn ein unabwiesbarer Bedarf vorliegt. Eine besondere Komplikation entsteht im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das zum Beispiel so genannte Bagatellarzneimittel, Brillen, Krankenfahrten und anderes nicht mehr als Leistung der Gesetzlichen

Krankenversicherung erstattet, sondern – auch bei Fürsorgeempfängern – in die Eigenverantwortung legt. Im Ergebnis werden selbst ärztlich verordnete Leistungen oder Hilfsmittel nicht mehr vom Grundversicherungssystem übernommen. Die Bedürftigen haben dann die Wahl, diese nicht in Anspruch zu nehmen oder aus ihrem Fürsorgeetat zu bestreiten, auch wenn damit das Mindesteinkommen insbesondere für Ernährung und andere tägliche Bedarfe unterschritten wird.

Zur Verdeutlichung soll deshalb der sozialhilferechtliche Bedarf genauer dargestellt werden. Der monatliche Bedarf eines „Haushaltsvorstandes“ in einem Fürsorgehaushalt beträgt im Westen (bald auch im Osten) 345 Euro pro Monat. Hinzu kommen niedrige „angemessene Wohnkosten“ und notwendige Versicherungen, darunter die Kranken- und Pflegeversicherung. Der Regelsatz, aus dem alle Alltagsausgaben zu bestreiten sind, setzt sich aus den im folgenden Schaubild dargestellten Einzelbedarfen zusammen.

■ **Lebenslagen und Armutsrisiken – Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung**



(eigene Darstellung nach Regelsatzverordnung)

Der Regelsatz von anderen Haushaltsangehörigen über 14 Jahren beträgt 80 Prozent dieser Leistung, derjenigen, die jünger als 14 Jahre sind, 60 Prozent.

In der Konsequenz bedeutet dies etwa, dass einem Erwachsenen in einem Einpersonenhaushalt beziehungsweise einem Haushaltsvorstand in einem Mehrpersonenhaushalt durch Vergleichsberechnungen durchschnittlich 13,19 Euro monatlich für den Ausgabeblock Gesundheit zugestanden wird. Wenn die zutreffende jährliche Belastungsgrenze für die Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen in der GKV (82,80 Euro) erreicht wird, ist dafür bereits mehr als die Hälfte zu verwenden. 40 Euro pro Jahr stehen dann für Kopfschmerztabletten, medizinische Hautcreme und anderes zur Verfügung.

Ein anderes Problemfeld ist gerade vor dem Hintergrund des Präventionsgedankens die Ernährung. Für einen „Haushaltsvorstand“ wird durchschnittlich 4,20 Euro pro Tag für seine Ernährung berechnet.

Für ein Kind unter 14 Jahren beträgt der Tagessatz 2,52 Euro. Es bestehen deutliche Zweifel, ob damit eine gesunde Ernährung möglich sein kann, wie sie etwa im Rationalisierungsschema 2004 von den führenden medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Vereinigungen Deutschlands empfohlen wird. Deshalb laufen Untersuchungen darüber, ob dies einhaltbar ist. Wenn nicht, bedeutet dies in der Konsequenz, dass Fürsorgeberechtigte in Deutschland nur dann eine Chance haben, sich gesund zu ernähren, wenn sie auf andere Dinge verzichten, die zum soziokulturellen Existenzminimum zählen.

Literatur

Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2005), Bundestags-Drs. 15/1550

Das Rationalisierungsschema 2004: *Aktuel Ernähr Med* 2004; 29: 245-253

Kroll, L. E. und Lampert, T. (2005): Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Discussion Papers 527. Berlin

Gesundheitliche Ungleichheit: Daten und Erklärungen

Einleitung

In der letzten Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits (zum Beispiel Altgeld/Hofrichter 2000, Helmert 2003, Klocke 2001, Lampert et al. 2005, Mielck 2000/2005, Richter 2005). In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status (das heißt niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status. Auch der vor kurzem vorgelegte Zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung weist darauf deutlich hin.

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Mortalität beziehungsweise Morbidität wird im deutschen Sprachraum zumeist als „gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet. Auf Englisch wird zwischen den Begriffen „health inequality“ und „health inequity“ unterschieden. „Health inequality“ ist der allgemeinere Begriff, der alle sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand umfasst. Der Begriff „health inequity“ hat dagegen eine wertende Komponente, er wird zur Beschreibung der ungerechten oder unfairen Unterschiede verwendet. Mit anderen Worten: Nur dann, wenn „health inequalities“ bewertet werden als „health inequities“, erzeugen sie einen (gesundheits-)politischen Handlungsdruck. Eine vergleichbare sprachliche Differenzierung hat sich im Deutschen nicht herausgebildet. Die Unterschiede im Gesundheitszustand nach Bildung, beruflichem Status und Einkommen sind jedoch so groß, dass sich auch in Deutschland immer mehr Akteure für eine Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheit einsetzen. In diesem Sinne handelt es sich hier also um „health inequities“.

In diesem Beitrag soll ein kurzer Überblick über den Stand der Diskussion zum Thema „Armut und Gesundheit in Deutschland“ gegeben werden (weiterführende Informationen finden sich zum Beispiel in Mielck 2005). Drei Fragen stehen hier im Mittelpunkt:

- a) Wie groß sind die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Statusgruppen?
- b) Wie lassen sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten erklären?
- c) Wie können diese gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden?

Ausmaß der Unterschiede im Gesundheitszustand

Eine empirische Analyse, mit der sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit sehr gut illustrieren lässt, ist von A. Reil-Held (2000) durchgeführt worden. In einer Auswertung der Daten aus dem Sozio-ökonomischen Panel berechnete sie die Lebenserwartung für Personen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen. Das Haushalts-Nettoeinkommen wurde dabei nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Auf Basis des sich daraus ergebenden „Äquivalenz-Einkommens“ sind anschließend zwei Vergleiche durchgeführt worden: zum einen zwischen den Personen oberhalb beziehungsweise unterhalb des mittleren Einkommens, und zum anderen zwischen den Personen aus dem oberen beziehungsweise aus dem unteren Viertel der Einkommensverteilung. Vor allem dieser zweite, etwas extremere Vergleich zeigt große Unterschiede in der Lebenserwartung (bei Männern zehn Jahre, bei Frauen fünf Jahre).

Über sozio-ökonomische Unterschiede in der Morbidität (Krankheitsmaß) ist erheblich mehr bekannt als über sozio-ökonomische Unterschiede in der Mortalität (Sterblichkeitsmaß). Dies liegt vor

allem daran, dass viele Bevölkerungsbefragungen zur Morbidität durchgeführt werden, und dass diese Studien so gut wie immer Fragen zum sozio-ökonomischen Status enthalten. Dies trifft auch auf die folgende Studie zu. Sie beruht auf einer im Jahr 2002 durchgeführten Befragung von 5 650 Schülern zwischen elf und 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin (Richter 2005). Zur Bestimmung der sozialen Schicht wurden die Schüler danach gefragt, wie viele PKW's ihre Eltern besitzen, wie viele Urlaubsreisen die Familie im letzten Jahr unternommen hat, ob der Schüler (beziehungsweise die Schülerin) ein eigenes Zimmer hat, und wie viele Computer im Haushalt vorhanden sind. Nach Zusammenfassung dieser Angaben wurden drei „Wohlstandsgruppen“ unterschieden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes stark von der „Wohlstandsgruppe“ abhängt, dass sich die Schüler aus der unteren Gruppe erheblich kränker fühlen als die Schüler aus der oberen. Besonders bemerkenswert ist dabei, dass sich dieser Zusammenhang nicht nur bei der allgemeinen Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zeigt, sondern auch bei psychosomatischen Beschwerden (Kopfschmerzen, schlechtes Einschlafen und anderes) und bei mentalen Dimensionen wie Selbstwertgefühl und psychisches Wohlbefinden. Das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit ist dabei erheblich: verglichen mit der oberen Statusgruppe zeigt sich in der unteren Statusgruppe eine etwa doppelt so hohe Belastung.

Insgesamt betrachtet lassen die empirischen Studien keinen Zweifel daran, dass auch in Deutschland die Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status erheblich kränker sind und früher sterben als die Personen mit höherem Status. Bei einigen Krankheiten ist der Zusammenhang mit dem sozialen Status zwar umgekehrt (zum Beispiel bei Allergien), diese Ausnahmen ändern jedoch wenig an dem Gesamteindruck einer besonders großen gesundheitlichen Belastung in den unteren Statusgruppen.

Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheiten

Vielleicht gelingt es den Gesundheitswissenschaften, die gesundheitliche Ungleichheit auch in Deutschland wieder zu so einem zentralen wissenschaftlichen und (gesundheits-)politischen Thema zu machen, wie dies vor etwa 100 Jahren bereits der Fall war. Ärzte wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann wiesen schon um 1850 darauf hin, dass der Gesundheitszustand vor allem in der unteren sozialen Schicht verbessert werden muss, und zwar durch die gezielte Verbesserung der Lebensbedingungen. In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts wurde diesen Stimmen allerdings nur wenig Gehör geschenkt. Die Einführung der medizinischen Bakteriologie schien die Fragen der Krankheitsursachen ausreichend zu beantworten. Eine stärkere Rückbesinnung darauf, dass auch die Lebensbedingungen bei der Krankheitsentstehung eine wichtige Rolle spielen, ist erst wieder um etwa 1900 zu erkennen.

