Info_Dienst
für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg
10. Jahrgang • 1. Ausgabe 2010

1_10

In diesem Info-Dienst

Personalien	2
Gesunde Bundespolitik	3
Bewegung in Berlin-Brandenburg	10
Kinder und Jugendliche	13
Altern und Gesundheit	16
Soziale, gesunde Stadt	19
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	21
Suchtprävention	24
Patienteninteressen	25
Veranstaltungen / Termine	27
Publikationen	28
Impressum	28

Editorial

Der Koalitionsvertrag sieht, und das ist ausdrücklich zu begrüßen, die Fortführung des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt vor. Damit wird die mittlerweile 10jährige Initiative zur Förderung von Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf fortgesetzt. Dieses Programm, das auf Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie lokaler Akteure setzt, zielt auf die Verbesserung der städtebaulichen Situation, aber auch auf bessere Bildungschancen und berufliche Teilhabe. Damit werden auch Gesundheitschancen der Betroffenen maßgeblich verbessert.

In den Festlegungen des Koalitionsvertrages liegt aber auch eine zweite Chance. Ausdrücklich wird die Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit gefordert und „die bessere Bündelung mit Fördermöglichkeiten anderer Ressorts“ vorgesehen. Eine Expertentagung, die wir zu Beginn des Jahres mit dem Bundesgesundheitsministerium im Rahmen von IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung durchgeführt haben, zeigte, wie viele und vor allem nahe liegende Beispiele der Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und sozialer Stadtentwicklung es bereits gibt.

Um diese guten Ansätze verbreiten zu können, müssen die Erfahrungen des Zugangs, der Beteiligung und die erzielten gesundheitsförderlichen Effekte aufbereitet werden. Der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligen und die Regionalen Knoten in den Bundesländern haben in den vergangenen Monaten Beachtliches zu diesem Prozess beigesteuert. Hier liegt, auch mit Blick auf die noch zaghaften Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich, für die Prävention ein großes Potential.

Die Erfahrung zeigt aber auch, dass Gesundheitsförderung in den Quartieren besondere Kompetenzen braucht. Das bezieht sich auf Kompetenzen der Akteure im Stadtteil. Aber auch hinsichtlich der ressortübergreifenden Zusammenarbeit selbst tun sich viele noch schwer, eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Ziele zu finden. Das Wissen über gelingendes gemeinsames Engagement der Akteure in den Quartieren der Sozialen Stadt kann ein guter Vorreiter für andere Felder kommunaler Zusammenarbeit sein. Wir als Gesundheitsakteure sind auf diese Erfahrungen angewiesen. Ob es um Fragen des gesunden Aufwachsens, der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt oder die Herausforderungen des demografischen Wandels geht – nur in einer zielgerichteten und guten fachlichen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Ressorts und Akteure können Effekte zur Verbesserung der Gesundheit gelingen.

Ihre Carola Gold

Personalien

Gesundheitsreform: Mitglieder der Kommission stehen fest

Die Mitglieder der Regierungskommission für eine Gesundheitsreform stehen fest: an der Kommission teilnehmen werden neben ihrem Leiter, Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, auch Wolfgang Schäuble (Finanzen), Kristina Köhler (Familie), Dr. Ursula von der Leyen (Arbeit und Soziales), Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (Justiz), Rainer Brüderle (Wirtschaft), Ilse Aigner (Verbraucherschutz) und Dr. Thomas de Maizière (Inneres). Auch die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP sind eingebunden. Wissenschaftler/innen sind nicht Teil der Kommission, sie sollen nur zu Detailaspekten angehört werden. Parallel dazu hat der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) eine eigene Reformkommission mit Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Wissenschaftler/innen und weiteren gesellschaftlichen Organisationen eingesetzt. Gemeinsam will man bis zum Herbst 2010 ein eigenes Konzept für eine Gesundheitsreform vorlegen.

Prof. Dr. Theda Borde als Rektorin der ASH Berlin gewählt

Im Januar hat das Konzil der Alice Salomon Hochschule Berlin Frau Prof. Dr. Theda Borde zur neuen Rektorin gewählt. Prorektorin wurde Prof. Dr. Birgit Thoma. Die zukünftige Rektorin Theda Borde sagte nach ihrer Wahl: „Unser Programm berücksichtigt vor allem aktuelle hochschulpolitische Entwicklungen und stellt die Bildungsgerechtigkeit sowie das lebenslange Lernen mit berufsqualifizierenden Weiterbildungen in den Vordergrund.“
Borde und Thoma hatten immer wieder darauf hingewiesen, dass eine weitere Akademisierung der Berufsgruppen Soziale Arbeit, Gesundheits- und Pflegemanagement sowie Erziehung und Bildung im Kindesalter notwendig ist, um den gesellschaftlichen und hochschulpolitischen Veränderungen Rechnung zu tragen. Prof. Theda Borde und Prof. Birgit Thoma werden am 1. April 2010 ihre Ämter antreten und damit das gegenwärtige Rektorat mit Prof. Dr. Labonté-Roset an der Spitze ablösen.
Gesundheit Berlin-Brandenburg gratuliert Theda Borde herzlich zu ihrer Wahl und wünscht ihr für das neue Amt viel Erfolg! Theda Borde ist langjähriges Mitglied der Arbeitsgemeinschaft, gemeinsam wurden viele Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrant/innen realisiert. Seit vielen Jahren koordiniert sie, gemeinsam mit Ingrid Papies-Winkler und Dr. Matthias David, den Themenblock „Migration“ auf dem Kongress Armut und Gesundheit.

Berliner Gesundheitspreis ausgeschrieben

Ohne pflegende Verwandte, Nachbarn und Freunde kann derzeit und auch künftig eine am Bedarf orientierte häusliche Pflege kaum sichergestellt werden. Hilfe brauchen allerdings manchmal auch die Helfer/innen selbst. Der Berliner Gesundheitspreis hat sich in diesem Jahr des Themas angenommen. Bundesweit gesucht werden innovative Projekte, die pflegende Angehörige unterstützen. Bis zum 31. Mai 2010 können sich Institutionen bewerben, die eine gesundheitliche Entlastung für die genannte Personengruppe bieten und Pflegenden helfen, Beruf, Pflege und soziales Leben besser vereinbaren zu können. Der Preis ist mit 50.000 Euro dotiert und wird gemeinsam vom AOK-Bundesverband, der AOK Berlin-Brandenburg und der Ärztekammer Berlin vergeben. Informationen unter:
www.berliner-gesundheitspreis.de

In diesem Info-Dienst

Gesunde Bundespolitik 3
Rückblick Armut und Gesundheit 3
Rede von Clemens Sedmak 4
Interview mit K.-Dieter Voß 5
Europäisches Jahr 2010 6
Gesundheitsförderung und Soziale Stadt ... 6
Kooperation für nachhaltige Prävention 7
Konferenz Gesundheitsziele 8
Reihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung 9
Interview mit Gunnar Geuter 9

Bewegung in Berlin-Brandenburg 10
Neues Gesundheitsziel für Berlin 10
Gesundheitskonferenzen und Partizipation . 11
Gesundheitsziele in Brandenburg 12
Landesarmutskonferenz in Berlin 12

Kinder und Jugendliche 13
Zwischenbilanz von „BLiQ“ 13
Interview mit Zeliha Aydoğmuş 14
Vergiftungsrisiken bei Kindern 14
Naturnahe Spielräume 15
Hebammenstudie in Berlin 15

Altern und Gesundheit 16
Diskussionspapier Demografie 16
Preisträger Vorbildliche Praxis 2009 17
Über den AK Altern und Gesundheit 18
inpuncto „Lebensqualität im Alter“ 18

Soziale, gesunde Stadt 19
Projekt „FuN – Familie und Nachbarschaft“ 19
Analyse von Angebotsstrukturen 20
Broschüre „Fleisch ist kein Gemüse“ 20

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt .. 21
Interview mit Prof. Peter Richter 21
Länderübergreifender Gesundheitsbericht 22
Fehlzeitenreport 2009 23
Unternehmenspreis Gesundheit verliehen 23

Suchtprävention 24
Kampagne gegen Computer- und Internetsucht 24

Patienteninteressen 25
Interview mit K.-Dieter Voß über UPD 25
Rechte von Proband/innen und Patient/innen 26

Veranstaltungen / Termine 27
Publikationen 28
Impressum 28

Gesunde Bundespolitik

Rückblick auf Kongress Armut und Gesundheit / Clemens Sedmak / Präventionsbericht 2009 / EJ 2010/ Soziale Stadt / Präventionsforschung / Gesundheitsziele / Reihe PQ/ Interview

Gesundheit für alle – auch eine ethische Herausforderung

Rückblick auf den 15. Kongress Armut und Gesundheit

Es war der bisher größte Kongress Armut und Gesundheit: Rund 2000 Interessierte kamen Anfang Dezember 2009 in das Berliner Rathaus Schöneberg, um über Strategien gegen Armut und Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu diskutieren.

