

Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen – Projekte aus der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V.

Überblick

Der vorliegende Beitrag ist die überarbeitete und ergänzte Fassung des Vortrages anlässlich des 2. Fachforums Gesundheit im Juni 2003 „Vernetzung – Macht - Gesundheit“. Im Rahmen des Vortrages und in den anschließenden Diskussionen wurde vielfach nach den Basisinformationen zur Gesundheitsförderung gefragt. Diesem Bedürfnis trägt die Ausarbeitung vor allem insofern Rechnung, als dass einleitend – und dies ausführlicher als im Vortrag – die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention aus ihrer Entstehungsgeschichte (Ottawa-Charta, Gesunde Städte-Projekt) erläutert werden, anschließend wesentliche Akteure und Handlungsfelder benannt und schließlich die einzelnen Teilaspekte der Gesundheitsförderung definiert werden.

Dann wird die Erhebung gesundheitsförderlicher Angebote für sozial Benachteiligte, die Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002/03 durchgeführt hat, ausführlich dargestellt. Besonderer Wert wird dabei auf die Praxisbeispiele im Zusammenhang mit Quartier und Wohnumfeld gelegt sowie auf Angebote für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

Abschließend erläutert die Arbeit die Weiterentwicklung der Datenbank, die ja nicht auf die Funktion einer punktuellen Bestandsaufnahme beschränkt bleibt. Vielmehr wird hier ein Instrument aufgebaut, das die Kommunikation, die Vernetzung und das Erfahrungslernen der Gesundheitsförderung verbessern wird. Als sog. „lebendige Datenbank“ werden die Selbstdarstellungen der Projekte laufend aktualisiert und zukünftig als Internetplattform um aktuelle Infos und Diskussionen ergänzt. Mit sog. „regionalen Knoten“ wird neben der digitalen auch die persönliche Vernetzung gefördert, so dass im Ergebnis ein breites Netzwerk der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte entstehen wird.

Besonderer Dank gilt den Kolleg/innen, mit

denen ich an dem Datenbankprojekt zusammenarbeite, hier insbesondere Dipl. Soz. Holger Kilian MPH von Gesundheit Berlin, aus dessen Feder, oder besser Computer, die wesentlichen Teile der Erhebungsauswertung stammen, sowie Dr. Antje Richter von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Dr. Monika Meyer-Nürnberg und Dr. Frank Lehmann von der BZgA.

1. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnen als Begriffe jene Strategien, die der Entstehung und Behandlung von Krankheit vorgelagert sind. Dabei gibt es eine erhebliche Schnittmenge zwischen diesen nicht trennscharfen Begriffen. Sie werden im Folgenden analog zu den zentralen Begrifflichkeiten der Projektausschreibung wie die Ottawa-Charta, Verhaltens- /Verhältnisprävention oder Zielgruppenbezug dargestellt.

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der allgemein anerkannte Bezugspunkt der Gesundheitsförderung. Die WHO hat bereits 1946 in ihrer Präambel Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ definiert (WHO 1946). Dabei wird Gesundheit als umfassendes Menschenrecht beschrieben. Mit der EntschlieÙung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wurde dieser umfassende Anspruch auf der 30. Weltgesundheitsversammlung 1977 zum politischen Handlungsansatz aktualisiert und konkretisiert über die Empfehlung, Gesundheitsziele zu benennen (O'NEILL 1984).

Im Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen des Europäischen Regionalbüros der WHO wird dieser Ansatz 1981 fortgeschrieben mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, präventive Gesundheitserziehung und unterstützende Gesundheitserziehung. Gesundheitsförderung, der hier erstmals ein eigenständiger Rang eingeräumt wird, wird dabei beschrieben als „eine Vielfalt von Ansätzen und Maßnahmen, die die unspezifische Krankheitsverhütung und die Förderung einer positiven Konzeption der Gesundheit im Zusammenhang mit Lebensqualität zum Gegenstand haben“ (WHO 1981). Dies soll dazu führen, „allen Menschen ein besseres Maß an Gesundheitsmöglichkeiten zu geben, um damit ihr jeweils höchstmöglichstes Potenzial in Hinblick auf ein sozial und wirtschaftlich

produktives Leben verwirklichen zu können“ (ebd.).

Auf dieser Grundlage fand 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa statt, auf der die „Magna-Charta der Gesundheitsförderung“ verabschiedet wurde. Diese sog. „Ottawa-Charta“ (WHO 1986/1994) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (ALTGELD et al. 1997, TROSCHE et al. 1996). Die Charta betont die Bedeutung gesellschaftlicher Voraussetzungen für Gesundheit wie saubere Umwelt und soziale Gerechtigkeit. Dies formuliert einen Ansatz für ein modernes Gesundheitswesen durch ein „bio-psycho-sozio-kulturelles Paradigma Gesundheitsförderung“, welches ein integrierendes Konzept für eine „koordinierende Metaperspektive“ darstellt (MILZ 1996, 88f).

Die Ottawa-Charta ist stark handlungsbezogen und schlägt der Politik fünf sog. „Aktionsstrategien“ vor. Mit der Forderung nach „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten“ werden die sozialen und ökologischen Umweltbedingungen angesprochen, die im Interesse der Gesundheit der Menschen zu gestalten sind. Die „Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln“ und die „Stärkung entsprechender Gemeinschaftsaktivitäten“ zielt darauf ab, den Menschen die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung ihrer Gesundheitsbedingungen zu ermöglichen (enabling) und soziale Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung aufzubauen und zu unterstützen. Die vorgeschlagene „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik“ soll die Gesundheitsförderung zum Leitbegriff der Gesundheitspolitik aufwerten und darüber hinaus auch in alle anderen Politikfelder einwirken. Um in den zentralen Bereiche politischer und administrativer Verantwortung wirken zu können, ist die „Neuorganisation der Gesundheitsdienste“ vorgesehen. Dabei sollen die Gesundheitsdienste zunächst ihre eigene Organisationsform und ihr Angebot weiterentwickeln, um sodann die verschiedenen Ansätze und Interessengruppen zusammenzuführen und zu koordinieren (WHO 1986/1994).

Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO

Als sozialer Ort für die Verwirklichung dieser Strategien wird die Stadt bzw. Region angesehen, in der die Menschen leben. Dort kommen die Probleme von sozialem Wandel, Veränderung der Familienstruktur und Entwicklung neuer Lebensstile sichtbar zum Ausdruck. Als Initiative zur praktischen Umsetzung auf lokaler Ebene mobilisiert die WHO seit 1987 für ein „Healthy-City-Project“ (dt.: Gesunde-Städte-Projekt). Das Projekt soll in kleinteiligen Schritten vor Ort den Ansatz der Gesundheitsförderung einbringen, um- und durchsetzen (WHO 1991, 1992). Die WHO setzt dabei auf ökologische und kulturelle Vielfalt, auf die Diskussion zwischen den verschiedenen Interessengruppen und auf die Förderung von Gesundheit: „Eine gesunde Stadt verbessert kontinuierlich jene physischen und sozialen Umwelten und stärkt all jene kommunalen Potenziale, die es seinen Bürgerinnen und Bürgern erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich ihren Anlagen entsprechend maximal zu entfalten“ (WHO 1991, S. 20).

Dem 1989 gegründeten bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerk gehören etwa fünfzig Kommunen an, die per Selbstverpflichtungserklärung beigetreten sind, darunter die Großstädte Hamburg, Köln, Frankfurt/Main, München, Dresden und Rostock (GEENE et al. 2002). Europaweit sind etwa 1.300 Städte im Verbund organisiert (NEUHAUS 2002). Analoge Projekte entwickelt die WHO gemäß ihrer sog. Setting-Ansatzes auch unter Leitbegriffen wie „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ oder „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ (BARIC/ CONRAD 2000). In Settings (dt. Rahmen, Schauplatz und hier vor allem: Lebensbereich) werden Gesundheitsziele in sozialen Gefügen und Organisationsstrukturen nach den spezifischen Lebensbedingungen formuliert. Die Menschen verbringen den größten Teil ihrer Zeit in ihren beruflichen, regionalen und sozialen Lebensbereichen. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, mit Hilfe möglichst vieler Beteiligter die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich aufzu-

Gesundheitsförderung

1946 WHO-Gründung

Gesundheit = physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden

1977 Gesundheit für alle

1981 WHO Europa Regionalprogramm

1986 Ottawa-Charta

1989 Gesunde-Städte-Netzwerk Bundesrepublik Deutschland

Setting-Konzept

1992 Erklärung von Rio: nachhaltige Entwicklung – Lokale Agenda 21

Tabelle 1

spüren und zu entwickeln. Durch aktive Beteiligung der Menschen soll deren Sachverstand und Handlungsfähigkeit für Gesundheitsfragen vor Ort genutzt (Partizipation) und gestärkt (empowerment) werden. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass die Beteiligung der Bürger/innen, als Betroffene oder Patienten/innen, der Schlüssel für Formulierung wie Durchsetzung von Reformprozessen im Gesundheitswesen sein kann (BRÖSSKAMP-STONE et al. 2000).

In der Kommune trifft sich der Ansatz der Gesundheitsförderung mit anderen Konzepten, insbesondere aus den Bereichen Soziales, Stadtentwicklung und Umweltschutz, darüber hinaus aber auch mit den Strategien der Ressorts Schule, Verkehr, Bauen und Wirtschaft. Tatsächlich verfolgen auch die Konzepte der „nachhaltigen Entwicklung“ (sustainable development) der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (1997) und die „Erklärung von Rio“ (1992) mit der sog. Agenda 21 weitgehend identische Ziele wie das Gesunde-Städte-Programm der WHO mit seinem sozialökologischen Gesundheitsbegriff, und insbesondere in den Forderungen nach ressortübergreifender Kooperation und breiter Bürgerbeteiligung sogar die gleichen Handlungsstrategien (TROJAN/LEGEWIE 2001, GEENE et al. 2002).

Es besteht jedoch keine gesetzliche Verpflichtung der lokalen Akteure, Mittel für Aktivitäten der Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld bereit zu stellen.

Träger der Gesundheitsförderung und Prävention

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung verweist in seinem „Überblick über das Sozialrecht“ angesichts der hohen Erwartungen, die an gesundheitsfördernde Angebote der Krankenkassen nach dem reformierten § 20 SGB V gestellt werden (vgl. unten) darauf, dass „sich der Auftrag zur Gesundheitsförderung in erster Linie an den öffentlichen Gesundheitsdienst richtet, für den die Länder die Verantwortung tragen“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, S. 145).

Kommunale Gesundheitsförderung durch den ÖGD

Dieser Vorgabe wird auf kommunaler Ebene im Land Berlin entsprochen. Das Berliner Gesundheitsdienstgesetz (GDG) von 1994 weist der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert im Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu (vgl. § 1(3) GDG). Insbesondere kommt dem ÖGD die Aufgabe zu, die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung zu dokumentieren und zu bewerten, um anschließend problemorientiert

Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu planen und zu koordinieren.

Grundsätzlich gilt das Prinzip der Subsidiarität, nach dem die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote im Regelfall an Organisationen, Institutionen und Gruppen außerhalb des ÖGD delegiert wird (vgl. § 1(2) GDG). Dem ÖGD bleibt neben seinen koordinierenden, steuernden und planenden Aufgaben aber auch die Option zur „Durchführung ergänzender eigener Aktivitäten im Bereich gesundheitsfördernder und -bildender Maßnahmen in Kooperation mit anderen kompetenten Trägern, Organisationen und Gruppen“ (§ 20(7) GDG, vgl. auch § 3 GDG).