Bis zum Ersten Weltkrieg hatte diese an den sozialen Problemen ansetzende Richtung der Medizin dann eine breite wissenschaftliche und öffentliche Diskussion ausgelöst. Die empirische Forschung erreichte dabei ein hohes Niveau, sowohl im Hinblick auf die Anzahl der Studien als auch gemessen an der Diskussion über methodische Probleme. Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Diskussion nicht von „Sozial-Revolutionären“ getragen wurde, sondern von etablierten Medizinern und von Statistischen Ämtern.

Zum einen stellt sich die Frage, ob auch heute noch ähnliche gesundheitliche Ungleichheiten vorhanden sind wie vor etwa 100 Jahren, trotz der verbesserten Lebensbedingungen und medizinischen Versorgung, und trotz des heute dominierenden Krankheitspanoramas (zum Beispiel Herzkreislaufkrankheiten und Krebs an Stelle von Infektionskrankheiten). Wie die heute publizierten empirischen Studien zeigen, muss diese Frage ganz klar bejaht werden. Zum anderen muss gefragt werden, ob die heute vorhandenen gesundheitlichen Ungleichheiten auf die gleichen Ursachen zurückgeführt werden können wie vor etwa 100 Jahren. Eine genaue Antwort lässt sich

■ Gesundheitliche Ungleichheit: Daten und Erklärungen

kaum geben, weil die Frage nach den Ursachen heute nicht mehr so systematisch untersucht wird wie früher. In seinem 1911 publizierten Buch schreibt W. Hanauer:

„Die Gründe der erhöhten Sterblichkeit der Minderbemittelten und Armen gegenüber den Reichen und Wohlhabenden sind teils sozialer, teils hygienischer Art. Die Armut zwingt sie zu ungenügender Ernährung, ihre Wohnungen sind unzureichend, dadurch wird die Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten herabgesetzt. (...) Diejenigen Bevölkerungsschichten, welche eine hohe Sterblichkeit aufweisen, gehören vorwiegend den handarbeitenden Klassen an, sind Industriearbeiter, sie unterliegen vielfach gewerblichen Schädigungen“ (S. 1).

Vermutlich haben die hier angesprochenen Ursachen nach wie vor einige Gültigkeit. Notwendig wäre jedoch eine detaillierte Analyse der gesundheitlichen Belastungen, mit denen die unteren Statusgruppen in Deutschland gegenwärtig umgehen müssen.

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand ist jedoch weniger offensichtlich, als es zunächst erscheinen mag. Der soziale Status beeinflusst den Gesundheitszustand nicht direkt (wie zum Beispiel das Rauchen). Der Einfluss ist indirekt und wird über Faktoren vermittelt, die mit dem sozialen Status zusammenhängen. Über die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sind so vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand möglich, dass es kaum möglich ist, alle Einflüsse zu untersuchen.

Die wissenschaftliche Diskussion dreht sich um die beiden folgenden zentralen Hypothesen:

- a) Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: „Armut macht krank“);
- b) Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: „Krankheit macht arm“).

Bei einer Durchsicht der Diskussionsbeiträge aus Deutschland zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit fällt auf, dass die zweite Hypothese generell viel weniger Aufmerksamkeit erhält als die erste. Das Problem, dass eine Erkrankung bei den Erkrankten zu Einkommensverlusten, Arbeitslosigkeit und hohen Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung führen kann, wird bisher offenbar weitgehend ignoriert.

Entsprechend der ersten Hypothese wird bei uns versucht, mit einer Vielzahl von Variablen den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Dabei lassen sich die folgenden Ansätze unterscheiden:

- a) gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung, hoher Alkoholkonsum und anderes);
- b) durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare weitere Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und anderes);
- c) physische und psychische Arbeitsbelastungen (körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens und anderes);
- d) belastende Wohnbedingungen (Größe und Ausstattung der Wohnung; Umweltbelastung wie Lärm, Luftverschmutzung und anderes);
- e) soziale Unterstützung;
- f) Vorsorge-Verhalten (Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen);
- g) gesundheitliche Versorgung (gesundheitliche Aufklärung, Besuch von Fachärzten, medikamentöse Kontrolle des hohen Blutdrucks und anderes).

Etwas vereinfacht formuliert, können die empirischen Ergebnisse so zusammengefasst werden: Die meisten Studien liegen zum gesundheitsgefährdenden Verhalten vor, aber alle sieben Ansätze leisten einen Beitrag zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten

Bei der Forderung nach einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stellt sich zunächst die Frage, wie sich das angestrebte Ziel definieren lässt. In Anlehnung an die Argumentation des WHO-Regionalbüros für Europa (Weltgesundheitsorganisation) ist die folgende Definition vorgeschlagen worden (Mielck 2000, S. 11):

„Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben beziehungsweise zu werden“.

Diese Zielvorstellung lässt sich mit dem Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ umschreiben. Sie wird kaum vollständig zu erreichen sein, gesucht werden aber realistische, umsetzbare Vorschläge, die dazu beitragen können, dieses Ziel so weit wie möglich zu erreichen.

In den letzten Jahren hat das Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erheblich an Aufmerksamkeit gewonnen, zu erkennen beispielsweise an einer deutlichen Zunahme gesundheitspolitischer Initiativen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Diese Entwicklung lässt sich an Hand einiger ausgewählter Beispiele verdeutlichen:

- In dem (seit 1. Januar 2000 geltenden) § 20 SGB V steht: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.
- Der seit 1995 einmal im Jahr stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ hat sich als die größte bundesweite Public Health Veranstaltung etabliert, mit inzwischen etwa 1 500 Teilnehmern aus Wissenschaft und Praxis (<http://www.gesundheitberlin.de>).
- Es war bei uns bisher kaum möglich, einen Überblick über die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, die sich auch und vor allem an die sozial Benachteiligten

richten. Die größte Anstrengung zur Schließung dieser Informationslücke wird zurzeit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unternommen. Die Internet-Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ bietet erstmals die Möglichkeit, allen Interessenten einen umfassenden Überblick über diese Maßnahmen kostenlos zur Verfügung zu stellen (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>). Die Datenbank beinhaltet zurzeit Informationen von über 2 500 Projekten (BZgA 2005). Zur besseren Vernetzung vor Ort sind inzwischen „regionale Knoten“ eingerichtet worden.

- Der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eingesetzte „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ hat sein letztes Gutachten im Frühjahr 2005 vorgelegt, und dort hat der Rat zum ersten Mal ein umfassendes Kapitel zum Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ aufgenommen (<http://www.svr-gesundheit.de>).

Diese Entwicklung lässt hoffen, dass in Zukunft mehr Interventionsmaßnahmen entwickelt und durchgeführt werden, in denen gezielt versucht wird, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Sinnvoll wäre dabei ein Zyklus, der sich in drei Phasen unterteilen lässt:

- a) Bestandsaufnahme des Problems und Zieldefinition;
- b) Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen;
- c) Evaluation der Maßnahmen und erneute Zieldefinition.

Von einem derart rationalen Vorgehen ist bisher jedoch erst in Ansätzen etwas zu erkennen. Zumeist fehlt eine präzise Zieldefinition, und evaluiert werden die Gesundheitsförderungsmaßnahmen nur sehr selten. Die Maßnahmen sind zumeist regional, zeitlich und finanziell sehr begrenzt. Jetzt kommt es daher vor allem darauf an, die vorhandenen Erfahrungen besser zu bündeln und praktisch umzusetzen.

Literatur

Altgeld T., Hofrichter P. (Hrsg.) (2000): Reiches Land - Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

■ Gesundheitliche Ungleichheit: Daten und Erklärungen

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, Köln.
- Hanauer W. (1911): Die soziale Hygiene des Jugendalters. Verlag Richard Schoetz, Berlin.
- Helmert U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg.
- Klocke A. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, Robert Koch Institut, Berlin.
- Lampert Th., Saß A.-C., Häfelinger M., Ziese Th. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch Instituts zum Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin.
- Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern et al.
- Mielck A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern et al.
- Reil-Held A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.
- Richter M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

■
Thomas Elkeles

Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung bei der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit

Prävention und Gesundheitsförderung haben in der Geschichte unterschiedliche Konjunkturen gehabt. Für alle verschiedenen Begriffe, Ziele und Inhalte von Prävention und Gesundheitsförderung gilt, dass sie von gesellschaftlichen Vorstellungen geprägt und entsprechend definiert waren und sind, soweit man überhaupt von expliziten Definitionen hierbei sprechen kann. Historisch war auch Gesundheit seltener ein Wert an sich, als dass sie anderen Zielen dienen sollte.

Wie der Begriff der Prophylaxe (griech. pro: für, zuvor, vor; griech. prophylaxo: hüten, Vorsichtsmaßnahmen treffen; Wache/Schutz/Vorbeugung; vergleiche Elkeles et al. 1991) ist der Begriff Prävention (lat. praevenire: zuvorkommen) auf die Vermeidung eines unerwünschten Ereignisses oder einer unerwünschten Erscheinung ausgerichtet (zum Beispiel von Kriminalität oder auch von Krankheit). Der Begriff „Gesundheitsprävention“, wie er heute gelegentlich verwendet wird, ist damit ein Widerspruch in sich. Gemeint ist hier vielmehr eine gesundheitsbezogene Prävention, die nicht allein oder primär an spezifische Krankheiten gebunden ist.