Unter dem Motto „Gesundheit für alle – Ethik im Spannungsfeld“ wurde in vielen der 80 Workshops und Podiumsdiskussionen diesmal über den Kampf gegen Armut und gesundheitliche Ungleichheit als ethische Verpflichtung debattiert. In seiner Eröffnungsrede warnte Clemens Sedmak vom Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg (siehe Info-Kasten) davor, die Gesetze des Marktes auf sämtliche Lebenssphären der Menschen zu übertragen, und beschrieb Gerechtigkeit als „Zugang zu einer größtmöglichen Summe von primären Versorgungen“. Die Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher, sprach sich in ihrem Grußwort für eine nach ethischen Prinzipien gestaltete Gesundheitspolitik aus: „Eine große Rolle spielt das Menschenrecht auf bestmögliche Gesundheit“. Sie betonte, die Gesundheitspolitik sei verpflichtet, „für alle einen verlässlichen Zugang zu nachhaltigen Gesundheitsdiensten sicherzustellen“.

Eine Reihe zentraler Podiumsdiskussionen beleuchtete das Ethik-Thema aus verschiedenen Perspektiven. Der Public Health-Experte Johannes Siegrist etwa forderte eine stärkere Ausrichtung der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge an Werten wie „Gleichheit von Gesundheitschancen, Verteilungs- und Tauschgerechtigkeit sowie Autonomie, Partizipation und Anerkennung aller Beteiligten.“

Darüber hinaus waren die Perspektiven der Präventionsforschung und die Ergebnisse von Gesundheitsberichterstattung wichtige Themen. Thomas Kliche vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unterstrich den Stellenwert, den der Kongress mittlerweile für die Präventionsforschung hat: „Der Kongress ‚Armut und Gesundheit‘ ist für die Präventionsforschung wichtig. Hier entstehen Fragestellungen für wirklich nützliche Untersuchungen, hier prüfen Fachleute die Resultate auf praktische Brauchbarkeit. Das neue BMBF-Projekt ‚Kooperation für nachhaltige Prävention‘ unterstützt die Umsetzung von Präventionsforschung und möchte dafür gerade mit ‚Armut und Gesundheit’ zusammenarbeiten.“

Ältere Menschen mit Angeboten erreichen

Wie können ältere Menschen angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung besser erreicht werden? Dr. Heinz Trommer vom Arbeitskreis Altern und Gesundheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg betonte die gewachsenen Anforderungen nach Autonomie und Selbstbestimmung im Alter. Andere Referent/innen untersuchten das gewandelte Bild vom Alter oder die Vielfalt der Lebensstile älterer Menschen.

Die große Zahl an Veranstaltungen zum Thema Migration veranschaulichte die gewachsene Bedeutung der Zielgruppe Migrant/innen für die professionelle und ehrenamtliche Gesundheitsarbeit. Die Arbeit von Multiplikator/innen mit Migrationshintergrund in Ernährungsberatung, Sport oder Umweltschutz wurde ebenso thematisiert wie Erfahrungen aus der HIV-Prävention mit migrantischen Sexarbeiter/innen.

Globale Gesundheit

Bereits am Vorabend des Kongresses diskutierte ein prominent besetztes Podium in den Räumen der Heinrich-Böll-Stiftung über die

internationale Dimension von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Wie könnte Gesundheitsgerechtigkeit weltweit hergestellt werden? Was bedeutet die Aufkündigung des Solidarprinzips für die Gesundheitspolitik? Wie können soziale Bewegungen, internationale Organisationen, Gewerkschaften oder einzelne Staaten zusammen arbeiten, um das Nord-Süd-Ungleichgewicht im Gesundheitsbereich abzubauen?

Im von der Hilfsorganisation medico international gestalteten Forum „Die inneren Seiten der Globalisierung“ wurde dieses Thema mit Blick auf die psychosozialen Folgen von Armut und Gewalt auf dem Kongress vertieft. Denn Gewalt und Gegengewalt sind nicht nur Resultat sozialer und ökonomischer Verhältnisse – mindestens ebenso sehr wirken sie auf die Gesellschaft und das Leben der Einzelnen, wie Referentinnen aus Nicaragua und Südafrika deutlich machten.

Die einzigartige Mischung der Teilnehmer/innen des Kongresses – Studierende und Wissenschaftler/innen, Vertreter/innen der Politik und von Basisinitiativen, Akteure aus gesetzlichen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen – spiegelte sich auch im breiten Themenspektrum wider. Die Arbeit mit einzelnen Zielgruppen – sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, Erwerbslosen – wurde genauso intensiv diskutiert wie verschiedene Settings der Gesundheitsförderung, etwa Stadtteil, Betrieb, Kita und Schule.

Kontroverse und bedeutsame Diskussionen

Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, der mit Beiträgen in verschiedenen Themenbereichen präsent war, bewertet den Kongress so: „Die Mischung von brandaktuellen Themen der Chancengleichheit und Dauerbrennern in dem Feld stimmt nach wie vor. Es kommen alle Jahre wieder wirklich fast alle zusammen, die hier forschen oder praktisch arbeiten. Eine gute Auseinandersetzung um effektive Strategien und Ansätze gerade unter den veränderten politischen Rahmenbedingungen lohnt sich mehr denn je. Ein eigenes Studierendenforum wäre wünschenswert, damit der Kongress nicht den Charakter einer Lehrveranstaltung erhält und die Diskussionen kontrovers und bedeutsam bleiben.“

Ein solch zukunftsträchtiges Thema, das der Kongress weiterhin diskutieren wird, griff Thomas Gerlinger von der Deutschen Gesellschaft für Public Health in seinem Beitrag in der Abschlussdiskussion auf: Er brachte das Konzept der Verwirklichungschancen des Nobelpreisträgers Amartya Sen ein und stellte seine Potenziale für das Feld der Gesundheitsförderung heraus. Um die tatsächlichen Möglichkeiten eines Individuums für die persönliche Lebensgestaltung zu messen, so Sen, reiche es nicht aus, bloß auf die Höhe des Einkommens zu schauen. Genauso relevant seien der Zugang etwa zum Gesundheits- und Bildungssystem, der Schutz vor Gewalt und die Teilhabe am Arbeitsmarkt. „Will man die Verwirklichungschancen eines Individuums bewerten, so wird man nach Sen nicht nur seine Ausstattung mit materiellen Gütern betrachten, sondern auch jene Merkmale seiner Persönlichkeit berücksichtigen, die für die Umwandlung der Güter in Fähigkeiten, also für die tatsächliche Wahrnehmung der Chancen, relevant sind.“ Mit diesem Plädoyer, allen Mitgliedern der Gesellschaft umfassende Ressourcen an die Hand zu geben, ging der 15. Kongress Armut und Gesundheit zu Ende. Der 16. Kongress Armut und Gesundheit wird Anfang Dezember 2010 in Berlin stattfinden.

Stefan Pospiech, Stefan Weigand, Katharina Zeiher

Auszüge aus der Eröffnungsrede von Prof. Dr. Clemens Sedmak, Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg

Das Spannungsfeld von Moral und Ökonomie

„Wir hören immer wieder, dass etwas zu teuer ist, [...] dass Grenzen der Finanzierbarkeit erreicht worden sind. Und hier muss man sich nur etwas klar machen: Wenn uns etwas zu teuer ist, ist es uns nicht teuer genug. [...] Es lassen sich nicht alle Gesetze des Marktes auf sämtliche Lebenssphären der Menschen übertragen, ohne dass etwas passiert, was nachteilig für Gerechtigkeitsüberlegungen sein kann.“

Das Spannungsfeld zwischen Individuum und System

„Menschen sind nicht Individuen, sondern Personen. Ein Individuum ist ein isolierbares Einzelwesen, das auch isoliert betrachtet werden kann. Eine Person ist ein Mensch, der in Beziehungen und nur durch die Beziehungen lebt. [...] Das wiederum bedeutet, dass Gesundheit nicht ein isolierbares Etwas ist, [...] sondern mit dem gesamten Beziehungsnetz dieser Person zusammenhängt. [...] Ein anständiges Gesundheitssystem ist sensibel in Bezug auf Eintrittsstellen für Demütigung von Menschen. Eintrittsstellen für Demütigung sind immer dort gegeben, wo Menschen aus der Menschheitsfamilie explizit oder implizit ausgeschlossen werden und nicht mehr wie Menschen, sondern wie Dinge behandelt werden.“

Das Spannungsfeld zwischen Inklusion und Exklusion

„Wir unterscheiden in der Philosophie zwischen Ressourcen erster Ordnung und Ressourcen zweiter Ordnung. [...] Ressourcen erster Ordnung sind Ressourcen, über die wir verfügen können. Ressourcen zweiter Ordnung sind die Ressourcen, die wir brauchen, um mit Ressourcen umgehen zu können. [...] Der Vorschlag ist, Gesundheit als Ressource zweiter Ordnung zu sehen und damit nicht so sehr den Blick auf die Ausstattung zu setzen, die jemand hat, sondern auf die Art und Weise, wie die Person mit ihrer Ausstattung umgehen kann. [...] Eine Solidargemeinschaft ist eine solche, wo die Mitglieder durch Verhältnisse wechselseitiger Fürsorge und Abhängigkeit miteinander in Verbindung stehen, unabhängig vom Beitrag zur sozialen Wertschöpfung. [...] Und das würde dann nach Gerechtigkeitsüberlegungen wohl heißen: Zugang zu einer größtmöglichen Summe von primären Versorgungen, Zugang zu inneren Gütern zu schaffen, so dass Gerechtigkeit heißt, in Richtung Solidaritäts- oder Solidargemeinschaft zu gehen, Menschen nicht nach ihrem Kostenbeiträgen zu messen [...] und primäre Güter für alle sicherzustellen.“

Die vollständige Rede ist auf *www.armut-und-gesundheit.de* eingestellt.

