

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche: (Auch) ein Thema für die Krankenkassen?

Die Antwort auf die Frage, die im Titel dieses Vortrags gestellt wird, ist eindeutig: Natürlich ist die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder auch ein Thema für Krankenkassen. Auch, weil die Kernaufgabe der Krankenkassen sicherlich im Leistungswesen liegt, Prävention und Gesundheitsförderung daher ein verhältnismäßig kleines, aber immerhin auch eines ihrer Aufgabenfelder ist. Auch deshalb, weil die Förderung der Gesundheit dieser Zielgruppe eine gesellschaftspolitische Aufgabe ist, die von sehr unterschiedlichen Faktoren, Ursachen und Verantwortungsbereichen beeinflusst wird. Der Einfluss der Krankenkassen ist auf viele dieser ursächlichen Bezüge – wenn überhaupt vorhanden – oft nur sehr gering.

Die Handlungsgrundlage für die Krankenkassen ist der § 20 SGB V, in dem ihre Aufgabe beschrieben ist, mit der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch einen Beitrag zu leisten zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Als Vertreterin des BKK Bundesverbandes will ich das Thema aus der Sicht meines Verbandes beleuchten. Dabei unterscheiden wir uns in den grundsätzlichen Positionen nicht von den anderen gesetzlichen Krankenkassen. In der praktischen Umsetzung ist das BKK-System beim Thema „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ aber bislang beispielhaft.

Der BKK Bundesverband führte einen Teil der für die Prävention zu verausgabenden Gelder in einem Fonds zusammen, aus dem größere und kleinere Projekte gefördert werden. So kann dazu beigetragen werden, dass erfolgreiche Strategien und gute Praxisbeispiele Verbreitung finden. Dies ist auch eine Dienstleistung des BKK BV für seine Kassen, die auf der lokalen Ebene aufgrund fehlender Personalressourcen diese Förderung von Setting-Projekten nicht leisten können.

Auf dem Berliner Fachforum „Armut und Gesundheit“ im Dezember 2003 konnte man einen Eindruck von den vielfältigen Projekten bekommen, die der BKK in diesem Zusammenhang fördern und mit denen wir zusammenarbeiten. In diesen Projekten haben wir Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen, die für die weitere Arbeit hilfreich sind. Inzwischen ist es zumindest in Fachkreisen unumstritten, dass Gesundheit in erheblichem Maße von den Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflusst wird, ebenso, dass Gesundheit einen sozialen

Gradienten aufweist, d.h. sich der Gesundheitsstatus der Menschen sowohl innerhalb von sozialen Schichten als auch zwischen den Schichten verschlechtert. Es ist zudem allgemein bekannt, dass das Interesse an aktiver Einflussnahme auf und Verantwortung für die eigene Gesundheit eher in der Mittelschicht thematisiert wird.

Gesundheitliche Ungleichheit hat viele Ursachen: Es sind zum einen die zumeist schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen. Ein weiterer Aspekt ist das subjektive Empfinden um den eigenen niedrigeren sozialen Status. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die belegen, dass bereits mit diesem Bewusstsein ein erhöhter physiologischer Stressfaktor einhergeht. Unsere Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass Geld und Status mit Wert und Anerkennung gleichgesetzt werden. Damit wird es aber für Menschen mit geringerer Bildung oder anders gelagerten Kompetenzen schwer, auch für einfache Arbeit und für Anstrengungen am individuellen Leistungsvermögen gemessen, Arbeitszufriedenheit, Stolz, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln. Ein dritter Faktor ist ein höheres Maß an gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen, die ich mit den drei Schlagworten Rauchen, Bewegungsarmut und Ernährung umreißen will.

Gesundheit und Krankheit basieren auf vielfältigen Faktoren. Auch wenn sie letztendlich nicht der Kontrolle und Macht des Einzelnen unterliegen, hat der Einzelne dennoch in gewissem Maße Einfluss und Verantwortung für sein gesundheitliches Wohl- oder Missbefinden. Die Verantwortung für den persönlichen Lebensstil dürfen wir bei aller berechtigten Fokussierung auf die Veränderung von Settings nicht übersehen. So ist z. B. das Rauchen das größte, individuell vermeidbare Einzelrisiko. Wenn bei mehr als vierzig (chronischen) Erkrankungen mit z.T. tödlichem Ausgang das Rauchen einen erheblichen Stellenwert hat, wäre es verantwortungslos, dies nicht auch im Rahmen von Setting-bezogenen Maßnahmen für sozial Benachteiligte zu thematisieren. Die Frage ist nicht „ob“, sondern „wie“.

Die Verantwortung für den eigenen Lebensstil wahrzunehmen und zu erfüllen, erfordert Interesse und Sensibilität für das Thema und ggf. die Bereitschaft zur Veränderung von Gewohnheiten. Das sind Dinge, die vielen Menschen schwer fallen. Gerade (aber sicherlich nicht nur) Menschen in sozial belasteten Le-

benssituationen setzen oft andere Prioritäten und fühlen sich von dem Thema „Gesundheit“ nur mittelbar angesprochen.