Plan- und Leitstellen Gesundheit

- Sicherstellung der Gesundheit(-sförderung)
- Koordinierung
- Berichterstattung
- Psychiatriekoordination

sowie Beratung und Betreuung

- Familien und Schwangeren
- Zahnärztlicher Dienst
- sportmedizinische Fragen
- Eingliederung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen
- psychisch Kranken und Abhängigkeitskranken, Krebs, AIDS, Tbc sowie chronisch Erkrankte
- Selbsthilfezentren, Nachbarschaftsheimen

Tabelle 2

Mit der Wahrnehmung dieser Koordinationsaufgaben werden auf bezirklicher Ebene die 1994 eingerichteten „Plan- und Leitstellen für Gesundheitsförderung“ (PLSt) beauftragt (vgl. § 20(9) GDG), zu deren Aufgaben auch die Erstellung einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung gehört (vgl. § 20(8) GDG).

Der Abschnitt IV des GDG „Gesundheitsförderung und Prävention“ bestimmt ein breites Spektrum von Zielgruppen und Handlungsfeldern für gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen. In jeweils eigenen Paragraphen sind erfasst:

- Beratung und Betreuung von Familien und Schwangeren (§ 21),
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (§ 22),
- Zahnärztlicher Dienst (§ 23),
- Beratung und Betreuung bei sportmedizinischen Fragen (§ 24),
- Sicherung der Eingliederung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen (§ 25),
- Beratung und Betreuung von psychisch Kranken und Abhängigkeitskranken (§ 26),

- Betreuung von Krebskranken und anderen Chronischkranken (§ 27),
- Beratung und Betreuung von Personen, die an sexuell übertragbaren Krankheiten oder AIDS erkrankt sind bzw. gefährdet sind (§ 28) und
- Gesundheitshilfe bei Tuberkulose und Lungenerkrankungen (§ 29).

Das Gesundheitsdienstgesetz legt fest, zu den Aufgaben des ÖGD gehöre die „Sicherstellung von sozialer Chancengleichheit für die Nutzung präventiver, gesundheitsfördernder Angebote durch die Bevölkerung mittels Gewährleistung jeweils zielgruppenadäquater Ausrichtung und Vielfalt dieser Angebote“ (§ 20(6) GDG) sowie die „dauerhafte Sicherung von Qualität und Kontinuität dieser Maßnahmen und Angebote“ (§ 20(2) GDG). Die Grundsätze der Zielgruppengenauigkeit und Qualitätssicherung finden ihren Ausdruck u.a. in der Bestimmung der in den einzelnen Aufgabenbereichen vertretenen Professionen. Mehrfach wird ausdrücklich eine Personalausstattung gefordert, deren Qualifikationsprofil neben medizinisch-therapeutischen Fachkräften (Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Psychologen/innen) in einer multidisziplinären Ausrichtung auch Pädagogen/innen und Sozialarbeitern/innen umfasst (insb. §§ 21, 22(6), 25(2) GDG).

Entsprechend dem im Berliner GDG formulierten Subsidiaritätsgrundsatz besteht die Aufgabe des ÖGD primär in der Koordination und Vernetzung bestehender Angebote, (§ 1(2) GDG, vgl. oben), so dass freien Trägern (z.B. Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen, Initiativen, Kirchen) eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen zukommt. Diese werden im Rahmen von Nachbarschaftszentren, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und weiteren zielgruppenspezifischen Projekten und Angeboten durchgeführt, oft mit großem persönlichen Engagement der Mitarbeiter/innen.

Gesundheitsförderung durch Krankenkassen

Als ein wesentlicher Träger der Gesundheitsförderung gelten auch die gesetzlichen Krankenkassen. 1989 war im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes der § 20(1) SGB V eingeführt worden, durch den die gesetzlichen Krankenkassen erstmals den Auftrag erhielten, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu finanzieren. Die wenig spezifische, qualitativ ungesicherte und stark mittelschichtorientierte Ausrichtung der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung (KIRSCHNER et al. 1995) bedingte die Streichung dieser Vorschrift im Zuge des Neuordnungsgesetzes 1996/97. Weil sie diese Fehlentwicklung vorhersahen, bemü-

hen sich die Träger der Gesundheitsförderung heute um eine präzise Beschreibung der Ausrichtung ihrer Angebote und Leistungen. Eine wesentliche Begriffsschärfung in der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung ist durch die Gesundheitsreform 2000 erzielt worden.

§ 20(1), der seit 1.1.2000 in Kraft ist:
 „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.“

Tabelle 3

In Verstärkung der gesetzlichen Bestimmung, die auf einen eher geringfügigen Betrag festgesetzt ist (2,66 € pro Jahr und Versicherten bei schrittweise Angleichung der Bezugsgrößen in den Folgejahren), hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (SVR 2001) die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch Gesundheitsförderung und Prävention vorgeschlagen. Dabei verweist er nicht nur auf den Aspekt einer effektiveren Gesundheitsversorgung durch Prävention. Vielmehr sei eine Verstärkung auf diesem Feld auch unter ökonomischen Gesichtspunkten bedeutsam. Von besonderer Bedeutung ist nach Meinung des Sachverständigenrates hier jedoch ein ressortübergreifendes Verständnis: „Dabei liegen wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung außerhalb dessen, was bis heute kaum üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung in der Bevölkerung ist auf soziale und Hygieneeffekte zurückzuführen, u.a. auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, Bildung, Arbeit, Verkehr sowie die physische und soziale Umwelt“ (SVR 2001, S. 125).

Sonstige Akteure der Gesundheitsförderung

Abschließend muss festgestellt werden, dass es weder in der Literatur noch in der Praxis eine allgemein verbindliche Definition und trennscharfe Abgrenzung von Trägern der Gesundheitsförderung und Prävention zu anderen (z.B. medizinischen oder sozialarbeiterischen)

Handlungsfeldern gibt. So gliedert der ehemalige niedersächsische Gesundheitsstaatssekretär Fritz RIEGE in seinem 1999 erschienenen „Gesundheitspolitischen Lehrbuch“ die Träger der Gesundheitsförderung in drei Gruppen, von denen er alleine für den ersten Bereich „Markt“ – unterteilt in Gesundheitsmarkt, Lebensmittelmarkt und Freizeit- und Sportmarkt – 63 Berufsgruppen ausweist. Zahlreiche unterschiedliche Träger listet er auch in den Bereichen „Gesellschaftliche Verbände, Vereine und Selbsthilfegruppen“ und „Staat, Kommunen und öffentlich-rechtliche Körperschaften“ auf. Zusammenfassend hebt er „die folgenden acht Trägergruppen in dieser Rangfolge als die wesentlichen Akteure der Gesundheitsförderung“ hervor:

- Markt,
- Selbsthilfegruppen, die Verbände der freien Wohlfahrt und die Gewerkschaften,
- Öffentlicher Gesundheitsdienst einschließ-

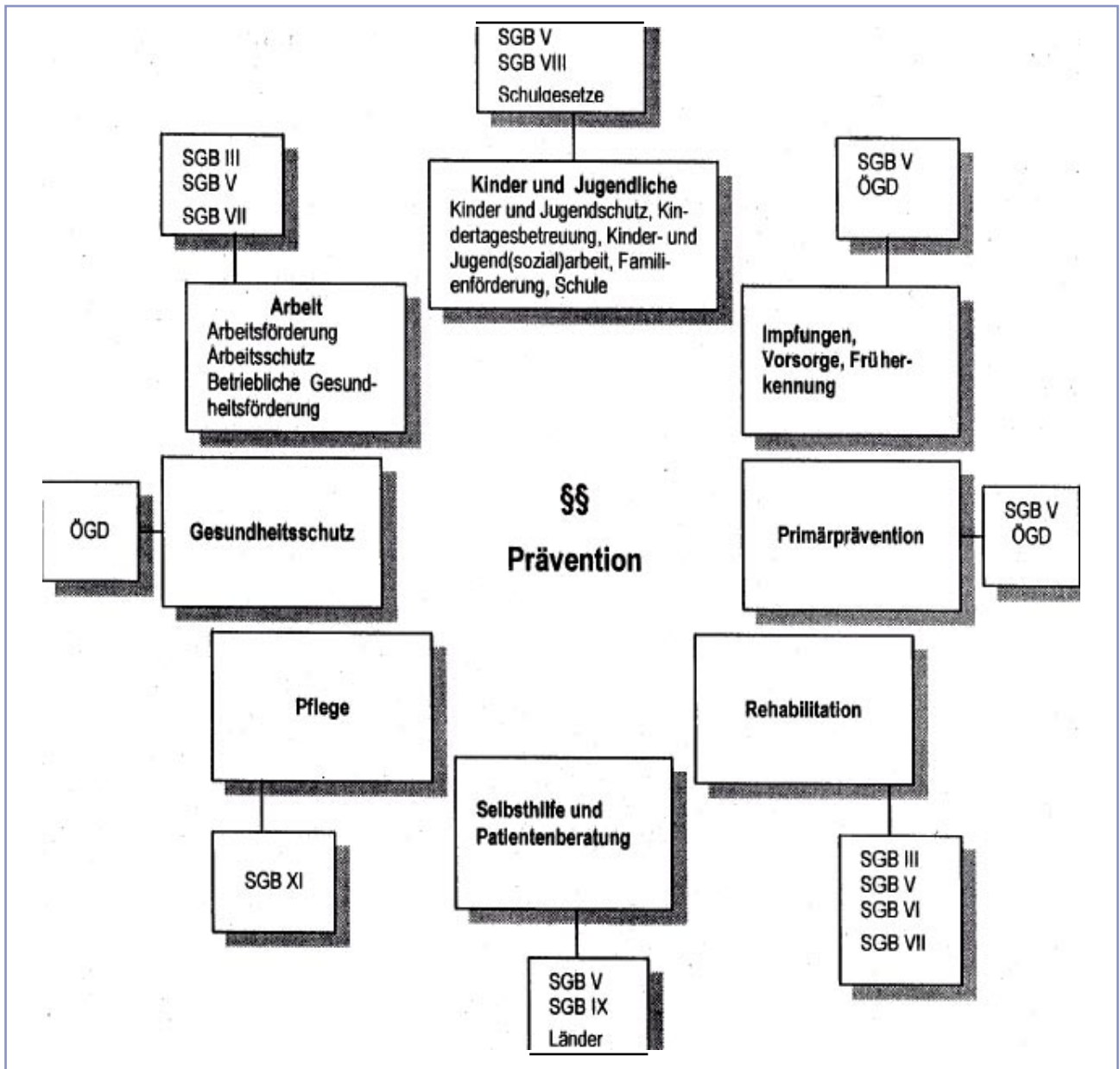
lich der Lebensmittelkontrolle,

- Landesvereine und Arbeitskreise für Gesundheit bzw. Gesundheitspflege,
- Gesetzliche Krankenkassen und die übrigen Sozialversicherungsträger,
- Schulen und Volkshochschulen,
- Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und
- Verbraucherzentralen (RIEGE 1999, S. 81ff).

Wenngleich RIEGE hier sicherlich mit einem äußerst breiten Verständnis von Gesundheitsförderung arbeitet, verweist seine Zusammenstellung doch auf die extrem differenzierte Trägerlandschaft im Bereich der Gesundheitsförderung.

In die gleiche Richtung geht auch das Gutachten von Ulla WALTER (2003), in dem sie für die Bundesregierung die unterschiedlichen Präventionsbedarfe zusammenstellt. Im Überblick erstellt sie dabei die folgende Grafik.

Abbildung 1



Aktuelle Begriffsdefinition

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei nicht trennscharf zu unterscheidende Begriffe. Eine grobe Unterscheidung kann in der Form vorgenommen werden, dass auf unterschiedliche Implikationen Bezug genommen wird. Während Prävention den Blick vor allem auf (präventierbare) Krankheit richtet (sog. Pathogenese), bezieht sich Gesundheitsförderung stärker auf die Produktion von Gesundheit (sog. Salutogenese, nach ANTONOVSKY 1997).

