



# Info\_Dienst

## für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg  
11. Jahrgang • 3. Ausgabe 2011

Inhaltlicher Schwerpunkt zum  
17. Kongress Armut und Gesundheit

3 11

### In diesem Info\_Dienst

Personalien	2
Gesunde Bundespolitik	3
Bewegung in Berlin-Brandenburg	10
Kinder und Jugendliche	14
Altern und Gesundheit	18
Soziale, gesunde Stadt	21
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	23
Suchtprävention	25
Patienteninteressen	26
Termine/Veranstaltungen	27
Publikationen	28
Impressum	28

## Editorial

Menschen in schwieriger sozialer Lage haben oftmals schlechtere Gesundheitschancen als Menschen mit vergleichsweise hohem Sozialstatus. Diese Tatsache ist nicht neu, doch an Wichtigkeit hat das Thema gesundheitlicher Chancengleichheit nichts eingebüßt.

Im Gegenteil: Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere für Menschen in schwierigen sozialen Lebensverhältnissen –

haben in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen. Viele gute Ansätze wurden etabliert, immer neue Projekte kommen hinzu. Die Prävention steht nun vor der Herausforderung, sich von einer respektierten Nischenerscheinung zu einer handlungsmächtigen Institution zu entwickeln, die alle Angehörigen der Gesellschaft – vor allem jedoch ihre schwächsten Glieder – in ihrem Alltag zielgerichtet erreichen kann. Umso wichtiger ist es deshalb, das Wissen über Wirksamkeit und Effizienz sowie eine umfassende Qualitätsentwicklung zu bündeln und zu verbreitern.

Doch wie müsste eine breit angelegte Präventionsstrategie aussehen? Und wie kann eine zielführende Qualitätsentwicklung in der Prävention gelingen? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der WZB-Herbsttagung am 19. Oktober in Berlin, welche Gesundheit Berlin-Brandenburg traditionell in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) ausrichtet. Lesen Sie hierzu einen umfassenden Rückblick sowie das Interview mit Prof. Petra Kolip von der Universität Bielefeld. Auch der 17. Kongress Armut und Gesundheit greift diese wichtige Thematik auf: Unter dem Motto „Prävention wirkt!“ stehen erfolgreiche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – von der Projektentwicklung über die breit angelegte Umsetzung bis hin zur Evaluation – im Mittelpunkt.

Die Eröffnungsrede wird Margaret Whitehead, Professorin an der Universität Liverpool und Leiterin des WHO Collaborating Centre for Policy Research on the Social Determinants of Health, halten.

Durch das in den vergangenen Jahren stetig gewachsene Interesse an dem Kongress sind wir über die räumlichen Grenzen des bisherigen Veranstaltungsortes hinaus gewachsen. Der 17. Kongress Armut und Gesundheit wird daher an der zentral gelegenen Technischen Universität Berlin stattfinden. Dadurch ist der Kongress nicht nur räumlich, sondern auch zeitlich umgezogen: vom traditionellen Termin Anfang Dezember auf den März 2012.

Das Kongress-Programm wird im Januar 2012 sowohl in gedruckter Form als auch online unter [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de) erscheinen. In dieser Ausgabe möchten wir Ihnen schon einmal einen Ausblick und Vorschmack auf den 17. Kongress Armut und Gesundheit bieten. Neben einzelnen inhaltlichen Beiträgen beteiligter Referent/innen haben wir unterschiedliche thematische Schwerpunkte des Kongresses für Sie zusammengestellt.

Wir freuen uns, wenn Sie sich den 9. und 10. März 2012 in Ihrem Terminkalender vormerken!

*Ihr Gesundheit Berlin-Brandenburg-Team*



# Personalien

## Mario Czaja neuer Senator für Gesundheit und Soziales in Berlin

Am 1. Dezember 2011 wurde Mario Czaja (CDU) vom Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit zum Senator für Gesundheit und Soziales ernannt. Czaja tritt damit die Nachfolge von Katrin Lompscher (DIE LINKE) an, die seit November 2006 Senatorin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz in Berlin war.

Aus der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ist die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales geworden.

Die CDU-Abgeordnete Emine Demirbüken-Wegner wird Staatssekretärin für Gesundheit. Den Bereich Soziales übernimmt der bisherige Stadtrat und CDU-Kreisvorsitzende in Neukölln, Michael Büge.

Mario Czaja ist seit 1999 im Abgeordnetenhaus von Berlin und dort Mitglied in den Ausschüssen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie Stadtentwicklung. Czaja kümmert sich als stellvertretender Fraktionsvorsitzender seit Jahren um die Gesundheitspolitik in Berlin.

## Jenny de la Torre mit Springer Charité Award ausgezeichnet

Die Berliner Ärztin Jenny de la Torre hat am 12. Oktober 2011 den Springer Charité Award erhalten. Seit nunmehr 16 Jahren setzt sich de la Torre für Obdachlose in Berlin Mitte ein. Sie hat eine Stiftung gegründet und das Berliner „Gesundheitszentrum für Obdachlose“ aufgebaut. Täglich erhalten hier 40 bis 60 Menschen dringend notwendige ärztliche und medizinische Hilfe, aber auch menschliche Zuwendung, soziale Unterstützung und Lebenshilfe: die Möglichkeit zu duschen, frische Wäsche zu bekommen, Essen und Beratung bei psychischen, sozialen und rechtlichen Problemen.

Zum Sieger gekürt wurde de la Torre von den Lesern der „Ärzte Zeitung“ und von [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de) in einer mehrwöchigen Abstimmung. Aus 66 Kandidaten wurden zuvor zehn Stiftungen und Organisationen von der Award-Jury nominiert. Springer Medizin verleiht den Preis zum dritten Mal und zeichnet damit das herausragende Engagement einer Stiftung, Organisation oder Institution aus, die sich in besonderer Weise der Gesundheitsversorgung in Deutschland verpflichtet hat.

## In diesem Info\_Dienst

- Gesunde Bundespolitik** ..... 3
  - Qualität der Prävention auf allen Ebenen stärken! ..... 3
  - Interview mit Petra Kolip ..... 4
  - Prävention im Schneckengang oder im Krebsgang? ..... 5
  - Prävention verlangt Vorausschau ..... 5
  - Kosten-Effekte-Bewertung in der Gesundheitsförderung ..... 6
  - Wohnungslosigkeit als Extremform von Armut ..... 7
  - Datenreport 2011 ..... 8
  - Männergesundheit – ein Thema der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ..... 9
- Bewegung in Berlin-Brandenburg** ..... 10
  - Wie gesund sind die Berlinerinnen und Berliner? ..... 10
  - Gesundheitsförderung bei älteren Menschen ..... 11
  - Wege ins Erwachsensein ..... 12
  - Praxisnahe Qualitätsentwicklung in der Kita ..... 13
- Kinder und Jugendliche** ..... 14
  - Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Unterstützung sozial belasteter Familien? .. 14
  - Nach dem Scheitern des Kinderschutzgesetzes ..... 15
  - Kosten und Nutzen Früher Hilfen ..... 15
  - Gemeinsam handeln für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ..... 16
  - Welche Netzwerke nutzen schwangere Migrantinnen? ..... 17
- Altern und Gesundheit** ..... 18
  - Soziale Benachteiligung im Alter – ein strukturelles Problem ..... 18
  - Gesund älter werden – ein nationales Gesundheitsziel ..... 19
- Soziale, gesunde Stadt** ..... 21
  - Prävention in Lebenswelten ..... 21
- Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt** .. 23
  - Arbeitsschutz und betriebliche Prävention prekär Beschäftigter ..... 23
  - Frauen in der Prostitution – und danach? .. 24
- Suchtprävention** ..... 25
  - Jahresberichte 2011 der deutschen und der europäischen Beobachtungsstelle ..... 25
- Patienteninteressen** ..... 26
  - Patienteninformation – die Nächste ..... 26
- Termine/Veranstaltungen** ..... 27
- Publikationen** ..... 28
- Impressum** ..... 28

# Gesunde Bundespolitik

Qualität der Prävention stärken / Interview mit Petra Kolip / Prävention im Schnecken- oder Krebsgang? / Prävention verlangt Vorausschau / Kosten-Effekte-Bewertung / Wohnungslosigkeit als Extremform von Armut / Datenreport 2011 / Männergesundheit

## Qualität der Prävention auf allen Ebenen stärken!

### Rückblick auf die WZB-Herbsttagung am 19. Oktober 2011

Die Frage nach Strategien der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Prävention wurde am 19. Oktober im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) mit Expert/innen aus Wissenschaft, Politik und Praxis diskutiert. Die Tagung wurde von Gesundheit Berlin-Brandenburg gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und dem Wissenschaftszentrum Berlin

che Konzepte und Leitfäden hinsichtlich der Qualität und Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen. Was fehlt, sind laut Prof. Petra Kolip von der Universität Bielefeld jedoch Versorgungsanalysen der Prävention und Gesundheitsförderung, die Rückschlüsse auf das Qualitätsniveau zulassen, Überblicke mit Angaben zur Wirksamkeit bestehender Verfahren



Prof. Rolf Rosenbrock, Prof. Petra Kolip und Carola Gold (v.l.n.r.)

für Sozialforschung veranstaltet. Im Vordergrund der Diskussion stand die Notwendigkeit einer breit angelegten Präventionsstrategie und einer umfassenden Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Dass sich Prävention auszahlt, wurde bereits im Eingangsreferat von Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, deutlich. Auch bestehen bereits zahlrei-

sowie Beratung und Schulung zum Einsatz von Qualitätsverfahren zur Beurteilung der Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte. In der Abschlussdiskussion mit Prof. Petra Kolip, der Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Dr. Frank Lehmann von der BZgA, Prof. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Uwe Sandvoss von der Stadt Dormagen

herrschte Einigkeit darüber, dass ein vernetztes Handeln aller Akteure und eine Bündelung von Erkenntnissen und Erfahrungen Voraussetzung für nachhaltige Strategien in Gesundheitsförderung sind. Doch wie kann dies erreicht werden? Die bereits bestehende Anzahl an gesundheitsfördernden Projekten läuft noch zu oft ohne systematischen Austausch nebeneinander her. „Gute Prävention wird schon praktiziert“, so Senatorin Prüfer-Storcks. Nach Auffassung der Hamburger Gesundheitssenatorin muss jedoch die Zusammenarbeit aller relevanten Ressorts gestärkt werden, um Austausch zu fördern, Qualität zu verbessern und Präventionsprogramme in der Lebenswelt der Zielgruppe wirkungsvoll und nachhaltig zu verankern: „Das was wir zusätzlich brauchen, ist ein abgestimmtes Vorgehen aller Ebenen, sowohl der kommunalen, der Länder, der Bundesebenen als auch der verschiedenen Sozialversicherungsträger, der Betriebe und vieler Organisationen darüber hinaus. Wir brauchen diese gesamtgesellschaftliche Strategie. Wir brauchen die Verständigung auf gemeinsame Ziele. Und wir brauchen eine abgestimmte Finanzierung und eine abgestimmte Umsetzung von Maßnahmen.“ Die Realisierung festgelegter Präventionsziele und ineinander greifender Präventionsketten kann nur in der gemeinsamen Zusammenarbeit gelingen, wie anschaulich dargestellt wurde. Darüber hinaus plädierte Petra Kolip dafür, dass verstärkt vorhandene Evidenz genutzt und für die Praxis aufgearbeitet werden müsse: „Es braucht eine Stelle die zu bestimmten Themen die Evidenz sichtet“, die für Entscheidungsträger zugänglich ist und als Lernschleife dient.

Auch Rolf Rosenbrock, Leiter der AG Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin, forderte eine ‚Transfer- und Koordinierungsstelle Qualität‘ aufzubauen, um auf diese Weise eine dynamische institutionelle Architektur zur Nutzung der Potenziale der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Präsentationen der Tagung „Gesundheit nachhaltig fördern – Qualität und Effizienz in der Prävention“ sind im Internet auf [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) veröffentlicht und zum Download verfügbar.

Marie-Christin Koczelnik, Ines Olmos

In Anbetracht des Mottos „Prävention wirkt!“ kommt dem Thema **Qualitätsentwicklung** in der Gesundheitsförderung und Prävention auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** große Bedeutung zu. In den Workshops geht es um Entwicklungen in der Partizipativen Gesundheitsforschung in Deutschland sowie im internationalen Raum. Zudem werden ausgewählte Evaluationskonzepte diskutiert.

## „Von einer strukturellen Verankerung sind wir noch weit entfernt“

### Interview mit Petra Kolip, Universität Bielefeld, über eine systematische Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung



unterschiedliche Aspekte der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu fördern und es wurden Handreichungen erarbeitet, die es Praktiker/innen ermöglicht, die für sie passenden Angebote auszuwählen. Dennoch sind wir von einer strukturellen Verankerung noch weit entfernt: Noch immer können mit Mitteln der öffentlichen Hand geförderte Projekte ohne ein systematisches Qualitätsmanagement und/oder ohne Evaluation durchgeführt werden. Hier eine Verbindlichkeit zu schaffen, scheint mir ein nächster wichtiger Schritt zu sein. Dass hierfür dann auch Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen – Qualität ist nicht umsonst zu haben –, sollte selbstverständlich sein, ist es in Anbetracht knapper Ressourcen aber leider nicht.

#### Wie kann die Qualitätsentwicklung der Angebote vor Ort kurz- und mittelfristig unterstützt werden?

**Kolip:** Nach meiner Erfahrung sind Praktiker/innen vor Ort sehr am Thema Qualität interessiert. In zahlreichen Bundesländern finden, organisiert von den Landesvereinigungen für Gesundheit, Qualifizierungen der Praxis statt. Hier zeigt sich: Praktiker/innen brauchen Unterstützung dabei, das für sie passende Angebot zu finden. Manche Qualitätsangebote sind ja recht umfassend und erfordern viele Ressourcen für die Einarbeitung. Da will ich vor Ort schon wissen, ob das in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht und ob ich das überhaupt leisten kann. Wir brauchen auf Landesebene Beratungsangebote, die die konkreten Vorhaben zum Ausgangspunkt nehmen. Dies ließe sich aus meiner Sicht relativ unaufwändig organisieren: Die vorhandenen Strukturen in den Landesvereinigungen für Gesundheit, etwa die Regionalen Knoten oder die Zentren für Bewegungsförderung, können genutzt werden. Hier braucht es dann ergänzend Personen, die einen Überblick über Instrumente und Verfahren haben (auch in den Randgebieten der Gesundheitsförderung), die Schulungen organisieren und Beratung anbieten. Hiermit wären wir einen wichtigen Schritt in Richtung mehr Qualität gegangen.

Am Mittwoch, den 19. Oktober 2011 fand in Kooperation von Gesundheit Berlin-Brandenburg, dem AOK-Bundesverband und der Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) traditionell die WZB-Herbsttagung statt. Unter dem diesjährigen Thema „Gesundheit nachhaltig fördern – Qualität und Effizienz in der Prävention“ trafen sich über 120 Teilnehmende aus Wissenschaft, Praxis und Politik. Intensiv diskutiert wurden die zwei zentralen Fragen: Wie müsste eine breit angelegte Präventionsstrategie aussehen? Und wie kann eine zielführende Qualitätsentwicklung in der Prävention gelingen?

Darüber, wie ein abgestimmter Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen werden kann, sprachen wir im Nachgang der Tagung mit Petra Kolip von der Universität Bielefeld.

#### Wo sehen Sie derzeit die größten Herausforderungen für die systematische Etablierung von Qualitätsentwicklung in der Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention?

**Kolip:** In den vergangenen Jahren hat die Qualitätsdiskussion in Prävention und Gesundheitsförderung kräftig Schwung bekommen. Zahlreiche Angebote wurden entwickelt, um

#### Wie kann der Austausch über Erfahrungen mit Prozessen und Ansätzen der Qualitätsentwicklung sichergestellt werden?

**Kolip:** Bislang funktioniert dieser Austausch informell ganz gut. Die Entwickler/innen von Instrumenten und Verfahren haben sich im Arbeitskreis Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung zusammen gefunden und die Vor- und Nachteile der einzelnen Angebote kollegial ausgetauscht. Dennoch: Dieser Arbeitskreis ist ohne strukturelle Anbindung und trifft sich dann, wenn es spezifische Anliegen gibt. Sicherlich wäre es hilfreich, wenn wir in Deutschland eine Koordinierungs- und Transferstelle Qualität hätten, die das Thema systematisch bearbeitet und in diesem Zusammenhang auch zu einem regelmäßigen Austausch einlädt. Auch hierfür ließen sich ja die vorhandenen Strukturen nutzen, zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die sich mit einem erweiterten Auftrag und den entsprechenden Ressourcen um diese Aufgabe kümmern könnte.

#### Wie können Qualitätserfordernisse der Praxis bundesweit verbreitet und gestärkt werden? Auf der Tagung „Gesundheit nachhaltig fördern – Qualität und Effizienz in der Prävention“ am 19. Oktober 2011 im WZB wurden beispielsweise zentrale Datenbanken oder eine Leitstelle Qualität als „IQWiG der Prävention“ diskutiert. Wie schätzen Sie diese Vorschläge ein?