Gesunde Lebenswelten sind gemeinsame Aufgabe

Interview mit K.-Dieter Voß, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, über den Präventionsbericht 2009

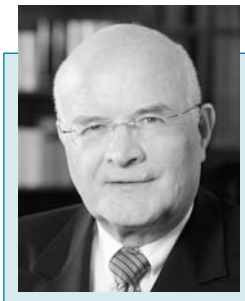
Info_Dienst: Die Ausgaben der GKV für Prävention und Gesundheitsförderung sind erneut gestiegen. Wo wurden für Sie die wichtigsten Interventionen im letzten Berichtsjahr getätigt?
K.-Dieter Voß: Betrachtet man das finanzielle Volumen, stehen die klassischen Präventionskurse im Vordergrund der Aktivitäten. Hiermit fördern die Krankenkassen einen gesunden Lebensstil der Versicherten. Dies ist zweifellos gut angelegtes Geld. Zugleich muss es in Zukunft verstärkt darum gehen, sozial und gesundheitlich benachteiligte Menschen, die von sich aus keine Präventionsangebote nutzen würden, in die Gesundheitsförderung einzubeziehen. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie die Setting-Ansätze sollten daher stärker ausgebaut werden. Das würde dem gesellschaftspolitischen Ziel der Bedarfsgerechtigkeit, der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und der Breitenwirkung gerecht werden. In diesem Zusammenhang ist es ein ermutigendes Zeichen, dass die GKV ihre Gesundheitsförderungsaktivitäten gerade in Kindertagesstätten und Betrieben im Berichtszeitraum beträchtlich ausgeweitet hat.

Info_Dienst: Für den Setting-Ansatz werden von der GKV Ausgaben in Höhe von 50 Cent je Versicherten angestrebt. Diese Zahl ist noch nicht erreicht. Was würde ein Engagement in diesem Bereich unterstützen?
K.-Dieter Voß: Der GKV-Spitzenverband unterstützt den weiteren Ausbau der Settingbezogenen Gesundheitsförderung. Gerade wenn es, wie im Setting-Ansatz, darum geht, Verhältnisse gesundheitsförderlich umzugestalten, müssen die primär Verantwortlichen als Träger von Einrichtungen, als öffentliche Verwaltung, als politisch Verantwortliche von Beginn an eine maßgebliche Rolle im Verbund der Akteure spielen. Dies muss sich auch in der finanziellen Dimension ausdrücken. Gesundheitsförderung im Setting darf nicht als Verschiebebahnhof betrieben werden. Setting-Projekte müssen immer gemischt finanziert sein, wobei der trägerfinanzierte Anteil aus Eigen- bzw. Drittmitteln auch in Form von Sach- und Personalmitteln der jeweiligen Einrichtung bestehen kann. Bei so finanzierten Projekten sollten nach Förderende die aufgebauten Strukturen weiter bestehen bleiben. In Projekten, die besonderes Augenmerk auf Qualifizierungen für Multiplikator/innen legen, steigt die Chance auf die notwendige Verstetigung. Einem stärkeren GKV-Engagement förderlich ist darüber hinaus auch, wenn die Gesundheitsberichterstattung die Settingauswahl und Maßnahmeplanung durch Bereitstellung aussagefähiger sozialepidemiologischer Daten – z. B. aus den Schuleingangsuntersuchungen und der sozialräumlichen Aufbereitung von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten – unterstützt.

Info_Dienst: Erstmals misst die GKV ihre Aktivitäten an Präventionszielen. Welche Bedeutung hat die Formulierung dieser Ziele für die GKV und auch im Austausch mit anderen Partnern?
K.-Dieter Voß: Mit den Präventionszielen möchte der GKV-Spitzenverband die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen auf Felder mit hohem Bedarf fokussieren. Im ersten Schritt haben wir uns auf Basis von epidemiologischen Daten zu Morbidität, Mortalität und Kosten für die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Kindheit an als Oberziel entschieden. Flankierend wurden für die relevanten Settings der Zielgruppen strukturorientierte Gesundheitsförderungsziele formuliert. Wir freuen uns, dass die Krankenkassen den Impuls insbesondere in Kindertagesstätten aufgegriffen und umgesetzt haben. Eine ganz ähnliche Ausrichtung hat der Nationale Aktionsplan „IN FORM“ zur Bekämpfung von Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Es bietet sich an, die Aktivitäten der Partner – öffentliche Hand, Zivilgesellschaft und Krankenkassen – wo immer möglich, zu verzahnen und Synergien zu nutzen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) stehen – nach einem analogen Auswahlverfahren – die Bekämpfung von psychischen und Verhaltensstörungen sowie die Ausschöpfung der gesundheitsförderlichen Potentiale der Arbeitswelt im Fokus. Hier sind insbesondere Maßnahmen aus dem Bereich Stressbewältigung und Führung, aber auch die Stärkung von Partizipationsmöglichkeiten – Stichwort Gesundheitszirkel – gefragt. Auch in der BGF haben die Krankenkassen die entsprechenden verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten entsprechend unseren Empfehlungen ausgebaut.

Info_Dienst: Sie betonen im Bericht die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention. Wer muss aus Ihrer Sicht hier noch seine „Hausaufgaben“ machen?
K.-Dieter Voß: Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen ist nicht primär eine Aufgabe des Gesundheitssystems. Chancengleichheit, Partizipation und soziale Einbindung bilden Aufgaben für die gesamte Gesellschaft. Rudolf Virchow hat einmal gesagt, dass eine wirklich kausale Prävention für die im 19. Jahrhundert dominierenden Krankheiten aus „Bildung mit ihren Töchtern Wohlstand und Freiheit“ bestehen muss. Mit der Verschiebung des Krankheitspanoramas von den akuten zu den lebensstil- und lebenslageabhängigen chronischen Krankheiten gilt dies heute umso mehr.

Das Interview führte Gesine Bär



K.-Dieter Voß ist Vorstand des GKV-Spitzenverbandes in Berlin. In seine Zuständigkeit fällt neben anderen übergreifenden Themen wie beispielsweise Pflege, Rehabilitation und Patientenberatung auch die Prävention.
Die Fortsetzung des Interviews mit K.-Dieter Voß – dann zum Thema Unabhängige Patientenberatung und ihre Perspektiven – findet sich auf S. 25 in diesem Info_Dienst.

Im Januar hat der GKV-Spitzenverband den Präventionsbericht 2009 vorgestellt. Dem Bericht nach gaben die Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung in Betrieben im Jahr 2008 insgesamt knapp 340 Millionen Euro aus – 40 Millionen Euro mehr als im Jahr 2007. Mit durchschnittlich 4,83 Euro je Versichertem sei der gesetzlich vorgesehene Ausgaben-Richtwert von 2,78 Euro übertroffen worden, so der Bericht. Ein Schwerpunkt des diesjährigen Berichtes ist die kommunale Gesundheitsförderung. Der Bericht empfiehlt u.a. „die Qualitätssteigerung bei den Settingaktivitäten weiterzuführen“ und „erfolgreiche Initiativen zu identifizieren und zu unterstützen“. Dies würde auch dem angestrebten, noch nicht erreichten Ziel dienen, 50 Cent je Versicherten als Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen in Settingaktivitäten zu investieren.
Den Präventionsbericht 2009 finden Sie zum Download unter *www.gkv-spitzenverband.de*

„Chancengerechtigkeit für alle erreichen“

Das Europäisches Jahr 2010 gegen Armut und soziale Ausgrenzung hat begonnen

Die Europäische Kommission hat 2010 zum Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung (EJ 2010) ausgerufen. Beteiligt sind neben den 27 Mitgliedsländern der Europäischen Union auch Norwegen und Island. Mit dem EJ 2010 will die Kommission das öffentliche Bewusstsein für die Risiken von Armut und sozialer Ausgrenzung stärken und die Wahrnehmung für ihre vielfältigen Ursachen und Auswirkungen schärfen. Es soll Vorurteilen und Diskriminierungen gegenüber Menschen begegnet werden, die von Armutsrisiken und Ausgrenzung betroffen sind.

Die Initiator/innen der Kampagne wollen zeigen, welche Ansätze es zur Überwindung von Diskriminierung gibt. In Deutschland ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Durchführung beauftragt. Inzwischen haben die europäische und die nationale Auftaktveranstaltung stattgefunden.

In Deutschland steht das EJ 2010 unter dem Motto „Mit neuem Mut“, zahlreiche prominente Botschafter/innen werben unter diesem Motto für mehr Solidarität mit armen Menschen, darunter etwa der Soziologe Heinz Bude, die Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin, Jutta Allmendinger, und Pastor Bernd Siggelkow, Initiator des Hilfswerks „Die Arche“.