Gesundheitsförderung muss daher parallel zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen herausfinden, in welchem Rahmen, mit welchen Zugängen und mit welchen Methoden die erforderlichen psychosozialen Kernkompetenzen entwickelt, gefördert und gefordert werden können.

Zu den grundlegenden Faktoren für Gesundheit gehört Bildung. Kinder, die eine Chance haben, sich durch gute Bildung und kompensatorische Erfahrungen in der Schule weiterzuentwickeln, können so der sozialen Benachteiligung entkommen. Zu diesen Erfahrungen gehören insbesondere soziale Kernkompetenzen, wie die Übernahme von Verantwortung für sich und andere, die Bereitschaft, Unlustgefühle zugunsten längerfristiger Ziele zu ertragen, oder die Fähigkeit, verbindlich Termine einzuhalten. Diese Kompetenzen sind jedoch nicht nur fürs Lernen und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wichtig. Sie sind auch wichtig, um einen selbstverantwortlichen gesundheitsrelevanten Lebensstil zu entwickeln.

Kompensatorische Erziehung, verbesserte Bildungschancen und Integration in den Arbeitsmarkt sind damit wesentliche Grundlagen auch für die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens breiter Bevölkerungsgruppen. Diese Bereiche liegen jedoch nicht im Verantwortungsbereich der Krankenkassen.

Was bedeutet dies nun für die Gesundheitsförderung für Kinder? Ich erlebe in meiner Arbeit immer wieder, dass Projekte für Kinder gern von Entscheidungsträgern akzeptiert werden. Etwas für Kinder zu tun, macht sich immer gut, das tut keinem weh, damit eckt man nicht an. Zum Beispiel Suchtprävention für Kinder – prima, machen wir gern. Das Thema Tabakpolitik angehen? Da gibt es dann schon eher Zögerlichkeiten und Zurückhaltung. Dann doch lieber Projekte für Kinder umsetzen.

„Wir können Kinder nicht erziehen, sie ahmen letztendlich nur das nach, was sie bei uns sehen“, so die Aussage eines Pädagogen. Diese Erkenntnis ist so einfach, wie sie weitreichend ist. Vor diesem Hintergrund ergibt sich von selbst, was längerfristig die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflussen kann. Es ist vorrangig die Gestaltung der Lebenswelt und die Ansprache, Sensibilisierung und Motivierung der Eltern und der Erwachsenenwelt (an der sich Kinder und Jugendliche orientieren), die beim Thema „Gesundheitsförderung für Kinder“ im Vordergrund stehen müsste. Aber wie erreichen wir Eltern und andere erwachsene Vorbilder mit ihren meist gefestigten Verhaltensmustern und

Einstellungen?

Das Ziel, die Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu fördern, erfordert ein ausdauerndes, sensibles und kreatives Engagement auf unterschiedlichen Ebenen. Bei der Realisierung von Maßnahmen sind neben den gesundheitsbezogenen Kompetenzen insbesondere praktische Erfahrungen in der Arbeit mit sozial benachteiligten Personengruppen von Bedeutung. Viele der inhaltlich konzipierten Programme sind von Präventionsexperten konzipiert und sind damit auf die Erfahrungen und Lebensweisen eines Mittelschichtsklientels ausgerichtet. Dies zeigt z. B. eine Studie des BKK Bundesverband mit der Uni Essen zum Thema „Adipositasprogramme für sozial benachteiligte Kinder“. Selbst wenn sozial benachteiligte Kinder auch in einzelnen Programmen teilnehmen, so ist unter ihnen die Abbrecherquote besonders hoch. Es bleiben allenfalls einige „Alibikinder“ übrig. Hier fehlen diesen Programmen die sonderpädagogischen Praxiserfahrungen bezogen auf ihre Struktur und Umsetzung.

Im Rahmen seines Projektes „Mehr Gesundheit für alle“ hat der BKK Bundesverband mehr als zwanzig Projekte angeregt und unterstützt. Eine Reihe dieser Projekte bezieht sich auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Viele Projekte werden von Organisationen und Menschen umgesetzt, die direkt im Kontakt zu den Zielgruppen stehen und auf dieser Grundlage den Gesundheitsbezug herstellen. Hierzu gehören u.a. Gesundheit Berlin, das Ethnomedizinische Zentrum und die Landesvereinigungen für Gesundheit.

Das mit der Landesvereinigung für Gesundheit in Niedersachsen durchgeführte Projekt bezieht sich auf die Entwicklung von Ansätzen zur Förderung sozial benachteiligter Kinder in Kindertagesstätten. Der Erfolg dieses Projektes, dessen erste Phase abgeschlossen ist, liegt darin, dass mit den Erzieher/innen gemeinsam erarbeitet wird, wie der Anspruch, sozial benachteiligte Kinder wirklich zu fördern, zu realisieren ist, welche ihrer Kernkompetenzen dafür hilfreich entwickelt werden können. Nicht neue Programme, die „von oben“ zusätzlich den Erzieher/innen „auferlegt“ werden, sondern die Bewusstmachung und Stärkung bestehender Ressourcen für die Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen – dieser Ansatz könnte sich als ein wichtiges Erfolgskriterium für das Projekt erweisen. Der BKK Bundesverband finanzierte die Pilotphase, in der die Grundlagen für die praktische Umsetzung in mehreren Bundesländern gelegt wurden.