(1) Prävention

Prävention ist zu unterscheiden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention bezeichnet die Vermeidung von auslösenden oder vorhandenen Teilursachen einer Erkrankung durch spezifische oder unspezifische Vorbeugungsstrategien;

Sekundärprävention orientiert auf die frühzeitige Entdeckung eines (möglicherweise noch symptomlosen) Frühstadiums und eine angemessene Frühtherapie einer Krankheit;

Tertiärprävention bezeichnet alle Maßnahmen, die der Chronifizierung von Erkrankungen entgegenwirken und bei der Bewältigung helfen (SVR 2001, S. 126).

In einer Auswertung der wissenschaftlichen Literatur definieren auch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in dem Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ vom 27. Juni 2001 Prävention als Krankheitsverhütung. Es handelt sich demnach um Strategien, „die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern“ (GKV 2001, S. 37). Prävention kann sich sowohl auf Verhalten von Personen bzw. Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen des Umfelds (Verhältnisprävention) beziehen. Soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit, die Bedeutung der Lebensbedingungen und die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) werden dabei ausdrücklich einbezogen (ebd.). Hier wird also der Begriff der Prävention weitgehend identisch mit Primärprävention gesetzt.

(2) Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird häufig mit dem Begriff der Primärprävention gleichgesetzt. Eine andere Interpretation sieht Primärprävention als Konkretisierung des Begriffes der Gesundheitsförderung. So wurde im § 20(1) des 5. Sozialgesetzbuches der Begriff der Gesund-

heitsförderung entgegen ersten Entwurfstexten und der bisherigen Gesetzesfassung durch den Begriff der Primärprävention ersetzt.

Der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion (SVR 2001) fasst in diesem Sinne mit „Primärprävention alle Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Erkrankungen als auch von Erkrankung überhaupt [...] (Risikosenkung bis hin zur Risikoeliminierung)“ (ebd., S. 126f) zusammen. Es komme dabei darauf an, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. Zielgruppen anzustreben mit der Erwartung,

- die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen,
- die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern und
- die Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die die Gesundheit direkt belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen (SVR 2001, S. 127).

In der Umkehrung der Begrifflichkeit stellt der Sachverständigenrat (ebd.) fest: „Diese Aspekte – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – wird als Gesundheitsförderung bezeichnet.“

(3) Primäre Prävention

Der Sachverständigenrat führt die beiden Begriffe zusammen und schlägt entsprechend eine integrierte Strategie vor, die er als „primäre Prävention“ bezeichnet und wie folgt umreißt: „Primäre Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt deshalb sinnvollerweise sowohl auf die Senkung von Belastungen (z.B. physikalische und chemische Belastungen, Distress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) als auch auf die Vermehrung der Möglichkeiten, solche Gesundheitsbelastungen zu meiden bzw. zu bewältigen oder ihnen Positives entgegenzusetzen (Selbstbewusstsein, Bildung, Einkommen, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung, Transparenz, Partizipation, Verhaltensspielräume)“ (SVR 2001).

Als Modellfall der primären Prävention und der Gesundheitsförderung gelten insbesondere die AIDS-Prävention (ROSENBROCK et al. 1999, GEENE 2000) und Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung (LENHARDT 2001). Von zentraler Bedeutung ist die Kombination von Belastungssenkung und Gesundheitsförderung durch die Mobilisierung und Aktivierung der Zielgruppen (enabling, empo-

werment). Hier sei es, so der Sachverständigenrat (2001, S. 127) in seiner Würdigung, gelungen, „durch Unterstützung und Förderung der Bedingungen von Kommunikation und Gruppenzusammenhalt Gesundheitsrisiken (im Verhalten wie auch in der physischen und sozialen Umwelt) sowohl kollektiv zu identifizieren als auch durch die Meidung bzw. Minderung von Belastungen und die Stärkung von Ressourcen zu senken“. Gesundheitsförderung wird in diesem Sinne als Teilaspekt der primären Prävention betrachtet: „Der Rat definiert somit auch Gesundheitsförderung in erster Linie im Hinblick auf Krankheitsvermeidung bzw. Risikosenkung, wobei es sich bei der Gesundheitsförderung regelmäßig um unspezifische Maßnahmen handelt“ (ebd.).

Zielgruppenbezug

Eine wesentliche gruppenspezifische Ordnung von Prävention und Gesundheitsförderung bildet die Kategorisierung nach Lebenslage bzw. sozialer Lage. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (MIELCK 2000, ROSENBROCK/GEENE 2000, WILKINSON 2001). Diesen Tatbestand antizipierend, verlangt das Gesetz als Zielgruppenorientierung das Kriterium des „Abbaus sozial ungleicher Gesundheitschancen.“ Bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten (Menschen in schwierigen Lebenslagen) besteht hoher Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Erhebliche Gesundheitspotenziale gelten aber als unerschlossen, denn sie scheinen mit konventionellen Zugangswegen (Komm-Rum-Struktur) und Methoden (Kursangebote, Verhaltensprävention) nur wenig erreichbar (ROSENBROCK 2001). Analog zu dem von der WHO betonten kontextbezogenen Ansatz zur Gesundheitsförderung empfiehlt der Sachverständigenrat (2001, S. 133) einen Setting-Ansatz, mit dem in einem sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen erreicht und sich wechselseitig ergänzende, kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen angewendet werden können.

Eine weitere Kategorie von Prävention stellt eine lebensphasenspezifische Strukturierung von Problemlagen, Risiken und Maßnahmen dar. Sie bezieht sich auf die jeweilige Altersgruppe (Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene in der Erwerbsphase, Erwachsene im Ruhestand und Hochbetagte) (ebd., S. 134).

Koordination von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen

Es gibt eine Vielzahl von Institutionen und Verbänden, die sich auf unterschiedlichen lokalen Ebenen (Bund, Land und Kommune)

mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie haben unterschiedliche Zuständigkeiten, Zielgruppen, Schwerpunkte und Kategorien. Eine gemeinsame Ausrichtung der Gesundheitsförderung wird dadurch behindert. Um das Präventionspotenzial auszubauen, bedarf es einer Vernetzung der Aktivitäten in bestimmten Bereichen mit definierten Zuordnungskriterien von Präventionsmaßnahmen zu bestimmten Einrichtungen. Hier verweist der Sachverständigenrat (2001, S. 136) neben staatlichen Institutionen und öffentlich-rechtlichen Körperschaften auf die Koordinierungsfunktionen durch freie Träger und ihre Einrichtungen, namentlich auf die in der Bundesvereinigung für Gesundheit zusammengeschlossenen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie auf die Strukturen der Selbsthilfe und des Verbraucherschutzes. Eine Klammer dieser Koordinierung kann durch die Berücksichtigung der Gesundheitsförderung und Prävention in regionalen und überregionalen Gesundheitsberichten geschaffen werden.

In diesem Sinne kann Gesundheitsförderung und Prävention als „eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist“ gesehen werden, wie der Sachverständigenrat (2001, S. 228) in seinen Empfehlungen darstellt. Zur Umsetzung heißt es dabei mahnend: „Der Rat warnt ausdrücklich davor, die anliegenden großen Aufgaben der Forschung, Entwicklung und Umsetzung der Prävention in Deutschland mit der Delegation eines Teilsbereiches an die gesetzlichen Krankenkassen, zudem in einem sehr engen Ressourcenrahmen, für politisch gelöst zu halten. Er plädiert nachdrücklich dafür, Felder, Formen und Akteure der Prävention zum Bestandteil des notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses über Gesundheitsziele zu machen, um auf diese Weise auch eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potenzialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen“ (ebd., S. 229f.).

Salutogenese als theoretischer Rahmen der Gesundheitsförderung

Als „richtungsweisende Rahmenkonzeption“ (KLÜSCHE/ SCHUBERT 2001, S. 85) der Gesundheitsförderung hat sich das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY (1997) etabliert. Antonovsky forschte über die Frage, warum Menschen gesund bleiben oder werden, auch wenn sie mit Belastungen konfrontiert werden. Er sieht

Gesundheit nicht als symptomlosen Zustand, sondern als Pol eines „Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“, in dem Gesundheit aktiv geschaffen werden muss. Zur Bewältigung von Belastungen können Menschen Potenziale oder Ressourcen aktivieren, die abhängig von sozialen, physischen und psychischen Lebensbedingungen aufgebaut sein können (Kohärenzgefühl).

BENGEL et al. (2001) haben den Zusammenhang von Salutogenese und Gesundheitsförderung in einer Studie für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingehend untersucht. Dabei stellen sie fest, die Salutogenese gebe den „häufig theoriearm und aktivistisch aneinandergereihten, präventiven Aktivitäten [...] eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt“ (ebd., S. 70).

In der Ottawa-Charta von 1986 wird noch nicht explizit auf den Begriff der Salutogenese Bezug genommen, doch wird später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung die Stärkung des Kohärenzgefühles genannt und das von Antonovsky formulierte Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet.

Evaluation in der Gesundheitsförderung

Im Gegensatz zur Medizin kann die Gesundheitsförderung den „health gain“, also das gesundheitliche Ziel des Handelns, nicht direkt erreichen, sondern nur indirekt über Ressourcenstärkung und soziale Veränderungen gesundheitsrelevanter Determinanten. Anders als bei medizinischen Risikofaktoren und der Bewältigung konkreter Krankheitseinflüsse sind solche Schutzfaktoren aber kaum messbar. Daraus wird fälschlicherweise mitunter abgeleitet, Gesundheitsförderung sei letztlich ohne Wirkung. Ein „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung“ (RUCKSTUHL/ ABEL 2001), das die Schweizerische Stiftung zur Gesundheitsförderung in Anlehnung an NUTBEAM (2000) entwickelt, orientiert daher auf individueller Ebene auf den Zuwachs an Kompetenz und Handlungsoptionen. Dabei erhalten neben epidemiologisch fassbaren Ergebniszielen Struktur- und Prozessziele eine hohe Bedeutung (WELTEKE et al. 2000). Auf der Ebene von freien Trägern und ähnlichen Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist in Ermangelung wissenschaftlicher Grundlagen häufig die systematische Erfassung von Zugangswegen und des organisatorischen Ablaufs Inhalt der internen Evaluation (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheit 2000).

Sozial benachteiligende Stadtteile/ Wohnumfeld

Tatsächlich geht es auch bei einem eher an den Ursachen einer Krankheiten (noxen-) orientierten Ansatz der Umweltmedizin zumeist nur um kleine Einflussfaktoren, deren Wirkung bestenfalls langfristig bemessen werden kann. Bei Kindern und Jugendlichen scheidet diese Betrachtung schon von daher weitgehend aus. FEHR (2001, S. 48) schlägt daher in seinem Konzept der „Ökologischen Gesundheitsförderung“ einen modal split vor, nach dem die verschiedenen Einflussgrößen zusammengetragen werden. Besonderen Stellenwert misst er dabei den sog. „Lebensstilen“ bei, d.h. den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Menschen. Solche Lebensstile sind allerdings nicht frei gewählt, sondern obliegen den Handlungsoptionen des jeweiligen sozialen Umfeldes, sie müssen mithin als sozial determiniert gelten (HURRELMANN 2001).

Aber zunächst sollen hier die naturwissenschaftlich messbaren Faktoren des Wohnumfeldes betrachtet werden. Hier gibt es auch einzelne Untersuchungen, in denen Fragen der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die umweltbedingten Gesundheitsbelastungen unter dem Blickwinkel der sozial ungleichen Gesundheitschancen (MIELCK 2000) und der sog. „Umweltgerechtigkeit“ (MASCHEWSKY 2001) betrachtet werden.