Drei große Themenfelder will das EJ 2010 sichtbar machen: „Jedes Kind ist wichtig – Entwicklungschancen verbessern!“, „Wo ist der Einstieg? – Mit Arbeit Hilfebedürftigkeit überwinden!“, „Integration statt Ausgrenzung – Selbstbestimmte Teilhabe für alle Menschen!“

„Armut bedeutet oft mangelnde Teilhabemöglichkeiten an der Gesellschaft. Ich wünsche mir, dass wir in einer solidarischen Gesellschaft Chancengerechtigkeit für alle erreichen“, so Margot Käßmann (damals noch EKD-Ratsvorsitzende) aus Anlass des Beginns des EJ 2010.

Eines der zentralen Ziele des EJ 2010 ist es, auch denjenigen den Rücken zu stärken, die die Probleme im Alltag aktiv angehen. Betroffenenvertreter/innen, Verbände sowie Länder und Kommunen sind in die Aktion eingebunden. Neben einer breit angelegten Öffentlichkeitskampagne steht die Realisierung konkreter Projekte vor Ort im Mittelpunkt. Dafür hatten der Bund und die EU-Kommission rund 1,25 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Über 800 Projekte hatten sich um Mittel beworben. Das Spektrum der Anträge war breit: So richteten sich Projekte, Aktionen, Veranstaltungen und Wettbewerbe an Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund, Langzeitarbeitslose, Menschen mit Behinderung sowie Alleinerziehende, ältere Menschen, Obdachlose und Menschen mit mehrfachen Problemlagen. Antragsteller/innen waren Wohlfahrtsverbände, Betroffenenverbände, Initiativen, Vereine, Kommunen und freie Träger aus ganz Deutschland. Aus den eingereichten Anträgen sind rund 40 Projekte ausgewählt worden, ihre Arbeit ist im Februar gestartet.

Isabel Merchan

Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt

Expertentagung zieht Zwischenbilanz

„Das Bundesministerium für Gesundheit will auch weiterhin seinen Beitrag leisten, um die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil zu stärken“, betonte Dr. Petra Drohsel auf der Fachtagung „Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt“ am 20. Januar in Berlin. Veranstalter der gut besuchten bundesweiten Tagung – unter den Teilnehmenden befanden sich viele Mitarbeiter/innen aus Quartiersmanagements und Gesundheitsämtern – waren das Bundesgesundheitsministerium (BMG), Gesundheit Berlin-Brandenburg und der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) hat das BMG seit 2007 wichtige Impulse zur Gesundheitsförderung im Stadtteil gesetzt: So wurden über den Aktionsplan „IN FORM“ die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ erstellt. Zudem unterstützten die Regionalkonferenzen des Kooperationsverbundes 2008/2009 die Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Sozialer Stadt in allen Bundesländern. Diese Kooperationen wurden mit vielen weiteren Vorhaben vertieft.

Die Veranstaltung gab einen guten Einblick in aktuelle Initiativen im ganzen Bundesgebiet. Dabei sind auf Landesebene die derzeitigen Entwicklungen in Hamburg und Brandenburg besonders bemerkenswert. So beschrieb Klaus-Peter Stender von der Hamburger Gesundheitsbehörde den dortigen Aufbau der Integrierten Stadtteilentwicklung. Für die Gesundheitsförderung, die allerdings kein prioritäres Handlungsfeld ist, werden Fortbildungen der Quartiersakteure und Projektberatung sowie die Unterstützung kleinerer Projekte über Verfügungsfonds angeboten.

Ein Thema für die Regionalen Knoten

Stefan Krapp vom Brandenburger Ministerium für Infrastruktur und Landwirtschaft stellte die „Gemeinschaftsinitiative Brandenburger Impuls“ von Ministerien, Kassen und weiteren Akteuren vor. Die Initiative war nach der Regionalkonferenz Ende 2008 von den Landesministerien für Gesundheit sowie für Bauwesen, Krankenkassen und dem Regionalen Knoten entwickelt worden. In der Initiative werden Fördermöglichkeiten vom Regionalen Knoten gebündelt, um kommunale Gesundheitsförderungsprojekte finanziell und in ihrer Qualitätsentwicklung zu unterstützen.

Mit dem Thema „Gesundheit und Stadtteil“ sind weiterhin viele der Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes befasst. Sie haben in der Zusammenarbeit und beim Aufbau von Strukturen bzw. Kooperationen bereits viele Fortschritte erreichen können. Die Regionalen Knoten werden zunehmend als Kompetenzstellen für die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung herangezogen. So wurde der Regionale Knoten in Hamburg von der Gesundheitsbehörde mit Schulungen für Quartiersmanager/innen beauftragt.

Exemplarisch beschrieb Manfred Dickersbach aus Nordrhein-Westfalen, wie dort kürzlich bereits die zweite landesweite Regionalkonferenz abgehalten wurde, um die Zusammenarbeit in den Kommunen noch konkreter zu unterstützen. In seinem Vortrag benannte er ein Problem, das in vielen Bundesländern Schwierigkeiten schafft: „Der Einsatz der nicht-in-

vestiven Mittel aus dem Soziale Stadt-Programm ist oft wegen der erforderlichen finanziellen Beteiligung der Kommunen nicht möglich." Annähernd kostenneutral wäre nach Manfred Dickersbach hingegen die regelhafte Einbindung der Gesundheitsförderung in die allgemeinen Planungs- und Entwicklungsprozesse der Sozialen Stadt.
Oft ist eine nahezu optimale Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung möglich, wie viele der auf der Veranstaltung präsentierten Projekte verdeutlichten. Ein Beispiel dafür ist die IN FORM-Initiative des Deutschen Olympischen Sportbundes, mehr Migrantinnen für den Sport zu gewinnen oder das 100. Good Practice-Beispiel des Kooperationsverbundes, die „Gesundheitsteams vor Ort" in Trier.
Immer wieder betonten die Vortragenden, dass die Unterstützung der Prozesse und des Kompetenzaufbaus für Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren langfristig angelegt werden müsse. Selbst die Vorstellung, aus dem Programm Soziale Stadt heraus würden sich selbsttragende Strukturen entwickeln, sei für viele Standorte eher zu optimistisch, so der Tenor.

Die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit" werden gerade in einer erweiterten Fassung neu aufgelegt und sind sehr bald für interessierte Nutzer/innen wieder verfügbar. (Siehe dazu Seite 23 in diesem Info_Dienst).

Stefan Bräunling

Die Präsentationen auf dieser Fachtagung sind unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:fachtagung-quartier* online abrufbar.

Wege der Zusammenarbeit

Über die „Kooperation für nachhaltige Prävention und Präventionsforschung"

Im Jahr 2004 startete der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte Förderschwerpunkt „Präventionsforschung". Erklärtes Ziel ist es, die primäre Prävention und Gesundheitsförderung durch hochwertige Forschung zu verbessern. Deshalb werden bis 2012 rund 60 Projekte mit insgesamt 20,05 Millionen Euro gefördert. Die Studien richten sich auf die Vermeidung weit verbreiteter Gesundheitsrisiken und Krankheiten sowie auf allgemeine Gesundheitsförderung. Zielgruppen sind dabei vor allem Kinder und Jugendliche, Ältere sowie sozial Benachteiligte. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung neuer Konzepte und Zugangswege, die Evaluation und Qualitätssicherung bestehender Maßnahmen und die Weiterentwicklung von Methoden. Um einen hohen Anwendungsbezug herzustellen, arbeiten Wissenschaft und Praxis bei der Planung und Umsetzung der Projekte eng zusammen. Dabei werden von Beginn an Strategien zur späteren effektiven Nutzung der Ergebnisse in der Praxis mitbedacht.

Um das große Potential der Präventionsforschung für Gesellschaft und Versorgungsentwicklung stärker auszuschöpfen, wurde 2009 zusätzlich das Projekt „Kooperation für nachhaltige Prävention und Präventionsforschung" (KNP) ins Leben gerufen. Dieses wird von drei Verbundpartner/innen, der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, getragen. Sie kooperieren dabei eng mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.
Mit KNP soll ein Netzwerk entstehen, das offen ist für Forschung, Praxis, Fachverbände und Entscheidungsträger. Außerdem sollen die Ergebnisse der Präventionsforschung durch gezielte kommunikative Maßnahmen in der (Fach-)Öffentlichkeit, aber auch in Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik bekannter gemacht und so deren Nutzung verstärkt werden. Unterstützt wird KNP dabei durch einen politisch-praxisorientierten Beirat. Zudem bieten jährliche Strategietreffen Raum zum Austausch und zur Erarbeitung gemeinsamer Handlungsansätze. Zum ersten Strategietreffen im Dezember 2009 kamen über 100 Interessierte aus Wissenschaft und Praxis nach Hannover. Dort konstituierten sich sechs Arbeitsgruppen (AG) zu unterschiedlichen Themen.