**Kolip:** Ein wichtiger Aspekt in der Qualitätsdiskussion ist sicherlich die Planungsqualität: Vorerfahrungen müssen genutzt werden und Interventionen sollten theoretisch untermauert sein – kurz: Interventionen müssen evidenzbasiert sein. Praxis ist aber häufig mit dem Auftrag überfordert, diesen Qualitätsaspekt zu bearbeiten, weil es in Deutschland, anders als zum Beispiel in den USA oder Australien, keine Datenbanken gibt, in denen die wissenschaftliche Literatur zu Interventionsbereichen praxistauglich aufbereitet werden. Hier ist in Deutschland ein großer Bedarf und in der Tat wäre es hilfreich, wenn es ein IQWiG für Prävention gäbe, weil die internationalen Datenbanken nur selten hilfreich sind. Gesundheitsförderung muss immer den – auch lokalen und regionalen – Kontext berücksichtigen. Für eine solche Datenbank braucht es vor allem politischen Willen: Auch dieser Qualitätsaspekt erfordert nachhaltige Ressourcen.

#### Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Ines Olmos.

## Prävention im Schneckengang oder im Krebsgang?

### Workshop auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit diskutiert Erfolge und Misserfolge der Prävention und Gesundheitsförderung

Deutschland kann durchaus auf Erfolge in der Prävention und Gesundheitsförderung zurückblicken. Noch vor 100 Jahren sind in Deutschland ein Viertel bis ein Drittel der Kinder im ersten Lebensjahr gestorben – ein großer Teil davon an Infektionskrankheiten. Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt. In den 1970er Jahre gab es jährlich etwa 20.000 tödliche Verkehrsunfälle, jetzt sind es 80 Prozent weniger. Dabei gilt nach wie vor die Grundthese von Thomas McKweon, dass die großen gesundheitlichen Fortschritte nur zum geringeren Teil der Medizin zuzurechnen sind, auch nur zum geringeren Teil den präventivmedizinischen Maßnahmen. Natürlich hat auch das Gesundheitswesen selbst seine präventiven Erfolge: Die Säuglings- und Müttersterblichkeit ist durch eine bessere Gesundheitsvorsorge rund um die Geburt gesenkt worden. Die Pocken sind durch die Impfung weltweit ausgerottet, Polio in Europa, die HIV-Prävention ist ein lehrreiches Beispiel für eine moderne, gemeinsam mit den Betroffenen umgesetzte Präventionskampagne, die Zahnprophylaxe hat Karies in großem Ausmaß zurückgedrängt.

Gegenwärtig leidet die Prävention in Deutschland unter den Folgen der Hegemonie neoliberalen Denkens, das regulative Eingriffe bei unerwünschten gesellschaftlichen Entwicklungen auch im Gesundheitsbereich erschwert – sei es

die Ausbreitung multiresistenter Erreger in Krankenhäusern, der zunehmende Stress in der Arbeitswelt oder die manchmal gesundheitsgefährdende Kreativität der Lebensmittelbranche. Ein Anknüpfen an die großen Erfolge der Prävention in der Vergangenheit würde aber ähnlich durchgreifende Maßnahmen voraussetzen. Das gilt auch für das im engeren Sinne präventivmedizinische Feld. Das vielbemühte Bild der Prävention als vierte Säule des Gesundheitswesens hat nur eine Chance auf Verwirklichung, wenn es für die Prävention eine organisatorisch und finanziell tragfähige Grundlage gibt. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz jedweder Art im gesamten Gesundheitswesen lagen 2008 bei etwa 4 Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben. Dieser Wert hat sich über die letzten 20 Jahre, also über alle Präventionsdebatten hinweg, praktisch nicht geändert.

Eine Erfolgsgeschichte – und eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Prävention – ist der (Wieder-)Aufbau von Public Health in Deutschland. Der Fundus an validen Ergebnissen der Präventionsforschung ist enorm und er wächst stetig. Die Hochschulen haben zudem für gut ausgebildete Präventionsfachkräfte gesorgt. Wir haben eine große gesellschaftliche Offenheit für das Thema Prävention, und wir haben ein gutes Netz an präventionsrelevanten Akteuren – von den Kom-

Der **17. Kongress Armut und Gesundheit** bietet Raum für Diskussionen und Vorträge in dem Themenfeld **Präventionsforschung**. So beschäftigt sich ein Workshop mit der Frage, wie Ernährungskommunikation erfolgreich gelingen kann. Des Weiteren werden Erfahrungen aus dem BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung vorgestellt. Dabei geht es im Besonderen darum, wie Prävention nachhaltig in der Praxis verankert werden kann.

munen bis hin zu den Krankenkassen. Die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Prävention sind in Deutschland vorhanden – es gilt, sie zu nutzen. Dazu ist ein präventionspolitischer Klimawandel nötig. Vielleicht ist es an der Zeit, über die Sinnhaftigkeit eines Präventionsausschusses im Bundestag nachzudenken. Einen Sportausschuss gibt es schließlich auch. Notwendig sind in der Folge eine ausreichende gesetzliche Fundierung der Prävention und, ebenfalls wichtig, die Stärkung regionaler Handlungsfähigkeiten. Ohne eine Revitalisierung kommunaler Gesundheitspolitik wird es vermutlich auch keinen Durchbruch in der Prävention geben.

Der Workshop „Prävention – im Schneckengang oder im Krebsgang“ auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit wird Erfolge und Misserfolge der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland diskutieren und versuchen, eine Einschätzung der künftigen Entwicklung zu geben.

*Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*

## Prävention verlangt Vorausschau

### Gesundheitliche Folgenabschätzung (Health Impact Assessment) als Chance

Da neben dem Gesundheitssektor zahlreiche weitere Sektoren wie Bildung, Arbeit und Stadtentwicklung die Gesundheit der Bevölkerung nachdrücklich beeinflussen, ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik („Health in all Policies“) weiterhin ein grundlegendes Ziel umfassender Prävention. Dieses gilt verstärkt beim Auftreten krisenhafter Veränderungen. Oft sind sozial benachteiligte Gruppen von solchen Veränderungen besonders negativ betroffen.

Wie aktuelle Entwicklungen u.a. in Wirtschaft,

Finanzwesen und Energiepolitik zeigen, ist ein höheres Maß an Vorausschau („Foresight“) dringend nötig. Die Gesellschaft braucht Routinen zur Abschätzung künftiger Entwicklungen sowie auch erwartbare Handlungsauswirkungen, ferner eine rationalere Haltung zu Ungewissheit und Risikobereitschaft, speziell wenn es um komplexe Systeme mit vielfältigen Wechselwirkungen geht.

Wenn Prävention und Gesundheitsförderung, statt den unterschiedlichen Entwicklungen nur

„hinterherzulaufen“, diese auch gesundheitspositiv mitgestalten wollen, erfordert dies eine Verbindung der beiden Konzepte „gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ und „Vorausschau“. Diese Verbindung existiert im internationalen Raum als gesundheitliche Folgenabschätzung („Health Impact Assessment, HIA). Mit HIA wird versucht, für Strategien, Pläne, Programme und Projekte verschiedenster gesellschaftlicher Sektoren die Auswirkungen auf Gesundheit im Vorwege abzuschätzen. HIA wurde zum Beispiel auf Flugplatzenerweiterungen, Wohnungsbau- und Stadtentwicklungsprojekte, Regionalplanung, Agrar- und Umweltpolitik sowie Beschäftigungsstrategien angewendet.

Im Mittelpunkt von HIA steht oft die Frage, in welcher Weise unterschiedliche (insbesondere benachteiligte) Gruppen der Bevölkerung von geplanten Maßnahmen unterschiedlich betrof-

fen sein werden. Durch konkrete Empfehlungen sollen positive Auswirkungen verstärkt und negative verringert werden. Auch aus dieser Sicht setzt die WHO hohe Erwartungen in HIA (Weltgesundheitsstag 2010, vgl.). Unter der polnischen EU-Ratspräsidentschaft 2012 wurde HIA als wesentliches Instrument gewürdigt<sup>2</sup>. Es gibt zu HIA umfangreiche Projektförderungen durch die Europäische Union. Die European Public Health Association (EUPHA) hat zu HIA eine Arbeitsgruppe gestartet<sup>3</sup> und ein Infoblatt herausgegeben<sup>4</sup>.

In einer wachsenden Zahl von Ländern erreicht HIA als Instrument gesundheitlicher Prävention und Chancengleichheit bereits die regulären Strukturen und Prozesse des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel in Großbritannien<sup>5</sup>. In Österreich initiierte das Gesundheitsministerium kürzlich ein vollständiges HIA-Programm samt Implementierungskonzept, nationaler Fachtagung, Webauftakt, Summer School zu HIA und Durchführung eines Pilot-HIA<sup>6</sup>. In der Schweiz betreiben mehrere Kantone zusammen mit „Gesundheitsförderung Schweiz“ seit 2005 eine Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung<sup>7</sup>.

Auch in Deutschland zeichnen sich Fortschritte ab, zum Beispiel mit Projekten auf lokaler Ebene und auf Landesebene<sup>8</sup>. In der Fachdiskussion zu Gesundheitsförderung und Prävention tritt HIA inzwischen deutlicher in Erscheinung, zum Beispiel in den „Leitbegriffen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)<sup>9</sup> und als deutscher Wikipedia-Eintrag<sup>10</sup>. In Zusammenarbeit mit der deutschen UVP-Fachgesellschaft entsteht ein Leitfaden zu Gesundheit in Planungsprozessen<sup>11</sup>.

Auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit wird ein Workshop mit Beiträgen aus dem Inland (Bayern, NRW) und dem deutschsprachigen Ausland (Österreich, Schweiz) einige dieser Entwicklungen aufzeigen und in Beziehung zueinander setzen. Die unter Beteiligung der BZgA moderierte Diskussionsrunde zielt darauf ab, die durch HIA eröffneten Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen, möglichst gut zu nutzen.

*Rainer Fehr, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW*

1 [www.who.int/hia/en](http://www.who.int/hia/en)

2 [www.solidarity-in-health.pl](http://www.solidarity-in-health.pl) – English – Programme

3 [www.eupha.org/site/section\\_page.php?section\\_ref=S\\_HIA](http://www.eupha.org/site/section_page.php?section_ref=S_HIA)

4 <http://eupha.org/site/publications.php> – EUPHActs 2011-2

5 [www.hiagateway.org.uk](http://www.hiagateway.org.uk)

6 <http://hia.goeg.at>

7 [www.impactsante.ch](http://www.impactsante.ch)

8 [www.liga.nrw.de/service/downloads/pub-gesundheit/pub-vortrag/index.html](http://www.liga.nrw.de/service/downloads/pub-gesundheit/pub-vortrag/index.html) –

21.-25.9.2010, Poster & Handout: Zehn (partielle) Beispiele für Health Impact Assessment (HIA) in Deutschland

9 [www.leitbegriffe.bzga.de](http://www.leitbegriffe.bzga.de) – Health Impact Assessment

10 [http://de.wikipedia.org/wiki/Health\\_Impact\\_Assessment](http://de.wikipedia.org/wiki/Health_Impact_Assessment)

11 [www.uba.de/umid/archiv/umido211.pdf](http://www.uba.de/umid/archiv/umido211.pdf), pp.11ff.

## Kosten-Effekte-Bewertung

### Ein geeigneter Ansatz für die Gesundheitsförderung?

„Prävention wirkt!“ heißt das Motto des 17. Kongresses Armut und Gesundheit. Doch wird diese Wirkung möglicherweise zu teuer erkauft? Können die aufgewendeten finanziellen und personellen Mittel noch effektiver oder effizienter eingesetzt werden? Nicht nur Geldgeber stellen diese Fragen, sondern auch viele Praxisanbieter wollen wissen, ob der Aufwand für ihre Arbeit möglicherweise verringert oder bei gleichen Kosten die Ergebnisse verbessert werden können. Ein Ansatz zur Beantwortung dieser Frage ist die Kosten-Nutzen-Bewertung. Sie wurde in der Betriebswirtschaft entwickelt und stellt die aufgewendeten Kosten ins Verhältnis zum Ertrag der Maßnahme. Im Wirtschaftsleben ist dies relativ einfach möglich und macht Sinn: Nur wenn der Ertrag höher ist als die investierten Mittel hat sich die Investition gelohnt. Für die Gesundheitsförderung ist dies nicht ganz so einfach. Hier stellen sich eine Reihe methodischer, aber auch ethischer Probleme.

**Ermittlung der Kosten.** Oft ist es nicht leicht, verlässliche Informationen zu den entstandenen

Kosten zu erhalten. Viele gesundheitsfördernde Interventionen können ihre echten Kosten gar nicht eindeutig bestimmen, da die (anteiligen) Personalstellen nicht dem wirklichen Arbeitsaufwand entsprechen, wenn sich beispielsweise auch Ehrenamtliche und Kooperationspartner engagieren oder anteilige Miet- und Nebenkosten sich nicht eindeutig beifern lassen.

**Ermittlung der gesundheitsfördernden Effekte.** Wenn die Kosten bekannt sind, sollen ihnen die erzielten positiven Effekte, also der „Nutzen“ der Intervention gegenüber gestellt werden. Doch wie kann dieser gemessen werden? Nicht immer lassen sich die Ergebnisse in eindeutigen Kennzahlen darstellen, beispielsweise in einer Veränderung des BMI (Body-Mass-Index) bei übergewichtigen Personen. Für erfolgreiche Gesundheitsförderung sind beispielsweise Kompetenzgewinn, soziale Einbindung und gestiegene Lebensqualität ebenso wichtige Ergebnisse, die aber weit aufwändiger zu messen sind. Und wenn dann auch noch Struktureffekte (z.B. der Aufbau eines Netz-

werkes) in den Blick kommen, wird es richtig schwierig. Immer stellt sich auch die Frage nachhaltiger Wirkungen: Wie weit in die Zukunft sollen die Effekte betrachtet werden?

**Kosten und Effekte im Verhältnis.** Wenn dann die notwendigen Informationen zu Kosten und Effekten einer Maßnahme vorliegen, müssen diese ins Verhältnis zueinander gesetzt werden. Am einfachsten ist das, wenn sowohl die Kosten als auch die Effekte in Geldgrößen ausgedrückt werden können. Dann lässt sich leicht feststellen, welchen gesundheitsfördernden „Ertrag“ jeder eingesetzte Euro erbringt. Ob die von der Gesundheitsökonomie entwickelten Konzepte wie QALYs (Quality Adjusted Life Years) auch für komplexe, lebensweltbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung sinnvoll genutzt werden können, ist noch fraglich.

**Bewertungsprobleme.** Und nicht zuletzt stellt sich die Frage, wie die gefundenen Ergebnisse zu bewerten sind. Sollte als Standard aus der gewerblichen Wirtschaft übernommen werden, dass nur Interventionen erfolgreich sind, deren Erträge höher sind als die eingesetzten Kosten? Oder ist die nachweisliche Verbesserung von Lebensqualität durch die Vermeidung von Erkrankungen ein Wert an sich, der jenseits aller wirtschaftlichen Kalküle stehen sollte? Und welche Auswirkungen hätte eine flächendeckende Anwendung der Kosten-Nutzen-Bewer-

tungen gesundheitsfördernde Interventionen? Wäre dies ein Beitrag zur Professionalisierung der Praxis oder würde nur ein Kostendruck erzeugt, der gerade die notwendigen Freiheitsgrade lebensweltbezogener und auf Beteiligung setzender Angebote beschneidet? Diesen Fragen geht der Workshop „Kosten-

Nutzen-Bewertung: Ein geeigneter Ansatz für die Gesundheitsförderung?“ auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit nach. Ausgehend von Erwartungen und Befürchtungen seitens Praktiker/innen sollen Ansätze zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Gesundheitsförderung reflektiert und ein aktueller Forschungs-

ansatz vorgestellt werden, der die Praxis bei der Reflexion der eigenen Kosten-Nutzen-Relation unterstützt. Der Workshop wagt den Versuch, ein klassisches „Expertenthema“ praxisnah aufzubereiten und in eine gemeinsame Diskussion zu überführen.

*Holger Kilian*

## Wohnungslosigkeit als Extremform von Armut

### 17. Kongress Armut und Gesundheit thematisiert die Gesundheit wohnungsloser Menschen



Ein Vergleich und eine Analyse der mittlerweile vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen zur Gesundheitssituation der etwa 248.000 wohnungslosen Menschen (2010; Zahlen der BAG Wohnungslosenhilfe) in Deutschland, zeigt zum einen eine hohe Morbiditätsquote (etwa 80 Prozent sind dringend behandlungsbedürftig, bei etwa 70 Prozent liegt eine Multimorbidität vor) und zum anderen eine unzureichende medizinische Versorgung auf. Wohnungslosigkeit – als sichtbare Spitze des „Armutseisberges“ in unserer Gesellschaft – nimmt nach Jahren rückläufiger Zahlen wieder deutlich zu. Armut nimmt insge-

samt in Deutschland zu. Ein Skandal! Obwohl es zahlreiche fundierte wissenschaftliche Expertisen und empirischen Fakten gibt, die eindeutig eine Korrelation zwischen Armut und Krankheit sowie einer erhöhten Sterblichkeit darlegen, zeigt sich die Politik, zeigen sich unsere Entscheidungsträger beratungsresistent.