Andreas MIELCK (2000, S. 120f.) arbeitet dabei auf dem Hintergrund der Hamburger Einschulungsuntersuchungen von 1979 heraus, dass die Höhe des Anteils an Schulanfänger/innen aus Arbeiterhaushalten mit der Höhe der Belastung der Außenluft mit Schwefeldioxid und Stickstoffmonoxid korreliert – je höher der Anteil, desto höher die Belastung. Einschulungsuntersuchungen aus Brandenburg von 1994, vor allem aber auch die sog. Bitterfeldstudie (HEINRICH et al. 1998) haben in Entsprechung deutlich gemacht: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern von Schulanfänger/innen, desto höher die Straßenverkehrsbelastung am Wohnort. Auch eine weitere Ableitung ergibt sich aus der Bitterfeld-Studie: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern, desto höher die Belastung der Innenraumluft mit Staub, Blei, Cadmium und Arsen bei Kindern (MIELCK 2000, S. 184).

Im Sozioökonomischen Panel (SOEK) der Bundesrepublik wurden allgemeinere Daten abgefragt. Aber auch hier lässt sich lückenlos schlussfolgern, dass gesundheitsgefährdende Wohnbedingungen in der unteren sozialen Schicht häufiger als in der oberen anzutreffen sind, wie die nachfolgende Tabelle 4 zeigt:

	un-/angelernte Arbeiter/in- nen	akadademische Berufe
Räume pro Person	1,5	1,9
Wohnung ohne Bad	11%	0%
Wohnung ohne ZH	35%	10%
Wohnung ohne Balkon	49%	14%
Wohnung ohne Garten	58%	31%

Tabelle 4

(SOEP 1984-86, veröffentlicht in: NOLL/ HABICH 1990, eigene Darstellung)

Als sehr interessant erweist sich jedoch die Frage nach subjektiven und objektiven Faktoren der Gesundheitsgefährdung. So sind Angehörige der unteren sozialen Schicht zwar objektiv einer signifikant stärkeren Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung ausgeliefert, subjektiv empfinden sie ihre Belastung aber geringer, wie die Befragung nach der subjektiven Wahrnehmung im sozioökonomischen Panel (Tabelle 5) zeigt:

	un-/angelernte Arbeiter/in- nen	akadademische Berufe
starke Lärmbelästigung	12%	19%
starke Luftverschmutzung	12%	16%
Anteil der Mieter/innen	71%	46%

Tabelle 5

(SOEP 1984-86, veröffentlicht in: NOLL/ HABICH 1990, eigene Darstellung)

Geringer gebildete Mieter fühlen sich demnach insgesamt weniger belastet durch Lärmbelästigung und Luftverschmutzung, wenngleich die objektive Belastung deutlich höher ist. Dies drückt sich jedoch nicht in den entsprechenden Symptomen aus. Vielmehr zeigt sich hier eine deutlich umgekehrte Signifikanz: Je höher der Bildungsgrad der Eltern, desto höher die Gefahr allergischer Reaktionen.

	Schulbildung der Eltern		
	weniger als zehn Jahre	zehn Jahre	mehr als zehn Jahre
Anteil in Stichprobe	8,00%	49,20%	42,80%
Asthma	4,70%	7,80%	10,80%
Ekzem	4,20%	9,60%	11,80%
Allergische Reaktion	10,50%	12,60%	15,30%

Tabelle 6

(MIELCK 2000, S. 110f. auch dem Hintergrund der Bitterfeld-Studie, eigene Darstellung)

Eine hier auch von MIELCK (2000, S. 113) aufgeworfene Hypothese bezieht sich auf den reporting bias, d.h. dass schichtspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und/oder in der Erinnerung an zurückliegende Krankheiten vorhanden sind. Sowohl ein over-reporting der oberen als auch ein under-reporting der unteren sozialen Schichten könnte hier gegeben sein. Auch die Frage der Objektivität entsprechend erhobe-

ner medizinischer Befunde scheint in diesem Zusammenhang angezeigt.

Eine in umweltmedizinischen Bereichen stärker diskutierte Hypothese zielt hingegen darauf ab, dass es möglicherweise in oberen sozialen Schichten Formen der hygienischen Übersensibilisierung gebe mit der unerwünschten Konsequenz mangelnder Abwehrkräfte des Kindes – da es zu sehr von Bakterien, Pilzen, Noxen abgeschottet gewesen sei, gebe es Defizite im

Immunaufbau, so die Überlegung. Diese Hypothese ist jedoch weniger empirisch untermauert, sondern sie entspringt vor allem einer Ableitung von eher systemischen Grundannahmen, die sich sicherlich häufig aus der Praxis der sozialen Arbeit ergeben.

Nach diesem Exkurs zur Diskussion um sozial bedingte Gesundheitschancen von Kindern im Wohnumfeld wird im folgenden Kapitel zunächst wieder stärker fokussiert auf generalisierbare Erkenntnisse zu Armut und Gesundheit.

2. Gesundheitliche Chancengleichheit

Grob gilt bei Auswertung eines 5-Schichten-Modells nach den Kriterien Bildung, Einkommen und berufliche Stellung im Vergleich der ärmsten zur reichsten Gruppe:

- Arme Menschen haben eine etwa sieben Jahre kürzere Lebenserwartung.
- Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein.
- Arme Menschen haben wesentlich geringere Ressourcen zur Bewältigungsbelastung.

Tatsächlich hat die kontinuierliche Entwicklung von Wissenschaft und Technik zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen im Laufe des letzten Jahrhunderts geführt. Trotz steigender Lebenserwartung wächst aber bedauerlicher Weise die Schere der Ungleichheit in Mortalität und Morbidität zwischen den sozialen Schichten. Festzustellen ist eine deutliche Korrelation von sozialer Lage und dem Gesundheitszustand, wobei Armut den deutlichsten aller Risikofaktoren für Erkrankungen fast aller Art, für Unfälle, Gewalterfahrungen, soziale Isolation und weitere Gesundheitsbelastungen bildet. Armen Menschen fehlt es gleichermaßen an Möglichkeiten („Ressourcen“), Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Es ist grob davon auszugehen, dass die Spanne der Lebenserwartung zwischen dem untersten und obersten Schichtquintil etwa sieben Jahre beträgt und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko in nahezu jeder Lebenssituation für einen Angehörigen des untersten Quintils doppelt so hoch ist (ROSENBROCK/ GEENE 2000).

In der Forschung werden zwei kausale Zusammenhänge von Armut und Gesundheit debattiert. Es stellen sich die Fragen: „Macht Armut krank?“ und „Macht Krankheit arm?“

In beiden Fällen ist eine Intervention notwendig. Besser als eine „Therapie“ ist Prävention. Diese muss nicht nur frühzeitig, sondern auch rechtzeitig ansetzen. Zur Konzeption eines umfassenden Angebotes zur Gesundheitsförderung gerade bei sozial Benachteiligten ge-

hört die Erfassung bereits bestehender Maßnahmen und das Nutzbarmachen der bereits gesammelten praktischen und theoretischen Erfahrungen.

Die objektiven und subjektiven Lebensbedingungen von gesellschaftlichen Gruppen und Einzelnen spielen eine entscheidende Rolle im Veränderungsansatz. Bei einer systematischen Erfassung der bestehenden Angebote muss nach Lebensstufen (z.B. Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und in den verschiedenen Stufen des Alters) und Lebenslagen (u.a. Frauen, Schwule und Lesben, Migranten/innen, Arbeitslose, Obdachlose) mit spezifischen Benachteiligungen differenziert werden. Um mit gesundheitsfördernden Angeboten insbesondere schwer zugängliche Zielgruppen wie sozial benachteiligte Personengruppen erreichen zu können, muss mit den Betroffenen an ihren Lebenssituationen und Orten (sog. Settings) gearbeitet werden.

Um diese Gesundheitsförderungsangebote zu erfassen, hat Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine umfassende Erhebung durchgeführt, die im Folgenden vorgestellt wird.

3. Erhebung von Angeboten der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Da bislang nur wenige und unzureichende Informationen zu Angeboten vorliegen, die diese Kriterien erfüllen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin, Gesundheit Berlin e.V., in Kooperation mit dem Berliner Zentrum Public Health (BZPH), dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) Niedersachsen mit der Erstellung eines bundesweiten qualifizierten Überblicks über Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten beauftragt. Dadurch soll eine über das Internet recherchierbare „Lebendige Datenbank“ entstehen, die über die Adressen der erfassten Angebote hinaus auch Informationen zu Inhalten und zur Umsetzungspraxis der Angebote bereitstellt.

Die Datenbank soll die Transparenz des unübersichtlichen Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten für alle interessierten Akteure erhöhen. Durch die Bereitstellung von Adressen und weiterführenden Informationen zu den Angeboten sollen Kommunikation und Vernetzung zwischen den Anbietern unterstützt und befördert werden. Durch die Vorstellung „vorbildlicher“ Angebote in späteren Phasen des Projektes können

Anbietern Impulse und Anregungen für die Umsetzung der eigenen Maßnahmen gegeben werden.

Im Folgenden werde ich einen ersten Überblick geben über die Angaben von 2.256 Angeboten, die in unsere erste Auswertung im Februar 2003 einbezogen werden konnten. Inzwischen sind über 2.600 Projekte und Maßnahmen verzeichnet, die jedoch das Gesamtbild nicht verändern. Allerdings werden in die Auswertung jeweils nur die „geschlossenen“ (Ankreuz-) Fragen einbezogen. Die Angaben in den Freitextfeldern bedürfen einer späteren vertiefenden Untersuchung. Dabei finden auch keine Bereinigungen der durch Selbstangaben der Projekte ermittelten Daten – unter welchen Kriterien auch immer – statt. Es handelt sich also um eine zunächst rein deskriptive Darstellung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in Deutschland.

Überblick über die Daten
(Stand: 30.10.03)

- gut 2.500 Angebote in der Auswertung
- über 50 Prozent arbeiten mit Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre
- davon 458 Projekte zu den Stichworten: Wohnung, Wohnumgebung, Stadtteil

(a) Regionale Verteilung der Angebote

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der erhobenen Angebote, die Angaben beziehen sich auf den Sitz des Anbieters. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Einwohnerzahl der Bundesländer wurde als Indikator für die erhobene „Angebots-Dichte“

der Bundesländer die Anzahl der Projekte pro 100.000 Einwohner/innen herangezogen.

Berlin weist mit 11,6 Angeboten pro 100.000 Einwohner/innen die mit Abstand größte „Dichte“ auf, was zum Teil darauf zurückzuführen sein wird, dass Gesundheit Berlin e.V. als durchführende Institution hier über einen besonders guten Feldzugang verfügt.

Eine eindeutige Ost-West-Differenzierung lässt sich nicht erkennen: Die ostdeutschen Bundesländer finden sich sowohl unter den Ländern mit hoher „Angebots-Dichte“ (Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern auf den Rängen zwei und vier), als auch im „Mittelfeld“ (Brandenburg auf Rang neun) und im unteren Teil der Tabelle (Sachsen auf Rang 14 und Sachsen-Anhalt auf Rang 16).

Mit dieser deskriptiven Beschreibung können jedoch noch keine Rückschlüsse zu der Frage gezogen werden, ob die Rangfolge der länderspezifischen „Angebots-Dichte“ die Situation in den Bundesländern angemessen widerspiegelt oder ob Probleme des Feldzugangs zu systematischen Verzerrungen geführt haben. Solche Fragen sollten im Rahmen regionaler Arbeitskreise zu „Armut und Gesundheit“ diskutiert werden.