Titel	Thema
Methoden	Sichtung und Weiterentwicklung von Forschungsinstrumenten
Praxistransfer	Hürden und Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung; Durchführung von Transferworkshops
Politiktransfer	Identifizierung geeigneter Ansprachewege und „entscheidergerechte" Aufarbeitung der Forschungsergebnisse
Soziale Ungleichheit	Erreichung sozial Benachteiligter und zielgruppengerechte Anpassung von Präventionsprogrammen
Partizipative Gesundheitsforschung	Methoden und Qualitätssicherung in der partizipativen Gesundheitsforschung
Prävention und Rehabilitation	Analyse von Unterschieden und Gemeinsamkeiten beider Versorgungsbereiche

Praxisnahe Themen spielen eine wichtige Rolle

Die Tabelle zeigt, dass praxisnahe Themen bei KNP eine wichtige Rolle spielen. Die AG „Soziale Ungleichheit" beschäftigt sich deshalb mit Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Die AG „Praxistransfer" zielt auf eine stärkere Nutzung der Forschungsergebnisse in der Praxis und trägt durch Workshops zur Identifikation von Hürden und Erfolgsfaktoren bei. Da Politik und Verwaltung

in diesem Transferprozess eine entscheidende Rolle zukommt, sind die Darstellung und Vermittlung der Ergebnisse an diese Akteure Gegenstand der AG „Politiktransfer“.

Zum Projektende im Jahr 2012 werden eine Reihe von Veröffentlichungen vorliegen, die u. a. Maßnahmen mit besonders hohem Umsetzungserfolg in einem Transferhandbuch dokumentieren. Auch ein Methodenhandbuch und ein Lehrbuch sollen die gesammelten Erfahrungen bündeln. Weitergehende Informationen zu den geplanten Projektergebnissen und über die Arbeit aller AGs finden sich ab März auf der Internetplattform *www.knp-forschung.de*.

Auf dem 15. Kongress „Armut und Gesundheit 2009“ moderierte KNP zwei Foren. Projekte des Förderschwerpunkts stellten hier ihre Ergebnisse zu den Themen „Wie gut erreichbar sind schwer erreichbare Zielgruppen“ und „Prävention wirkt: Evaluationen von Maßnahmen für Mütter und/oder Kinder“ vor. Nach interessanten Vorträgen entwickelte sich ein spannender Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis, der in diesem Jahr fortgesetzt werden soll. Darin wurden auch die Schwierigkeiten bei der langfristigen Etablierung erfolgreicher Modellprojekte angesprochen und die Notwendigkeit betont, mit guten Evaluationen verstärkt an Entscheidungsträger heranzutreten. Dies gelingt leichter durch eine breite Vernetzung von Wissenschaft, Praxis und Politik, die durch KNP unterstützt werden soll.
Beschäftigen Sie sich mit ähnlichen Themen? Oder finden Sie eine AG spannend? Dann setzen Sie sich mit einer der unten genannten Personen in Verbindung.

Svenja Dubben
Email: svenja.dubben@bzga.de
Interessierte können sich auch an Prof. Ulla Walter / Martina Plaumann von der Medizinischen Hochschule Hannover wenden
Email: walter.ulla@mh-hannover.de; plaumann.martina@mh-hannover.de oder Thomas Kliche vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf kontaktieren
Email: t.kliche@uke.de

Wann sind Gesundheitsziele erfolgreich?

Über die Konferenz „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen – europäische Erfahrungen und Perspektiven“

Wie kommen Gesundheitsziele öffentlich an? Profitieren die Bürger/innen davon? Welche Faktoren begünstigen einen erfolgreichen Gesundheitszieleprozess? Diese Fragen wurden auf der Konferenz „Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen – europäische Erfahrungen und Perspektiven“ am 25. Januar 2010 in Berlin diskutiert. Veranstalter war die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK).
Die Konferenz wollte die letzten zehn Jahre – in ihnen sind sieben Gesundheitsziele entwickelt worden – bilanzieren. Dass es bei einer erfolgreichen Umsetzung des Gesundheitszieleprozesses vor allem darum geht, die Akteure im Gesundheitssystem zu erreichen und einzubinden, betonten Dr. Rainer Hess (GVG/gesundheitsziele.de) und Dr. Volker Grigutsch (BMG) in ihren Eröffnungsreden. Für Enno Gosling (Gesundheitsministerium Niedersachsen/GMK) sind Gesundheitsziele ein effektives Mittel, um nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch die Struktur des komplexen Gesundheitssystems in Deutschland zu verbessern.
Von den Erfahrungen der WHO zur Umsetzung internationaler Gesundheitsziele berichtete Svenja Hermann vom Regionalbüro der WHO. Es sei wichtig, die Gesundheitsziele an die konkreten Bedingungen der jeweiligen Länder anzupassen, da diese nicht für alle Länder gleich relevant seien, so Svenja Hermann. Dr. Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies) verdeutlichte anhand internationaler Beispiele, dass dort die Formulierung von Gesundheitszielen wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitssysteme beigetragen habe. Er äußerte allerdings auch Kritik am Gesundheitszieleprozess. Die Konzentration auf bestimmte Ziele führe dazu, dass relevante Themen, die nicht als solche formuliert wurden, vernachlässigt würden. Außerdem sei die schlechte Datenlage zur Gesundheit in den einzelnen Ländern nach wie vor ein Problem und müsse erheblich verbessert werden.

Gesundheitsziele als Aktionszyklus und Lernprozess

Dr. Rainer Hess zog eine Zwischenbilanz aus neun Jahren Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“. Die letzten Jahre hätten gezeigt, dass die Stärken des Kooperationsverbundes vor allem darin liegen, durch den Gesundheitszieleprozess konkrete Maßnahmen zu initiieren und hierbei nützliche Instrumente für die Gestaltung von Handlungsfeldern bereitzustellen. Es sei wichtig, den Gesundheitszieleprozess als Aktionszyklus und Lernprozess zu verstehen, an dem ständig neu gearbeitet werden müsse. Gesundheitsziele dürften nie als statisch verstanden werden. Hess hob jedoch auch hervor, dass es den Gesundheitszielen bisher an struktureller und politischer Verankerung mangele und sie noch immer zu wenig bekannt seien. Dies solle sich aber künftig ändern.

Im Anschluss fanden drei Workshops statt, in denen diskutiert wurde über die Themen „Konzepte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit nachhaltig umsetzen – Strategien und Praxisberichte“, „Mit Quantifizierung zum Ziel? – Herausforderungen und Chancen von Quantifizierung am Beispiel von Raucherprävalenzen“ und „Zieleprozesse, Aktionsprogramme und Gesundheitsinitiativen... – viele Wege zum gleichen Ziel?“.

Im Abschlussplenum wurden die Ergebnisse aus den Workshops vorgestellt. Tenor war etwa, dass es in der Kinder- und Jugendgesundheit zwar gut funktionierende Beispiele gäbe, dass man sich bei der Umsetzung aber nicht genug auf die Gestaltung der Determinanten für Gesundheit konzentriere. Zudem sei eine Quantifizierung sinnvoll, wobei sich einige Ziele jedoch besser dafür eigneten als andere. Daneben müsse ein politischer Wille, quantifizierte Ziele auch umzusetzen, vorhanden sein. Abschließend wurde betont, dass zu den künftigen Strategien mehr Akzeptanz, Kontakt zur Politik und eine bessere Gesundheitsberichterstattung gehören müsste.

Carina Kuhr

Einstellungen der Zielgruppe erfragen

Über die Methode der „Fokusgruppe“

Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion. Sie wird etwa in der Marktforschung, aber auch international im Gesundheits- und Sozialwesen angewendet. Bei einer Fokusgruppe befragt der/die Gesprächsleiter/in sechs bis zehn Teilnehmende zu ihren Einstellungen über ein Thema. Die Diskussion dauert ein bis zwei Stunden. In der Gesundheitsförderung und Prävention werden Fokusgruppen eingesetzt, um Rückmeldungen zu allen Phasen der Planung und Durchführung eines Projekts von Menschen aus der Zielgruppe zu bekommen. Effektiv ist die Methode, weil sich ein Projekt so schnell über die Sicht der Zielgruppe auf ein Gesundheitsproblem oder eine Intervention informieren und dabei auch Einblicke in ihre Lebenswelt gewinnen kann.

Die Methode umfasst sieben Arbeitsschritte: Nachdem die Themen für die Diskussion festgelegt sind, wird zur Vorbereitung und Fokussierung des Gesprächs für die Moderation ein Leitfaden entwickelt. Er bietet während der Diskussion eine Orientierung bei der Beantwortung der Fragen. Im dritten Schritt wird ein Ort für die Durchführung der Fokusgruppe organisiert. Danach wird die Zusammensetzung der Gruppe festgelegt. Die Teilnehmer/innen sollen die wesentlichen Merkmale der Zielgruppe verkörpern, die von der Projektarbeit erreicht werden sollen. Anschließend werden die Personen aus der Zielgruppe für die Teilnahme an der Fokusgruppe gewonnen. Wesentlich ist dabei, das Ziel der Fokusgruppe deutlich zu machen ebenso wie die Rahmenbedingungen (Gesprächsdauer, vertrauliche Behandlung der Diskussionsinhalte u.ä.). Dann erfolgt die Diskussion. Bei der Fokusgruppe sollten zwei Mitarbeiter/innen zugegen sein: eine/r für die Moderation, der/die andere für die organisatorischen Arbeiten und das Festhalten der Ergebnisse. Die Moderation sorgt dafür, dass zu den im Leitfaden formulierten Fragen eine Diskussion unter den Teilnehmer/innen entsteht. Der Gesprächsverlauf und seine Ergebnisse werden protokolliert und möglichst aufgezeichnet. Wenn die Ergebnisse uneindeutig sind oder wenn der Eindruck entsteht, dass wichtige Meinungen in der Fokusgruppe nicht geäußert wurden, können weitere Fokusgruppen mit anderen Personen aus der Zielgruppe durchgeführt werden.