Seit Jahren wurde systematisch die Errungenschaft des gesundheitlichen Solidarprinzips ausgehöhlt und teilweise abgeschafft. Zuzahlungen und Zusatzbeiträge, Eigenbeteiligungen, komplizierte administrative Antragsverfahren behindern und verhindern den Zugang

zum Gesundheitsversorgungssystem. Gerade am Beispiel der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen werden die unsozialen und ungerechten Facetten des deutschen Gesundheitssystems transparent und führen zu verheerenden Gesundheitsfolgen bei den Betroffenen. Das Aufdecken, Entlarven und Kennzeichnen von Benachteiligungs- und Ausgrenzungsstrukturen in diesem Kontext ist eine elementare Aufgabe einer solidarischen und partizipativen Gesundheitsarbeit. Darüber hinaus ist Kreativität und Phantasie im Hinblick auf eine emanzipatorische, wertschätzende Gesundheitsförderung wohnungsloser Menschen gefragt. Hier müssen selbstkritisch Entmündigungsprozesse und -einstellungen hinterfragt und korrigiert werden. Immer noch nimmt der Aspekt der aktivierenden Gesundheitsförderung, gerade bei Menschen ohne festen Wohnsitz, eine untergeordnete Rolle ein. Praktizierte Salutogenese und Resilienzförderung müssen einen größeren Aktionsrahmen einnehmen, um Selbstbestimmung, die Entwicklung eines Selbstwertgefühls, das aufgrund zahlreicher Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen oft stark gemindert ist, und die Erfahrung von Selbstkohärenz zu fördern.

All diese Aspekte sollen in den beiden Workshops zum Thema Wohnungslosigkeit auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit aufgegriffen, an Beispielen reflektiert und diskutiert werden.

*Gerhard Trabert,  
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
Mainz  
Stellvertretender Sprecher der Nationalen  
Armutskonferenz Deutschlands  
Sprecher der Landesarmutskonferenz  
Rheinland-Pfalz  
Hochschule Rhein Main Wiesbaden,  
Fachbereich Sozialwesen*

## Datenreport 2011 veröffentlicht

### Armut verfestigt sich, Bildung zentrale Ressource

Knapp 16 Prozent der Bevölkerung sind armutsgefährdet: Dies geht aus dem am 11. Oktober veröffentlichten Datenreport 2011 hervor. Und nicht nur das: Armut verfestigt sich, wie der Sozialforscher Roland Habich, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), anlässlich der Veröffentlichung auf der Pressekonferenz in Berlin verdeutlichte.

So gelingt es immer weniger Menschen mit



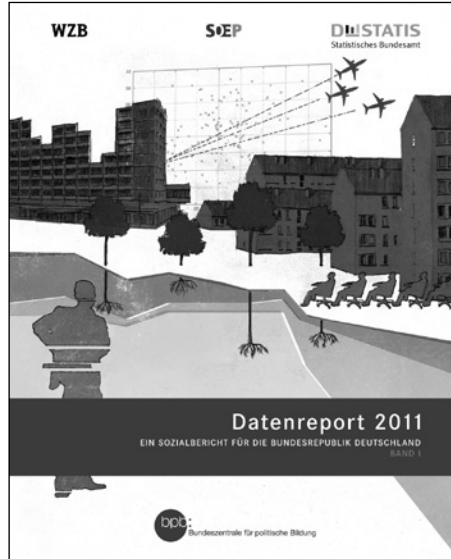
#### STIMMEN ZUM KONGRESS

##### „Welche Diskussionen erhoffen Sie sich für den 17. Kongress Armut und Gesundheit?“

Armut ist nach wie vor einer der bedeutsamsten Krankmacher in einer Welt, die reich genug ist, um jedem Menschen die Mittel für ein gutes und gesundes Leben zukommen zu lassen. Die ökonomischen Abläufe und die politischen Entscheidungen der letzten Jahrzehnte haben diesen Skandal nicht nur nicht gemindert, sondern noch drastisch verstärkt. Nur noch das Interesse der Anleger scheint zu zählen, die Frage, was denn die konkreten Güter und Dienstleistungen wären, die Menschen für ein gutes Leben brauchen, scheint keine Rolle mehr zu spielen.

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist so nicht nur zutiefst politisch, er rührt auch an grundsätzliche Fragen unseres Wirtschaftssystems und Lebensmodells. Dem werden gesundheitspolitische Debatten nicht immer gerecht. Allzu oft beschränken sie sich auf die rein fachpolitische Sicht oder akzeptieren von vorne herein angebliche ökonomische Beschränkungen oder unausweichliche Sparzwänge. Eine umfassende Politisierung der Diskussion ist dringend notwendig.

Werner Rätz, Attac Deutschland,  
AG Soziale Sicherungssysteme



niedrigem Einkommen, ihre Einkommenssituation zu verbessern und der Armut zu entfliehen. Seit den 80er Jahre habe sich das Risiko, im untersten Einkommensbereich zu verbleiben, von 57 auf 65 Prozent erhöht. „(...) fast 87 Prozent der Personen, die 2009 unter der Armutsgefährdungsquote lagen, bereits in den vier Jahren zuvor mindestens einmal von Armut betroffen waren, ein Drittel war dauerhaft, also über fünf Jahre, arm.“ Nur wenigen Menschen gelinge es, ihre Einkommenssituation zu verbessern, und Armut könne längst jeden betreffen. „Kurzfristige Armutserfahrungen reichen bis weit in mittlere Einkommenslagen hinein“, so Habich.

Basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes sowie Befunden der empirischen Sozialforschung liefert der Report einen differenzierten Überblick über die Lebensverhältnisse der Bürger/innen in Deutschland. Auf mehr als 450 Seiten werden Aspekte dargestellt, die die Lebensverhältnisse entscheidend prägen: Bildung und Arbeitsmarkt, Sozialstruktur und Soziale Lage, Gesundheit und Soziale Sicherung oder Wohnverhältnisse und Wohnkosten – um nur einige Lebensbereiche zu nennen.

Der Bericht zeigt auch, dass Menschen, die in Armut leben, insbesondere im Bereich Wohnen, große Lasten zu tragen haben. So fühle sich etwa jeder dritte Armutsgefährdete durch aufkommende Wohnkosten „schwer belastet“. Bei der nicht armutsgefährdeten Bevölkerung trifft dies auf etwa ein Fünftel (18 Prozent) zu. 16 Prozent der armutsgefährdeten Frauen und Männer seien nicht in der Lage, „ihre Wohnung angemessen warm zu halten“. Fast jeder Dritte Betroffene fühle sich nicht imstande, „wenigstens an jedem zweiten Tag eine warme Mahlzeit einzunehmen“, so Roderich Egeler, Statistisches Bundesamt.

#### Gesundheit: Bildung als Ressource

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit wird auch in diesem Bericht deutlich. Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, schätzen ihre eigene Gesundheit vergleichsweise schlecht ein. Armutsgefährdete Männer haben im Vergleich zu Männern aus der hohen Einkommensschicht ein um das 2,7-fach erhöhtes Risiko einer schlechten Gesundheit, bei den Frauen liegt der Faktor bei 2,2. Der Einfluss der sozialen Lage zeigt sich auch bei einer Reihe chronischer Erkrankungen und Krankheiten sowie gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum und körperlicher Aktivität (Datenreport 2011, S. 247 bis S. 251).

Die Autoren sehen Bildung als die zentrale Ressource, um gesundheitliche Ungleichheiten zu mindern. Jedoch hängen Bildungserfolg und Bildungschancen immer noch sehr stark von der sozialen Herkunft ab: „Nur 10 Prozent der Gymnasiasten kamen 2009 aus Familien, in denen die Eltern einen Hauptschulabschluss oder gar keinen allgemeinen Schulabschluss gemacht hatten“, so Thomas Krüger, Bundeszentrale für Politische Bildung.

Merle Wiegand

## Männergesundheit – ein Thema der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

### Diskussionen zu passgenauen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit

Geschlecht gilt als zentrale Kategorie, welche Gesundheit und Krankheit, gesundheitsrelevantes Verhalten sowie Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflusst. So belegen die Daten der amtlichen Statistik eine geringere Lebenserwartung für Männer und eine höhere Sterblichkeit in allen Lebensphasen. Als Risiken hierfür gelten vor allem Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten, aber auch unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen. Biologische Faktoren haben ebenfalls einen Einfluss, wenn auch in geringerem Umfang. Darüber hinaus scheinen sich Frauen und Männer in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen zu unterscheiden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass der Gesundheitszustand und die Mortalität bei Männern stärker noch als bei Frauen mit sozialen Faktoren wie Bildungs- und Einkommensstatus verknüpft sind. Ein wichtiger Aspekt sind auch die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren, die in Abhängigkeit vom Lebensalter und Lebenssituation wirken – dies gilt für beide Geschlechter. Um die gesundheitliche Lage von Männern und Frauen zu beschreiben, ist es demnach erforderlich, sowohl die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen als auch die psychosozialen Einflussfaktoren mit in den Blick zu nehmen.

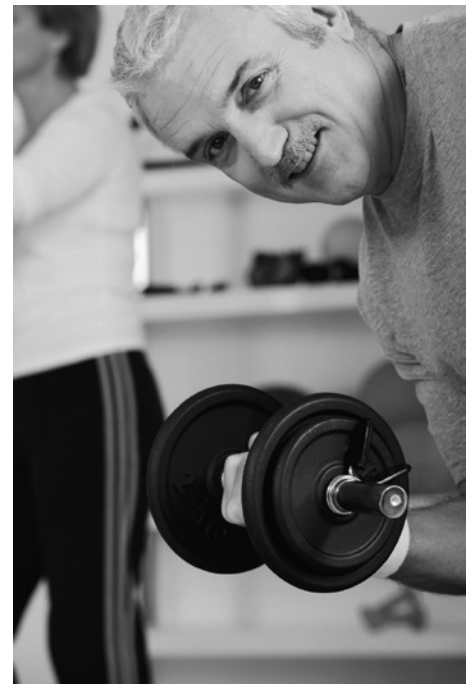
#### Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes am Robert Koch-Institut (RKI), die in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt kontinuierlich Daten und Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung veröffentlicht, erarbeitet derzeit einen „Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland“. Dieser soll die bisher erschienenen Berichte der GBE ergänzen, in denen zahlreiche gesundheitsre-

levante Themen geschlechtervergleichend dargestellt wurden. Ein geschlechtsspezifischer Bericht, wie er derzeit erarbeitet wird, kann die Besonderheiten der gesundheitlichen Lage und der Bedingungen für Gesundheit bei Männern stärker berücksichtigen.

Inhaltlich wird der Bericht wichtige Aspekte des Gesundheitsstatus und des Gesundheitsverhaltens von Männern aufgreifen. Schwerpunktthemen des Berichtes sind die Bedeutung der Arbeitswelt und die Rolle von Lebensformen/Familie für die Gesundheit von Männern. Daran anknüpfend werden der Status quo und die Handlungsfelder einer männerspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt. Ausgangspunkt für die verschiedenen, im Bericht aufgegriffenen Themenbereiche ist eine geschlechtervergleichende Darstellung von Männern und Frauen. Im zweiten Schritt erfolgt eine differenzierte Betrachtung innerhalb der Gruppe der Männer, denn nur dadurch können spezifische Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit bei Männern aufgezeigt werden. Wichtige Differenzierungsmerkmale sind hierbei Alter, Bildung, soziale Lage sowie Migrationsstatus.

Als Datengrundlagen für den Bericht werden neben den amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten auch die bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts herangezogen, in denen neben Fragen zum Gesundheitsstatus und -verhalten die soziodemografischen und sozioökonomischen Differenzierungsmerkmale erfasst werden. Ziel des Berichtes ist es, eine empirische Grundlage für den öffentlichen Diskurs zu schaffen. Der Bericht möchte dabei nicht nur gesundheitliche Risiken aufzeigen, sondern



Im Themenbereich **Männer** auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** wird zudem in einem Workshop die Erreichbarkeit von Jungen und Männern in Prävention und Gesundheitsförderung vertieft sowie das neue Männergesundheitsportal der BZgA präsentiert.

auch Ressourcen von Männern identifizieren, die dazu beitragen können, ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Auch der 17. Kongress Armut und Gesundheit greift das Thema Männergesundheit auf. Im Themenblock „Daten für Taten“ wird es hierzu einen Workshop geben. Passend zum Kongressmotto „Prävention wirkt!“ sollen ausgewählte Ergebnisse des Männergesundheitsberichts zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten präsentiert und mit Blick auf Anforderungen an eine männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert werden.

*Anne Starker, Robert Koch-Institut*

# Bewegung in Berlin-Brandenburg

Wie gesund sind die Berlinerinnen und Berliner? / Gesundheitsförderung bei älteren Menschen / Wege ins Erwachsensein / Praxisnahe Qualitätsentwicklung in der Kita

## Wie gesund sind die Berlinerinnen und Berliner?

### Basisbericht gibt umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand und das Gesundheitswesen

Der Basisbericht 2010/2011 stellt Schlüsselindikatoren des Gesundheitszustandes wie Lebenserwartung, vorzeitige bzw. vermeidbare Sterblichkeit und Todesursachen, Pflegebedürftigkeit, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz vor.

#### Entwicklung der Bevölkerung und Lebenserwartung

In Berlin lebten Ende 2010 3.460.725 Menschen. Das sind rund 18.000 mehr als im Vorjahr. Damit ist Berlins Bevölkerung im sechsten Jahr in Folge gestiegen.

Erfreulicherweise lässt sich für Berlin auch im Jahr 2010 – fortgesetzt seit 2007 – ein Geburtenüberschuss feststellen. Im Verlauf des Jahres 2010 kamen 33.393 Kinder lebend zur Welt, dies bedeutet einen Anstieg um 1.289 Kinder bzw. vier Prozent im Vergleich zum Vorjahr. 32.234 Berliner/innen sind 2010 verstorben, knapp zwei Prozent mehr als im Vorjahr.

Die Lebenserwartung beträgt gegenwärtig für Berliner Frauen 82 Jahre und für Berliner Männer 77 Jahre. Sie ist für beide Geschlechter gestiegen. Nahezu jede zweite in Berlin lebende Frau (48 Prozent) und fast jeder dritte Mann (32 Prozent) erleben den 85. Geburtstag.

Fast jeder vierte Mann und jede achte Frau starb vorzeitig, d.h. vor dem 65. Lebensjahr. Das Todesursachenspektrum ist vor allem durch solche bestimmt, die auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind: Die Hälfte der vermeidbaren Todesfälle

wurde durch Lungenkrebs und Krankheiten der Leber verursacht. Etwa jeder zehnte Sterbefall geht zu Lasten einer bösartigen Neubildung der Lunge. Brustkrebs war bei den Berliner Frauen für nahezu jeden zwölften Sterbefall verantwortlich.

#### Behinderung und Pflegebedürftigkeit

In Berlin sind 69.000 der weiblichen (3,9 Prozent) und 32.300 der männlichen (1,9 Prozent) Bevölkerung von Pflegebedürftigkeit betroffen. Mehr als 80 Prozent der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter. Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen nahm seit 1999 bei den Frauen um 20 Prozent und bei den Männern um 39 Prozent zu.

Etwas mehr als die Hälfte der Berliner Pflegebedürftigen war 2009 in Pflegestufe I eingestuft (Frauen 57 Prozent, Männer 55 Prozent), Leistungen nach Pflegestufe II erhielten 32 Prozent aller Pflegebedürftigen. Schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) waren 11.500 Menschen (11,4 Prozent), davon 7.800 Frauen und 3.700 Männer. Fast die Hälfte aller in Pflegestufe III eingestuften Frauen und mehr als zwei Drittel aller schwerstpflegebedürftigen Männer werden zu Hause gepflegt.

#### Ambulante Morbidität und Versorgung

Erstmals werden im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung Informationen zu personenbezogenen Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsanlässen aus Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin präsentiert. Die Ergebnisse zeigen einer-

seits das Krankheitsspektrum im ambulanten Sektor und andererseits geben sie Hinweise für eine an der Morbidität der Bevölkerung orientierten Bedarfs- und Versorgungsplanung.

Rückenschmerzen, Bluthochdruck und Sehfehler sind laut Abrechnungsdaten der KV Berlin die am häufigsten gestellten Diagnosen.

Neben chronischen Leiden spielen akute Infekte sowie Früherkennungsuntersuchungen und die Verabreichung von Impfungen eine bedeutende Rolle bei der Nachfrage von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlich-medizinischen Versorgung.

Insbesondere Krankheiten mit einer starken Lebensstilkomponente (Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit) sind mit der Höhe der sozialen Belastung korreliert: Typ-II-Diabetes, Adipositas, psychische Krankheiten, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), aber auch Infekte, Rückenschmerzen und Verletzungen zeigen in Gebieten mit „schwieriger“ Sozialstruktur überdurchschnittliche Erkrankungsdaten.

Der Basisbericht 2010/2011 – Daten des Gesundheits- und Sozialwesens ist im Internet unter

[www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheitsbasis.html](http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheitsbasis.html) abrufbar.

Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

## Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

### Ländliche Lebensräume im Fokus

Brandenburg ist das am stärksten von den Folgen der demographischen Entwicklung betroffene Bundesland Deutschlands. Brandenburg wird ärmer, Brandenburg fehlen Kinder und Brandenburg spaltet sich. So die Ergebnisse eines Gutachtens des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung aus dem Jahr 2007. Mit diesen Fakten sind wirtschaftliche und gesellschaftliche Herausforderungen verbunden, welche zukünftig durch die ältere Generation getragen werden müssen.