(b) Durchführungsstatus der Angebote

Für die Nutzbarkeit der erhobenen Daten im Rahmen der „lebendigen Datenbank“ als aktueller Überblick über die Vielfalt gesundheitsfördernder Angebote für sozial Benachteiligte und als Instrument zur Kooperation und Vernetzung zwischen Anbietern ist ein hoher Anteil aktuell durchgeführter Angebote wichtig. Gleichzeitig

Bundesland	Angebote	Angebote pro 100.000 Einwohner/innen
Berlin	394	11,6
Thüringen	158	6
Bremen	31	5,8
Mecklenburg-Vorpommern	107	5,5
Hamburg	63	3,9
Schleswig-Holstein	93	3,6
Baden-Württemberg	239	2,6
Rheinland-Pfalz	94	2,5
Brandenburg	65	2,5
Hessen	133	2,4
Nordrhein-Westfalen	395	2,3
Saarland	23	2,2
Niedersachsen	137	1,9
Sachsen	88	1,8
Bayern	191	1,7
Sachsen-Anhalt	45	1,5
Gesamt	2.256	

Tabelle 7: Angebote nach Bundesländern

Durchführungsstatus	Häufigkeit	Prozent
aktuell durchgeführt	1802	88,3
innerhalb der letzten drei Jahre beendet	127	6,2
In Planung	111	5,4
Gesamt	2040	100
Fehlend	216	

Tabelle 8: Durchführungsstatus der Angebote

können aber auch bereits abgeschlossene oder noch nicht realisierte Projekte wichtige Anregungen und Erfahrungen vermitteln.

Der ganz überwiegende Teil (88%) der Angebote wird aktuell durchgeführt. Ein etwa gleich großer Anteil von jeweils ca. fünf Prozent wurde innerhalb der letzten drei Jahre abgeschlossen oder befindet sich noch im Planungsstadium.

(c) Zielgruppen der Angebote

Tabelle 9 zeigt, dass jeweils mehr als zwei Drittel der erhobenen Angebote sich an die

Altersgruppe der „Erwachsenen“ zwischen 19 und 59 Jahren richten. Gleichzeitig zeigen sich breite Überschneidungsbereiche zwischen den angesprochenen Altersgruppen. Über die Hälfte aller Angebote wenden sich an zwei oder drei Altersgruppen. Über die Hälfte der Angebote (1.345, also knapp 60%) wendet sich an die Altersgruppen der bis 18-Jährigen, auch hier gibt es z.T. breite Überschneidungen mit älteren Zielgruppen. Ausschließlich an Kinder und Jugendliche (also an die Zielgruppe bis maximal 18 Jahre ohne Überschneidungen zu „Älteren“) richten sich 442 Angebote (19,6%).

Der Überblick über die angesprochenen Zielgruppen (vgl. Tabelle 10) zeigt ein breites Spektrum mit zahlreichen Überschneidungen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass es keine eindeutig dominierende Zielgruppe gibt. Auffällig ist die häufige Nennung der Freitext-Option „Sonstige“ die darauf hinweist, dass die 18 vorgegebenen Antwortkategorien die differenzierte Realität der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte nur ansatzweise erfassen. Eine kursorische Betrachtung der offenen Antworten zu „Sonstige“ zeigt allerdings, dass hier oftmals Überschneidungen zu den geschlossenen Antwortvorgaben vorliegen und nicht immer „neue“ Zielgruppen genannt werden.

Altersgruppen	Anzahl	Nennungen in % ¹	Fälle in % ²
Säuglinge (<1 Jahr)	216	3,2	10,1
Klein- und Vorschulkinder (1-5 Jahre)	390	5,8	18,2
Schulkinder (6-10 Jahre)	629	9,3	29,4
Schulkinder (11-14 Jahre)	778	11,5	36,4
Jugendliche (15-18 Jahre)	981	14,5	45,9
Junge Erwachsene (19-29 Jahre)	1.468	21,7	68,7
Erwachsene (30-59 Jahre)	1.450	21,5	67,9
Senioren (ab 60 Jahre)	847	12,5	39,6

1) Die Spalte „Nennungen in %“ enthält bei Fragen mit der Option zu Mehrfachnennungen den prozentualen Anteil der Nennungen einer Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Nennungen, so dass die Spaltensumme immer gleich 100% ist. Erfasst wird damit die relative Bedeutung einer Antwortkategorie.

2) Die Spalte „Fälle in %“ enthält den prozentualen Anteil der Nennungen jeder Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle (hier: ausgewertete Angebote). Sind Mehrfachnennungen möglich, kann die Spaltensumme weit über 100% liegen.

Tabelle 9: Altersgruppen (n=2.137)

Zielgruppen	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Sehr niedriges Einkommen	658	8,7	33,1
Arbeitslose	553	7,3	27,8
Alleinerziehende	552	7,3	27,8
Bewohner/innen sozialer Brennpunkte	534	7	26,9
Eltern in Belastungssituationen	505	6,7	25,4
Sehr niedrige Schulbildung	490	6,5	24,7
Migranten/innen	484	6,4	24,4
Sehr niedriger beruflicher Status	474	6,2	23,9
Aussiedler/innen	441	5,8	22,2
Kinderreiche Familien	376	5	18,9
Migranten/innen mit schlechten Deutschkenntnissen	371	4,9	18,7
Asylbewerber/innen	261	3,4	13,1
Wohnungslose	228	3	11,5
Flüchtlinge	168	2,2	8,5
Strafgefangene	168	2,2	8,5
„Illegale“	140	1,8	7
Prostituierte	117	1,5	5,9
Sonstige Zielgruppen	1.071	14,1	53,9

Tabelle 10: Zielgruppen (n=1.989)

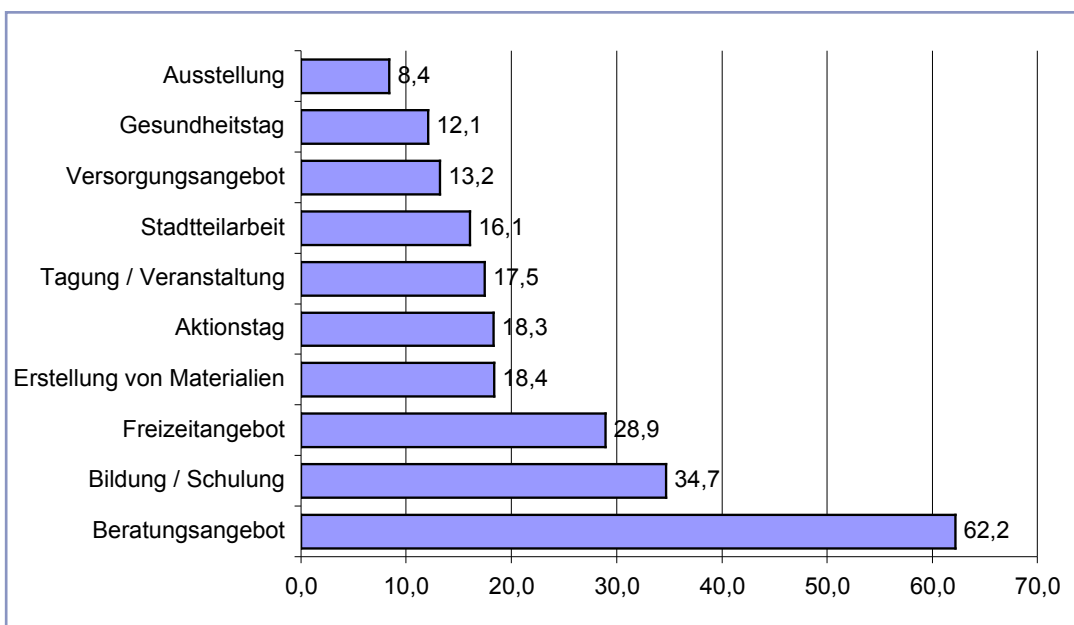


Abbildung: Angebotsarten

(d) Zugangswege der Angebote

Für eine zielgruppengerechte Konzeption der Angebote ist die Wahl angemessener Zugangswege von entscheidender Bedeutung. In der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte gilt der Setting-Ansatz als besonders geeignet, um die über verhaltenspräventive Kurs-Angebote nur schwer ansprechbare Zielgruppe zu erreichen.

Auf Frage 1.2, ob ihr Angebot einen lebensweltorientierten Setting-Ansatz verfolge, antworten über zwei Drittel der Anbieter zustimmend (vgl. Tabelle 11). Nur knapp ein Viertel der Antwortenden geben an, nicht setting-orientiert zu arbeiten.

	Häufigkeit	Prozent
Setting-Ansatz	1.326	68,8
kein Setting-Ansatz	469	24,3
teilweise Setting-Ansatz	132	6,9
Gesamt	1.927	100
Fehlend	329	

Tabelle 11: Arbeitet das Angebot nach dem Setting-Ansatz?

Skepsis ist angebracht, ob die Selbstausskunft der Anbieter tatsächlich Beleg für eine klare Dominanz des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist.

Diese Skepsis wird dadurch bestärkt, dass sich nur 1.119 Angebote (50% der Gesamtsumme) einem oder mehreren der konkreten Settings Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeitbereich, Kindertagesstätte (Kita) oder Schule zuordnen lassen (vgl. Tabelle 12).

Setting	Anzahl	Anteil an allen Angeboten in Settings (in %)
Arbeitsplatz	252	22,5
Wohnumfeld	698	62,4
Freizeitbereich	305	27,3
Kindertagesstätte	192	17,2
Schule	439	39,2

Tabelle 12: Angebote in Setting-Bereichen (n=1.119)

Der hohe Anteil „selbst ernannter“ Setting-Angebote kann als Hinweis gewertet werden, dass diesem Ansatz im Bewusstsein und dem Selbstverständnis der Maßnahmen-Anbieter zunehmende Bedeutung zukommt und er beginnt, sich zu einem „Leitbild“ zielgruppenadäquater und effektiver Gesundheitsförderung zu entwickeln. Hierfür spricht auch die Bedeutung, die dem Setting-Ansatz in den Konzepten der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20(1) (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003), in fachlichen Publikationen und in der Politikberatung (vgl. SVR 2001) zukommt.

Im Setting Wohnung-Wohnumfeld-Stadtteil engagieren sich 698 der erhobenen Angebote. Es dominieren Maßnahmen gegen die Folgen einer zunehmenden sozialen „Schiefelage“ im Quartier: Verwahrlosung, Verelendung und Gettoisierung mit all den damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen sollen abgewendet werden.

Die folgenden Abschnitte gehen näher auf die Inhalte der Angebote in den Settings Schule, Kindertagesstätte und Betrieb ein und wurden von der Landesvereinigung Niedersachsen erstellt. In die Auswertung wurden insbeson-

dere die offenen Angaben zu den Fragen 1, 2, 3.5, 3.7 und 3.8 einbezogen. Um zeitnahe Ergebnisse gewährleisten zu können, gehen in die Auswertung nur Angebote ein, deren Daten Anfang Januar 2003 in der Datenbank vorlagen.

(e) Setting „Schule und Kita“

Unter 3.7/ 3.8 des Fragebogens wurde abgefragt, welche Ziele im Setting Schule/ Kita mit den beschriebenen Maßnahmen verfolgt werden. Hier sind die Angebote in einer Rangliste von 26 Zielkategorien aufgeführt.

Verteilung der Angebote im Setting Schule bzw. Kita

Die Gesamtzahl der ausgewerteten Angebote im Setting Schule liegt bei 217, im Setting Kita bei 73. Auffallend ist die deutlich niedrigere Anzahl der Angebote für den Kitabereich im Vergleich zum Schulbereich. Es ist anzunehmen, dass diese Situation nicht nur auf die Zusammenstellung des Verteilers zurückzuführen ist, da durch die Befragung von Netzwerken (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk) oder auch der (Wohlfahrts-) Verbände und kommunaler Träger die vorhandenen Projekte optional angesprochen wurden. Denkbar ist eher, dass dieses Ergebnis ein Abbild der „Präventionslandschaft“ erlaubt. Auf Schulen werden schon immer diverse Präventionsanstrengungen gerichtet, u.a. um die Erreichbarkeit ganzer Jahrgänge im schulischen Zusammenhang zu nutzen. Modellversuche wie das OPUS-Netzwerk, das Netzwerk Schule 21 oder andere Foren haben im Schulbereich dafür gesorgt, dass Inhalte der Gesundheitsförderung in vielen Schulen bereits regulär einbezogen werden. Eine ähnliche Bewegung scheint bisher für den Kitabereich zu fehlen, obwohl verschiedene Gründe für eine wünschenswerte Verstärkung der Bemühungen sprechen. Die gute Erreichbarkeit von Kindern in der frühen Kindheit, die Möglichkeit, Eltern in die Prävention einzubeziehen sowie das positive Image von Kitas bei den Nutzern/innen und ihre Eingebundenheit in den Stadtteil/Sozialraum bilden dafür geeignete Voraussetzungen.