Abschließend werden die Ergebnisse ausgewertet. Dabei ist wichtig, die geäußerten Meinungen zu verstehen und ihre Folgen für die Weiterentwicklung des Projektes zu reflektieren. Die einfachste Form der Auswertung ist die Identifikation zentraler Themen des Gesprächs und eine Beschreibung und Erklärung der Meinungen. Aufwändiger sind die Transkription der Audioaufnahme und die wissenschaftliche Auswertung des Gesprächs, etwa durch eine qualitative Inhalts- oder Gesprächsanalyse.

Unter *www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de* finden Sie im „Methodenkoffer“ weitere Informationen zur „Fokusgruppe“ und zahlreiche weitere Instrumente und Praxisbeispiele.

(Martina Block, Hella von Unger, Michael T. Wright 2008)

Bearbeitung: Marco Ziesemer

Reihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ)

Dieser Text setzt unsere Reihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ), d.h. die Entwicklung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe, fort. Einen umfassenden Überblick über die Methoden der PQ findet sich in dem Internet-Handbuch *www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de*, das das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) mit (damals) Gesundheit Berlin und Praktiker/innen entwickelt hat. Dieser Beitrag behandelt die Methode der „Fokusgruppe“. Wie diese praktisch angewendet wird, schildert Gunnar Geuter vom Zentrum für Bewegung Nordrhein-Westfalen am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), der mit der Methode der „Fokusgruppe“ arbeitet (siehe Interview).

„Partizipative Methoden helfen, Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe zu erfassen“

Interview mit Gunnar Geuter vom Zentrum für Bewegung NRW, der die Methode der „Fokusgruppe“ in seiner Arbeit anwendet.

Info_Dienst: Welche Bedeutung hat Partizipation für Ihre Arbeit?

Gunnar Geuter: Eindeutig eine sehr hohe! Zum einen spielt in der Gesundheitsförderung die Selbstbestimmung der Bürger/innen eine zentrale Rolle. Zum anderen wird immer deutlicher, dass auf Verhaltens- und/oder Verhältnisänderungen ausgerichtete Interventionen besonders dann Erfolg zeigen, wenn ein möglichst hoher Grad an Mitbestimmung der Bürger/innen besteht. Interventionen über den Kopf der Zielgruppe hinweg sind demnach problematisch. Partizipation ist also nicht nur einfach en vogue oder hip. Sie ist aus meiner Sicht im Kontext von Empowerment, Ressourcenorientierung und Selbstbestimmung vielmehr ein elementarer Aspekt Erfolg versprechender Gesundheitsförderung.

Info_Dienst: Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Vorteile partizipativer Methoden, was die Nachteile?

Gunnar Geuter: Neben dem von mir eben hervorgehobenen Aspekt des Erfolges, und damit auch der Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung, liegt ein zentraler Vorteil partizipativer Methoden sicherlich in der Chance, wirklich zu erfahren, welchen Bedarf und welche Bedürfnisse Bürger/innen tatsächlich haben. Partizipative Methoden der Datenerhebung und Interventionsplanung sind hier ein wichtiger Schlüssel. Aus meiner Erfahrung eignen sie sich sowohl für die Feststellung von Bedarfen und zur Entwicklung neuer Ideen für die Projektarbeit als auch zur kritischen Reflektion von Projektkonzepten und der Projektakzeptanz sowie zur Untersuchung der Wirkung von Interventionen. Ein möglicher Nachteil partizipativer Methoden ist sicherlich, dass diese oft relativ zeit- und arbeitsaufwändig sind. Dieser Nachteil darf auch nicht kleingeredet werden, ist aber, und auch dies muss betont werden, oft nicht der aus-

schlaggebende Punkt für einen Mangel an gelebter Partizipation.

Info_Dienst: Welche Erfahrungen haben Sie mit der Methode der „Fokusgruppe“ im Rahmen Ihrer praktischen Tätigkeiten gesammelt?
Gunnar Geuter: Ich selber habe Fokusgruppendiskussionen im Rahmen meiner Forschungstätigkeiten zum Informationsbedarf chronisch kranker Menschen geführt und sehr positive Erfahrungen und interessante Ergebnisse mit der Methode sammeln können. Die Ergebnisse zeigten beispielsweise, dass bis dato bestehende Informationsangebote häufig nahezu komplett am Bedarf und an den Bedürfnissen der Zielgruppe vorbeigehen und somit ihr Ziel nicht erreichen. Aus den Ergebnissen konnte ich unter anderem wichtige Aspekte einer bedarfs- und bedürfnisgerechten sowie nutzerfreundlichen Informationspolitik ableiten. Wichtig für das Gelingen der Fokusgruppendiskussionen war dabei neben der sorgfältigen Auswahl der Gesprächspartner/innen vor allem die gewissenhafte Vorbereitung der Fragestellungen. Zudem sollte sich der/die Befragende als Moderator/in möglichst im Hintergrund halten und nicht zu früh in die Diskussion eingreifen. Denn nur so kann die Fokusgruppe ihr eigentliches Potenzial entfalten.

Das Interview führte Marco Ziesemer

Bewegung in Berlin-Brandenburg

Gesundheitsziel Berlin / Gesundheitskonferenzen / Gesundheitsziele Brandenburg / Landesarmutskonferenz gegründet

Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter

Neues Gesundheitsziel für Berlin und seine künftige Umsetzung

Mittlerweile gibt es zahlreiche Initiativen zur Entwicklung von Gesundheitszielen im Bund, Land und den Kommunen, die an die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen adressiert sind. Auch das Land Berlin hat sich auf den Weg gemacht, um unter dem Leitmotiv „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ Gesundheitsziele für Ältere zu erarbeiten. Maßgeblich getragen wird dieser Prozess von der im Jahre 2004 gegründeten Landesgesundheitskonferenz Berlin (LGK). 2007 hatte die LGK bereits Ziele zur Verbesserung der Kindergesundheit beschlossen.
In einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der LGK sind bereits erste Themenfelder benannt worden, die vertiefend behandelt werden sollen. Die Arbeitsgruppe hat dabei ein pragmatisches Vorgehen gewählt und anhand der Gesundheits- und Sozialberichterstattung, aber auch unter Berücksichtigung des politisch Machbaren, vier Themen ausgewählt. Im weiteren Verlauf werden zudem Akteure einbezogen, die nicht formal Mitglied der LGK sind. Denn nur so kann auch gewährleistet werden, dass die Ziele dort auf Rückhalt stoßen, wo sie umgesetzt werden sollen – im Stadtteil und der Nachbarschaft, dort, wo sich ältere Menschen treffen, leben oder gesundheitliche Dienste in Anspruch nehmen.
Der Blick auf andere Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen oder Sachsen, ebenso die Empfehlungen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung sowie des bundesweiten Projektes „gesundheitsziele.de“, haben wichtige Anregungen für den Prozess in Berlin geliefert.
Eine Vorentscheidung der LGK Berlin war, sich auf Präventionsziele zu konzentrieren. Schließlich ist das Präventionspotential bis ins hohe Alter in weiten Bereichen noch nicht ausgeschöpft, wie die Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz, Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher, auf der jüngsten Landesgesundheitskonferenz am 19. November 2009 verdeutlichte. Insgesamt müsse der Entwicklung wirksamer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere eine höhere Priorität eingeräumt werden. Die Entwicklung von Präventionszielen unter dem Dach der Landesgesundheitskonferenz sei ein folgerichtiger Schritt auf dem Weg dahin.

Themenfelder und Querschnittsziele

Die Vernetzung der Initiativen auf Landesebene und mit den Bezirken wird eine wichtige Herausforderung im Rahmen des Berliner Gesundheitszieleprozesses für ältere Menschen sein. Ziel sollte sein, lokale soziale Netzwerke zu stärken und die Qualifizierung der Anbieter/innen zu befördern.
Im jüngsten „Diskussionspapier zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung“ der Senatsverwaltung Gesundheit wird zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit – wie der Gesundheitszustand allgemein – deutlich von sozialen Determinanten wie Bildung und Einkommen beeinflusst werden. Dies spiegelt sich auch in den Unterschieden zwischen der vermeidbaren Sterblichkeit und der Lebenserwartung in den Berliner Bezirken wider. Das verdeutlichten Prof. Gerhard Meinlschmidt von der Senatsverwaltung und Carola Gold von der

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in einem Pressegespräch am 12. Februar in Berlin (siehe dazu auch S. 16 in diesem Info_Dienst). Besonders der zu erwartende Anstieg der Pflegebedürftigkeit unterstreicht die Wichtigkeit präventiver Strategien, um Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Da auch hier soziale Faktoren eine Rolle spielen, sind sich Public Health Expert/innen einig, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen bei älteren Menschen insbesondere die Gruppen mit dem größten Unterstützungsbedarf, aber zugleich auch mit dem höchsten präventiven Potential erreichen müssen – sozial benachteiligte und vereinsamte ältere Menschen.