Geschichtliche Kontexte und Konzepte

Ein kurzer historischer Blick auf verschiedene Phasen von Prävention/Gesundheitsförderung, bei dem ich mich auf die Zeit seit dem Beginn einer staatlichen Verfasstheit in Mitteleuropa beschränken will, zeigt die oben angesprochene Bindung des Zieles Gesundheit an andere Zwecke, an die jeweiligen Ursachenattributionen für Krankheit und Gesundheit, die daraus folgenden Annahmen über die Interventionsfähigkeit und die ebenfalls daraus folgende Rolle (jeweils) verschiedener Akteure. Labisch und Woelk (1998) stellen diese Zusammenhänge unter die Klammer, der soziale Wandel bestimmte Zeitpunkt,

Art und Ergebnis der Interaktion zwischen Gesundheitswissenschaften und sozialen Akteuren.

Eine erste Konzeption zum Beginn einer mitteleuropäischen staatlichen Verfasstheit (Gesundheit als Staatsaufgabe in der Frühen Neuzeit, vergleiche Stollberg 1994) ist das von Johann Peter Frank (1779-1827) ausgearbeitete „System einer vollständigen medizinischen Polizey“. Wie auch andere derartige frühere (und heutige?) Public-Health-Ansätze zu Prävention/Gesundheitsförderung wurde es nur ansatzweise realisiert und blieb weitgehend programmatische Vorstellung.

Wir würden heute den Begriff einer „medizinischen Polizey“ am ehesten mit einer Medizinalverwaltung übersetzen, deren Aufgabenspektrum sich nach Frank richten sollte auf Fortpflanzung, Kinderkrankheiten und Schulwesen, Hygiene von Nahrung, Kleidung und Wohnung, Wasserversorgung, Abfallentsorgung, Unfallvorsorge, Bevölkerungsstatistik, Militärmedizin, Geschlechtskrankheiten, Hospitäler und Epidemien. Insgesamt bemühte sich die „medizinische Polizey“ um den Gesundheitszustand ganzer Populationen, Prävention, Planung von Gesundheitseinrichtungen, Politik und Ökonomie des Gesundheitswesens und war nicht nur krankheitsorientiert, sondern durchaus um eine Optimierung der Gesundheit bemüht. Ziel war jedoch nicht die Gestaltung einer „autonomen Lebenspraxis“, sondern eine gesündere Lebenspraxis mit dem Ziel der Vermehrung der Bevölkerung. Damit handelt es sich insgesamt um eine obrigkeitliche soziale Kontrolle und die Stärkung des Machtstaates und damit um das Programm eines absolutistischen Staates (vergleiche Stollberg 1994).

Weitere Phasen, in denen Prävention/Gesundheitsförderung ausgesprochene Konjunktur hatten, und zwar jeweils im Zusammenhang mit sozialem Wandel, sind (vergleiche Labisch und Woelk 1998, S. 84):

■ Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung

- die hygienische Assanierung der Städte als Bestandteil der bürgerlich-liberalen Bewegung im restaurativ-konservativen Staat (1. Phase der Industrialisierung),
- die sich anschließende Förderung und der Ausbau der Bakteriologie (darunter Militär- und Tropenmedizin) durch das Deutsche Reich und Preußen; zum Gesamtkontext zählen Labisch und Woelk (1998) auch die Bismarcksche Sozialpolitik (gesellschaftspolitische Kanalisierung der individualisierten Risiken Krankheit, Unfall und Alter), beide „Gesundheitsprogramme“ seien damit Bestandteile der inneren und äußeren Reichsgründung,
- die kommunale Gesundheitsfürsorge der 20er Jahre des vergangenen Jahrhunderts als Bestandteil der Politik der kommunalen Spitzenverbände, die Kommunen in der Weimarer Republik als „dritte Kraft“ neben Reich und Ländern zu etablieren und
- die Perversion der Gesundheit im Nationalsozialismus, welche durch den neu geschaffenen staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienst verwaltungsmäßig umgesetzt wurde.

Gesundheitsgerichtete Konzepte hingegen, die keinen (mächtigen) sozialen Handlungsträger fanden, blieben auf der Ebene der Programmatik stecken und verloren wieder an Einfluss und Bedeutung. So ist die mit dem Namen von Rudolf Virchow verbundene „Medizinische Reform“ (1848/49) als Bestandteil der bürgerlich-liberalen Bewegung mit Einsetzen der Restauration an inneren und äußeren Widersprüchen und Kontroversen zugrunde gegangen, und die Erfolge der Bakteriologie rückten den Einfluss der Umwelt und der Lebensumstände auf die Gesundheit (zunächst) wieder in den Hintergrund (vergleiche Labisch und Woelk 1998).

Eine weitere Erkenntnis aus ebenfalls historischen Untersuchungen durch den britischen Sozialmediziner Thomas McKeown bezieht sich auf die prinzipielle Wirksamkeit der beiden grundsätzlich möglichen Typen von Präventionskonzepten: einerseits „individuenbezogene Konzepte der Beratung, Belehrung, Behandlung und Belieferung“ und an-

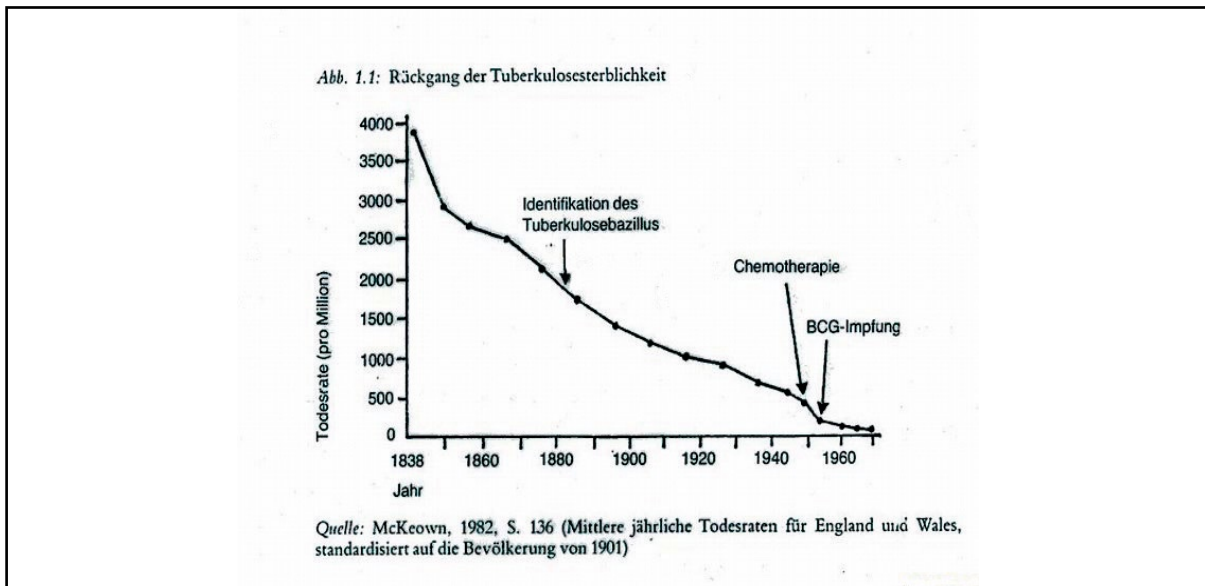
dererseits die „soziale Prävention (Community-Ansätze)“ (Kühn 1993, S. 45).

Ausgehend von der Frage, woher das Bevölkerungswachstum sich erkläre, untersuchte McKeown (1982) drei Gruppen von Einflussfaktoren auf die Verbesserung der Gesundheit zwischen dem 18. und 20. Jahrhundert: ernährungsbedingte Faktoren (landwirtschaftlich-technische Revolution), umweltbedingte Faktoren (Wasser- und Nahrungshygiene) sowie verhaltensbedingte Faktoren (Veränderung des Reproduktionsverhaltens). Er kam zu der Schlussfolgerung, dass als Hauptursache für die Zunahme der Bevölkerung vor allem die erhöhte landwirtschaftliche Produktion und eine bessere Ernährung gelten müsse. Damit war die berühmte „McKeown-These“ geboren, die er der Auffassung entgegensetzte, die Pockenschutzimpfung und die Verbreiterung und Verbesserung von medizinischer Versorgung, das heißt individuelle präventive und therapeutische medizinische Maßnahmen, hätten zur Abnahme der Sterblichkeit und zum Bevölkerungswachstum geführt.

McKeown arbeitete seine These schließlich dahingehend aus, dass sich die Verbesserung der Gesundheit in diesen vergangenen drei Jahrhunderten in erster Linie in einer Verminderung der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten ausdrücke, wozu die medizinische Behandlung keinen nennenswerten Beitrag leistete. Denn das Sinken der Todesrate, zum Beispiel bei der „Armutskrankheit“ Tuberkulose, habe lange vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus und vor der Entdeckung spezifischer medizinischer Maßnahmen eingesetzt, und der Einfluss medizinischer Behandlung sei hierbei drittrangig und finde erst spät in der Geschichte einer Krankheit statt (Abb. 1.1: Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit).

Daraus folgerte McKeown in der Einleitung zu seinem Buch insgesamt:

„Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverteilung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen



Quelle: Waller 2002b, S. 17, Abb 1: Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit

wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führte dazu, dass Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten – den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren – mit Gleichgültigkeit begegnet wurde. Auch zog sie eine relative Vernachlässigung der Mehrheit der Kranken nach sich, deren Probleme für klinische Interventionen, die im Zentrum des medizinischen Interesses stehen, keine Anwendungsmöglichkeiten bieten“ (ebd., S. 22).