Betrachtet man die Lebenslagen von Senior/innen im Land Brandenburg, muss der Blick differenziert auf heterogene Strukturen gerichtet werden. Brandenburg ist überwiegend geprägt durch Regionen mit ländlichem Charakter. In seinem Zentrum jedoch besteht es aus den strukturstarke Randgebieten der Bundeshauptstadt Berlin. Diese in der Bundesrepublik einmalige strukturelle Besonderheit hat unter anderen zur Folge, dass die ländlichen Regionen mit massiven Abwanderungen zu kämpfen haben, gleichzeitig der so genannte „Speckgürtel“ um Berlin einen enormen Bevölkerungszuwachs verzeichnen kann. Bis 2030 werden in den ländlichen Lebensräumen nur noch etwa 50 Prozent der brandenburgischen Bevölkerung leben.

Viele junge Menschen und Familien wandern ab. Brandenburg verliert dadurch massiv an Bevölkerung, mit bereits heute spürbaren Folgen: Dörfer und Siedlungen entvölkern sich, notwendige Versorgungsstrukturen drohen zusammenzubrechen und die öffentlichen Haushalte sind massiv verschuldet. Zurück bleiben die Älteren. Gegenwärtig ist etwa ein Fünftel der brandenburgischen Bevölkerung älter als 65 Jahre – mit beinahe dramatischen Prognosen für die kommenden Jahrzehnte. Die Bevölkerungsgruppe der Älteren wächst rasant und wird bis 2030 etwa ein Drittel ausmachen.

#### BZgA-Regionalkonferenz in Potsdam

Gesundheitsförderung bei älteren Menschen kann also nur unter der Berücksichtigung der gegebenen Bedingungen im Land und den spezifischen Lebenslagen der Zielgruppe erfolgen. Darüber hinaus muss der Blick sich weiten. „Es geht mehr als nur um Gesundheit!“, betonte Staatssekretär Daniel Rühmkorf vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, in seinem Grußwort zur BZgA-Regionalkonferenz am 27. Oktober 2011 in Potsdam. Damit verdeutlichte



Prof. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), am 27. Oktober in Potsdam.

er, dass Rahmenbedingungen für Gesundheit wie beispielsweise Mobilität und Versorgung geschaffen werden müssen, um Menschen in dünn besiedelten und strukturschwachen Regionen Brandenburgs zu erreichen. Unter dem Motto „Hier werd' ich alt, hier kann ich bleiben!“ berieten im Rahmen der Fachveranstaltung mehr als 100 Teilnehmende aus Politik, Wissenschaft und Praxis, was es braucht, um in ländlichen Lebensräumen gesund und aktiv älter zu werden. Vor diesem Hintergrund wurden Modelle guter Praxis sowie Anregungen hinsichtlich der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen diskutiert. Ziel war es, einen ressortübergreifenden Austausch anzuregen und unter anderen für folgende Handlungsfelder zu sensibilisieren:

- Partizipation älterer Menschen,
- Vernetzung in ländlichen Lebensräumen,
- Gestaltungsmöglichkeiten für Gesundheit, Mobilität und Versorgung,
- Selbstsorge und ehrenamtliches Engagement,
- Generationenverbindende Dialoge und Maßnahmen.

Dass die landespolitische Ebene hier gemeinsam und ressortübergreifend zusammenarbeitet, machte Staatssekretär Wolfgang Schroeder vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg deutlich. „Gesundheit hat ganz viele Facetten. Und Gesellschaften müssen sich an dem Erkenntnisstand der Wissenschaft anpassen und

entsprechend ihre medizinischen und infrastrukturellen Voraussetzungen so verändern, dass hier ein auf der Höhe der Zeit befindliches Umgehen mit menschlichen Möglichkeiten und Einschränkungen erreicht wird“, so Schroeder. Die brandenburgische Landesregierung hat die

Bedeutung älterer Menschen für die Zukunft des Landes erkannt. Aufbauend auf die bestehenden Seniorenpolitischen Leitlinien wurde kürzlich ein Maßnahmenpaket mit 40 Maßnahmen verabschiedet. Hierin finden sich die Themenbereiche Altersbilder, Wohnen im Alter, Arbeiten, Engagieren, Gesundheit und Sport sowie Bildung und Kultur, welche im Rahmen der Leitlinien in Form von Projekten und Maßnahmen bis 2014 gefördert werden. Darüber hinaus wird Anfang des kommenden Jahres das „Bündnis Gesund Älter Werden im Land Brandenburg“ federführend durch das Landesgesundheitsministerium gegründet. Das Bündnis vereint Partner, die sich gemeinsam der Aufgabe stellen, gute Voraussetzungen für ein gesundes Älterwerden im Land zu schaffen, um damit ein Altern in bestmöglicher Gesundheit und Lebensqualität zu erreichen.

Die Regionalkonferenz wurde von der BZgA im Rahmen der Veranstaltungsreihe GESUND & AKTIV ÄLTER werden gefördert.

Die Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg – in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg – unterstützt diesen Prozess fachlich und organisatorisch. Darüber hinaus arbeiten die Vernetzungsstelle „Zentrum für Bewegungsförderung Brandenburg“ sowie der „Regionale Knoten Brandenburg“ zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen.

## Wege ins Erwachsensein

### Perspektiven und Gesundheitsförderung für Jugendliche in schwierigen Lebenslagen

Für jeden jungen Menschen ist es eine Herausforderung, den Weg ins Erwachsenwerden zu meistern. Psychosoziale Belastungen können allerdings zu zusätzlichen Hürden führen und den Weg erschweren.

Sozial benachteiligte Jugendliche haben geringere Chancen auf ein gesundes Aufwachsen, auf Bildungserfolge, auf gesellschaftliche Teilhabe. Dies wirkt sich auf ihr Wohlbefinden aus und beeinträchtigt die Bewältigung wichtiger Entwicklungsaufgaben. Für sie ist es ungleich schwieriger, u.a. sozial verantwortliches Verhalten zu entwickeln, intime Beziehungen und Geschlechterrollen emanzipiert zu leben sowie emotionale Stabilität und Unabhängigkeit zu erlangen. Nicht zuletzt schaffen sozial benachteiligte junge Menschen in Brandenburg oftmals nicht den Sprung in Ausbildung und Ar-

beitswelt mit der Folge von Exklusionserfahrungen und lange Phasen der Transferabhängigkeit. Und dies bereits in jungen Jahren, wobei hierzulande gleichzeitig ein Mangel an Fachkräften herrscht.

Wie können Jugendliche in benachteiligten Lebenslagen Perspektiven für ihre persönliche Zukunft entwickeln? Wer unterstützt sie auf ihrem Weg, und wie lassen sich Angebote der Gesundheitsförderung und Lebensplanung bedarfsgerecht und nachhaltig gestalten?

Diesen Fragen widmete sich am 14. November 2011 eine Fachtagung des Regionalen Knoten Brandenburg mit 120 Akteur/innen aus den Feldern Jugendhilfe, Sozialarbeit, Arbeitsförderung, Bildung und Gesundheit. Die Landesregierung sieht sich angesichts der Brisanz des

Themas verstärkt in der Pflicht: So wurde die Durchführung der Veranstaltung auch von Sozialminister Günter Baaske unterstützt.

#### Zwischen Eigenverantwortung und Überforderung

Gemeinsam wurde diskutiert, welche Potenziale Jugendliche mitbringen, denen es an Vorbildern, Unterstützung und Reife fehle, und wie insbesondere das Bildungssystem darauf reagieren könne. „Inklusion“ war das Wort der Stunde – es bestehe Hoffnung, hierdurch nicht nur behinderten Schüler/innen, sondern auch jungen Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten Zeit und Raum für eine gesunde Entwicklung unter gleichberechtigten Bedingungen zu geben. Schwierig gestaltete sich die Zeit nach der Schule: „Wird mich überhaupt jemand einstellen? Könnten wir nicht bald ein Kind bekommen? Was verlangt man eigentlich von mir?“ Derartiges bewegte Jugendliche, wie vonseiten der Expert/innen zu erfahren war. In ihrer Berufspraxis begegnen ihnen Mädchen und Jungen, die zwischen dem Wunsch nach Eigenverantwortung und Überforderung schwanken. In der Begleitung der jungen Menschen komme es darauf an, eine Balance zu finden zwischen fördern und dem vielbeschworenen Fordern. Ziel müsse sein, die Ressourcen der Jugendlichen zu stärken – dies könne gelingen, wenn die beteiligten Institutionen ein gemeinsames Anliegen im Sinn der Jugendlichen entwickelten. Die Vernetzung untereinander erzeuge ein gegenseitiges Verständnis, verbessere die Kenntnis von Fördermöglichkeiten oder -instrumenten und könne Wege kurz halten.

Auf gesunde Lebenswelten hinzuwirken, ist also eine Querschnittsaufgabe: Sie erfordert gleichermaßen Sensibilität für die spezifischen Ressourcen und Belastungen junger Menschen wie die Bereitschaft zur engen, sektorenübergreifenden Kooperation.

Der Regionale Knoten Brandenburg wird sich 2012 verstärkt der sozialspezifischen und gendersensiblen Gesundheitsförderung für Jugendliche u.a. im ländlichen Raum widmen. Dabei orientiert er sich an den Bedarfen und Themenwünschen der Akteur/innen verschiedener Handlungsfelder, macht gute Praxis bekannt und unterstützt den fachlichen Austausch.

*Maïke Rühl*



## Praxisnahe Qualitätsentwicklung in der Kita

### Das Netzwerk Gesunde Kita für eine gesunde Ernährung in Brandenburger Kitas



Das Netzwerk Gesunde Kita will sich einmischen, die Diskussion um qualitative Ansprüche in der gesunden Kita fördern und dabei vor allem Fachkräfte als Expert/innen auf ihrem Gebiet zu Wort kommen lassen. 2011 steht dabei ganz im Zeichen der gesunden Ernährung. Die Diskussion über Qualität in der Kita ist dabei nicht neu. In der Vergangenheit haben sich bereits einzelne Kitas, Träger und Kommunen der Herausforderung gestellt, sich mit der Qualität in der Einrichtung aktiv auseinander zu setzen. Es gibt zudem zahlreiche Fortbildungen, Fachtagungen sowie Ausführungen in Büchern und Fachzeitschriften. Welchen Beitrag kann also das Netzwerk Gesunde Kita in diesem Zusammenhang leisten?

Fachkräfte in Kita müssen sich mit der Qualität in der Kita beschäftigen. Das ist sogar gesetzlich verankert. Bei der Umsetzung sollte dennoch gut überlegt sein, wie Qualitätsentwick-

lung als Ansporn und nicht als Panikmache wahrgenommen werden kann. Betrachtet man sie unter dem Aspekt der Innovation, dann hat Qualitätsentwicklung aus Sicht des Netzwerkes eine große Zukunft.

Es geht dem Netzwerk Gesunde Kita also in erster Linie nicht um die Vergabe von Gütesiegeln und das Sichern von Qualitätsstandards durch eine externe Bewertung. Ziel ist vielmehr, mit Fachkräften in den Dialog über Prozesse der Qualitätsentwicklung zu kommen und ihre Standards, Konzepte und sowie deren Umsetzung im Kita-Alltag zu diskutieren.

#### Sich den Anforderungen stellen

Die Kita als Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungseinrichtung hat einen enormen gesellschaftlichen Stellenwert. Die Qualität der pädagogischen Arbeit zeigt sich auch darin, ob

sich die Gesamtleistung einer Kita sehen lassen kann. Sich der Frage zu stellen, ob dieses Gesamtpaket von Kindern und Eltern gewollt ist sowie vom Träger und in der Öffentlichkeit akzeptiert wird, rückt die Qualitätsfrage automatisch in den Fokus.

#### Standards einer gesunden Kita

Das Netzwerk Gesunde Kita unterstützt Einrichtungen dabei, die Bedingungen für alle Beteiligten in ihrer Einrichtung zu hinterfragen und optimal zu gestalten. Im Rahmen der Debatte rund um das Thema Qualität werden in 2011 gemeinsam mit Fachkräften sowie Verantwortlichen aus den Gesundheits-, Familien- und Bildungssektoren Empfehlungen zur gesunden Ernährung erarbeitet und allen, die an einer qualitativen (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitsförderung Interesse haben, zur Verfügung gestellt. Diese Leitsätze können als Orientierung und „Handwerkszeug“ genutzt werden, um Gesundheitsförderung zu einem wesentlichen Qualitätsmerkmal der Kita zu machen.

Im Rahmen der diesjährigen Debatte um eine gute und gesunde Ernährung in der Kita gab es neben Expertenworkshops mit Fachkräften und Akteur/innen aus Gesundheit, Bildung und Familie eine größere Fachtagung zum Thema „Hurtig Kinder, kommt zu Tisch! Ernährung in Kita und Familie – gut und gesund“. Fachkräfte aus Erziehung, Gesundheit und Bildung sowie Verantwortliche und Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung trafen sich, um gesunde Ernährung in Kita und Familie zu thematisieren und kritisch nach Gegebenheiten, Möglichkeiten und Bedarfen zu fragen. Die Ergebnisse der Fachtagung sowie Expertenworkshops und Fachgespräche bilden neben der theoretischen Expertise die Grundlage für die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen. Erste Ergebnisse werden zu Beginn des Jahres 2012 vorgestellt.

Annett Schmok

## Kinder und Jugendliche

**Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Unterstützung sozial belasteter Familien? / Nach dem Scheitern des Kinderschutzgesetzes / Kosten und Nutzen Früher Hilfen / Gemeinsam handeln für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen / Welche Netzwerke nutzen schwangere Migrantinnen?**

tungsträger aus Politik und Verwaltung zu Wort kommen lassen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit besonderem Engagement die vielfältigen organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten im Sinne der familiären Hilfe überwinden. Juristische und rechtliche Rahmenbedingungen, Kinderrechtsansätze und die brisante Frage von Vätern in den Frühen Hilfen komplettieren diesen Einstieg, der dann im Weiteren mit leuchtenden Modellprojekten aus der Praxis ergänzt wird: Vorge stellt werden die Stadtteilmütter, das Dormagener Modell der Präventionskette, die Flensburger „Schutzengel“, die Magdeburger Eltern-AGs sowie entsprechende Projektansätze aus München, Potsdam und Berlin. Ein abschließendes Plenum zielt dann auf das Kongressthema ab: Was wissen wir über Adressatenbezug, Zielgenauigkeit und Effizienz von Frühen Hilfen? Evaluationen und die aktuelle Gießener Studie zu Kosten-Nutzen-Analysen in den Frühen Hilfen (siehe Infokasten auf Seite 15) werden uns die Frage aufbereiten, wie wirksam und sinnvoll die neuen Maßnahmen sind, welche Weiterentwicklungen junge Familien wünschen und wie sie dem Bedarf angepasst werden können. Wir wollen gemeinsam ein Handlungsfeld begründen, das Eltern wie Kindern auch in schwierigen Lebenssituationen einen besseren Start zu Wohlbefinden, Glück und Gesundheit ermöglicht.

*Raimund Geene,  
Hochschule Magdeburg-Stendal*

## Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Unterstützung sozial belasteter Familien?

**Umfangreiche Workshopreihe auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit**



mit Gesundheitsdiensten und Krankenkassen (SGB V).

Die durch das Gesetz in Aussicht gestellte Anschubfinanzierung flächendeckender Familienhebammendienste ist jedoch eine wichtige Hilfe für junge Familien: Sie können z.B. alleinerziehenden Müttern Mut machen, sie anleiten und ihnen helfen, wie das neue Leben als Familie angegangen werden kann; Paare können in ihrem Übergang von Hebammen unterstützt und mögliche Beziehungskonflikte moderiert und „übersetzt“ werden, bevor sie ausbrechen. Hier hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), gemeinsam getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI), wichtige Pionierarbeit geleistet und fachliche Grundlagen geschaffen, an denen wir jetzt anknüpfen.

### Auslick 17. Kongress Armut und Gesundheit

Der 17. Kongress Armut und Gesundheit wird diese Entwicklung in acht Workshops in dem Themenbereich „Frühen Hilfen“ aufgreifen und empathisch für benachteiligte Familien fort-schreiben: Es geht in den Frühen Hilfen immer zuerst und nachhaltig um Hilfeleistung und soziale Unterstützung. Eine eröffnende gemeinsame Veranstaltung wird dazu die aktuellen Rahmenbedingungen beleuchten und nach einem konzeptionellen Aufschlag zu den „Präventionskonjunkturen“ – einem zentralen Thema in der Kinder- und Jugendhilfe – Verantwort-

Auch auf dem kommenden **Kongress Armut und Gesundheit** thematisieren zahlreiche Veranstaltungen die **Kinder- und Jugendge-sundheit**. Gestützt auf Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children Studie 2009/10 wird unter anderem erläutert, welche Faktoren geschlechterspezifisch Einfluss auf die Kindergesundheit nehmen. Weitere Workshops in diesem Themenfeld sind: „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen im Stadtteil nachhaltig gestalten“, „Ansätze und Präventionsstrategien zur Vorbeugung von Adipositas“, „Unfallprävention bei kleinen Kindern“ sowie „Soziale Benachteiligung, Bewegung und Gesundheit“.