Misstand	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Verwahrlosung, Verelendung, Gettoisierung	510	48,6	73,1
Nässe, Schimmel, unhygienische Bedingungen	141	13,4	20,2
Unfälle	75	7,1	10,7
Gestank	60	5,7	8,6
Lärm	57	5,4	8,2
Sonstige Verbesserung der Wohnbedingungen	206	19,6	29,5

Tabelle 13: Verbesserung der Bedingungen in Wohnung, Wohnumfeld, Stadtteil (n=698)

Zielkategorien im Setting Schule

Unter den schulischen Maßnahmen überwiegen sowohl im Gesundheits- wie im Sozialbereich die „klassischen“ Bereiche: Suchtprävention, Bewegungs- oder Betreuungsangebote. Auffallend häufig werden Angebote zur Suchtprävention mit unterschiedlichsten Schwerpunktsetzungen und Zielgruppen genannt. Sie finden häufig in Form von Gruppenarbeit bzw. Projektwochen statt. Beratung und Begleitung von Drogenberatungs-Lehrern/innen oder interkulturelle Suchtprävention sind unter den Angeboten ebenso zu finden wie Suchtprävention durch peer-education oder Erlebnispädagogik.

Ein ähnlich breit gefächertes Spektrum ist bei den Bewegungsangeboten zu finden. Einbezogen sind u.a. das dynamische Sitzen, Bewegungspausen und der Wechsel zwischen Bewegungs- und Entspannungseinheiten, genauso wie die Qualifizierung von Sportlehrern/innen. Auch therapeutische Bewegungsangebote oder Sport und Bewegung durch zusätzliche Volleyball- oder Tischtennisspiele in den Pausen und nach der Schule stellen das heterogene Angebot.

Unter den Betreuungsangeboten existieren neben Freizeitangeboten in der Nachmittagsbetreuung und Hausaufgabenbetreuung auch Schülerclubs oder die durch Schüler/innen selbst gestaltete, freundliche Atmosphäre der Mittagspause in der Schule.

Die Vermittlung sozialer Kompetenzen und ein konfliktarmes Miteinander in der Gruppe stehen bei Angeboten zum Sozialen Lernen im Vordergrund. Immer werden hier Inhalte der Gesundheitsförderung kreativ einbezogen. Umgesetzt wird dies beispielsweise durch Kooperation einer Grundschule mit einem benachbarten Abenteuerspielplatz, aber auch durch Theaterpädagogik, die gemeinsame Zubereitung von Frühstücksmahlzeiten für die Klasse oder durch Erste-Hilfe-Kurse.

Unter die Kategorie „Gesunde Schule“ fallen Maßnahmen zur Schulgesundheit, z.B. durch Verbesserung des Schulklimas, aber auch andere Angebote, die sich auf das Miteinander aller Akteure im Setting Schule beziehen. Die Kategorie wurde immer dann gewählt, wenn in der Projektbeschreibung der allgemeine Terminus „Schulgesundheit“ explizit als Ziel der Präventionsanstrengungen angegeben wurde.

Das Spektrum anderer Zielkategorien wie Gewaltprävention, Kooperation zwischen Elternhaus und Schule oder sexualpädagogischen Maßnahmen ist ähnlich breit gefächert. Zu Letzteren gehört die Prävention von sexuellem Missbrauch genauso wie geschlechtsspezifisch orientierte Sexualpädagogik sowohl für Mädchen wie für Jungen.

Zielkategorien im Setting Kita

Ganz anders stellt sich die Situation im Kitabereich dar. Betreuungsangebote, fachspezifische Qualifizierung von Multiplikatoren/innen und die Kooperation von Quartiersmanagement und Stadtteilarbeit mit den Kitas stellen hier die Mehrzahl der Angebote. Das übliche Betreuungsangebot der Kita wird erweitert durch Bemühungen um Öffnungszeiten, die der heutzutage üblichen Schichtarbeit – auch schon im Teilzeitbereich gefordert – Rechnung tragen. Eine Betreuung für Kinder allein erziehender, berufstätiger Mütter, aber auch die individuelle Betreuung von behinderten Kindern ist dazu zu rechnen.

Einen hohen Stellenwert nehmen in diesem Bereich die Anstrengungen zur fachspezifischen Qualifizierung von Multiplikatoren/innen ein. Zur Angebotspalette gehören Multiplikatorenschulungen in der Sucht- oder Gewaltprävention, in psychosozialen und interkulturellen Wissensgebieten oder in der Sprachförderung. Hier bieten sich lohnende Interventionsfelder, denn Erzieher/innen machen häufig genauere Beobachtungen bezogen auf Störungen in der kindlichen Entwicklung. Sie leiten diese aber nicht immer weiter oder werden nach eigenen Aussagen wegen fehlender Ausdrucks- und Darlegungsmöglichkeiten von Eltern wie von Ärzten/innen nicht ernst genommen. Eine verbesserte Qualifizierung in Ausbildung und Weiterbildung kann da Abhilfe schaffen.

Ein Teil der Angebote richtet sich auf die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten. Dazu werden Aktionstage oder Projekte zur Reduzierung von Übergewicht angeboten. Die Frühstücksmahlzeit oder ein ergänzendes Frühstück für sozial benachteiligte Kinder aus Obst, Milchprodukten und Teegetränken gehört für viele Kitas zum selbstverständlichen Tagesablauf. So ist zu erklären, dass unter dieser Kategorie nur relativ wenig Angebote aufgeführt werden, eine Erklärung, die übrigens in ähnlicher Form auch für die Relevanz der Bewegungsangebote gilt.

Es ist anzunehmen, dass die erfragten Angebote die wirkliche Situation im Kitabereich nicht deutlich widerspiegeln. Gesundheit und Gesundheitsförderung spielen dort traditionell eine bedeutende Rolle und gehören so selbstverständlich zum Alltag, dass sie von den Akteuren manchmal kaum als solche wahrgenommen werden (vgl. Hygiene, Zahnpflege, gemeinsames Frühstück etc.). Allein schon aus diesem Grund sollten Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte in der Kita entsprechend des Setting-Ansatzes ausgebaut werden. Sie könnten vielfach an eine bewährte Gesundheits-„Kultur“ in der Einrichtung anschließen, die Eltern einbeziehen und so die vorhandenen

Gesundheitspotenziale nutzen.

Den erneuten Nachweis, dass diese Maßnahmen gerade für von Armut betroffene Kinder dringend erforderlich sind, hat die gerade erschienene 2. AWO-ISS Studie wieder erbracht. Dort wurde einmal mehr nachgewiesen, dass sich bei armen Kindern im Vorschul- wie auch im frühen Grundschulalter der Gesundheitszustand als relativ sicherer Indikator für eine problembelastete Lebenssituation erweist. Die

Gesundheitsförderung, dieser benachteiligten Situation entgegenwirken und so für mehr gesundheitliche und soziale Chancengleichheit sorgen.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Antworten auf Frage 3.1 zu den Zielen und Handlungsfeldern der gesundheitsfördernden Angebote, soweit sie sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten beziehen. Zwei Drittel der Anbieter nennen die Stärkung der

Zielkategorien	N Schule (Mehrfachnennungen möglich)	N Kita (Mehrfachnennungen möglich)
Suchtprävention	29	3
„Gesunde Schule“	19	/
Bewegungsangebot	21 (1 evaluiert)	7
Soziales Lernen	13	/
Betreuungsangebot	22	8
Gewaltprävention	11	2
Ernährungsangebot	11 (1 evaluiert)	7 (1 evaluiert)
Frühstücksangebot	10	/
Sozial-Beratungsangebot	10	2
Sexualpädagogisches Angebot	9	2
Kooperation Elternhaus-Kita/ Schule	9 (3 Migranten/innen)	5 (1 Migranten/innen)
Kooperation Quartiersmanagement	8	8
Stadtteilarbeit mit Kita/ Schule		
Fachspezifische Qualifizierung von Multiplikatoren/innen	8 (1 evaluiert)	8
Prävention von HIV/AIDS	8	1
Prävention durch peer-education	4	/
Sprachförderung	3 (1 Migranten/innen)	5 (2 Migranten/innen)
Berufsorientierung	2	/
Übergang Kita zu Schule	2	2
Schulsanitäter/innen	2	/
Prävention von Essstörungen	2	/
Schulprogramm	2	/
Schulkiosk	2	/
Ärztliche Versorgung in der Schule/ der Kita	2	1
Elterliche Erziehungskompetenzen verbessern	1	4
Interkulturelle GF	1	2
Sonstige	6	6
Gesamt	217	73

Tabelle 14: Zielkategorien für Setting-Angebote in Schule und Kita

Mehrzahl der dort untersuchten armen Kinder leidet unter psychosomatischen und/oder chronischen Erkrankungen. Setzt man dieses Ergebnis in Beziehung zu ihrer Lebenslage, bedeutet es eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht nur ihrer aktuellen Lebenssituation, sondern auch zukünftiger Entwicklungs- und Gesundheitschancen. Die familienergänzenden Leistungen der Kindertagesstätten können, angereichert mit Inhalten einer ganzheitlichen

Bewältigungsressourcen als ein Ziel ihrer Maßnahmen. Eine eher „unspezifische“ salutogenetische Ausrichtung wird auch bei der „Stressbewältigung“ als Handlungsfeld mit der zweithäufigsten Anzahl von Nennungen deutlich. Es folgen deutlich spezifizierte „präventive“ Handlungsfelder wie die Förderung gesunder Ernährung und die Prävention von Alkoholkonsum oder Gewalt.

Über zwei Drittel der Angebote geben drei

Angebotsart	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Beratungsangebot	1.358	23,5	62,2
Bildungsangebot / Schulungsprogramm	758	13,1	34,7
Freizeitangebot	632	10,9	28,9
Erstellung von Materialien	403	7	18,4
Aktionstag	400	6,9	18,3
Tagung / Veranstaltung(sreihe)	382	6,6	17,5
Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung	351	6,1	16,1
Versorgungsangebot (z.B. Mittagstisch)	288	5	13,2
Gesundheitstag / -woche	265	4,6	12,1
Ausstellung	184	3,2	8,4
Sonstige Angebotsart	754	13,1	34,5

Tabelle 15:
Angebotsarten
(n=2.185)

oder mehr Handlungsfelder an, in denen sie sich für die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens einsetzen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Maßnahmenanbieter eine Stärkung der Bewältigungsressourcen als Voraussetzung für die Arbeit an „spezifisch“ gesundheitsbezogenen Zielen wie z.B. der Prävention von Gewalt oder Medikamentenkonsum sehen und als zentralen

Bestandteil ihrer Angebote verstehen.