Als Determinanten der Gesundheit resümiert McKeown (ebd., S. 55ff.) entsprechend ihrer zeitlichen Abfolge und auch der Rangordnung ihrer Wirksamkeit: Verbesserung der Ernährung, Hygienemaßnahmen (bei über Wasser und Ernährung übertragbaren Krankheiten), verhaltensbedingte Einflüsse (Reproduktionsverhalten) und behandlungsbedingte Einflüsse. Hinsichtlich der verbliebenen Krankheiten systematisiert McKeown verschiedene Gruppen von Krankheiten hinsichtlich ihrer Interventionsbarkeit, darunter die Gruppe „zu verhindernder Krankheiten, die mit Armut verbunden sind“; hierbei sei kaum zu bezweifeln, dass „die Verschiedenheiten

im Gesundheitszustand weitgehend auf die direkten und indirekten Auswirkungen der Armut zurückzuführen sind (...)“ (ebd., S. 128).

Die Gesundheitswissenschaften nutzen die McKeown-These als eine Art Lehrsatz auch für die heutigen Gesundheitsprobleme. Kritisch zu McKeowns eigenen Ausführungen hierzu ist jedoch auch ausgeführt worden, McKeown habe sein Blickfeld sehr stark auf die physisch-biologische Umwelt eingengt und soziale Faktoren für das psychische und körperliche Wohlbefinden wie auch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen in Industriestaaten vernachlässigt (Labisch 1984, S. 346).

Auch aktuelle Definitionen basieren auf Vorstellungen über Ursachen, deren Interventionsmöglichkeiten und Leitvorstellungen zur Rolle von sozialen Akteuren. Zunächst ist eine Einteilung nach dem Zeitpunkt der Intervention üblich (Abb. 2: Prävention nach Zeitpunkt der Intervention). Mit der sekundären und tertiären Prävention entfallen zwei der so eingeteilten Phasen auf Kranke und die – in der Prävention allerdings deutlich überschätzten – Handlungsmöglichkeiten von medizinischer Prävention. Stand die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg unter dem Zeichen einer individuell-kurativen Ausrichtung des Gesundheitssystems der Bundesrepub-

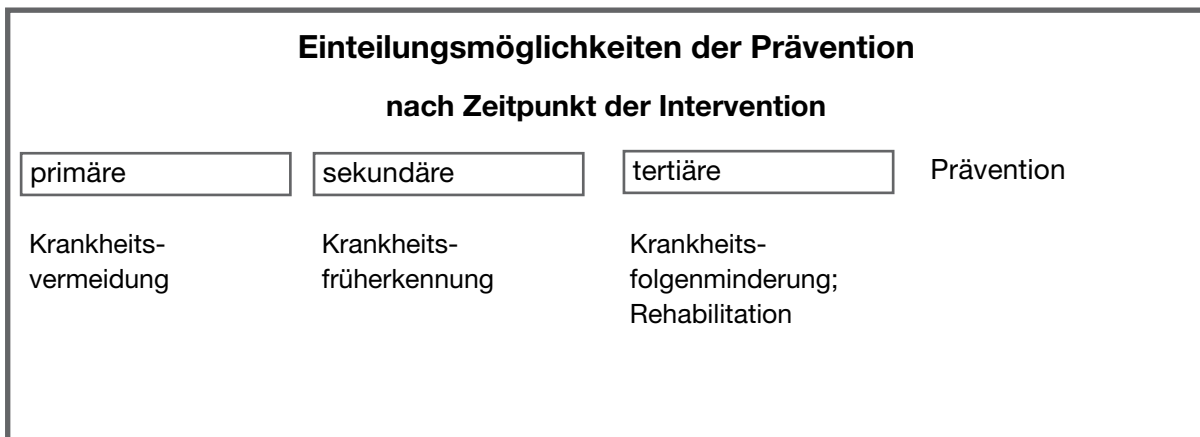


Abb. 2: Prävention nach Zeitpunkt der Intervention

lik Deutschland, was im Wesentlichen auf die Diskreditierung einer öffentlichen Gesundheit durch den Nationalsozialismus zurückzuführen ist, erhielt die Prävention erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in Gestalt der sekundären Prävention wieder einen Aufschwung, ohne allerdings die prinzipielle individuelle Kurativorientierung zu überschreiten. Gleichzeitig wurden in verschiedenen europäischen Ländern (zum Beispiel Deutschland, Finnland, Italien) Modellprojekte der primären Prävention vor allem im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten durchgeführt, mit denen der Nachweis der Senkung von Morbidität und Mortalität durch vorwiegend risikofaktorenorientierte Maßnahmen der Verhaltensprävention nach US-amerikanischem Vorbild erbracht werden sollte und teilweise auch erbracht wurde.

Entsprechend findet sich bis in aktuelle gesundheitswissenschaftliche Literatur die Auffassung, Primärprävention sei gekennzeichnet durch „spezifische Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung“ (Walter und Schwartz 2003. S. 189).

Demgegenüber hatte zum Beispiel Badura (1994) dafür plädiert, die Möglichkeiten nicht zu unterschätzen, „die menschliche Gesundheit durch Eingriffe in die soziale und physische Umwelt oder durch interaktionsintensive Leistungen zu schützen und zu fördern“ (ebd., S. 64). Die Gesundheitswissenschaft müsse sich daher um „eine systematische Rekonstruktion jener Kausalketten (bemühen, d.V.), die soziale, seelische und physiologische Prozesse mit-

einander verbinden“, den „naturwissenschaftlichen Kausalpfad“ (pathogene Vorgänge im Organismus durch endogene oder exogene Störungen), den „verhaltensmedizinischen Kausalpfad“ (kulturell vermittelte oder situativ bedingte Verhaltensweisen, die für die betreffende Person – zum Beispiel Fehlernährung – oder Dritte – zum Beispiel Fehlbedienungen von Techniken – Gesundheitsgefahren hervorrufen) sowie den „soziopsychosomatischen Kausalpfad“ (zum Beispiel als Verlust oder Bedrohung gedeutete Situationen oder Ereignisse, die negative Gefühle – Angst, Hilflosigkeit – hervorrufen und zum Beispiel über das zentrale Nervensystem physiologische Veränderungen und Gesundheitsstörungen hervorrufen können) (ebd., S. 65). Entsprechendes gelte für Gesundheitspotenziale, wie „zum Beispiel Handlungsspielraum, Qualifikation oder soziale Unterstützung, weil sie vor Gefährdungen schützen oder einen positiven Beitrag zur Problemlösung oder Gefühlsregulierung leisten“ (ebd., S. 66).

Ottawa-Charta

Mit der Entstehung der in der Geschichte ebenfalls nicht neuen „Gesundheitsbewegung“ in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde die Kritik an der vorherrschenden Medizin und auch an der risikofaktorenorientierten Primärprävention breitenwirksam formuliert und organisiert. Mit der Alma-Ata-Deklaration der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1978 geschah eine erste vorsichtige Lösung vom medizinischen Erklärungs- und Behandlungsmonopol in der Prävention („health

■ Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung

workers“, „community workers“). Mit der Grundlegung in der Ottawa-Erklärung der WHO von 1986 erhielt dann die in Abgrenzung zur risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention konzipierte und am Lebensweisenkonzept orientierte Gesundheitsförderung ihre programmatische Grundlage und mit der „Salutogenese“ des israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Antonovsky später auch eine zusätzliche „theoretische Unterfütterung“.

Eine Definition der Gesundheitsförderung enthält die Präambel der Ottawa-Charta (Abb. 3).

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

Diese Konzeptualisierung wird mit vier Handlungsstrategien unterfüttert, nach denen die Praxis der Gesundheitsförderung gestaltet werden soll: Voraussetzungen für die Gesundheit sichern, Interessen vertreten (advocacy), Befähigen und Ermöglichen (enabling) sowie Vermitteln und Vernetzen (mediating). Dies ergänzt sich durch fünf Aktionsfelder:

- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln,
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen,
- die Gesundheitsdienste neu orientieren,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln.

Als innovative Elemente der Ottawa-Charta lassen sich nach Franzkowiak und Sabo (1998) festhalten:

- Gemeinschaftliche Orientierung als Voraussetzung sozialer Unterstützungsnetze, Selbsthilfe und Selbstorganisation mit dem Ziel gesundheitlicher Autonomie und Kontrolle; die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen wird somit weiterer Kern der neuen Prävention;
- die traditionelle Gesundheitserziehung wird in eine neue professionelle Philosophie unter dem neuem Leitbegriff „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“ integriert;
- eine Absicherung durch gesundheitsförderliche Gesamtpolitik erstreckt sich weit über den Gesundheitssektor hinaus.

Kickbusch (2003) hält es daher für berechtigt, von der Gesundheitsförderung als „dritter Public Health-Revolution“ (ebd., S. 182) zu sprechen: Die erste habe im Kampf gegen die Infektionskrankheiten bestanden, die zweite in der Bekämpfung von Risikofaktoren durch individuelle Verhaltensänderungen, während die dritte, vor dem Hintergrund einer zu Beginn des 21. Jahrhunderts signifikant erhöhten Lebenserwartung, nun eine grundsätzliche Neuorientierung von Public Health ermögliche: das Verständnis von Gesundheit als einer Ressource für erhöhte Lebensqualität.

Abb. 3: Präambel der Ottawa-Charta

Es ist der sozialemanzipatorische, auf den Prinzipien der Betroffenheit, Freiwilligkeit, Selbsthilfe und Solidarität beruhende Charakter der Gesundheitsförderung nach Ottawa, der diese anschlussfähig für das – explizit nicht direkt in der Ottawa-Charta enthaltene – Ziel von „Prävention und Gesundheitsförderung bei der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit“ macht.