Als die Bundesregierung 2006 den Aktionsplan „Frühe Hilfen“ verkündete, wurde das Grundanliegen der frühen Unterstützungssysteme junger Familien einhellig begrüßt. Doch auch Skepsis wurde laut: Einerseits wurde befürchtet, dass die wichtige Unterstützung durch öffentliches Misstrauen gegenüber den Familien und zunehmende Kontrollaufgaben die Dienste unterlaufen werden. Andererseits wurde eine übergreifende Zusammenarbeit von sozialer und gesundheitlicher Hilfe skeptisch gesehen, waren (und sind) die Dienste doch viel zu unterschiedlich in ihren Arbeitsauffassungen und „Sprachen“.

Das vom Bundestag verabschiedete neue Kinderschutzgesetz zeigt, wie aktuell und brisant dieses Dilemma ist: Über den Bundesrat blockieren die Länder bislang die In-Kraft-Setzung und verlangen Nachverhandlungen zur stärkeren Verknüpfung der (kommunal finanzierten) Kinder-, Jugend- und Familienhilfe (SGB VIII)

## Wirksamer Kinderschutz funktioniert nur integriert

**Kommentar von Peter Ruhenstroth-Bauer, ehrenamtlicher Vorsitzender des Berliner Beirats für Familienfragen, zum bundesweiten Kinderschutzgesetz**



Bundesfamilienministerin Schröder ist Ende November im Bundesrat mit ihrer Fassung des Kinderschutzgesetzes gescheitert. Das ist zwar bedauerlich – aber sicher nur eine Zwischenstation bevor das dringend

notwendige neue Kinderschutzgesetz Realität werden kann. Vor- und Nachteile der vorgelegten Änderung werden seither heftig diskutiert.

Kinderschutz spielt auch in der Berliner Landespolitik eine wichtige Rolle. Mit dem „Netzwerk Kinderschutz“ hat der Berliner Senat vor vier Jahren einen wichtigen Schritt zur Verbesserung des Kinderschutzes auf den Weg gebracht. Seither sind vom Senat intensive Schritte zum Ausbau des Netzwerkes umgesetzt worden. Seit dem 31. Dezember 2009 ist das Berliner Kinderschutzgesetz in Kraft. Das Kernstück ist das verbindliche Einladungsweisen für die Früherkennungsuntersuchungen bis zur U 9, also bis zur bevorstehenden Einschulung des Kindes. Über eine zentrale Stelle, der Charité, wird die Einladung und Erinnerung der Familien organisiert.

Der Berliner Beirat für Familienfragen, das ehrenamtliche und überparteiliche familienpolitische Beratungsgremium des Berliner Senats hat die Diskussion um das Kinderschutzgesetz

in Berlin eng begleitet. Für die Politik wurden Empfehlungen erarbeitet, die den Kinderschutz nicht als isolierte Aufgabe betrachten, sondern in ein Maßnahmenpaket einbetten. Ein integriertes Konzept, das auf einen Ausbau der frühen Hilfen setzt, erscheint für den Familienbeirat der richtige Weg. Im Berliner Familienbeirat 2011 „Zusammenleben in Berlin“ (online unter: [www.familienbeirat-berlin.de](http://www.familienbeirat-berlin.de)) wird deshalb empfohlen, das Netzwerk Kinderschutz mit dem gleichzeitig geforderten Familienzentren in den Bezirken der Stadt eng zu verknüpfen. Die neue Berliner Koalition hat jetzt vereinbart, dass Familienzentren in der ganzen Stadt entwickelt werden. Das System der professionellen Frühen Hilfen soll verstärkt und ergänzt werden. Auch im Gesetzentwurf von Bundesfamilienministerin Schröder ist der Einsatz von Familienhebammen in sogenannten „Problemfamilien“ vorgesehen. Doch auch wenn sich hier Bund und Länder einig sind, ist die Frage berechtigt, ob man es sich angesichts der dringenden Erfordernisse im Kinderschutz überhaupt noch leisten kann, mit nicht ausfinanzierten Projekten an den Start zu gehen. Die Länder haben dazu im Bundesrat mehrheitlich „nein“ gesagt. Kinderschutz muss jetzt – solide finanziert – auf den Weg gebracht werden. Familienhebammen sollen, so sieht es der Gesetzentwurf vor, Kinder wie Eltern sechs Monate lang – und nicht nur wie bisher acht Wochen nach der Geburt – betreuen und beraten. Damit sind allerdings Mehrkosten in Millionenhöhe verbunden, über deren Finanzierung man noch nicht ausreichend nachgedacht hat. Aber es ist nicht allein das Geld, das die Umsetzung dieses wichtigen Gesetzes nochmals angehalten hat. Auch fehlt den Kritikern ein wichtiger Aspekt, der bei einem integrierten Ansatz aller Hilfen nicht fehlen darf: die Verzahnung von Gesundheitsschutz und Jugendhilfe. Die Praxis im Kinderschutz hat erwiesen, dass nur ein wirklich integrierter Ansatz aller Akteure zu einem Erfolg führen kann. Jetzt müssen alle – Bund wie Länder – an einem Strang ziehen, um gemeinsam dem Kinderschutz zum Erfolg zu verhelfen.

Auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** werden im Themenbereich **Gesundheitsförderung im Setting Kita und Schule** unterschiedliche Schwerpunkte vertieft: Diskutiert werden Instrumente und Strategien zur Qualitätsentwicklung, neue Wege zur Erreichbarkeit von Eltern in schwieriger sozialer Lage und die Bedeutung von Befunden zur Kindergesundheit für die Gesundheitsförderung in der Kommune.

## „Kosten und Nutzen Früher Hilfen“

**Erste Studie zur Kostenanalyse Früher Hilfen veröffentlicht**

Wenn Prävention in den ersten Lebensjahren von Kindern ansetzt, lässt sich ein Vielfaches an Folgekosten einsparen: Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Instituts für Wirtschaftslehre der Haushalts- und Verbrauchsforschung an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Die Wissenschaftlerinnen legen im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) die erste deutsche Kosten-Nutzen-Analyse zu Frühen Hilfen vor.

Die Studie enthält eine Kostenanalyse Früher Hilfen, die am Beispiel des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ erstellt wurde. Den Aufwendungen für dieses Projekt werden die Kosten gegenübergestellt, die entstehen können, wenn ein Kind von Vernachlässigung oder Misshandlung betroffen ist. Den Berechnungen liegen modellhafte Szenarien von Kindeswohlgefährdung zu Grunde, welche die Folgen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Lebenslauf sowie deren kurz- und langfristige Kosten nachzeichnen. So werden unter anderem die Kosten für Interventionen der Jugendhilfe, für die Behandlung von Folgeerkrankungen wie psychischen Störungen, Kosten durch Straffälligkeit sowie Wertschöpfungsverluste durch Arbeitslosigkeit und geringe berufliche Qualifikation definiert.

Da sich die Präventionskosten in den Berechnungen ausschließlich auf die Frühen Hilfen (Hilfen von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr der Kinder) beziehen, wurden in einer weiteren Berechnung auch Kosten dargestellt, die den weiteren Lebenslauf mit betrachten und dort entstehende (geschätzte) Aufwendungen berücksichtigen. Je nach untersuchtem Szenario spart ein in Angebote der Frühen Hilfen investierter Euro zwischen 13 und 36 Euro Folgekosten ein. Damit deuten die erzielten Befunde darauf hin, dass sich Frühe Hilfen auszahlen und Folgekosten durch Kindeswohlgefährdung vermieden werden können.

Die vollständige Expertise als PDF-Dokument finden Sie unter [www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/kosten-und-nutzen-frueher-hilfen](http://www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/kosten-und-nutzen-frueher-hilfen). Dort können Sie sich auch ein kostenloses Exemplar der Expertise bestellen.

## Gemeinsam handeln für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

### Der bundesweite Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“



Vertreterinnen und Vertreter der 14 Partnerkommunen zum 9. Jahrestreffen des Kooperationsverbundes mit Anne Janz (Deutscher Städtetag), Ursula Krickl (Deutscher Städte- und Gemeindebund), Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA) und Dr. Claus Weth (Gesunde Städte-Netzwerk)

Am 30. November wurden im Rahmen des 9. Jahrestreffens des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gemeinsam formulierte Handlungsempfehlungen veröffentlicht. Diese richten sich an Entscheidungsträger/innen in den Kommunen, die gesundheitsfördernde Angebote implementieren möchten. Die Handlungsempfehlungen wurden vom Kooperationsverbund in Zusammenarbeit mit Expert/innen aus Wissenschaft und Praxis entwickelt. Dabei wurde auf das Erfahrungswissen aus über 50 Good-Practice-Angeboten zurückgegriffen. Sieben zentrale Empfehlungen sind das Ergebnis, die zusammengefasst für die Realisierung von Präventionsketten sprechen.

#### Gesund aufwachsen für alle!

Nun schließt ein gemeinsamer Lernprozess auf Grundlage der Handlungsempfehlungen an und thematisiert nachvollziehbar, wie ein kommunales Gesamtkonzept gesundheitsfördernder Maßnahmen für Kinder und Jugendliche realisiert werden kann. Durch die Initiative und Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde-Städte-Netzwerk konnte am 30. November der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ gestartet werden. Er bietet einen konkreten Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen in den Kommu-

nen. Die einzelnen Umsetzungsschritte werden hierfür nicht reißbrettartig, sondern an den konkreten sowie unterschiedlichen Bedarfen und Begebenheiten der einzelnen Kommunen entwickelt.

#### Viele gute Ansätze in den Kommunen

Bundesweit gibt es bereits viele Kommunen, die der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen begegnen. In der niedersächsischen Stadt Braunschweig wird bereits seit 2007 im Rahmen des „Präventionsnetzwerkes gegen Kinderarmut“ sektorenübergreifend zusammengearbeitet. Aus dieser Zusammenarbeit heraus wurden Handlungsempfehlungen entwickelt, die sich an der Präventionskette orientieren und dazu dienen, eine systematische Vorgehensweise zur Umsetzung der „Braunschweiger Leitlinien zur Prävention von Kinder- und Jugendarmut und zur Linderung der Folgen“ zu ermöglichen.

Die Neuordnung der Kreisstruktur in Mecklenburg-Vorpommern im September diesen Jahres nutzt der Landkreis Vorpommern-Rügen dazu, die bisherigen gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zu prüfen, Bewährtes weiterzuentwickeln und gemeinsam neue Ansätze zu schaffen. Dabei profitiert der neue Landkreis unter anderem von den Erfahrungen aus Frühförderungs- und Familienhebammenprojekten sowie den beste-

henden guten Vernetzungsstrukturen. Beide Kommunen gehören zu den ersten 14 Partnern, die sich mit einer Partnerschaftsvereinbarung im Rahmen des 9. Kooperationstreffens dazu bereit erklärt haben, ihre Erfahrungen mit anderen Kommunen auszutauschen und aktiv den gemeinsamen Partnerprozess zu gestalten.

#### Online-Portal für ein gemeinsames Lernen

Die zentrale Infrastruktur für den Austausch, die Entwicklung und Diskussion ist eine Onlineplattform auf dem bestehenden Portal [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Einzelne Webtools machen den Partnerprozess transparent und nachvollziehbar. Die hervorgehobene Schnittstelle der Plattform sind kommunalen Visitenkarten über die Kommunen ihre Aktivitäten im Partnerprozess abbilden. Registrierte Person haben die Möglichkeit, auf kommunale Beiträge zuzugreifen, am Fachaustausch teilzunehmen und sich kontinuierlich über neue Inhalte aus dem Prozess informieren zu lassen. Damit die Webtools bedarfsgerecht, nutzerfreundlich und niedrigschwellig angelegt sind, werden sie in enger Abstimmung mit den teilnehmenden Kommunen entwickelt.

Nachdem im Rahmen des 9. Kooperationstreffens der Kommunale Partnerprozess gestartet wurde, soll auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit eine erste Zwischenbilanz gezogen werden. Dazu erhalten die Kommunen unter anderen die Möglichkeit, erste Ergebnisse zu präsentieren, Erfahrungen zu diskutieren und sich über funktionierende Strategien zu verständigen.

*Katja Becker und Niels Löchel,  
Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes  
„Gesundheitsförderung bei  
sozial Benachteiligten“*

Die Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ und die Möglichkeit zur Registrierung für den Partnerprozess „Gesund Aufwachsen für alle!“ finden Sie auf

[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/handlungsempfehlungen](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/handlungsempfehlungen)  
bzw. unter  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/vormerken-zum-partnerprozess](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/vormerken-zum-partnerprozess).

## Welche Netzwerke nutzen schwangere Migrantinnen?

### Eine Betrachtung aus medizinethnologischer Sicht

Veränderungsprozessen in Familien durch Migration und transnationale Verflechtungen wird aktuell in den Sozialwissenschaften viel Beachtung geschenkt. Beschränkte sich die Forschung zu Schwangerschaft und Geburt in der Ethnologie lange Zeit auf die Beschreibung von Geburtspraktiken im interkulturellen Vergleich, so wird im Kontext von Migration verstärkt der Frage nachgegangen, wie sich kulturelle Vielfalt in der geburtshilflichen Praxis in Einwanderungsländern auswirkt. Grundlage meiner medizinethnologischen Forschung in Süddeutschland waren daher folgende Fragen: Wie nehmen Hebammen die Arbeit mit zugewanderten Frauen wahr? Sehen sie kulturelle Missverständnisse? Und mit welchen beruflichen Kompetenzen begegneten sie diesen? Im Vordergrund stand die Perspektive von Migrantinnen: Welche Erfahrungen machen sie im Gesundheitswesen? Fühlen sie sich gut versorgt? Haben sie ausreichend Kenntnisse von Angeboten? Und vor welchem Hintergrund treffen sie ihre Entscheidung, Angebote anzunehmen oder abzulehnen?

Über mehr als ein Jahr hinweg begleitete ich vier Frauen im Alter zwischen 27 und 36 Jahren, die aus Italien, Rumänien, Indonesien und Algerien nach Deutschland zugewandert waren. Meine Interviews zeigten, dass sich die befragten Frauen insgesamt während Schwangerschaft und Geburt gut versorgt fühlten, die Angebote des Gesundheitswesens jedoch sehr unterschiedlich wahrnahmen und nutzten. Auch die 14 interviewten Hebammen, die sowohl in Kliniken als auch in der ambulanten Versorgung tätig waren, sahen kaum strukturelle Versorgungsprobleme. Aus ihrer Sicht kennzeichneten vor allem kulturelle Interaktions- und Kommunikationsbarrieren die Arbeit mit Migrantinnen.

#### Bezugspersonen in der Schwangerschaft

Als wichtige Bezugspersonen in der Zeit des Mutterwerdens wurden von den befragten Frauen Familienmitglieder und Verwandte, Freunde und Freundinnen sowie med. Fachkräfte wie Ärzt/innen und Hebammen genannt. Insbesondere die nicht-professionellen sozialen Netzwerke zeigen sich dabei als sehr komplex. Sie umfassen Familienmitglieder, die auch in Deutschland leben, aber auch im Herkunftsland verbliebene Verwandte. Diese na-



hen Angehörigen, vor allem auch die Mütter, geben oft über große räumliche Distanzen hinweg Ratschläge bei Problemen in der Schwangerschaft, Hinweise und Tipps für die Geburt und Empfehlungen für die Versorgung des Neugeborenen. Über die Ebene der Verwandtschaft hinaus entwickeln sich vor Ort neue Kontakte, oft zu anderen zugewanderten Frauen. Man lernt sich im Sprachkurs kennen, im ethnischen Kulturverein, in der Religionsgemeinschaft oder der Nachbarschaft. Das verbindende Element ist dabei oft die gemeinsame Mutterschaft. In diesen Netzwerken werden Erfahrungen mit dem hiesigen Gesundheitssystem weitergegeben, ebenso Tipps zur Wahl von Ärzt/innen, Hebammen und Fachkräften, zur Schwangerschaftsvorsorge und zu Kliniken.

#### Unterstützung durch vielfältige Netzwerke

Für schwangere Migrantinnen spielen demnach transnationale und transkulturelle Netzwerke eine wichtige Rolle. Zugewanderte Frauen bringen nicht nur ihre Erfahrungen aus dem Herkunftsland mit. Sie verfügen außerdem über vielfältige soziale Beziehungen, vor Ort oder weltweit verstreut, die ihr Wissen, ihre Vorstellungen und auch ihre Entscheidungen in der Zeit des Mutterwerdens beeinflussen. Diese Netzwerke sind wichtige Ressourcen, indem sie vielfältige Formen der Unterstützung

In dem Themenbereich **Migration** auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** wird es um interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen gehen. Weiterhin werden Ressourcen von Migrant/innen als Multiplikatoren und präventive Strategien bei migrantisches Familien diskutiert.

bieten: emotionale, soziale, ökonomische. Sie können aber auch zu einer besonderen Herausforderung werden: Die Vielfalt der kulturellen Bezugsebenen und Informationsquellen macht ein stetes Positionieren und bewusstes Auswählen und Entscheiden erforderlich. Die Nicht-Inanspruchnahme von professionellen Präventions- oder Unterstützungsangeboten in der Schwangerschaft oder Säuglingspflege basiert somit nicht immer auf Informationsdefiziten. Sie kann auch als eine aktive Entscheidung verstanden werden, wenn informelle Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen oder andere Bedürfnisse vorliegen.