Angebotsarten

Tabelle 15 vermittelt einen Überblick über die Angebotsarten, mit denen die vorstehend dargestellten Ziele erreicht werden sollen. Bei der Interpretation der Zahlen ist auch hier zu beachten, dass nur etwa ein Drittel der Angebote ein „exklusives“ Angebot machen, während

Kooperationspartner	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Beratungsstellen	1.345	10,2	63,2
Gesundheitsamt	965	7,3	45,3
niedergelassene Ärzte / Ärztinnen	881	6,7	41,4
Sozialamt	873	6,6	41
Jugendamt	867	6,6	40,7
Wohlfahrtsverbände	807	6,1	37,9
Schulen	793	6	37,2
Selbsthilfegruppen	745	5,7	35
regionale Arbeitsgemeinschaften	698	5,3	32,8
Krankenhäuser	641	4,9	30,1
Krankenkassen	568	4,3	26,7
Kirchengemeinden / kirchliche Einrichtung	565	4,3	26,5
Jugendhäuser / Jugendtreffs	472	3,6	22,2
Polizei	452	3,4	21,2
Kindergärten	406	3,1	19,1
Nachbarschaftshilfe / Stadtteilinitiativen	402	3	18,9
Unternehmen	254	1,9	11,9
Sportvereine	245	1,9	11,5
Haftanstalten	239	1,8	11,2
Ärzteverbände	190	1,4	8,9
Gesundheitskonferenz	146	1,1	6,9
Hebammen	118	0,9	5,5
Sonstige Kooperationspartner	484	3,7	22,7
Keine Kooperationspartner	29	0,2	1,4

Tabelle 16:
Kooperationspartner
(n=2.129)

die übrigen Maßnahmen zwei oder mehr Angebotsarten umfassen.

Fast zwei Drittel aller Maßnahmen bieten Beratungen an, die damit fast doppelt so oft genannt werden wie die in der Häufigkeit der Nennung folgenden Bildungs- und Schulungsangebote.

(f) Kooperation und Vernetzung

Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen kommen in der Praxis gesundheitsfördernder Angebote eine besondere Bedeutung zu, da durch gelungene Kooperationen Ressourcen und Erfahrungen zielgerichtet gebündelt werden können.

rische Betrachtung der offenen Angaben zu Frage 2, die nach Akteuren fragt, die in die Angebotsentwicklung einbezogen sind, zeigt oftmals sehr komplexe Kooperations- und Netzwerkbeziehungen.

Eingebundene Multiplikatoren und Mediatoren

Die Einbeziehung von Multiplikatoren/innen bzw. Mediatoren/innen (Frage 7) bietet die Gewähr dafür, Zielgruppen angemessen ansprechen und erreichen zu können und sind damit eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionen. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die eingebundenen Multiplikatoren/innen und Mediatoren/innen.

Multiplikatoren	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Sozialarbeiter/innen/ Sozialpädagogen/innen	1.462	16	68,7
Berater/innen	983	10,8	46,2
Ärzte / Ärztinnen	935	10,2	44
Lehrer/innen	709	7,8	33,3
Eltern	654	7,2	30,7
Psychologen/innen	652	7,1	30,7
Fachöffentlichkeit	640	7	30,1
Erzieher/innen	547	6	25,7
Kursleiter/innen	428	4,7	20,1
Jugendarbeiter/innen	416	4,6	19,6
Peers / Gleichaltrige	290	3,2	13,6
Krankenschwestern / -pfleger	255	2,8	12
Ausbilder/innen	254	2,8	11,9
Mediatoren/innen (z.B. Dolmetscher/innen)	229	2,5	10,8
Hebammen	119	1,3	5,6
Sonstige Multiplikatoren / Mediatoren	457	5	21,5
Keine Multiplikatoren / Mediatoren	95	1	4,5

Tabelle 17:
Multiplikatoren/Mediatoren im Rahmen der Angebote (n=2.127)

Eingebundene Kooperationspartner

Auf Frage 8 nach den Kooperationspartnern bzw. kooperierenden Institutionen der Angebote geben lediglich 1,3% der Anbieter an, ganz ohne Kooperationspartner zu arbeiten (vgl. Tabelle 16). Etwa die Hälfte aller Angebote arbeitet mit bis zu fünf Kooperationspartnern zusammen.

Angesichts des hohen Stellenwertes von Beratungsangeboten verwundert es nicht, dass Beratungsstellen von fast zwei Dritteln der Angebote und damit mit Abstand als häufigste Kooperationspartner genannt werden. Einen hohen Stellenwert bei der Erstellung gesundheitsfördernder Angebote haben Gesundheits-, Sozial- und Jugendämter, die jeweils über 40 Prozent der Nennungen erhalten. Die kurso-

Knapp jedes zwanzigste Angebot (4,5%) gibt an, ohne Multiplikatoren/innen und Mediatoren/innen zu arbeiten. Der starke soziale Bezug der Angebote wird durch die Nennung von Sozialarbeitern/innen als häufigste Multiplikations-Gruppe unterstrichen.

(g) Dokumentation und Evaluation der Angebote

Dokumentation und Evaluation der erbrachten Leistungen gewinnen als Instrumente der Qualitätssicherung einen zunehmend wichtigen Stellenwert in der Praxis gesundheitsfördernder Angebote, dies nicht zuletzt deshalb, da sie Voraussetzung für die Einwerbung notwendiger Projektmittel sind.

Über die Hälfte der Angebote gibt an, dass

eine Dokumentation ihrer Arbeit (z.B. in Gestalt eines Jahresberichtes) vorliegt (Frage 10, vgl. Tabelle 18). Der ganz überwiegende Teil der dokumentierten Angebote erstellt diese Berichte im Sinne einer internen Dokumentation selbst. Erstaunlich ist der mit 22,5% sehr hohe Anteil der Angebote, für die keinerlei Dokumentation vorliegt und die auch keine Dokumentation planen oder aktuell erarbeiten.

(h) Finanzierung der Angebote

Die in Frage 9 erhobenen Angaben zu den Finanzierungsquellen der Angebote lassen Aussagen zu deren „Verbreitung“ zu, erlauben jedoch keine Aussagen zu ihrem quantitativen Stellenwert für die Finanzierung der Angebote. So ist vorstellbar, dass Finanzierungsquelle X zwar von einem Großteil der Angebote genannt wird, aber jeweils nur einen geringen Beitrag

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
keine Dokumentation	442	22,5	22,5
Dokumentation geplant	314	16	38,4
Dokumentation in Arbeit	178	9	47,5
interne Dokumentation	928	47,2	94,6
externe Dokumentation	106	5,4	100
Gesamt	1.968	100	
Fehlend	288		

Tabelle 18:
Dokumentation der Angebote

Über 70 Prozent der Angebote können keine Evaluation vorweisen (Frage 11), die über eine reine Dokumentation insofern hinausgeht, als sie die erbrachten Leistungen nicht nur darstellt, sondern auch hinsichtlich zuvor formulierter Zielsetzungen bewertet. Der große Anteil evaluations-abstinenter Angebote lässt sich durch den hohen finanziellen Aufwand erklären, der insbesondere mit einer externen Evaluation verbunden ist.

zum insgesamt verfügbaren Finanzvolumen beiträgt. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass nur ein Drittel der Angebote sich ausschließlich aus einer Quelle finanziert, der größte Teil arbeitet mit einem Finanzierungs-Mix.

Drei von vier gesundheitsfördernden Angeboten für sozial Benachteiligte geben an, (auch) öffentliche Mittel zur Verfügung zu haben, damit erhält diese Finanzierungsquelle mit

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
keine Evaluation	705	39,8	39,8
Evaluation geplant	391	22,1	61,8
Evaluation in Arbeit	166	9,4	71,2
interne Evaluation	391	22,1	93,2
externe Evaluation	120	6,8	100
Gesamt	1.773	100	
Fehlend	483		

Tabelle 19:
Evaluation der Angebote

Die Grenzen zwischen Dokumentation und Evaluation sind fließend: Eine Evaluation dokumentiert die erbrachten Leistungen umfassend, und auch ein primär als Dokumentation konzipierter Quartalsbericht kann Elemente einer Evaluation umfassen. Die Kreuztabellierung der beiden Variablen Dokumentation und Evaluation zeigt einen deutlichen Zusammenhang: Angebote ohne Dokumentation werden i.d.R. nicht evaluiert, gleichzeitig liegt für extern evaluierte Angebote überproportional häufig auch eine extern erstellte Dokumentation vor.

In weitergehenden Untersuchungen wird zu fragen sein, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz dieser beiden Instrumente der Qualitätssicherung und einzelnen Interventionsfeldern bzw. Finanzierungsquellen feststellen lässt.

Abstand die meisten Nennungen (vgl. Tabelle 20). Einen hohen Stellenwert haben Spenden (36%) und Vereinsgelder (21%), jedes fünfte Angebot setzt (auch) Ehrenamtliche ein (20%). Bezogen auf die Gesamtheit der erfassten Angebote haben Krankenkassen als Geldgeberinnen für 12% der Angebote eine eher geringe Verbreitung.

Die differenzierte Betrachtung der öffentlichen Mittel zeigt, dass Gesundheitsförderung (für sozial Benachteiligte) in erster Linie Aufgabe der Länder und Kommunen ist, die jeweils von etwa 60% aller aus öffentlichen Mitteln finanzierten Angebote genannt werden. Dem gegenüber besitzen Bundesmittel und Gelder aus Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM, jeweils etwas mehr als 13%) und Strukturpassungsmaßnahmen (SAM, 11%) einen eher nachgeordneten Stellenwert

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Öffentliche Mittel	1.657	33,5	77,8
Spenden	758	15,3	35,6
Vereinsgelder	446	9	20,9
Ehrenamtliche	428	8,7	20,1
Teilnehmer/innenbeiträge	371	7,5	17,4
Sponsorengelder	288	5,8	13,5
Krankenkassen	259	5,2	12,2
Stiftungsgelder	170	3,4	8
Sonstige Finanzierungsquellen	567	11,5	26,6

Tabelle 20:
Finanzierungsquellen (n=2.131)

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Kommunale Mittel	1.019	39,1	62,5
Landesmittel	970	37,3	59,5
Arbeitsbeschaffungsmaßnahme	225	8,6	13,8
Bundesmittel	214	8,2	13,1
Strukturanpassungsmaßnahme	176	6,8	10,8

Tabelle 21:
Differenzierung der Finanzierungsquelle „Öffentliche Mittel“ (n=1.630)

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Primärprävention	87	43,1	45,8
Selbsthilfeförderung	100	49,5	52,6
Patienteninformation	15	7,4	7,9

Tabelle 22:
Differenzierung der Finanzierungsquelle „Krankenkassenmittel“ (n=190)

Die Verteilung der Krankenkassenmittel zeigt einen deutlichen Schwerpunkt auf Angeboten nach § 20 SGB V. Relativ trennscharf gegeneinander abgegrenzt werden vor allem Projekte der Selbsthilfe – nach § 20(4) finanziert – und der primären Prävention – nach § 20(1) finanziert. Nur einen geringen Anteil haben Maßnahmen zur Patienteninformation nach § 65b SGB V.

Von den 259 Angeboten, die sich (auch) aus Mitteln der Krankenkassen finanzieren, beziehen sich drei Viertel (n=190) auf eine der drei in Tabellen aufgeführten und im SGB V festgeschriebenen Finanzierungsquellen. Beim restlichen Viertel der Angebote kann davon ausgegangen werden, dass sie Krankenkassenmittel z.B. im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit als Zuschuss zu Veranstaltungen oder Publikationen erhalten.

(g) Praxisbeispiele im Setting „Stadtteil“

Ziel der Erhebung war neben der Abbildung der bestehenden Breite der Angebote auch die Möglichkeit der Filterung besonders nachahmenswerter und innovativer Projekte im Rahmen nachfolgender Arbeitsphasen.

Im Zuge der ersten Projektphase konnten nur einzelne Projekte exemplarisch betrachtet werden. Die Auswahl folgt dabei keinen systematischen Kriterien, sondern hat sich eher zufällig im Zuge der Datenbearbeitung ergeben. Im Folgenden werden einige dieser Projekte

kurz skizziert. Jedes der hier aufgeführten Projekte weist eine andere Besonderheit auf. Die Auswahl stellt keine Bewertung im Vergleich zu anderen Projekten dar.