Ein für dessen Umsetzung besonders geeigneter Ansatz, der seit Mitte der 80er Jahre vom WHO-Regionalbüro in Kopenhagen entwickelte Setting-Ansatz, wird von Kickbusch (2003) zudem als „Verbindung der fünf Handlungsmaximen der Ottawa Charta“ bezeichnet, indem dieser eine „Ausrichtung an alltäglichen Lebensbereichen gemäß der Maxime ‚Gesundheit wird im Alltagskontext hergestellt‘ (in der Schule, am Arbeitsplatz etc.)“ darstellt (ebd., S. 187). Mit diesem, auch als „Strategie“ (ebd., S. 187) bezeichneten Ansatz, könne der Aspekt des Empowerment (zwecks Erreichung von mehr Partizipation) besonders günstig berücksichtigt werden, der als ein Kriterium und Schlüsselkategorie dafür angesehen werden sollte, ob Gesundheitsförderung wirklich vorliegt (ebd., S. 186).

„Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation oder durch gleiche Erfahrung oder gleiche Lebenslage oder gemeinsame Werte beziehungsweise Präferenzen definierter, relativ dauerhafter (...) Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse beziehungsweise Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen oder auf Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können“ (Rosenbrock 2004, S. 15).

Ferner lässt sich unterscheiden zwischen Gesundheitsförderung im Setting einerseits, der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings andererseits. Im Gegensatz zu anderen Autoren hält Rosenbrock (zum Beispiel 2004) die „Verwendung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ anstelle von Prävention oder als Zusatz zur Prävention (...), für, d.V.) fachlich verfehlt und gesundheitspolitisch

nicht ungefährlich. Auch der Gesundheitsförderung als integralem Bestandteil moderner Primärprävention geht es nicht um etwas ganz Neues/anderes wie ‚Gesundheit plus‘, sondern letzten Endes um die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten. Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung ist ein Querschnittsaspekt einer jeden modernen Gesundheitssicherung, dessen angemessene Berücksichtigung nicht nur in der Prävention, sondern ebenso auch in der Kuration, in der Pflege wie in der Rehabilitation notwendig ist, ganz besonders, wenn es um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geht“ (ebd., S. 13).

Entsprechend plädiert der Autor dafür, von den in Abb. 4 dargestellten Zusammenhängen auszugehen.

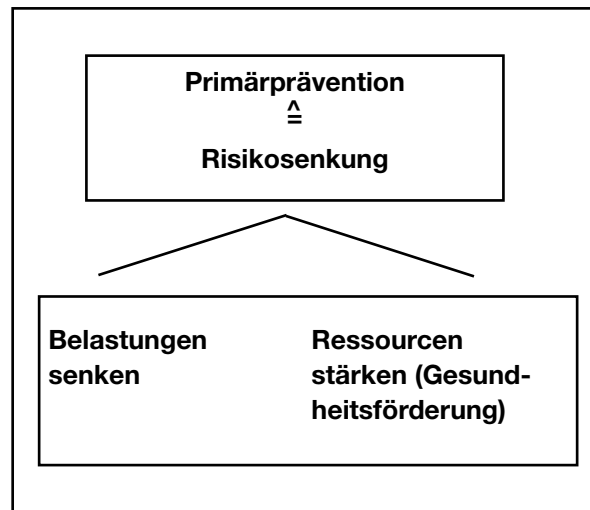


Abb. 4: Primärprävention = Belastungssenkung und Ressourcenstärkung, Quelle: eigene Darstellung nach Rosenbrock 2004, S. 13

Primärprävention und Gesundheitsförderung als politischer und rechtlicher Auftrag

Bisherige Bestandsaufnahmen zur Umsetzung sozialkompensatorischer Gesundheitsförderung zeigen ein heterogenes Bild und dienen eher dazu, Anregungen zu geben und den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Projekten zu verbessern (vergleiche Mielck 2001, Elkeles und Kirschner 2004). Hingegen liefern sie wenig Material, wie der

■ Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung

(gesetzlichen) Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen entsprochen werden kann.

In Deutschland erfuhr die primäre Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen eine erste rechtliche Normierung im Gesundheitsreformgesetz von 1989 (§ 20 SGB V). Diese gesundheitspolitische „Regulierung“ kann einerseits als politische Reaktion auf die internationale und nationale Gesundheitsförderungsbewegung verstanden werden, andererseits als politischer Interessenausgleich zwischen Krankenkassen und Ärzten im Zuge der Einführung der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V.

Der § 20 SGB V wurde zum 1. Januar 1997 weitgehend wieder abgeschafft und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 2000 in veränderter Form wieder eingeführt. Diese Zäsur und Diskontinuität ist mitverantwortlich für nicht wenige der heutigen Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland (vergleiche Elkeles 2002, Kirschner et al. 2004). Wurde unter anderem mit dem Gutachten zum § 20 SGB V (Kirschner et al. 1995) die wissenschaftliche und politische Diskussion über Schwachstellen, Probleme und praktische und wissenschaftliche Weiterentwicklungsbedarfe der Gesundheitsförderung und Prävention angestoßen, von denen nicht wenige in einer Ende der 90er Jahre geplanten Ausschreibung zur Prävention weiter untersucht und gelöst werden sollten, so greift die Neuregelung des § 20 SGB V wesentliche Empfehlungen des genannten Gutachtens und auch anderer Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen kaum auf. Gleichzeitig steht die – nach ihrer seit 2000 gesetzlichen Aufgabe – von Krankenkassen (allerdings in geringem Ausmaße) betriebene sozialkompensatorische Gesundheitsförderung auch unter der Bedrängung, Förderungsbedingungen eines ex-ante-Nachweises von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Maßnahmen und Angebote (Evidenzpostulat) entsprechen zu können (vergleiche Kirschner und Elkeles 2004, Kirschner et al. 2004).

Diskussionen um die Rolle von Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung, wie sie zuletzt in Vorbereitung eines von allen Bundestagsfraktionen befürworteten Präventionsgesetzes geführt wurden,

dürfen allerdings nicht dazu missbraucht werden, den Krankenkassen eine alleinige Verantwortung für die Beseitigung langjährig gewachsener sozialer Problemlagen zuzuweisen und die öffentliche Hand von dieser ihrer Aufgabe zu entlasten. Schon die Ottawa-Charta betont die Notwendigkeit einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Die vielfältigen inhaltlichen Affinitäten zwischen Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Gesundheitsförderung (Raithel 2005, vergleiche Sting/Zurhorst 2000) und die jahrzehntelange Erfahrung der Sozialarbeit/Sozialpädagogik in der Arbeit mit besonders gesundheitsgefährdeten Gruppen sollten zudem zum Anlass genommen werden, diesen Ansatz in der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung zu nutzen und hierdurch einen Beitrag zu leisten, über die Beeinflussung des individuellen Lebensstils hinaus Lebenswelten gesund zu gestalten.

Ebenso wenig wie Gesundheitsförderung alleinig eine Aufgabe von Krankenkassen ist, beschränkt sich die Begründung für die Notwendigkeit sozialkompensatorischer Ansätze auch weder auf rein oder eher gesundheitspolitische noch auf rein oder eher sozialpolitische Begründungen. Etwa mit einem sozialetischen Hintergrund lässt sich eine solche Begründung auch aus gerechtigkeitspolitischer Argumentation führen, wie dies aus den Reihen der Kirchen und ihrer Verbände geschieht und auch in der Einladung zur hier dokumentierten Tagung des Diakonischen Werkes der EKD formuliert worden ist:

„Gesundheitliche Ungleichheit ist mit dem normativen Selbstverständnis unserer Gesellschaft nicht vereinbar. Die Frage nach dem Verhältnis zwischen Selbstverantwortung einerseits und der Gerechtigkeit des Gemeinwesens andererseits ist deshalb auch präventionspolitisch zu diskutieren.“

Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung bei der Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit sollen abschließend am Beispiel der Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen kurz

noch näher skizziert werden (vergleiche Elkeles und Kirschner 2004, 2005).

Aus dem Verlust der potenziell gesundheitsförderlichen materiellen und nichtmateriellen Funktionen der Erwerbsarbeit lassen sich Belastungen ableiten, die sich unter anderem auch in gesundheitlichen Folgen manifestieren können. Unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten weist die Langzeiterwerbslosigkeit besondere Bedeutung auf. Es ist davon auszugehen, dass sich in der Gruppe der Langzeiterwerbslosen die sozialen Problemlagen der übrigen arbeitsmarktpolitischen Problemgruppen kumulieren. Verfügbare Untersuchungen weisen auf einen durchgängig schlechteren Gesundheitsstatus von Erwerbslosen im Vergleich zu erwerbstätig Beschäftigten hin. Dies betrifft alle verfügbaren Indikatoren. Allerdings handelt es sich meist um Erkenntnisse auf der Basis von Querschnittsdaten, sodass Kausalaussagen zur Richtung von Ursache-Wirkungsbeziehungen bei ihnen nicht möglich sind.

Theoretisch wie empirisch plausibel ist sowohl von Effekten im Sinne der Kausationshypothese (insbesondere psychosoziale Belastungen der Erwerbslosigkeit verursachen gesundheitlich negative Folgen) wie auch im Sinne der Selektionshypothese (primär gesundheitlich Belastete sind verstärkt von Entlassungen betroffen und haben größere Schwierigkeiten, wiederbeschäftigt zu werden) auszugehen. Ein empirisch zweifelsfreier Nachweis einer dieser beiden Richtungen ist derzeit nicht generell möglich, für Zwecke der Prävention und Gesundheitsförderung jedoch auch entbehrlich, zumal sich vermutlich beide Effekte auch überlagern und von moderierenden Faktoren abhängig sind.