Aus der Perspektive der befragten Hebammen kommt es in der geburtshilflichen Betreuung zum Teil zu interkulturellen Verständigungsproblemen. Entsprechend wünschen sich die Hebammen mehr kulturspezifisches Wissen, um die Versorgung von zugewanderten Frauen erleichtern und verbessern zu können. Die Erkenntnisse über die vielfältigen kulturellen Einflüsse und Bezugspunkte zeigen jedoch, dass eine transkulturell kompetente Versorgung darüber hinausgehen muss. Auch die sozialen Netzwerke und die migrationspezifischen Lebenswelten müssen berücksichtigt werden, um eine bedarfsgerechte Unterstützung aufzubauen.

#### Herausforderungen für die Praxis

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitswesens bleibt dennoch, die Angebotsstrukturen so zu gestalten, dass Frauen tatsächlich die Wahl haben, sie zu nutzen oder nicht. Informationen können dabei auch über informelle Netzwerke an die Zielgruppen herangebracht werden, wie Schulen, Jugendgruppen, Vereine, Nachbarschaftsnetzwerke sowie Sprachkurse und Religionsgruppen. Das Wissen über die Weitergabe von Informationen in sozialen Netzwerken stellt eine Chance dar, neue Informationsstrategien vor allem für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu erschließen.

Fachkräfte in Gesundheits- und Sozialdiensten können durch das Einbeziehen sozialer Bezugspersonen Vertrauen zu ihren Klientinnen aufbauen, denn häufig werden Erklärungskonzepte und Behandlungsempfehlungen im sozialen Netzwerk diskutiert und abgewogen. Diese Form der Partizipation muss ermöglicht werden. Es erfordert von Fachkräften ein hohes Maß an Bereitschaft, sich mit vielfältigen Informations- und Wissenssebenen auseinanderzusetzen.

*Dr. Magdalena Stüb,  
AMIKO – Institut für Migration,  
Kultur und Gesundheit*

# Altern und Gesundheit

**Soziale Benachteiligung im Alter – ein strukturelles Problem / Gesund älter werden – ein nationales Gesundheitsziel**

Auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** wird Thomas Scharf in einem Workshop über Internationale Perspektiven auf Ungleichheit im Alter vertreten sein. Zahlreiche weitere Veranstaltungen im Themenbereich **Ältere** schließen sich an: Die Frage nach der Lebensqualität am Lebensende, Mobilität als Voraussetzung für Teilhabe und Prävention, wirksame Gesundheitsförderung im Quartier, aber auch die Bedeutung von Bewegungsförderung im Alter werden in unterschiedlichen Workshops vertieft.

## Soziale Benachteiligung im Alter – ein strukturelles Problem

**Interview mit Thomas Scharf, Professor für soziale Gerontologie an der National University of Ireland, Galway**



Es besteht die Tendenz, dass sozial benachteiligte ältere Menschen sich aus dem sozialen und gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Auch werden diese Menschen in der Regel nur sehr schwer erreicht. Wieso ist dies so?

**Scharf:** In unseren Forschungsarbeiten würden wir die Fragestellung vielleicht etwas anders formulieren. Uns interessieren die strukturellen Ursachen der sozialen Ausgrenzung älterer Menschen. D.h. die betroffenen Personen ziehen sich weniger selber zurück, sondern sie werden aus verschiedenen Gründen vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt. Dies erfolgt zum Beispiel durch ein niedriges Einkommen, unzulängliche soziale Beziehungen, einen erschwerten Zugang zu wichtigen Diensten und Dienstleistungen oder durch einen unzureichenden Zugang zu politischen Entscheidungsprozessen. Aus dieser Sicht ergibt sich die soziale Benachteiligung durch das Zusammenkommen unterschiedlicher Prozesse, die das Leben des Einzelnen stark beeinflussen. Aus unserer Erfahrung ist es oft entscheidend, dass ältere Personen, die sozial benachteiligt sind, regelmäßigen Kontakt mit Behörden haben, nur die Anerkennung der Benachteiligung wird in der Praxis übersehen.

Welche praktischen Ansätze und Projekte haben sich aus Ihrer Sicht als erfolgreich erwiesen, ältere Menschen soziale und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen?

**Scharf:** In früheren wissenschaftlichen Arbeiten haben wir eher „die Probleme“ von älteren Personen in Betracht gezogen. Neuerdings liegt der Fokus eher auf Mechanismen, die die soziale Partizipation – auch von sozial besonders benachteiligten Personen – ermöglichen. In Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung von Manchester haben wir zum Beispiel mit Senioren verschiedene Stadtteil-Projekte entwickelt, die gezeigt haben, dass diese Gruppe trotz der strukturellen Bedingungen tatsächlich bereit ist und die entsprechenden Kenntnisse hat, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Es handelt sich hierbei um Projekte im Bereich der Kunst, des Umweltschutzes oder der Gesundheitsförderung.

Welchen gesundheitsfördernden Wert haben diese Projekte?

**Scharf:** Die Stadtteil-Projekte haben wir qualitativ begleitet. Das bedeutet, dass „objektive“ Daten zur Gesundheitssituation der beteiligten Personen fehlen. Wir konnten jedoch in unterschiedlicher Weise zeigen, dass diese Projekte zum Wohlbefinden der älteren Menschen beigetragen haben. Wenn die ersten Pflanzen im Frühling blühen, die im Rahmen eines Gartenprojekts gepflanzt wurden, oder ein eigenes

Kunstwerk in einer Ausstellung im Rathaus öffentlich ausgestellt wird, dann tut dies den älteren Menschen gut. Die Projekte haben in manchen Stadtteilen auch einen breiteren Wert gehabt, indem zum Beispiel das Wohnumfeld von anderen Mitbewohnern durch die Partizipation der älteren Personen als „verbessert“ angesehen wurde.

Sie haben in den vergangenen Jahren viele Erfahrungen in unterschiedlichen Ländern wie Irland, Großbritannien oder Belgien gesammelt. Verfolgen diese Länder unterschiedliche Strategien, ältere Menschen einzubeziehen? Wo genau liegen die Unterschiede?

**Scharf:** Aus meiner Sicht sind wir immer noch am Anfang eines Prozesses, der zur Einbeziehung von älteren Menschen führen könnte. Viele Strategien richten sich zu stark an die „Probleme des Alterns“ und zu wenig an die soziale Teilhabe im Alter. Dies gilt besonders für die Menschen, die im Alter am stärksten benachteiligt sind. Rentenpolitik, Pflege und Gesundheit sind natürlich wichtige Themen, sie bestimmen aber nicht immer den Alltag der älteren Menschen. Soziale Beziehungen spielen dabei vielleicht eine gleich wichtige Rolle. Wie solche Beziehungen stärker gefördert werden können, fehlt oft in den entsprechenden Strategiepapieren.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

*Die Fragen stellten Marianne Pundt und Merle Wiegand*

### Informationen zur Person:

Thomas Scharf ist Professor für soziale Gerontologie und Direktor des Irish Centre for Social Gerontology an der National University of Ireland, Galway. Er war Direktor des Centre for Social Gerontology an der University of Keele, England. Forschungsschwerpunkte von Prof. Scharf sind die soziale Partizipation älterer Menschen, Armut und soziale Benachteiligung im Alter und das Altern in unterschiedlichen Lebenswelten.

## Gesund älter werden – ein nationales Gesundheitsziel

**Bundesweiter Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelt Umsetzungsstrategien für ein gesundes Älterwerden**



Der Kooperationsverbund<sup>1</sup> *gesundheitsziele.de* ist die gemeinsame Plattform zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Gemeinsam mit den relevanten Akteuren im deutschen Gesundheitswesen entwickelt *gesundheitsziele.de* seit inzwischen mehr als elf Jahren im Konsens und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse Gesundheitsziele, empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung und stößt Selbstverpflichtungen der verantwortlichen Akteure an.

„Gesund älter werden“ ist das siebte zu bearbeitende und bis Ende dieses Jahres fertig gestellte nationale Gesundheitsziel. Das Alter ist ein eigener Lebensabschnitt. Es gilt, für diese Lebensphase im Sinne einer Prävention Verbesserungen zu erreichen.

Verschiedene Programme, Konzepte, Berichte und Maßnahmen zeigen die vielfältigen Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesundheit im Alter. Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ bietet zukünftig die Chance, zahlreiche Akteure einzubinden, ihre Kräfte zu bündeln und so die Wirkung ihrer Maßnahmen zielorientiert zu verstärken. Bei

dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ geht es nicht nur um Kuration im engen Sinn, sondern vor allem auch um Gesundheitsförderung und Prävention sowie unter anderem um die Verringerung von sozialen Ungleichheiten in Bezug auf gesundheitliche Ressourcen, Bildung, Wohnen und Wohnumgebung sowie Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Die geeignete Herangehensweise ist hier vielfach der Settingansatz. Durch ermöglichende, initierende und begleitende Interventionen von außen sollen Prozesse angestoßen werden, mit denen die Beteiligten bzw. Bewohner/innen des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mitgestalten. Deutlich wird das zum Beispiel, wenn man die Lebenswelten bzw. die Settings – und hier insbesondere die Kommune – in den Blick nimmt. Denn eine innovative

Das Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften wird auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** zwei Autorenworkshops anbieten. Ein Workshop behandelt das Thema „Divergentes Altern“, die zweite Veranstaltung thematisiert „Gesundheitspolitik schwarz-gelb“.

kommunale Altenpolitik muss zukünftig den strukturellen Rahmen schaffen, die eine Steuerung und verbindliche Zusammenarbeit der relevanten Akteure in der Kommune ermöglicht. Ferner gilt es, Potenziale Älterer für die Zivilgesellschaft zu stärken, indem gesellschaftliches Engagement und Teilhabe älterer Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden. Auch die Verbesserung der Lebensqualität durch Barrierefreiheit sowie durch die Entwicklung und Verbreitung generationengerechter Produkte und Dienstleistungen stehen im Fokus. Und nicht zuletzt ist der Ausbau, die Fortführung und Etablierung flexibler Altersteilzeit-Modelle zur Vorbereitung auf einen (aktiven) Ruhestand wichtig. Dies zeigt, dass die Ressourcen älterer Menschen zukünftig, insbesondere auf Ebene der Kommune, erkannt und gestärkt werden müssen.

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen des 17. Kongresses Armut und Gesundheit der Workshop „Entwicklung einer Umsetzungsstrategie für ältere Menschen im kommunalen Setting“ angeboten. Dabei sollen Ideen, Elemente und Möglichkeiten einer Umsetzungsstrategie im kommunalen Setting ausgetauscht und diskutiert werden. Insbesondere sollen zentrale Fragen wie „Welche Maßnahmen im kommunalen Setting, insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen, haben sich bewährt?“ „Welche Akteure müssen im Rahmen der Entwicklung einer kommunalen Umsetzungsstrategie eingebunden werden?“ beantwortet werden.

*Rudolf Herweck, Vorsitzender der AG „Gesund älter werden“, Kooperationsverbund gesundheitsziele.de  
Martina Thelen, GVG e. V.*

<sup>1</sup> Mehr als 100 Kooperationspartner engagieren sich im nationalen Gesundheitszieleprozess. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes ist bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) angesiedelt und wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Gesundheitsministerien der Länder, die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, den Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung.

## Versorgungs-Report 2012 erschienen

### Demografischer Wandel mit weniger finanziellen Belastungen verbunden als angenommen

Der demografische Wandel wird die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weit weniger belasten als vielfach angenommen. Das geht aus dem Versorgungs-Report 2012 hervor. Dessen thematischer Schwerpunkt liegt auf der „Gesundheit im Alter“. So beleuchten die 42 Wissenschaftler in ihrer Analyse der stationären und ambulanten Versorgung die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen, beurteilen die Entwicklung bei Demenz und schauen auf die Erfahrungen mit dem AOK-Sturzpräventionsprogramm.

Nach Berechnungen des Gesundheitsökonom Prof. Stefan Felder von der Universität Basel steigen die GKV-Ausgaben aufgrund des zunehmenden Anteils Älterer an der Bevölkerung bis 2050 um 19 Prozent. Das entspricht einem Ausgabenplus von 0,4 Prozent pro Jahr. Zum Vergleich: Zwischen 2005 und 2009 sind die Ausgaben der GKV im Jahresmittel um 3,7 Prozent gestiegen.

Felders Berechnungen für den Versorgungs-Report 2012 haben ergeben, dass die steigende Lebenserwartung zwar durchaus höhere Ausgaben nach sich zieht, aber bei weitem nicht im Ausmaß einer „Kostenexplosion“. Dem liegt die Beobachtung zugrunde, dass die Behandlungskosten vor dem Tod eines Menschen besonders hoch sind – unabhängig davon, ob er mit 70, 80 oder 90 Jahren stirbt. Der Gesundheitsökonom ist zudem der Überzeugung, dass der medizinische Fortschritt deutlich mehr Einfluss auf die Gesundheitsausgaben haben wird als die Alterung. „Die Daten

zeigen, dass wir die finanziellen Auswirkungen der erfreulich längeren Lebenserwartung der Menschen in den Griff bekommen können“, sagt Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK -Bundesverbandes. „Es gilt jetzt, klug zu analysieren, wie wir unser Gesundheitswesen fit machen können für die Anforderungen einer alternden Gesellschaft. Dafür liefert der neue Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK wertvolle Analysen und Vorschläge.“

Der demografische Wandel dürfe nicht länger als Argument für die ständige Forderung nach mehr Geld und neuen Leistungen herhalten, betonte Deh. „Die Analysen des Versorgungs-Reports zeigen, dass das deutsche Gesundheitswesen sehr wohl in der Lage wäre, die Versorgung alter und hochbetagter Menschen auch künftig zu leisten. Das Problem ist vielmehr, dass das dazu nötige Umdenken, was Strukturen und Behandlungskonzepte angeht, vielfach noch nicht erfolgt ist.“

Quelle: AOK Bundesverband, [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)  
→ Presse → AOK-Medienservice

Günster/Klose/Schmacke (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer (Stuttgart); 440 Seiten; 49,95 Euro; ISBN-13: 978-3-7945-2850-9

Informationen zum Versorgungs-Report 2012 finden auch Sie online unter:  
[www.wido.de](http://www.wido.de) → Themenbereiche → Versorgungsanalysen → Versorgungs-Report



STIMMEN ZUM KONGRESS

#### Welche Erwartungen haben Sie an den 17. Kongress Armut und Gesundheit?

Der Kongress Armut und Gesundheit bietet eine Plattform für Akteure aus der Praxis, Wissenschaft, Politik, besonders auch für ehrenamtlich Engagierte – und nicht zu vergessen Betroffene oder am Thema Interessierte – sich zu informieren, auszutauschen, neue Ideen zu sammeln, neue Partner zu finden oder zu gewinnen.

Das Lernen voneinander, das Kennenlernen, auch die gegenseitige Motivation ist bei diesem Kongress in all seiner thematischen Vielfalt und großen Teilnehmerzahl spür- und erlebbar.

*Volker Falkenstein,  
Projektleiter Neues Altern in der Stadt (NAIS),  
Stadt Bruchsal*

# Soziale, gesunde Stadt

## Prävention in Lebenswelten

### Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – ein Thema für die gesetzlichen Krankenkassen

#### 17. Kongress Armut und Gesundheit diskutiert gute Ansätze



Gesundheitsförderliches Verhalten braucht gesundheitsförderliche Verhältnisse. Deshalb haben die Krankenkassen ihr kooperatives Engagement in der lebensweltbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung kontinuierlich ausgebaut und verbessert. Dies gilt für die Lebenswelten jenseits von Unternehmen ebenso wie für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Dabei zeigt die Ausgabenverteilung für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen der Krankenkassen einen gewissen Strukturwandel: Während die Ausgaben für Kursangebote 2009 und

2010 gesunken sind, wuchsen sie 2010 für die Primärprävention und Gesundheitsförderung in Settings um 18 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf etwa 23 Millionen Euro, in der betrieblichen Gesundheitsförderung um sieben Prozent auf mehr als 42 Millionen Euro.

Im Jahr 2009 wurden mit 7.700 Kindertagesstätten und 9.700 Schulen rund 30 Prozent aller Einrichtungen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht. Mit ihren primärpräventiven Leistungen in nichtbetrieblichen Lebenswelten – wozu neben den Einrichtungen des

Bildungs- und Erziehungswesens zum Beispiel auch Altenheime und Kommunen gehören – erreichen die Krankenkassen 2,1 Millionen Menschen direkt und noch einmal 4,8 Millionen Menschen indirekt über die Auswirkungen der erfolgten verhältnispräventiven Veränderungen im Setting. Der Schwerpunkt liegt dabei auf mehrfaktoriellen Programmen zur Unterstützung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressbewältigung mit verhaltens- und verhältnispräventiven Ausrichtung und einer durchschnittlichen Laufzeit von 16 Monaten. In rund 5.400 Betrieben konnten etwa 620.000 Beschäftigte direkt und darüber hinaus 230.000 Personen indirekt erreicht werden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich bereits 2007 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für Setting-Ansätze gesetzt. Durch gezielte Maßnahmen sollen zum Beispiel die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Familien reduziert und die salutogenen Potentiale gestärkt werden. Für die betriebliche Gesundheitsförderung gelten eigene Präventionsziele. Hier tragen die Kassen mit ihren Angeboten insbesondere dazu bei, psychische Störungen und Verhaltensstörungen zu verringern. Im Rahmen der Präventionsberichterstattung wird kontinuierlich über diese selbst gesteckten Ziele berichtet (vgl. hierzu Präventionsbericht 2010, S. 25ff, online unter: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) → Versorgungsbereiche der GKV → Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung → Präventionsbericht).