Projekte zu Gesundheitsförderung im Stadtteil finden sich

(1) zur Verbesserung des Wohnumfeldes, vor allem im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“

- Stadterneuerung Ebingen-West
Koordination der Aktivitäten von Stadt und Wohnungsbaugesellschaft zum Rückbau, Teilentsiegelung, Spielplatzerrichtung, Aktiv-Sport (Träger Stadtverwaltung Albstadt)
- Schwabach, Schwalbenweg
Abriss und Neubau einer Obdachlosensiedlung unter sozialpädagogischer Begleitung der Bewohner/innen und der Maßnahme (Träger Stadt Schwabach, Stadtjugendamt)
- Gesundheitshaus Bismarck als Initiative zur Weiterentwicklung des Gesundheitsamts, mit Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung, Gesundheitssport u.a. (Träger Gesundheitsamt Gelsenkirchen)
- Mainz, Berliner Viertel
Bürgerbeteiligung zur Wohnumfeldverbesserung (Träger Stadtverwaltung Mainz)

- Kiezdetektive, Berlin
Aktivitäten zur Kinderbeteiligung in Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg sowie Marzahn-Hellersdorf u.a. (Träger Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Berliner Bezirke, Koordinierungsstellen für Gesunde Stadt)



Fallbeispiel Kiezdetektive

Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt

Ziele:

- aktive Beteiligung von Kindern an der Gestaltung ihres Lebensraumes
- Erleben demokratischen Handelns
- Stärkung der persönlichen Ressourcen der Kinder wie Wahrnehmung, Selbstbewusstsein, Verantwortung, Empowerment

Zielgruppen:

- Kinder von 6 bis 14 Jahren aus Schule, Hort, Kitas und Freizeiteinrichtungen

Methoden:

- Methodenworkshop, Entwicklung eines Strategieplans der Kinder
- Erkundungen im Wohnumfeld
- Präsentation der ersten Ergebnisse (v.a. durch Ausstellungen, Schülerzeitungen, Kinderversammlungen)
- Umsetzung der Ergebnisse
- Ergebniskontrolle, Dokumentation, Evaluation

Voraussetzungen/ Bedingungen:

- Ernstnehmen der Kinderbeteiligung durch die Politiker/innen
- personelle Kontinuität der Politiker/innen
- Wille zum Umsetzen der Ergebnisse
- Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung
- intensive Öffentlichkeitsarbeit
- kontinuierliche Betreuung durch eine verantwortliche Projektkoordination

Ausgangssituation – Problemlagen:

- (1) Belästigung einer Mädchengruppe der Lenau-Schule durch Jungen eines Fahrradladen-Projekts.
- (2) Die Islamische Grundschule kritisiert, dass die vom Bezirksamt zugesagten Spielgeräte noch nicht gekommen sind.
- (3) Zäune zwischen freiem Grundstück Kita Schlesische Straße/ Mädchenprojekt Rabia und Seniorenfreizeitstätte Falckensteinstraße und fehlender Kontakt zwischen Kita-Kindern und Senioren/innen.
- (4) Um die Bäume herum liegen Flaschen, Dosen, kaputte Wäscheständer und ganze Plastiktüten voller Hausmüll.
- (5) Die Drogenszene am Kotti macht den Kindern Angst, weil da „immer so komische Gestalten rumhängen.“
- (6) Kinder und Anwohner/innen wünschen sich einen Zebrastreifen über die Prinzenstraße an der Baerwaldbrücke. Dies ist eine sehr gefährliche Stelle, da die Straße den Park kreuzt und hier sehr viele Kinder und alte Menschen unterwegs sind.

Ausgangssituation SCHÄTZE

- „Der Gemüseladen gegenüber vom Schülerladen ist ein Schatz. Der Besitzer ist immer freundlich zu uns.“
- „Uns gefällt, dass in Kreuzberg so viele Menschen unterschiedlicher Herkunft leben.“
- „Der Kinderbauernhof im Görlitzer Park ist ein Schatz.“
- „Wir erhielten Schutz vor einem Pitbull in einem Naturkostladen.“
- „Uns gefällt unsere Schule (Jens-Nydahl-Schule).“
- „Wir fanden die Aktion Kiezdetektive sehr schön.“

(2) als Schulprojekte

– Lärmprävention Hamburg-Nord
Initiative des Bezirksamtes zur Reduktion von Lärmbelastung für Schüler/innen in sozial benachteiligten Wohngebieten (Träger: Bezirksamt Hamburg-Nord)

– Umweltschule in Europa

Programm zur umweltfreundlichen Schulgestaltung, Reduktion von Gestank, Lärm und Verwahrlosung, Aktivierung von Schülern/innen, Eltern und Lehrerkollegium (Träger: Grundschule 34 Erfurt)

(3) als Kooperationsprojekte von z.B. Jugend-, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Verbesserung des Lebensalltages

- HOT Haushaltsorganisationstraining
Familienbegleitung, Beratung zu Gesundheits-, Umwelt- und Ernährungsverhalten (Träger: Deutscher Caritasverband e.V.)
- Früherfassung und aufsuchende Beratung des Jugendamtes auf dem Hintergrund SHE, Beratung und Kompetenzvermittlung im Bereich Lärmreduktion, Schimmel, Nässe, Verwahrlosung, Verelendung (Träger: Stadt Neubrandenburg)

Umweltbewusstsein

- Schülerclub Abenteuerkiste
Kurse für Lücke-Kinder in Berlin-Marzahn mit Naturmaterialien zur Förderung ihres Umwelt- und Gesundheitsbewusstseins (Träger: Robinson e.V.)
- Mauerplatz Kinderbauernhof
mit Angeboten zur kreativen Umweltgestaltung und sozialen Integration von Kindern im sozialen Brennpunkt in Berlin-Kreuzberg (Träger: Kinderbauernhof Mauerplatz e.V.)

(4) als Forschungsprojekte.

Koordination und Multiplikatorenarbeit

- Kindersicherheit Koordinierungskreis zur Verstärkung der Prävention von Kinderunfällen, Initiierung und Umsetzung von „Kindersicherheitstagen“ (Träger: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.)
- Gewaltprävention Leitfaden zur Orientierungs- und Handlungspraxis von Kinderärzten/innen zum Vorkommen von Gewalt gegen Kinder (Träger: Katholische Fachhochschule Saarbrücken)

4. Erweiterung und Fortführung des Internet-Angebotes

Um allen Interessierten die Möglichkeit zur Nutzung des Informations-Bestandes zu Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu geben, wird nach Erfassung auch der nach Erhebungsende Mitte Dezember 2003 eingegangenen Fragebögen und deren re-

daktionellen Aufbereitung unter der bekannten Internet-Domain www.datenbank-gesundheitsprojekte.de eine Recherche-Funktion zur Verfügung gestellt. Diese ermöglicht die zielgenaue Angebots-Suche nach den Kriterien

- Name des Angebots bzw. Anbieters
- Handlungsfelder
(Vorgaben entsprechend Frage 3.1)
- Setting (Betrieb, Stadtteil, Kindergarten, Schule)
- Angebotsart
(Vorgaben entsprechend Frage 4)
- Zielgruppen
(Vorgaben entsprechend Frage 6.3)
- Altersgruppen
(Vorgaben entsprechend Frage 6.1)
- geschlechtsspezifische Angebote
(Vorgaben entsprechend Frage 6.2)
- Ergänzend zu den inhaltlichen Suchkriterien ist die regionale Eingrenzung der Suchergebnisse möglich nach Bundesland, Postleitzahl und Ort.

Perspektivisch ist es möglich, die zunächst mit dem Online-Fragebogen und der Recherche-Funktion im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Erhebung zugeschnittenen Inhalte der Website im Sinne einer umfassenden Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ weiter zu entwickeln. Anschließend an eine Bedarfserhebung können im Kontext dieser Internet-Plattform den Nutzern/innen weiterführende Informationen (z.B. aufbereitete Ergebnisse thematisch relevanter Studien), Materialien und Service-Angebote (Termine, Adressen, Diskussionsforen) zur Verfügung gestellt werden.

Detaillierte Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Internet-Portals wurden im Dezember 2002 im gemeinsamen Konzeptentwurf zur Umsetzung einer zweiten Projektphase von Gesundheit Berlin e.V. und dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg vorgelegt.

(1) Auffinden vorbildlicher und instruktiver Praxisbeispiele (Filter)

Die im Rahmen der ersten Projektphase erstellte Zusammenstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bietet eine bislang nicht gegebene Möglichkeit, „gute“ Angebote mit Motivationscharakter für andere Anbieter zu identifizieren.

Um die Auswahl der Angebote solcher „guten“ Praxis aus der Gesamtheit der erfassten Angebote auf eine systematische Grundlage zu stellen, sollen in einem an die erste Projektphase anschließenden Arbeitsschritt Filterkriterien aus der Literatur abgeleitet (z.B. Bundesvereinigung für Gesundheit 2000, BZgA 2001) und anhand der Kategorien des Fragebogens ope-

rationalisiert werden. Diese Kategorien bilden die Grundlage eines ersten Filter-Prozesses.

Als Kriterien für den ersten Filter-Prozess kommen in Frage

- Zielgruppe sind (auch) Kinder und Jugendliche (Frage 6.1).
- mindestens eine Zielgruppe in „schwieriger sozialer Lage“ (Frage 6.3).
- Angebot wird 2003 fortgeführt (Frage 5.1).
- Angebot arbeitet in einem Setting (Fragen 3.4 bis 3.8).
- Gewährleistung von Erfahrung und Nachhaltigkeit: Das Angebot nahm die Arbeit vor 2002 auf (Frage 6.1).
- Netzwerkarbeit / Ressourcenbündelung: Es werden mindestens zwei Multiplikatoren bzw. Kooperationspartner angegeben (Fragen 7 und 8).
- Angebot wird dokumentiert (Frage 10).
- Angebot wird evaluiert (Frage 11).

Die Liste der durch die Filterung ermittelten Angebote wird an den Auftraggeber und die Mitglieder des beratenden Arbeitskreises übermittelt und soll als Diskussionsgrundlage für das weitere Verfahren – insbesondere die Befragung ausgewählter „guter“ Anbieter in Projektphase 2 – dienen.

Sollte sich zeigen, dass das Ergebnis der ersten Filterung hinsichtlich der Anzahl und der regionalen Verteilung der Angebote als Grundlage für die zweite Projektphase nicht praktikabel ist (z.B. weil deutlich zu viele oder zu wenige Angebote ausgewählt werden) oder Qualität und Vollständigkeit der erhobenen Angaben die Aussagen zu einzelnen Filterkriterien nur bedingt tragfähig erscheinen lassen, so sind ggf. die Filterkriterien zu modifizieren.

(2) Verstetigung der Arbeit und der Aufbau eines bundesweiten Netzes regionaler Knotenpunkte

Um die in der ersten Projektphase aufgebaute „Lebendige Datenbank“ zu verstetigen und ihre Inhalte und Angebote für die regionale Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten im Sinne eines Informationstransfers fruchtbar zu machen, sollte in einer zweiten Projektphase ein Netz dezentraler Knotenpunkte aufgebaut werden, deren Aufgabe u.a. der Aufbau von Arbeitskreisen zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Diese Arbeitskreise können institutionell bei den Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung angesiedelt werden.

Mit einer Kooperationserklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit und den Landesarbeitsgemeinschaften für Ge-

sundheitsförderung wurde dieses Konzept im November 2003 untermauert, um schließlich ab 2004 aufgebaut zu werden. Aus dieser Vertiefung werden sich auch weitere praktische Anknüpfungspunkte ergeben. Das Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf“ sollte auch weiterhin eng in diese Kooperation einbezogen sein.