In Bezug auf bestimmte Krankheiten imponiert der „mental health“-Bereich und die Sucht mit erheblichen Prävalenzunterschieden zu Nichterwerbslosen, aber auch in anderen Krankheitsgruppen ergeben sich erhebliche Prävalenzunterschiede. Nahezu alle gesundheitlichen Risiken der allgemeinen Lebensbedingungen und des Verhaltens sind bei Erwerbslosen in höherem Maße ausgeprägt.

Die tendenziell höhere Inanspruchnahme des medizinisch-kurativen Sektors von Arbeitslosen kor-

respondiert nicht mit einer höheren Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven beziehungsweise gesundheitsförderlichen Angeboten sowie generellen Hilfsangeboten. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Eine Konzeptionierung von gesundheitlichen Interventionen und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsprogrammen für Erwerbslose steht also vor besonderen Herausforderungen.

Vor dem Hintergrund der hohen Morbiditätslast und der hohen gesundheitlichen Risiken dieser auch heterogenen Bevölkerungsgruppe dürfte deutlich werden, dass es sich bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung für diese Gruppe um mehr handeln muss als um die Bereitstellung von wie immer auch gearteten Kursprogrammen. Mit diesen allein wird sich der Gesundheitszustand dieser Gruppe nicht entscheidend verbessern lassen. Generell gilt für angebots-/nachfrageorientierte Ansätze (Interventionen werden Versicherten/Menschen angeboten, die diese in Anspruch nehmen können – oder nicht), dass diese eine selbstselektive Programmbeteiligung aufweisen, das heißt Menschen mit besonderen Interventionsbedarfen sind unter den Teilnehmenden in der Regel unterrepräsentiert. Bedarfsorientierte Ansätze müssten demgegenüber spezifische Bedarfe ermitteln und hierauf gerichtete zielgerichtete Interventionen entwickeln, um diese in irgendeiner Form „zuweisen“ zu können.

Bei nicht wenigen der von uns untersuchten Projekte (Elkeles und Kirschner 2004) fand sich jedoch ein Zwang zur Teilnahme, da ansonsten Leistungseinschränkungen seitens des Arbeitsamtes möglich waren. Damit aber ist dann eine Pflicht zur Gesundheitsberatung und gegebenenfalls Gesundheitsförderung etabliert, die nicht nur dem sozial-emanzipativen Charakter von Gesundheitsförderung widerspricht, sondern vielmehr auch grundsätzliche Voraussetzungen ihrer Wirksamkeit untergräbt.

Als Fazit soll daher festgehalten werden, dass Freiwilligkeit und Zustimmungsbereitschaft der Menschen eine der Grundvoraussetzungen von gesundheitsförderlichen Interventionen sein müssen (vergleiche Mergner et al. 1990). Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit leis-

ten. Der Beitrag einzelner Maßnahmen sollte jedoch nicht überschätzt werden: langjährig gewachsene soziale Problemlagen lassen sich kaum kurzfristig durch einzelne Maßnahmen „beseitigen“, besonders nicht ohne „gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ zum Beispiel in Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik.

Literatur

Badura, Bernhard (1994): Public Health: Aufgabenstellungen, Paradigmen, Entwicklungsbedarf. In: Schaeffer et al., a.a.O., S. 55 - 71.

Burzan, Nicole (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Lehrbuch (Hagener Studentexte zur Soziologie). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Elkeles, Thomas (2001): Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 71 - 82.

Elkeles, Thomas / Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Band 3 der Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe (Hrsg: Bundesverband der Betriebskrankenkassen). Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven.

Elkeles, Thomas / Kirschner, Wolf (2005): Unemployment as a determinant of health. In: Georgieva, Lidia, Burazeri, Genc, (Eds.) (2005): Health determinants in the scope of new public health. Hans Jacobs Publishing Company: Sofia / Lage, pp. 96 - 131.

Elkeles, Thomas / Mielck, Andreas (1997a): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen 59, 3: 137 -143.

Elkeles, Thomas / Mielck, Andreas (1997b): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 26 „Soziale Medizin“. Argument-Verlag: Hamburg, S. 23 - 44.

Elkeles, Thomas / Niehoff, Jens-Uwe / Schneider, Frank / Rosenbrock, Rolf (Hg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990. edition sigma – Rainer Bohn Verlag: Berlin.

Franzkowiak, Peter / Sabo, Peter (Hg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. 2. Aufl., Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim a.d.Selz, S. 11 - 38.

Kaba-Schönstein, Lotte (2003): Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Fachverlag Peter Sabo: Schwabenheim 2003, S. 96 - 104.

Kirschner, Wolf / Elkeles, Thomas / Kirschner, Renate (2004): Fonds/Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung – Plädoyer

für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen auf der Grundlage der Erfahrungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Gesundheits- und Sozialpolitik 58, 3 - 4: 37 - 45.

Kickbusch, Ilona (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner, Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hg.): Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl., Urban & Fischer: München und Jena, S. 181 - 189.

Kirschner, Wolf / Radoschewski, Michael / Kirschner, Renate (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung: Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard Verlag: St. Augustin.

Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. edition sigma – Rainer Bohn Verlag: Berlin.

Labisch, Alfons (1984): „Von der medizinischen Versorgung zur Gesundheitssicherung“. Bemerkungen zu Thomas McKeown's Buch „Die Bedeutung der Medizin“. Soziale Sicherheit 33, 11: 341 - 348.

Labisch, Alfons (1999): „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten. Zur Geschichte und Theorie des Problems „Medizin in der Gesellschaft2. In: Homfeldt, Hans Günther / Laaser, Ulrich / Prümel-Philippson, Uwe / Robertz-Großmann, Beate (Hg.): Gesundheit: Soziale Differenz – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen. Luchterhand: Neuwied und Kriftel, I 1 S. 1 - 49.

Labisch, Alfons / Tennstedt, Florian (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871 - 1945). In: Elkeles, Thomas / Niehoff, Jens-Uwe / Schneider, Frank / Rosenbrock, Rolf (Hg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 - 1990. edition sigma – Rainer Bohn Verlag: Berlin.

Labisch, Alfons / Woelk, Wolfgang (1998): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuausgabe. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 49 - 89.

McKeown, Thomas (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Edition Suhrkamp Neue Folge Bd. 109, Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main.

Mergner, Ulrich / Mönkeberg-Tun, Edeltraut / Ziegeler, Gerd (1990): Gesundheit und Interesse. Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. Psychosozial 13, H. 2 (Nr. 42, Schwerpunktthema „Gesundheit als gesellschaftlicher Zwang?“), 7 - 20.

Mielck, Andreas (2001): Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits-Chancen als Aufgabe für Public Health. Bundesgesundheitsblatt 44: 804 - 812.

Raithel, Jürgen (2005): Gesundheitsförderung und Sozialpädagogik – ein verdeckter Widerspruch? Interventionstheoretische Anmerkungen. Prävention 28, 4: 98 - 100.

■ Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung

Rosenbrock, Rolf (2004): Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. In: Elsner, Gine / Gerlinger, Thomas / Stegmüller, Klaus (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. VSA – Verlag: Hamburg, S. 11 - 24.

Schaeffer, Doris / Moers, Martin / Rosenbrock, Rolf (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. edition sigma – Rainer Bohn Verlag: Berlin.

Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. 6. Aufl., Elsevier: München.

Sting, Stephan / Zurhorst, Günter (Hg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Juventa Verlag: Weinheim und München.

Stollberg, Günter (1994): Aspekte einer Geschichte von Public-Health-Konzepten in Deutschland. In: Schaeffer et al., a.a.O., S. 29 - 42.

Waller, Heiko (2002a): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Aufl., Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart.

Waller, Heiko (2002b): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 5. Aufl., Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart.

Walter, Ulla / Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Prävention. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner, Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hg.): Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte. Aufl., Urban & Fischer: München und Jena, S. 189 - 210.

Walter, Ulla / Drupp, Michael / Schwartz, Friedrich Wilhelm (2002): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa Verlag: Weinheim und München.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stärken – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Die Ausgangslage

„Armut und Gesundheit“ ist der Titel der bundesweit größten, jährlich in Berlin stattfindenden Public Health-Veranstaltung in Deutschland. Seit mehr als zehn Jahren treffen sich Experten und Expertinnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis, um aktuelle Erkenntnisse und Handlungsstrategien vorzustellen und zu diskutieren (Geene/Halkow 2004), um einer durch die Forschung gut belegten Tatsache zu begegnen: Wer arm ist, also über ein geringes Einkommen und einen niedrigen Bildungsstand verfügt und keiner oder nur einer gering qualifizierten Erwerbsarbeit nachgeht, erkrankt durchschnittlich häufiger und schwerer und hat eine niedrigere Lebenserwartung. Menschen in schwieriger sozialer Lage sind höheren Belastungen ausgesetzt als sozial besser Gestellte, sie leben beispielsweise in schlechteren Wohnverhältnissen mit einem belastenden Wohnumfeld, haben einen ungesünderen Lebensstil und sind vielfältigen psychischen Belastungen ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen sie nicht über die notwendigen Bewältigungsressourcen (zum Beispiel soziale Netzwerke, finanzielle Mittel oder das Wissen um Unterstützungsangebote), um mit diesen Belastungen aktiv umzugehen (vergleiche zusammenfassend Mielck 2005 und SVR 2005).

Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung Berlins zeigt diese Zusammenhänge stellvertretend für andere Regionen deutlich auf: Im Berliner Bezirk Zehlendorf-Steglitz mit dem höchsten Sozialindex ist die Lebenserwartung der Bevölkerung im Durchschnitt fünf Jahre höher als im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg mit dem schlechtesten Sozialindex. Umgekehrt ist die vorzeitige Sterblichkeit (Sterblichkeit vor dem 64. Lebensjahr) dort überdurchschnittlich hoch (Senatsverwaltung 2004).

Zahlreiche politische Initiativen und Aktivitäten widmen sich inzwischen dem Problem der sozialen Ausgrenzung und der Verbesserung der Lebensbe-

dingungen sozial benachteiligter Menschen³. Initiativen mit ausdrücklichem Gesundheitsbezug sind zu finden in den Setting-Ansätzen der WHO (zum Beispiel Gesunde Schulen oder Gesundheitsfördernde Krankenhäuser) und im § 20 des SGB V, der den gesetzlichen Krankenkassen aufgibt, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen zu leisten. Doch wie kann dies konkret aussehen?

Aufbau einer bundesweiten Praxis-Datenbank

Um dieses Thema systematisch anzugehen, initiierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Herbst 2001 ein Expertengespräch zu diesem Thema. Statt aber nun eine weitere groß angelegte Forschungsstudie wie beispielsweise die weitgehend verpuffte Deutsche Herz-Kreislaufer-Interventionsstudie in den 80er Jahren in Auftrag zu geben, entschieden die Expertinnen und Experten in eine andere Richtung: es wurde angeregt, auf eine Interventionsberichterstattung zu setzen. Als Ziel wurde formuliert, Transparenz in dem bis dahin wenig durchsichtigen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung mit Soziallagenbezug herzustellen, die Praxis-Anbieter mit einander zu vernetzen und die Qualität der Interventionen zu sichern und zu entwickeln. Als erster Schritt sollte eine bundesweite Projektdatenbank aufgebaut werden.

Diese Aufgabe übernahm die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin, die bereits eine ähnliche Erhebung zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Berlin erstellt hat (Kilian/Geene 2002). Im Auftrag der BZgA befragte Gesundheit Berlin in 2002 und 2003 per Fragebogen zu Institutionen, Projekten und Maßnahmen

³ vergleiche beispielsweise die Programme „Soziale Stadt“ (www.soziale-stadt.de) und „Entwicklungen und Chancen junger Menschen“ (www.e&c.de).

mehr als 10 000 Träger der Gesundheitsförderung in Deutschland. Im Ergebnis entstand bis zum Sommer 2003 eine Übersicht mit weit über 2 000 gesundheitsfördernden Angeboten bei sozial Benachteiligten, die im Internet recherchiert werden kann.

Die Bereitschaft der Praxisanbieter, sich am Aufbau der Datenbank aktiv zu beteiligen, belegte den Bedarf an mehr Transparenz und führte dazu, dass weitere Handlungsfelder im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ angegangen wurden: Die Online-Datenbank wurde in eine Internet-Plattform integriert, die unter der Adresse www.gesundheitliche-chancengleichheit.de allen Interessierten aktuelle Informationen, Termine und Materialien rund um das Thema zur Verfügung stellt (Lehmann et al. 2003).

Gründung des Kooperationsverbundes

Im Herbst 2003 gründete sich der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in dem zunächst die BZgA, die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit ihre Aktivitäten zur Entwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bündeln und inhaltlich weiter entwickeln wollten.

Im Laufe der Arbeit erweiterte sich der Verbund zunächst um den BKK Bundesverband, der mit seinem Programm „Mehr Gesundheit für Alle“ eine beispielgebende Poolung von Finanzmitteln für die Gesundheitsförderung erreicht hat und hier bereits über 30 Modellprojekte anschieben konnte (Bellwinkel 2005).

Schließlich konnte im Oktober 2005 der Kooperationsverbund auf 37 Partner erweitert werden. Vertreten sind nun neben den Partnern der ersten Stunde auch alle Krankenkassenarten, einige Wohlfahrtsverbände – darunter die Diakonie – und weitere Akteure, die sich verstärkt im Feld der gesundheitlichen Chancengleichheit engagieren wollen. Die Arbeit des Kooperationsverbundes steht derzeit (Mai 2006) noch am Anfang, kann jedoch an eine Reihe von Aktivitäten anknüpfen, die seit dem Aufbau der Online-Datenbank entwickelt wurden.

Regionale Knoten

Neben der bereits erwähnten Online-Datenbank und der Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de wird im Rahmen des Kooperationsverbundes auch die Stärkung der Aktivitäten auf Landesebene unterstützt. „Regionale Knoten“ vernetzen die unterschiedlichen und vielfältigen Akteure in den Bundesländern, die oftmals nichts oder nur wenig über ihre jeweilige Arbeit wissen und über regionale Arbeitskreise und Fachveranstaltungen zum wechselseitigen Austausch motiviert werden. Dieses allen Regionalen Knoten gemeinsame Arbeitsprogramm wird durch länderspezifische Schwerpunktsetzungen ergänzt und soll perspektivisch durch weitere Aktivitäten – zum Beispiel eine qualifizierte individuelle Projektberatung von der Entwicklungsphase bis zu Evaluation – erweitert werden. Dies gilt auch für das Netzwerk der Regionalen Knoten selbst, das im Frühjahr 2006 elf Bundesländer umfasst und im Jahresverlauf bundesweit flächendeckend arbeiten soll.

Qualitätsentwicklung durch Good Practice

Ein weiteres Handlungsfeld der Regionalen Knoten befasst sich mit dem Thema der Qualitätsentwicklung in der gesundheitsfördernden Praxis. Hier gilt es, Erfolg versprechende Ansätze zu sammeln, zu systematisieren und der Praxis in einer gut strukturierten und zur angepassten Übernahme motivierenden Form zur Verfügung zu stellen. Dies soll über die Auswahl und Präsentation von Good Practice-Beispielen geschehen, die unter anderem durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten ausgewählt werden. Das Auswahlverfahren unterscheidet sich von anderen Ausschreibungen und Wettbewerben zur Identifizierung von guter Praxis durch seine Transparenz und Systematik: Grundlage der Good Practice-Auswahl ist ein vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes⁴ entwickelter Kriterienkatalog für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheits-

⁴ Im Beratenden Arbeitskreis sind Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Krankenkassen vertreten. Eine Übersicht über die Mitglieder findet sich unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

■ Sozillagenbezogene Gesundheitsförderung stärken

förderung (vergleiche auch www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Menüpunkt „Good Practice“). Über ein mehrstufiges Auswahlverfahren wird gemeinsam mit den Praxisanbietern beschrieben, wie beispielsweise erfolgreich die Kriterien „Partizipation“ oder „Niedrigschwelligkeit“ umgesetzt werden. Da die ausgewählten Angebote nicht alle zwölf Good Practice-Kriterien erfüllen müssen, vermeidet der Ansatz die drohende Überforderung der sich noch stark entwickelnden Praxis und motiviert stattdessen zur kreativen Übernahme erfolgreicher Ansätze.

Der Good Practice-Prozess kann inzwischen auf erste Ergebnisse verweisen (vergleiche Lehmann et al. 2005 und die Dokumentation der Good Practice-Beispiele in der Online-Datenbank), wird jedoch seine Wirksamkeit erst voll entfalten können, wenn ein bundesweiter, umfassender „Pool“ an guten Beispielen zusammengetragen wurde und im Rahmen von Veranstaltungen und im Austausch zwischen den Praxisanbietern diskutiert und weiterentwickelt werden. Der eingangs erwähnte Kongress „Armut und Gesundheit“ ist ein wichtiges Forum in diesem Prozess (www.armut-und-gesundheit.de).

Perspektiven

Nach der dynamischen Entwicklung des Kooperationsverbundes in den ersten beiden Jahren ist es nun vorrangig, dass die konkrete Vernetzungsarbeit zwischen den Partnern vorangetrieben wird, damit den Absichtserklärungen eine konkrete Praxis in der Gesundheitsförderung folgen kann. Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen haben mit dem am 10. Februar 2006 verabschiedeten Leitfa-den zur Umsetzung von § 20 (1) und (2) eine wichtige Grundlage geschaffen, in dem sie den Bereich der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Settings neu beschrieben haben und sich dafür zu einer Mindestausgabe von 50 Cent je Versicherten verpflichten. Der Setting-Ansatz wird als ein geeigneter Ansatz beschrieben, um sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen und ihre Lebenswelten gesundheitsgerecht zu gestalten. Neben dem Setting Schule werden auch Kitas und Stadtteileinrichtungen als Interventionsfelder angesprochen. Partizipation, Empowerment und eine vernetzte Handlungsstra-

tegie gelten dabei als Schlüsselbegriffe (Download unter www.g-k-v.com).

Hier sind insbesondere auch die Wohlfahrtsverbände angesprochen, sind sie doch in großem Umfang Träger sozialer Lebenswelten. Die freien Träger sind vielfach in schwierigen Stadtteilen verortet und verfügen über einen großen Erfahrungsschatz in der Arbeit bei sozial Benachteiligten. Auch in der sozialen Arbeit gibt es seit vielen Jahren die Diskussion um eine Umorientierung weg vom paternalistischen und pädagogisierenden Blick auf die Zielgruppen, hin zu einer verhältnispräventiven und partnerschaftlichen Arbeit (Schilling 2005).