#### Evaluation als Mittel der Qualitätssicherung

Um Qualität und Nachhaltigkeit abzusichern, werden zwei Drittel der lebensweltbezogenen Präventionsprojekte durch interne Gremien gesteuert und auch evaluiert. Daran beteiligt sind neben den Kassen auch die Mitglieder der Lebenswelt selbst (bzw. deren Erziehungsbe-

rechtigte). In der BGF wurden 57 Prozent der Projekte durch ein Gremium gesteuert und 71 Prozent auf ihre Wirkungen hin analysiert. Ansatzpunkt für die Evaluationen waren mehrere Parameter. Am häufigsten untersucht wurde,

ob die Zielgruppen zufrieden waren, die Maßnahmen akzeptiert wurden, ob Verhaltensänderungen erzielt wurden und wie die veränderten Abläufe in den Einrichtungen gewirkt haben.

Auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit werden gemäß dem Motto „Prävention wirkt!“ in einem Workshop die aktuellen Ergebnisse des Präventionsberichts 2011 im Überblick vorgestellt und das Krankenkassenengagement anhand von drei ausgewählten Beispielen unter besonderer Berücksichtigung der jeweils durchgeführten Evaluation veranschaulicht.

Hierbei handelt es sich um

- eine Informations- und Sensibilisierungskampagne zur Alkoholprävention für Kinder und Jugendlichen, die in Schulen, aber auch in Jugendgruppen und Freizeiteinrichtungen umgesetzt werden kann
- eine Maßnahme zum Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte und
- ein kommunales Gesundheitsförderungsprojekt, um die Gesundheitssituation von Familien in sozial benachteiligten Wohngebieten zu verbessern.



## JETZT BESTELLEN:

Die Dokumentation des  
**16. Kongresses Armut und Gesundheit**

Mit mehr als 150 Beiträgen, Videos und Bildern bietet die CD-ROM einen abwechslungsreichen, komfortablen und fachlich breiten Überblick der Themen des vergangenen Kongresses.

Für 5,- Euro zzgl. Versandkosten

### Bestelladresse:

Gesundheit Berlin-Brandenburg,  
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
Tel.: (030) 44 31 90 60,  
Fax: (030) 44 31 90 63  
E-Mail:  
[sekretariat@gesundheitbb.de](mailto:sekretariat@gesundheitbb.de)  
ISBN: 978-3-939012-12-2

Die GKV bekennt sich zu einem Ausbau ihrer lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen. Hierbei ist – sowohl in Betrieben als auch in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommune – das kooperative Engagement, der für die jeweiligen Lebenswelten primär zuständigen Akteure unabdingbar. Denn gesundheitsförderliche Verhältnisse entstehen nur durch das gemeinsame Engagement aller.

*Karin Schreiner-Kürten und Volker Wanek,  
GKV-Spitzenverband*



## STIMMEN ZUM KONGRESS

### „Was versprechen Sie sich inhaltlich vom 17. Kongress Armut und Gesundheit?“

Die beim Deutschen Institut für Urbanistik angesiedelte AG Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung (AGGSE) beteiligt sich seit vielen Jahren am Kongress „Armut und Gesundheit“ mit einer eigenen kommunal orientierten Workshopreihe. Dieses Mal wird es vor dem Hintergrund des Kongressthemas „PRÄVENTION WIRKT!“ um das Thema „Evaluierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier“ gehen.

Die praktischen Erfahrungen aus der Evaluierung integrierter Projekte und Handlungsansätze zeigen, dass eine fundierte, flexible und gut geplante Evaluierung einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und zum Erfolg von Ansätzen quartiersbezogener Entwicklung leisten kann und daher auch für die vergleichsweise noch junge stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zu entwickeln ist. Wie dies gelingen kann, möchte die AGGSE anhand konkreter Praxisbeispiele mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Kongresses erörtern und reflektieren.

*Christa Böhme,  
Deutsches Institut für Urbanistik*

## Frühbucherrabatt bis 31. Januar 2012 3 Tage volles Programm zu einem Preis

**Auch diesmal finden Satellitenveranstaltungen am Vortag des Kongresses – Donnerstag, den 8. März 2012 – statt.**

**Wenn Sie sich bis zum 31. Januar 2012 anmelden, gibt es alle Veranstaltungen zu einem Preis:**

60 € regulärer Beitrag

10 € für Studierende, Einkommenslose und Rentner/innen

### Reguläre Preise ab dem 1. Februar 2012:

#### Satellitentagungen – Donnerstag, 8. März 2012

20 € regulärer Beitrag

10 € für Studierende, Einkommenslose und Rentner/innen

#### 17. Kongress Armut und Gesundheit – Freitag und Samstag, 9./10. März 2012

120 € unterstützender Beitrag

70 € regulärer Beitrag

15 € für Studierende, Einkommenslose und Rentner/innen

Online-Anmeldung unter: [www.anmeldung.gesundheitbb.de](http://www.anmeldung.gesundheitbb.de)

# Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Arbeitsschutz und betriebliche Prävention prekär Beschäftigter / Frauen in der Prostitution – und danach?

## Arbeitsschutz und betriebliche Prävention für prekär Beschäftigte

Ein Themenfeld steht vor großen Herausforderungen



Prävention sollte Menschen zu Gute kommen, deren Gesundheit in besonderem Maße gefährdet ist. In der Arbeitswelt sind gesundheitliche Risiken alltäglich und entsprechend viele Berufe gibt es, in denen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung nötig sind, um körperliche und seelische Folgen für die Betroffenen zu vermeiden oder zumindest zu vermindern. Bei prekär Beschäftigten scheint es aber im Hinblick auf die Gesundheit am Arbeitsplatz ein systematisches Missverhältnis zwischen der Belastung durch arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken und den angebotenen Maßnahmen des Gesundheitsschutzes zu geben. Pre-

käre Arbeitsverhältnisse sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in der Regel ein hohes Maß an Unsicherheit mit sich bringen und zugleich unterdurchschnittlich bezahlt sind. Zudem ist die Beteiligung an betrieblichen Entscheidungen und Teilhabeprozessen oft geringer als die anderer Beschäftigtengruppen. Allein diese Umstände führen über die bekannten Mechanismen von Einkommensungleichheit, Arbeitsplatzunsicherheit und mangelnder Integration zu erhöhten Gesundheitsrisiken. Hinzu kommt, dass prekäre Beschäftigung häufig in Tätigkeiten stattfindet, die sowohl körperlich als auch psychisch in besonderem Maße gesundheitlich

belastend sind. In der Summe führen die verschiedenen Faktoren dazu, dass der Gesundheitszustand prekär Beschäftigter im Schnitt schlechter ist, als in der Allgemeinheit der Erwerbstätigen. Insofern kann also ein besonderer Bedarf für eine konsequente Anwendung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Prävention für diese gefährdete Gruppe angenommen werden. Nur wird dieser Bedarf auch erfüllt? Die Antwort auf diese Frage muss nach derzeitigem Kenntnisstand wohl „nein“ lauten. Betrachtet man Studien zur Verbreitung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes bzw. der betrieblichen Prävention, so stellt sich heraus, dass prekär Beschäftigte unterversorgt sind. So zeigt beispielsweise die Europäische Umfrage zu den Arbeitsbedingungen, dass Zeitarbeiter/innen deutlich schlechter über konkrete Arbeitsschutzbestimmungen an ihrer Arbeitsstelle informiert sind als Stammbeschäftigten. Auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung fehlen für die Mehrheit der prekär Beschäftigten.

Auf dem 17. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin wird sich daher der Workshop „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in prekären Beschäftigungsverhältnissen“ mit dem Missverhältnis zwischen Risiken und Schutzmaßnahmen bei dieser wachsenden Gruppe des Arbeitsmarktes beschäftigen. In den Vorträgen und der sich anschließenden Diskussion soll einerseits eine Bestandsaufnahme des Problems vorgenommen und andererseits Möglichkeiten der Verbesserung aufgezeigt werden.

*Nico Dragano,  
Universitätsklinikum Essen*

Auch das Thema **Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen** wird auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** umfassend diskutiert. In unterschiedlichen Workshops wird über Integrierte Ansätze, Modelle der Vernetzung im kommunalen Raum und kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung diskutiert. Dabei wird im Besonderen auf das Zusammenwirken von Arbeits- und Gesundheitsförderung eingegangen.

## Frauen in der Prostitution – und danach?

### Das Bundesmodellprojekt DIWA schafft Perspektiven für den Ausstieg betroffener Frauen

Prostitution ist aus mehreren Gründen weit davon entfernt, ein Beruf wie jeder andere zu sein. Eine Tätigkeit in der Prostitution wird in der Regel nur über einen bestimmten Zeitraum und selten über Jahrzehnte bis ins Rentenalter ausgeübt. Insofern kommen fast alle Frauen in eine Situation, in der sie über einen Aus- bzw. Umstieg und über eine berufliche Neuorientierung nachdenken sowie nach konkreten Alternativen suchen.

Die wissenschaftliche Evaluation zu den Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes (2002) hat gezeigt, dass noch erheblicher Verbesserungs- und Entwicklungsbedarf der Angebote zur Unterstützung von Prostituierten bei der Realisierung eines Ausstiegs aus der Prostitution. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend reagierte mit der Ausschreibung eines Modellprogramms. Das Berliner Modellprojekt „DIWA – Der individuelle Weg zur Alternative – Umstieg als Perspektive für Frauen in der Prostitution“ ist neben den Standorten in Freiburg (P.I.N.K.) und Nürnberg (OPERA) eines von drei ausgewählten Teilprojekten zur Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution.

#### Der individuelle Weg zur Alternative

Das Berliner Modellprojekt DIWA arbeitet als Projektbündnis: Goldnetz e.V., ein Bildungs- und Qualifizierungsträger, steht als Projektträger in Kooperation mit Hydra e.V., als eine Fachberatungsstelle für Prostituierte, und Goldtausch e.V. KONTOUR, als Projektentwicklung für spezifische Frauenprogramme. Das Projekt wird mit einer Laufzeit von vier Jahren bis Oktober 2014 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Wenn Prostituierte den Ausstieg suchen, befinden sie sich nicht selten in einer Situation, die von multiplen Problemlagen bestimmt ist. Eine bestehende oder drohende Wohnungslosigkeit, Schulden, ein Gefühl der Perspektivlosigkeit, psychische und physische Erschöpfung, das Vorhandensein eines ausbeuterischen Ver-

hältnisses in der Prostitution sind einige der Ausstiegsgründe, die die Frauen benennen.

DIWA wendet sich an Sexarbeiterinnen, die perspektivisch über einen Umstieg nachdenken und den Wunsch haben, aus der Prostitution aus- und in ein anderes Berufsfeld umzusteigen. DIWA bietet ein Programm mit unterschiedlichen Integrationswegen zum Umstieg an und unterstützt Frauen zielgerichtet mit individuellen und flexiblen Angeboten der Beratung und persönlichen und sozialen Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung und der Suche nach Alternativen zur Prostitution. Dabei knüpft DIWA an die eigenen Ressourcen und Kompetenzen der Frauen an, die sie im Laufe ihres bisherigen Arbeitslebens erworben haben. Zu Beginn ist für die Teilnahme am Projekt die vollständige Aufgabe der Prostitution keine Voraussetzung, d.h. für die Frauen wird ein gleitender Ausstieg ermöglicht.

Zugleich will das Modellprojekt auch einen Beitrag dazu leisten, die strukturellen Hürden abzubauen, die ausstiegswillige Prostituierte immer wieder in ihrer beruflichen Neuorientierung erleben müssen. Geplant ist der Aufbau eines Leit- und Begleitsystems in Berlin mit einem abgestimmten systematischen Programm zur Unterstützung des Ausstiegs, um somit bestehende Arbeitsmarktinstrumente und bestehende Ansprüche speziell für diese Zielgruppe nutzbar zu machen.

#### Biografiearbeit und Qualifizierung als zentrale Elemente

Im Rahmen des Projekts sind in den vier Jahren vier aufeinanderfolgende Trainings mit abgestimmten Modulen geplant. Die Kurse, gegliedert in drei Phasen, können von den Aussteigerinnen individuell und flexibel genutzt und durchlaufen werden. Die Orientierungsphase umfasst die Biografiearbeit und ermöglicht den Beraterinnen, individuelle psycho-soziale Problemlagen der Frauen zu erkennen und Hilfsangebote zu initiieren. In der Kompetenzbilanzierung erkennen und fördern wir die persönlichen Stärken, Kompetenzen und Ressourcen

der Frauen zur Ermittlung ihres individuellen Qualifizierungs- und Beratungsbedarfs.

Die nachfolgende Qualifizierungsphase bietet Frauen Trainings zur Basisqualifizierung und Berufsorientierung an, um vorhandene Kenntnisse aufzufrischen und Basiswissen zu vermitteln. Im ersten Training in diesem Jahr konnten die Frauen an verschiedenen Modulen teilnehmen, wie z.B. Perspektivcoaching, Kommunikationstraining, Deutsch, EDV, Bewerbungstraining, Farb- und Stilberatung. Begleitend dazu nutzten die Frauen Workshops zur persönlichen und individuellen Unterstützung (z.B. Kraft Schöpfen – mit Erschöpfung umgehen, Gesundheit und Wohlbefinden, kreativer Ausdruck-Theaterworkshop). Eine nachfolgend persönliche Bildungsberatung informiert interessierte Frauen auf dem Weg ihrer Neuorientierung und Realisierung ihrer beruflichen Ziele.

Die berufliche Entwicklungsphase begleitet Frauen bei der Gründungsvorbereitung, ihrem Job-Eintritt oder bei der Nutzung und Vermittlung verschiedener Angebote der Jobcenter im Rahmen einer möglichen SGB II-Grundsicherung (z.B. berufliche Fort- und Weiterbildung, Trainingsmaßnahme, Praktikum). Dazu bieten wir Workshops zur Selbstreflexion, zum Coaching und Mentoring an.

*Uta Gärtner, Goldnetz e.V., Projektleitung  
DIWA*

Ausführliche Informationen zum Projekt unter [www.diwa-berlin.de](http://www.diwa-berlin.de)

Auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** beschäftigt sich der Workshop „Sexarbeit – gesund und sicher? Perspektive danach?“ mit der gesundheitlichen Lage von Sexarbeiterinnen und dem Aus- sowie Umstieg aus der Prostitution. Weiterhin wird in einem Workshop über Präventionsstrategien bei Partnergewalt diskutiert und in zwei Foren dem Thema Sexuelle Selbstbestimmung von Frauen Raum gegeben.

# Suchtprävention

Jahresberichte 2011 der deutschen und der europäischen Beobachtungsstelle

## Jahresberichte 2011 der deutschen und der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht veröffentlicht

### Mehr Kooperation bei Hilfen für Drogenkonsumenten mit Kindern

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) stellte am 15. November 2011 ihren aktuellen Jahresbericht in Lissabon vor. Parallel dazu wurde von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) der nationale REITOX-Bericht 2011 in Berlin vorgestellt.

Die Berichte liefern Informationen zu neuen Entwicklungen, Trends und zum aktuellen Stand der Drogenproblematik in Deutschland und Europa. Der Konsum illegaler Drogen hat sich im letzten Jahr insgesamt kaum verändert. Es gibt aber einige positive Entwicklungen, zum Beispiel ging der Cannabiskonsum insbesondere jüngerer Menschen zurück, wie neuere Erhebungen ergeben. Auf der europäischen Ebene gibt es auch Anzeichen dafür, dass der Höhepunkt des Kokainkonsums überschritten ist, da der Konsum ebenfalls zurückging. Neue Entwicklungen im Bereich synthetischer Drogen stellen die Mitgliedsländer jedoch vor Herausforderungen. Die häufig vorgefundenen polyvalenten Konsummuster sowie sich rasch verändernde Märkte erfordern teils neue politische und therapeutische Reaktionen zur Lösung dieser Probleme.

#### Sonderkapitel zu Kindern in suchtbelasteten Familien

Ein Sonderkapitel des diesjährigen REITOX-Berichtes der DBDD beschreibt die Situation von Drogenkonsumenten mit Kindern in Deutschland. Darin werden die Ausmaße des Problems, rechtliche Grundlagen sowie die Reaktion von Politik und Gesellschaft im Bereich der Hilfeleistungen und Unterstützungsangebote dargestellt.

Zur Erfassung der Ausmaße des Problems liegen in Deutschland keine vollständigen Daten vor. Die besten verfügbaren Zahlen darüber, wie viele Drogenkonsumenten mit Kindern in Deutschland leben, sind in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) verzeichnet. Darin sind Daten über die Beratungs- und Behandlungsnachfrage der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erfasst. Aus der DSHS geht auch hervor, wie viele der Klienten eigene Kinder haben oder in einem Haushalt mit Kindern zusammenleben. Zu Drogenkonsumenten, die nicht in Behandlung sind, sind keine verlässlichen Daten verfügbar. Aufgrund der Daten aus der DSHS und weiteren Schätzungen ist davon auszugehen, dass in Deutschland zwischen 30.000 und 60.000 Kin-

der von Drogenabhängigen leben, ein erheblicher Teil davon lebt in einem gemeinsamen Haushalt mit mindestens einem drogenabhängigen Elternteil.