Als Themenfelder, auf die bei der Formulierung der Gesundheitsziele für die zweite Lebenshälfte ein besonderes Augenmerk gelegt werden soll, wurden benannt: „Bewegung und körperliche Aktivität im Alter“, „Psychische Gesundheit im Alter“, „Teilhabe, Ehrenamt und Selbsthilfe und Angehörige“ und „Seniorengerechte Umwelt und Produkte“.
Als nächste Schritte stehen an, Teilziele zu formulieren, ohne die Verknüpfung der Themen untereinander aus dem Auge zu verlieren. Die Umsetzbarkeit der Ziele ist dabei ein maßgebliches Kriterium, aber auch inwiefern sich Indikatoren zu ihrer Erreichung benennen lassen.
Eine Dokumentation der jüngsten Landesgesundheitskonferenz Berlin kann in Kürze über die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, die den Gesundheitszielprozess Berlin fachlich und organisatorisch unterstützt, bezogen werden.

Stefan Pospiech

Auf dem Weg zu einer gesunden Stadt Berlin

Wie tragen Gesundheitskonferenzen zu mehr Partizipation bei?

Eine gesunde Stadt ermöglicht ihren Bewohner/innen ein größtmögliches Maß an Gesundheit und stellt das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden in den Mittelpunkt aller – auch der politischen – Entscheidungen. Um sich dieser Vision zu nähern, initiierte die Weltgesundheitsorganisation 1988 das globale Gesunde Städte-Netzwerk, dem mittlerweile 60 deutsche Kommunen angehören. In Berlin sind die ersten Bezirke 1991 beigetreten, zurzeit sind es neun Bezirke sowie seit 2003 die Stadt Berlin. Welche Erfahrungen die verschiedenen Akteure auf dem Weg zu einer gesunden Stadt Berlin gemacht haben, wurde am 5. November 2009 auf der Fachtagung „Bezirkliche Gesundheitskonferenzen – Ein Weg zur Vernetzung und Partizipation“ im Roten Rathaus reflektiert.
In ihrem Grußwort zeigte die Berliner Gesundheitssenatorin Lompscher auf, dass Gesundheitskonferenzen in manchen Berliner Bezirken schon auf eine längere Geschichte zurückblicken können und mittlerweile ein etabliertes Instrument des gesundheitspolitischen Dialoges sind. Mittlerweile sieht auch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst 2006 verbindlich Gesundheitskonferenzen „zur Erarbeitung von bezirklichen Gesundheitszielen und zur Förderung der Zusammenarbeit“ vor.

Innovatives Instrument der Gesundheitspolitik

Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen hob in seinem einführenden Fachvortrag die strukturellen Herausforderungen hervor, die mit dem gesundheitspolitischen Instrument der Gesundheitskonferenz verbunden sind: Hier nannte er eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung in den durchführenden öffentlichen Stellen, die Bereitschaft zur Selbstverpflichtung bei den beteiligten Akteuren sowie die Konzeptqualität, die der Planung zu Grunde liegt. Auch die Selbstbewertung des Erfolges durch die Akteure sei ein wichtiges Kriterium. Entscheidend sei zudem, wie die Gesundheitskonferenz in bestehende Netzwerke auf kommunaler Ebene integriert ist. Dazu gehörten auch Initiativen, die nicht dem Bereich Gesundheit zuzuordnen sind, wie z.B. Aktivitäten im Rahmen des Programms Soziale Stadt oder der kommunalen Armuts- und Kriminalprävention. Und nicht zuletzt – worauf auch das Hauptaugenmerk der Tagung lag – wie es gelinge die Beteiligung von Bürger/innen sicherzustellen.

Klaus Winkler vom Kompetenzzentrum Gesundheitskonferenzen des Gesunde Städte-Netzwerkes stellte in seinem Fachvortrag am Beispiel der Stadt Herne dar, dass für den Erfolg einer Konferenz bei den beteiligten Akteuren im Vorfeld ein Bedarf nach einer verbesserten Zusammenarbeit auf örtlicher Ebene bestehen sollte, für dessen Deckung eine Koordinationsleistung der kommunalen Selbstverwaltung möglich und erforderlich wird. Wurde ein solches Thema im Vorfeld identifiziert, so empfiehlt sich eine weitgefasste Aktivierung des entsprechenden Versorgungs- und Arbeitsfeldes. Hier eigneten sich vorbereitende Workshops – wichtig sei allerdings, dass auf der Konferenz diese Vorarbeiten für alle dargestellt werden.

Klaus Winkler zufolge sollten sich die Veranstalter von Gesundheitskonferenzen nicht mit der Verabschiedung von Handlungsempfehlungen begnügen, sondern sich aktiv für die Umsetzung dieser Empfehlungen engagieren, geeignete Projekte initiieren und Fördermittel akquirieren. Denn sonst, so die Patientenbeauftragte Karin Stötzner in der anschließenden Podiumsdiskussion, blieben viele Themen, die in kommunalen Gesundheitskonferenzen voran gebracht werden, stecken.
Das zentrale Thema in den Podiumsdiskussionen und Workshops war die Frage einer gelingenden Bürgerbeteiligung. Hervorgehoben wurde die Notwendigkeit einer großen Sensibilität der Planenden für die Bedarfe der angesprochenen Bürger/innen. Für diese unterschiedlichen Bedürfnisse müssten die jeweils geeigneten Beteiligungsformen entwickelt werden. Michael Wright vom Wissenschaftszentrum Berlin brachte dies so auf den Punkt: „Wir brauchen Mut zum Experimentieren und Mut dazu, uns vom Format einer Fachkonferenz zu lösen. Und wir brauchen Vertrauen in partizipative Prozesse, die oft nicht leicht zu steuern sind, aber letztendlich bessere Resultate bringen.“
In den Workshops wurden am Beispiel von drei Bezirken und unterschiedlichen Themenschwerpunkten – „Gesund aufwachsen – Gesund alt werden“ und „Migration, Integration und Gesundheit“ konkrete Fragen für mehr Bürgerbeteiligung diskutiert. Als wirksame Instrumente wurden unter anderem die Einbindung von Multiplikator/innen, Befragungen der Bewohner/innen sowie auf Beteiligung angelegte Vorbereitungsgremien vorgestellt. Eine Dokumentation der Tagung findet sich auf den Seiten des Gesunde Städte-Netzwerkes Berlin.
www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitspolitik/gsn/berlin/

Stefan Pospiech

Gesundheitsziele für das Land Brandenburg

Fachstelle unterstützt die Zieleprozesse

Was haben im Land Brandenburg der Kindergesundheitsgipfel, der Regionale Knoten und die Präventionsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam? Sie alle sind Beiträge in Gesundheitszielprozessen des Landes Brandenburg. Gesundheitsziele liegen inzwischen in allen Bundesländern vor und werden auch auf Bundesebene formuliert (vgl. dazu auch S. 8 in diesem Info_Dienst). Ein zentraler Gesundheitszielprozess in Brandenburg arbeitet an der Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA) diskutieren, entwickeln und begleiten fünf Arbeitsgruppen die Umsetzung von Gesundheitszielen. Die AGs beschäftigen sich mit den Themen:

- Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
- Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung
- Seelische Gesundheit
- Unfall- und Gewaltprävention
- Mundgesundheit.

Das Brandenburgische Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz koordiniert die Arbeitsgruppen, die für ihre Themenfelder Zieletabellen erarbeitet haben. Ausgehend von den vorliegenden Daten und Informationen zur gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg formulieren die Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppen differenzierte Zielsetzungen für ausgewählte Handlungsfelder und Zielgruppen. In den Arbeitsgruppen vertreten sind zentrale Player wie Landesministerien, Krankenkassen oder Wohlfahrtsverbände.

Seit Herbst 2009 unterstützt die bei Gesundheit Berlin-Brandenburg angesiedelte „Fachstelle Gesundheitsziele für das Land Brandenburg“ die Arbeit des Bündnisses Gesund Aufwachsen (BGA). Die Fachstelle wird durch das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg finanziert. Sie soll vor allem dazu beitragen, Strukturen und Themen des Gesundheitszieleprozesses in Brandenburg transparenter und auch für Nicht-Fachleute leichter zugänglich zu machen.

Ein wichtiger Beitrag hierzu ist, dass im ersten Quartal 2010 das BGA mit einer eigenen Website vertreten sein wird. Diese stellt allen Interessierten Informationen über den aktuellen Diskussionsstand der Arbeitsgruppen zur Verfügung und informiert rund um die Themen des Zieleprozesses.

Eine belastbare Datenbasis ist Grundlage für alle Gesundheitszieleprozesse. Für Brandenburg wurden die wichtigsten Gesundheitsdaten in einem Datenmonitor zusammengestellt, der auch über die BGA-Website abrufbar sein wird. Doch solche epidemiologischen Zusammenstellungen sind erfahrungsgemäß nicht selbsterklärend. Deshalb wird die Fachstelle Gesundheitsziele Vorschläge erarbeiten, wie die Inhalte des Datenmonitors und ihre wichtigsten Aussagen möglichst einfach verständlich aufbereitet werden können.