Schon von daher sind die Wohlfahrtsverbände ein zentraler Ansprechpartner für eine kassenfinanzierte Gesundheitsförderung. Belastet ist die Zusammenarbeit aber mitunter durch Kürzungen im sozialen Bereich, die gerade freie Träger treffen. Mittel der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung können jedoch nicht als Dauerfinanzierung, sondern nur als Impuls für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten genutzt werden (Altgeld et al. 2006). Auf dieser Wegstrecke der Zusammenarbeit sollten Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände aufeinander zu gehen, um das gegenseitige Verständnis zu erhöhen und konkrete Kooperationen zum beiderseitigen Nutzen zu entwickeln.

Der Kooperationsverbund bietet sich als Plattform für diesen Prozess, dessen Ende offen ist: ob sich die Kooperation auf der Grundlage eines Präventionsgesetzes oder freiwilliger Vereinbarungen verfestigt, ist eine politische Frage. Entscheidend für die Praxis wird sein, ob es gelingt, den emanzipatorischen Gedanken der Gesundheitsförderung motivierend in die Lebenswelten sozial Benachteiligter einzubringen.

Literatur

Thomas Altgeld, Raimund Geene, Gerd Glaeske, Petra Kolip, Rolf Rosenbrock, Alf Trojan, Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik, Diskussionspapier der Friedrich Ebert-Stiftung, Eigenverlag FES, Bonn 2006. Kostenlos zu beziehen bei maha.rindermann@fes.de oder zum Download: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf>.

Michael Bellwinkel, Die Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ – Erfahrungen und Zukunftsperspektiven des BKK-Modells, in: Raimund Geene, Judith Steinkühler, (Hg.), Strategien und Erfahrungen

■ Sozialogenbezogene Gesundheitsförderung stärken

Mehr Gesundheit für alle, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Bd. 14, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2005.

Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger, Thomas Altgeld, Sven Brandes, Claudia Brendler, Christiane Bunge, Irina Fröse, Raimund Geene, Uta Grey, Daphne Hahn, Holger Kilian, Barbara Leykamm, Andreas Mielck, Tanja Philippi, Elisabeth Pott, Antje Richter, Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 22 („blaue Reihe“), Eigenverlag BZgA, Köln 2003. Kostenlos zu beziehen bei order@bzga.de (Bestellnr. 60 622 000) oder zum Download: www.bzga.de, Menüpunkt Infomaterialien → Fachpublikationen → Blaue Reihe.

Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein, Holger Kilian, Monika Meyer-Nürnberger, Sven Brandes, Gabi Bartsch, Kriterien guter Praxis in der gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret Bd. 5, Eigenverlag BZgA, Köln 2005. Kostenlos zu beziehen bei order@bzga.de (Bestellnr. 60 645 500) oder zum Download: www.bzga.de, Menüpunkt Infomaterialien → Fachpublikationen → Gelbe Reihe).

Raimund Geene, Anja Halkow (Hg.), Armut und Gesundheit, Strategien der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt/M 2004.

Holger Kilian, Raimund Geene, Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Berlin, Verlag b_books, Berlin 2002.

Eva Luber, Raimund Geene (Hg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt 2004, zum Download unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, Menüpunkt Good Practice → Literatur.

Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Einführung in die aktuellen Diskussion, Verlag Hans Huber, Bern 2005.

Johannes Schilling, Soziale Arbeit, Geschichte, Theorie, Profession, Ernst Reinhardt Verlag, München 2005

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.), Sozialstrukturatlas, Eigenverlag Senatsverwaltung, Berlin 2004.

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. 1: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention, Verlag Kohlhammer, Stuttgart 2005.

■
Kerstin Ketelhut

„Fitness für Kids“ – Frühprävention im Kindergartenalter

Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, erhöhter Blutdruck, Diabetes II und motorische Defizite haben bei Kindern in den letzten Jahren in Deutschland stark zugenommen. Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung sind die Ursachen für diese alarmierende Tendenz.

Um den Bewegungsmangel zu kompensieren und daraus resultierenden Folgeerkrankungen vorzubeugen, ist es sinnvoll, mit einer Präventionsmaßnahme möglichst früh zu beginnen. Aus diesem Grunde wurde das Projekt „Fitness für Kids“ – Frühprävention im Kindergartenalter – ins Leben gerufen, um bei Kindergartenkinder die Wirksamkeit einer gesundheitsorientierten Bewegungserziehung anhand von Herz-Kreislauf- und Motorikparametern zu testen.

Im Rahmen dieses Pilotprojekts nahmen 160 Berliner Kinder aus sechs Kindergärten an einer zweijährigen Bewegungsförderung teil. 105 weitere Kinder aus sechs vergleichbaren Einrichtungen bildeten die Kontrollgruppe. In den Interventionskindergärten wurde das Bewegungsprogramm einmal in der Woche von einem qualifizierten Übungsleiter und zwei weitere Male von den zwischenzeitlich geschulten Erziehern durchgeführt. Durch die Qualifizierung der Erzieher wurden Multiplikatoren ausgebildet, die seit Beendigung des Pilotprojekts die Bewegungserziehung selbständig fortsetzen. Auf diese Weise wird diese Maßnahme auf Dauer kostenneutral.

Bereits die Zwischen-, insbesondere aber die Abschlussergebnisse dieser Längsschnittstudie belegen statistisch hoch signifikante positive Auswirkungen dieser Bewegungsförderung auf die motorische Entwicklung bei den Kindern der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Diese eindeutige Tendenz zeigte sich bei allen motorischen Tests ($p < 0.001$). Ebenso wurde das Blutdruckverhalten durch die Intervention günstig beeinflusst. Hinsichtlich des diastolischen Blutdrucks ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in Ruhe ($p < 0.03$) und bei Belastung ($p < 0.001$). Das heißt im frühesten Kindesalter kann durch regelmäßige körperliche Aktivität die Entwicklung des Blutdrucks, als ein wesentlicher kardiovaskulärer Risikofaktor im späteren Erwachsenenalter günstig beeinflusst werden. Das ist insbesondere von Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass bereits bei der Einschulungsuntersuchung bei mehr als 10 Prozent der Kinder erhöhte Blutdrücke gemessen wurden.

Mit dem Projekt „Fitness für Kids“ konnte bewiesen werden, dass eine regelmäßige Bewegungserziehung bereits im frühesten Kindesalter eine effektive und zugleich kostengünstige Präventionsmaßnahme darstellt, um dem Bewegungsmangel heutiger Kinder zu begegnen. Hiermit sollte bereits im Vorschulalter begonnen werden, um der Entwicklung eines individuellen Risikoprofils frühzeitig vorzubeugen.

Anhang

Kurzinformationen zum Kooperationsverbund

Informationen rund um das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ finden sich auf der Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Hier finden sich insbesondere

- die Projekt-Datenbank mit Möglichkeit zur Online-Recherche,
- Informationen und Materialien zu verwandten Themen (zum Beispiel Gesundheitsziele und Gesundheitsberichterstattung),
- Informationen zu Good Practice in der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung,
- den Text des aktuellen „Leitfadens Prävention“ der Gesetzlichen Krankenkassen,
- einen Überblick über die Kooperationspartner im Verbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“,
- Informationen zur Arbeit in den Regionalen Knoten auf Ebene der Bundesländer und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner,
- Links und Adressen,
- aktuelle Termine und Veranstaltungen,
- Anträge auf finanzielle Förderung sind direkt bei den Krankenkassen zu stellen.

■ Anhang – Autorinnen und Autoren

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Thomas Elkeles
Hochschule Neubrandenburg
✉ elkeles@fh-nb.de

Prof. Dr. Raimund Geene
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)/Standort
Stendal
✉ raimund.geene@hs-magdeburg.de

Dr. Kerstin Ketelhut
Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.
✉ kerstin.ketelhut@fitness-fuer-kids.de

Roland Klose
Diakonisches Werk der EKD
Zentrum Familie, Integration, Bildung und Armut
✉ klose@diakonie.de

Dr. Tomas Steffens
Diakonisches Werk der EKD
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
✉ steffens@diakonie.de

Fachgespräch „Gesundheitliche Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe“ des Diakonischen Werkes der EKD, 25. Januar 2006 in Berlin

09:30 Uhr	Check In
10:00 Uhr	Begrüßung und Einführung in die Tagungsarbeit: Prävention und Gesundheitsförderung als diakonische Aufgabe Dr. Tomas Steffens Dr. Karl-Heinz Drescher-Pfeiffer Diakonisches Werk der EKD e.V., Berlin
10:30 Uhr	Lebenslagen und Armutsrisiken – Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung Roland Klose Diakonisches Werk der EKD e.V., Stuttgart
11:15 Uhr	Gesundheitliche Ungleichheit – Daten und Erklärungen Dr. Andreas Mielck GSF-Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Neuherberg (bei München)
12:00 Uhr	Chancen und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung bei Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit Prof. Dr. Thomas Elkeles Hochschule Neubrandenburg
12:45 Uhr	Imbiss
13:30 Uhr	Ethische Reflexionen: Eigenverantwortung und Solidarität Dr. Andrea Dörries Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Hannover
14:15 Uhr	Konzept und Praxis: Der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten Dr. Raimund Geene Gesundheit Berlin e.V.
15:00 Uhr	Good Practice: Fitness für Kids Dr. Kerstin Ketelhut Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Berlin
15:45 Uhr	Moderierte Abschlussdiskussion Gesundheitliche Chancengleichheit – präventionspolitische, ethische und fachliche Aufgaben der Diakonie
Tagungsende:	gegen 16:30 Uhr

Für die finanzielle Unterstützung danken wir dem BKK Bundesverband.