Aus der Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils ergeben sich für die Familien und einzelne Familienmitglieder unterschiedliche Gefahren und Risiken. Die Lebensumstände drogenabhängiger Eltern sind häufig von Armut und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet. Dadurch ergeben sich sowohl für die Eltern als auch für die Kinder zusätzliche Gesundheitsrisiken und psychische Belastungen. Die gesunde Entwicklung von Kindern ist durch die Lebensumstände in suchtbelasteten Familien bedroht. Während der Schwangerschaft kann Drogenkonsum ungeborene Kinder direkt schädigen und auch später gesundheitliche Folgen haben. Das Aufwachsen in einer suchtbelasteten Familie stellt für die Kinder eines der größten Risiken dar, im späteren Leben selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Um den vielseitigen Bedarfslagen suchtbelasteter Familien zu begegnen, existiert ein komplexes Gefüge aus Akteuren, Einrichtungen und Institutionen, die Unterstützungs- und Hilfsangebote für diese Familien bereithalten. Es gibt in Deutschland spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtbelastete Familien und Drogenkonsumenten mit Kindern. Die Arbeit mit den Eltern und Kindern, den Familien als Ganzes oder Angehörigen ist dabei häufig eng verzahnt. Der Kooperation verschiedener Institutionen kommt eine besondere Rolle zu. Um die Koordination der Hilfen zu verbessern, existieren auf lokaler und kommunaler Ebene Kooperationsvereinbarungen der behördlichen und nicht-behördlichen Anbieter von Hilfeleistungen aus den unterschiedlichen Bereichen des Sozialwesens. Eine Notwendigkeit für die Verbesserung der Unterstützungsleistungen, und auch wichtiges Anliegen der Politik, ist, die derzeit auf lokaler und kommunaler Ebene vorhandenen Strukturen weiter auf- und auszubauen sowie auch bundeseinheitlich Standards für verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen. Um die dafür notwendigen rechtlichen Voraussetzungen und bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für derartige Kooperationsstrukturen im Bereich der Frühen Hilfen für sozial Benachteiligte zu schaffen, wird von der Bundesregierung derzeit die Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) auf den Weg gebracht.

Peter Raiser,

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

# Patienteninteressen

## Patienteninformation – die Nächste

## Patienteninformation – die Nächste

### EU-Kommissar Dallis zweifelhafte Vorschläge

Seit nunmehr drei Jahren befassen sich EU-Abgeordnete mit einem Gesetzesvorschlag, der es Arzneimittelherstellern in Zukunft erlauben soll, Patient/innen direkt über rezeptpflichtige Arzneimittel zu informieren. Im November 2010 hatten sich die EU-Parlamentarier/innen auf einen Text geeinigt.<sup>1</sup> Jetzt hat die EU-Kommission eine Überarbeitung vorgelegt, die die Sache kaum besser macht.<sup>2,3</sup>

Der Teufel steckt wie so oft im Detail. So änderte die EU-Kommission im Artikel 86 zwar nur ein Wort, dies hat aber weitreichende Auswirkungen. So sollen: „Informationen über die Gesundheit oder Krankheiten des Menschen, sofern darin nicht, auch nicht indirekt, auf einzelne Arzneimittel Bezug genommen werden“ nicht unter Werbung fallen. Dies wäre eine nachträgliche Legalisierung dessen, was Arzneimittelhersteller seit einigen Jahren praktizieren. So existieren z. B. zur Männergesundheit zahlreiche Webseiten zum Thema Testosteronmangel oder der sogenannten erektilen Dysfunktion, die dann in einem Atemzug auch auf entsprechende Arzneimittel zur Behebung des vermeintlichen Mangels verweisen. Dabei wäre die Frage viel wichtiger, ob eine medikamentöse Therapie überhaupt sinnvoll ist.

#### Wer fragt hier wen?

Auch andere Schlupflöcher für industrielle Beeinflussung bleiben. So soll es erlaubt sein, auf Webseiten sogenannte „Häufig gestellte Fragen“ zu beantworten. Genau diese können aber hochselektiv sein. Wer kann nachprüfen, ob die Fragen tatsächlich von Verbraucher/innen stammen und nicht erfunden wurden, um die „richtigen“ Antworten zu geben? Zudem

sollen die Hersteller künftig über vorklinische und klinische Versuche zu Arzneimitteln informieren dürfen. Unschwer kann man sich vorstellen, welche Studien die Firmen an Patient/innen weitergeben werden.

#### Vorab-Kontrolle

Mit der sogenannten staatlichen Vorab-Kontrolle will der Gesetzesvorschlag der Werbung einen Riegel verschieben. Ganz abgesehen davon, dass die nationalen Behörden auf ein derartiges Übermaß an Arbeit personell überhaupt nicht eingestellt sind, gibt es noch andere Tücken. In einigen Ländern – wie z.B. in Dänemark – ist eine Vorab-Kontrolle wegen eines Gesetzes zur freien Meinungsäußerung verfas-

In einer Podiumsdiskussion werden auf dem **17. Kongress Armut und Gesundheit** die Vermeidung von Interessenskonflikten und Abhängigkeiten im Feld der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe bezogen auf den Umgang mit der Pharma-Industrie diskutiert.

sungsmäßig überhaupt nicht möglich. Um das zu umgehen, sieht der Gesetzgeber Ausnahmeregelungen vor. Firmen könnten also ihre Webseiten in genau diesen Ländern registrieren lassen oder aber in solchen, die besonders schwache Kontrollen haben. Ist eine Webseite erst einmal irgendwo in Europa veröffentlicht, kann diese ohne weitere Genehmigung in andere Sprachen übersetzt werden. Wer kann jedoch garantieren, dass der Inhalt noch stimmt? Nationale Behörden könnten in diesem Fall erst im Nachhinein reagieren – so sie aktiv die Inhalte auf den Webseiten durchforsten – und Fehlverhalten auch sanktionieren.

#### Marketingmaterial

Der frühere Gesetzestext erlaubte die Beilage von „Informationsbroschüren“ in gesundheitsrelevanten Zeitschriften. Dieser Vorschlag ist vom Tisch. Stattdessen dürfen Ärzt/innen und Apotheker/innen herstellerfinanzierte Broschüren an Patient/innen weitergeben. Ein schlechte Praxis, die generell verboten werden sollte.

Ein Gespräch von kritischen Gruppen mit EU-Gesundheits-Kommissar John Dalli im Februar dieses Jahres zeigte hingegen Früchte. So werden Dritte, die Gesundheitsinformationen bereit stellen – also andere als die Arzneimittelhersteller – verpflichtet, ihre Verbindungen offen zu legen. Allerdings hätte die Formulierung ruhig etwas schärfer ausfallen dürfen und auch die Sanktionen bei Fehlverhalten sind nicht genauer festgelegt.

Positiv zu werten ist auch, dass es bei Verstößen Strafen geben soll. Es besteht nun die Möglichkeit, die Namen der Gesetzesbrecher öffentlich zu machen. Die Höhe der Bußgelder ist jedoch nicht genau definiert, das bleibt den Mitgliedsstaaten überlassen.

#### Mehr unabhängige Informationen

Nationalstaaten sind dazu aufgefordert, unabhängige und objektive Gesundheitsinformationen bereit zu stellen. Das ist eine gute Forderung, die aber zu schwammig bleibt. Wir bleiben dabei: Das Geld, das die aufwändige Kontrolle industrieller Informationsanbieter kostet, wäre besser beim Ausbau unabhängiger Informationsangebote angelegt. (HD)

1 Pharma-Brief (2010) Leicht aufgeweicht – EU-Parlament schwächt Werbeverbot. Nr. 10/2010 S. 7 sowie Pharma-Brief (2010) Den PatientInnen nützt es nicht – Der EU-Kompromissvorschlag zu Patienteninformation. Nr. 9/2010 S. 3-4

2 Europäische Kommission (2011) Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG in Bezug auf die Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel und hinsichtlich der Pharmakovigilanz. KOM (2011) 633 endgültig / 2. 14.10.2011

3 Europäische Kommission (2011) Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 in Bezug auf die Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Humanarzneimittel und hinsichtlich der Pharmakovigilanz KOM (2011) 632 endgültig 11.10.2011

*Hedwig Diekwisch, BUKO Pharmakampagne Bielefeld*

Der Artikel ist ursprünglich erschienen im Pharma-Brief, Nr.7-8 Oktober-November 2011

Der **17. Kongress Armut und Gesundheit** thematisiert **HIV/AIDS** in drei Workshops. Neben der „Stigmatisierung als Barriere für erfolgreiche Prävention: Das Beispiel HIV“ geht es u. a. auch um „Soziale Benachteiligung und HIV: empirische Grundlagen und aktuelle Präventionsansätze“.

## Termine

Weitere Termine auch unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) und [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Kontakt für Veranstaltungen (falls nicht anders angegeben): Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (030) 44 31 90 60; [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)

## Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Alter, Bewegung und Gesundheit in Brandenburg

Do., 15. Dezember 2011 von 10.00 – 12.00 Uhr  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Ort: Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg MUGV, Heinrich-Mann-Allee 103, 14473 Potsdam, Haus 8, Raum 216

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Bewegung und Ernährung

Mi., 8. Februar 2012 von 15.00 – 17.00 Uhr  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Ort: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Patientenfürsprecher

Mo., 13. Februar 2012 von 15.00 – 17.00 Uhr  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

## Tagungen, organisiert oder mitorganisiert von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Kongress

#### 17. Kongress Armut und Gesundheit „Prävention wirkt!“

Fr., 9. März bis Sa., 10. März 2012  
Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg zusammen mit zahlreichen Partnern  
Ort: Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin  
[www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

## Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

### Bundeskongferenz

#### Gesund und aktiv älter werden – Handlungsfelder und Herausforderungen

Di., 24. Januar 2012 von 9.00 – 16.45 Uhr  
Veranstalter:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen  
Ort: Katholische Akademie in Berlin e.V., Hannoversche Straße 5, 10115 Berlin  
[www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

### Fachveranstaltung

#### Jugendhilfe in benachteiligten Stadtteilen in Deutschland und Europa

Mi., 25. Januar 2012 bis Do., 26. Januar 2012  
Veranstalter: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Der PARITÄTische Gesamtverband  
Ort: Best Western Grand City Hotel Berlin, Osloer Straße 116a, 13359 Berlin  
[www.deutscher-verein.de](http://www.deutscher-verein.de)

### Fachtagung

#### „Wie konnte das passieren?!“ Frühe Prävention von Unfällen im Kontext Früher Hilfen

Do., 9. Februar 2012  
Veranstalter: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder  
Ort: Kutschstall, Am Neuen Markt 1, 14467 Potsdam  
[www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de)

### 3. Strategiekonferenz

#### Kinder aus suchtbelasteten Familien – Räume des Vertrauens schaffen

Fr., 10. Februar bis So., 12. Februar 2012  
Veranstalter: Nacoa Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.  
Ort: Friedrich-Ebert-Stiftung, Hiroshimastraße 17 (Haus 1), 10785 Berlin  
[www.nacoa.de/index.php/ueber-nacoa/unsere-projekte/dritte-strategiekonferenz](http://www.nacoa.de/index.php/ueber-nacoa/unsere-projekte/dritte-strategiekonferenz)

### Abschlussfachtagung

#### Partizipation und Gesundheit

Do., 22. März und Freitag, 23. März 2012  
Veranstalter: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
Ort: Berlin  
[www.wzb.eu](http://www.wzb.eu)

## Veranstaltungen im Bundesgebiet

### Fachtagung

#### Gesund aufwachsen in Hamburg – Gemeinsam Präventionsketten aufbauen

Di., 14. Februar 2012  
Veranstalter: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Regionaler Knoten Hamburg  
Ort: Hamburg  
[www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de)

## Mythen der Gesundheitspolitik



Die „Kostenexplosion“ und der „Ärztemangel“ im deutschen Gesundheitswesen sind längst gängige Stammtischthemen, bei denen jeder mitreden kann. Unklar bleibt zumeist, was genau hinter diesen Begriffen steckt und

wie differenziert man sie betrachten sollte. In der Regel stehen wirtschaftliche und politische Interessen hinter aufbereiteten Themen für die Masse der Gesellschaft – Mythen entstehen.

Reiners schildert die Entstehung von Mythen, erläutert anschaulich die zehn Bekanntesten des deutschen Gesundheitswesens und setzt sich mit ihnen kritisch auseinander. Dabei entmystifiziert er unter anderen die Folgen der demographischen Entwicklung, die Bürokratie bei den Krankenkassen und den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Die Erläuterungen werden durch Beispiele und vergleichende Modelle aus dem Ausland ergänzt.

Festzuhalten bleibt, dass das vorliegende Buch einen guten Überblick über die aktuellen Diskussionsthemen im Gesundheitswesen gibt und so manchen gesundheitspolitischen Zahn zieht.

Hartmut Reiners:  
Mythen der Gesundheitspolitik  
2. Auflage  
Reihe Gesundheitswissenschaften  
Bern: Verlag Hans Huber, 2011

## Lehrbuch der Gesundheit



Das Lehrbuch Gesundheit gibt in vier Teilen und zwölf Lehreinheiten eine Einführung in den Zusammenhang von Sozialer Arbeit und Gesundheit. Geht es eingangs um historische Zusammenhänge bis hin zur gesellschaftlichen Aktualität, so im zweiten Teil um die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Wechselverhältnis von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Hier werden Überblicke zu wissenschaftlichen Modellen und zu Gesundheitsvorstellungen im Alltag sowie zu Gesundheit und Krankheit im Lebensverlauf und in ausgewählten Lebenslagen vorgestellt. Der dritte Teil liefert eine Einführung in Handlungsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und im Sozialwesen, stellt Klinische Sozialarbeit als eine Fachsozialarbeit im Werden vor und setzt sich mit Fragen zur Evaluation und Qualitätssicherung auseinander. Im vierten Teil werden Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabenfelder verdeutlicht, konkrete Settingansätze (Schule, Krankenhaus und Gemeinwesen/Stadtteil) vorgestellt und im abschließenden Kapitel die Notwendigkeit der Kooperation der verschiedenen Einrichtungen und Professionen unter Einbindung der Sozialen Arbeit sichtbar gemacht.

Die einzelnen Kapitel bilden jeweils eine Lehreinheit. Konkrete Beispiele, Textauszüge, Hinweise auf zentrale Literatur und Übungsaufgaben zu jeder Einheit fördern das Selbststudium und geben Anregungen für die didaktische Gestaltung der Lehrveranstaltungen.

Peter Franzkowiak, Hans Günther Homfeldt, Albert Mühlum: Lehrbuch Gesundheit.  
Weinheim und München: Juventa Verlag, 2011

Peter Franzkowiak, Hans Günther Homfeldt, Albert Mühlum: Lehrbuch Gesundheit.  
Weinheim und München: Juventa Verlag, 2011

## Impressum

**Herausgeber und Verleger:**  
Gesundheit Berlin-Brandenburg,  
Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung  
Friedrichstraße 231,  
10969 Berlin,  
Tel. 030-44 31 90-60,  
Fax 030-44 31 90-63  
E-Mail: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de),  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

**Redaktion:**  
Redaktion: Carola Gold (V.i.S.d.P.),  
Merle Wiegand

**Weitere Autor/innen:**  
Katja Becker, Christa Böhme, Hedwig Diekwisch,  
Nico Dragano, Marisa Elle, Volker Falkenstein,  
Rainer Fehr, Uta Gärtner, Raimund Geene,  
Sabine Hermann, Rudolph Herweck, Holger Kilian,  
Marie-Christin Koczelnik, Petra Kolip, Joseph Kuhn,  
Niels Löchel, Ines Olmos, Marianne Pundt,  
Peter Raiser, Werner Rätz, Peter Ruhenstroth-Bauer,  
Maike Rühl, Thomas Scharf, Annett Schmok,  
Karin Schreiner-Kürten, Anne Starker,  
Magdalena Stülb, Martina Thelen, Gerhard Trabert,  
Volker Wanek

**Auflage:** 4.500  
**Satz und Layout:**  
Connye Wolff, [www.connye.com](http://www.connye.com)

**Druck:**  
Allprintmedia GmbH  
Blomberger Weg 6a, 13437 Berlin,  
[www.allprint-media.de](http://www.allprint-media.de)

**Copyright:**  
Gesundheit Berlin-Brandenburg, Dezember 2011  
E-Mail an: [redaktion@gesundheitberlin.de](mailto:redaktion@gesundheitberlin.de)  
ISSN 1614-5305

**Bildnachweise:**  
Seite 3: Marion Amler, Seite 4: Petra Kolip  
Seite 7: schubalu, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 8: Werner Rätz, Seite 9: [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com)  
Seite 11: André Wagenzik,  
Seite 12: dwermer, [www.aboutpixel.de](http://www.aboutpixel.de)  
Seite 13: Dieter Schütz, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 14: dkoche, [www.photocase.de](http://www.photocase.de)  
Seite 15: Peter Ruhenstroth-Bauer  
Seite 16: André Wagenzik  
Seite 17: Bernhard Müller, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 18: Thomas Scharf, Seite 19: [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com)  
Seite 20: Volker Falkenstein  
Seite 21: Marc Tollas, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)  
Seite 22: Christa Böhme  
Seite 23: Rainer Sturm, [www.pixelio.de](http://www.pixelio.de)