Die Erprobung und Umsetzung von Gesundheitsaudits an Schulen ist ein weiteres Projekt, das in Kooperation mit den Landesvereinigun-

gen für Gesundheit in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und im Saarland durchgeführt wird. Dieses ist ein auf Schulentwicklung ausgerichtete Projekt. Durch die Auditierung wird den Schulen eine Orientierung zur und gleichzeitig eine Anerkennung für gesundheitsbezogene Entwicklungen und Investitionen gegeben.

Mit „be smart, don't start“ und „Klasse 2000“ werden weitgehend schon fast institutionalisierte bundesweite Programme gefördert. Sie sind auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche direkt bezogen und zielen darauf ab, Interesse und Fähigkeiten zu vermitteln, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Durch die BKK-Förderung wird die Umsetzung der Programme in Regionen mit hohem Maß an sozialen Problemen gestärkt.

Die kultursensible Vermittlung von gesundheitsbezogenen Themen ist Ziel eines von Hannover ausgehenden Projektes. Anerkannte Personen innerhalb der Migrantengemeinden werden für die Beratung über relevante Gesundheitsthemen – von Impfen über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bis hin zu Fragen der Prävention – geschult. Selbstverständlich gehören Fragen zur Kindergesundheit zum Themenspektrum und tragen dazu bei, Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung zu stärken.

In einem Berliner Projekt werden türkische Frauen in ihrer Schlüsselfunktion als „Gesundheitsmanagerin in der Familie“ gefördert. Ein Projektmodul bezieht sich auf den Bereich Ernährung. Hier entwickeln die beteiligten Frauen gemeinsam ein türkischsprachiges „Kiez-Kochbuch“, in dem neben Rezepten auch Informationen zur gesundheitsgerechten Ernährung vermittelt werden. Ziel ist es, mit diesem Projekt, insbesondere im Hinblick auf das Übergewicht vieler Kinder, präventiv wirksam zu werden.

Auch die GKV Spitzenverbände haben sich in einem gemeinsamen Projekt auf die Schulentwicklung verständigt. Dies war in der Vorbereitungsphase nicht immer einfach, konnte aber doch konstruktiv gestartet werden. Hierbei arbeiten die Verbände mit den Landesvereinigungen in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz zusammen. Das Projekt besteht aus den drei Modulen „Gesundheitsmanagement in der Schule“, „Netzwerk für Gesundheit“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule“. In diesen Projekten, bei denen insbesondere Schulen mit hohem Bezug zur Zielgruppe sozial Benachteiligter beteiligt werden, steht die Entwicklung von Strukturen im Vordergrund.

Die GKV Kassenverbände sind auch eng in die Diskussionen und Aktivitäten auf gesundheitspolitischer Ebene eingebunden, wie im Deutschen Forum für Prävention und Gesund-

heitsförderung oder bei „gesundheitsziele.de“. Die Ernsthaftigkeit des Engagements der GKV dokumentiert ein Positionspapier. Danach soll die Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche auf der Basis der Ergebnisse der Fachgruppe von „gesundheitsziele.de“ erfolgen. Die darin fokussierten Settings beziehen sich auf Familie und Freizeit, Kindertagesstätten und Schulen und speziell (aber nicht ausschließlich) in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Förderung des Nichtrauchens. In dem Papier bestätigen sie, dass sie „im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ihre Erfahrungen im Projektmanagement der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ einbringen und mit den verantwortlichen Akteuren kooperieren wollen. Sie weisen aber auch darauf hin, dass sie aufgrund ihrer begrenzten Zuständigkeit nicht an deren Stelle treten können und dass die Unterstützung der o.a. Settings vorrangig eine Aufgabe der Träger der Daseinsvorsorge ist.

Zurzeit bereiten die GKV Spitzenverbände die Gründung einer eigenen Stiftung vor. Diese Stiftung wird auf die Förderung von Setting-Projekten ausgerichtet sein.

Die bisherigen Aktivitäten der GKV zeigen, dass wir – nach einer gewissen Anlaufzeit in diesem nicht einfachen Feld der Gesundheitsförderung – engagiert unsere Verantwortung wahrnehmen. Wir müssen jedoch weiterhin darauf hinweisen, dass wir dies nicht als Ausfallbürge tun, wenn in immer mehr gesellschaftspolitischen Bereichen durch Einsparungen entsprechende Verantwortlichkeiten zurückgefahren werden.

Ich will meinen Beitrag beenden mit dem zentralen Grundverständnis, das gerade bei der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Personengruppen von Bedeutung ist: Die beste Gesundheitsförderung ist die, über der nicht das Etikett „Gesundheitsförderung“ steht.