Welche Aktivitäten gibt es im Land, die einen Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsziele leisten? Um diese Frage beantworten zu können, tragen die Arbeitsgruppen des BGA derzeit Informationen zu Angeboten, Programmen und Netzwerken zusammen, deren Arbeit im Rahmen des Zieleprozesses möglichst verstetigt, ausgebaut und stärker auf einander bezogen werden sollte. Auch diesen Prozess der Sammlung, Aufbereitung und Darstellung der Informationen unterstützt die Fachstelle. Schon ein Blick auf die ersten Ergebnisse zeigt eine eindrucksvolle Vielfalt von Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg. Der nächste große Gesundheitszieleprozess wird aktuell vorbereitet und erhält auch durch die Fachstelle eine Unterstützung: Gesund alt werden im Land Brandenburg.

Holger Kilian

Gegen Armut und soziale Ausgrenzung

Landesarmutskonferenz in Berlin gegründet

Um der wachsenden Armut in Berlin zu entgegnen, haben sich unter Federführung der Liga der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege 35 Organisationen zur Landessarmutskonferenz Berlin (lak) zusammengeschlossen. Ziel dieses Zusammenschlusses am Vorbild der nationalen Armutskonferenz ist es, die Kräfte im Land Berlin zum gemeinsamen Kampf gegen Armut und soziale Ausgrenzung zu bündeln.

Am 16. Dezember 2009 wurde die Landesarmutskonferenz im Rahmen einer Gründungsversammlung ins Leben gerufen und eine Geschäftsordnung verabschiedet. Sprecherinnen sind die Direktorin des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg, Susanne Kahl-Passoth, sowie die Vorstandsvorsitzende des Paritätischen Berlin, Prof. Barbara John. Den Kern der neuen Landesarmutskonferenz bilden verschiedene Fachgruppen aus Expert/innen der beteiligten Organisationen. Dabei steht die Auseinandersetzung mit den Ursachen und Folgen von Armut für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt. Eine zentrale Forderung der Landesarmutskonferenz ist die Einführung einer gesamtstädtischen Sozialplanung. Zwar liegt bereits eine große Fülle an Daten und Zahlen zur sozialen Lage der Berliner Bevölkerung in Form des Sozialstrukturatlasses Berlin vor, doch die Gründungsmitglieder der lak vertreten die Ansicht, dass die lediglich partiell vorhandenen fachlich oder regional begrenzten Planungen durch eine gesamtstädtische ergänzt werden müssen.

Die Zunahme von Armut und Menschen in prekären sozialen Lagen führt im Sozialbereich zu einem Mehr an Planungs- und Koordinierungsbedarf zwischen öffentlichen Verwaltungen und freien Trägern. Die von lak-Akteuren geforderte Sozialplanung ist ein Instrument, das dabei helfen soll, dem wachsenden Bedarf nach Leistungen im Bereich der Daseinsvorsorge gerecht zu werden. Sozialplanung kann als ein Verfahren verstanden werden, mit dem Bedürfnisse und Lebenslagen ermittelt und beschrieben werden können. Dabei ist das Ziel, vorausschauend soziale Unterstützungssysteme zu entwickeln, bzw. bestehende Strukturen auf ihre Wirkung zu überprüfen. Vor diesem Hintergrund möchte die Landesarmutskonferenz Berlin an der Formulierung von nachvollziehbaren Zielstellungen mitwirken.

Angesichts der zu befürchtenden Einschnitte in die öffentlichen Haushalte in Folge der Finanzkrise, die die finanziellen Spielräume weiter einschränken werden, ist die Initiative zur Gründung eine Landesarmutskonferenz Berlin zu begrüßen. Wie kraftvoll die Stimme der Landesarmutskonferenz sein wird, hängt auch davon ab, ob es den Akteuren gelingt, wirkungsvolle Konzepte zur Vermeidung von Armut und ihren Folgen mitzuentwickeln und in der Öffentlichkeit zu verankern. Eine Herausforderung des neuen Gremiums wird daher sein, die Aktivitäten unter dem Dach der Landesarmutskonferenz mit anderen Initiativen zu verschränken.

Stefan Pospiech

Kinder und Jugendliche

Zwischenbilanz „BLiQ“ / Interview / Vergiftungsrisiken / Naturnahe Spielräume / Hebammenstudie Berlin

Strukturbildung durch Partizipation

Was hat das Projekt „BLiQ“ bisher erreicht?

Seit einem Jahr sind lokale Aktionsbündnisse unter den Namen „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“ in vier Berliner und zwei Brandenburger Regionen zur Bewegungsförderung von Kindern bis sechs Jahren und ihren Eltern aktiv. Das Projekt wird im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM finanziert und hat eine Laufzeit bis Februar 2011.

Wie sieht die bisherige Bilanz aus? Die steigenden Teilnehmerzahlen von Kindern und Eltern auf den „Bewegten Winterspielplätzen“ (vgl. Info Dienst 4/2009) machen deutlich, dass das Projekt den richtigen „Nerv“ trifft. Der Bedarf an kostenlosen, angeleiteten Bewegungsangeboten an Wochenenden ist groß. Kinder und Eltern kommen gerne in Familienzentren oder Kitas, um mit ihren Kindern zu spielen und sich mit anderen Eltern auszutauschen. Eigens dafür geschulte, ehrenamtlich tätige „BLiQ-Trainer/innen“ aus dem Quartier schaffen einen harmonisch-offenen Rahmen, der zum Wiederkommen einlädt. Zahlreiche Familien nehmen die Angebote regelmäßig wahr und äußern sich den Mulitplikator/innen und Akteuren gegenüber sehr positiv zu den Spielplätzen.
Kinder und Eltern sind die Expert/innen ihrer Lebenswelt. Sie wissen, was gut für sie ist. Daher gehört es dazu, Kinder und Eltern in die Umsetzung aller Maßnahmen einzubeziehen. Inzwischen haben sich in allen Regionen Steuerungskreise gebildet. In regelmäßigen Abständen wird das bisher Umgesetzte kritisch reflektiert und Neues geplant, um die Zusammenarbeit der lokalen Akteure zu verbessern. Eines der Themen, die derzeit bearbeitet werden, ist, wie Eltern für die Gestaltung der Angebote gewonnen werden können und sich z.B. als „BLiQ-Trainer/innen“ ausbilden zu lassen.

Wie sorgt BLiQ für nachhaltige Strukturen?

Die zweieinhalbjährige Projektlaufzeit (Aufbau- und Durchführungsphase) ist ähnlich wie bei einer Organisationsentwicklung als ein längerfristig angelegter Strukturveränderungs- bzw. -entwicklungsprozess zu betrachten. Während der Aufbauphase wurde mit Einbeziehung der Eltern eine Diagnose zur Bewegungssituation in der Lebenswelt von sozial benachteiligten Kindern von null bis sechs Jahren gestellt und partizipativ mit den Akteuren diskutiert.
Außerdem gab es erste Planungen in Form eines integrierten Handlungskonzeptes. Die Durchführungsphase widmet sich der Fortsetzung und Anpassung der Planungen an den jeweiligen lokalen Bedarf der Quartiere, die Maßnahmen werden mit den Akteuren erprobt, umgesetzt und die angestrebte Kapazitätsentwicklung im Quartier wird evaluiert. All diese Prozesse werden maßgeblich von den Akteuren vor Ort und den gebildeten kommunalen Unterstützungsstellen getragen, so dass an bewährte Kooperationen angeknüpft werden kann und notwendige neue Vernetzungen zur Realisierung von Maßnahmen entstehen. Anzunehmen, dass alle Angebote jenseits der Projektlaufzeit fortgesetzt werden können, ist visionär, jedoch sorgt BLiQ für eine Verstetigung durch zentrale Aspekte einer partizipativen Gesundheitsförderung: Wir teilen die Verantwortung für die lokalen Prozesse mit den Akteuren, arbeiten auf Augenhöhe, legen Wert auf eine große Entscheidungsmacht auf Seiten der Quartiere und arbeiten gleichberechtigt.
Hiermit intendieren wir, Strukturen aufgebaut zu haben, die es den Partner/innen ermöglichen, das Begonnene weiterzuführen. Für jede Region wurde eine kommunale Unterstützungsstelle eingerichtet. Diese ist in Berlin bei den Plan- und Leitstellen Gesundheit (und Soziales) der Bezirksämter Friedrichshain-Kreuzberg und Marzahn-Hellerdorf angesiedelt. In Potsdam wird diese gemeinsam durch das städtische Gesundheitsamt und das Quartiersbüro gebildet. Die dortigen Vertreter/innen sind in alle Prozesse eingebunden, moderieren teilweise die Steuerungskreise und vermitteln neue Partner/innen. Die Quartiersbüros sind darüber hinaus in allen Regionen fester Bestandteil der Steuerungskreise. Am Oranienplatz gibt es bereits die feste Zusage von Seiten der Quartiersmanagerin, den Steuerungskreis auch nach offiziellem Projektabschluss weiter zu koordinieren. Im Folgenden ein Beispiel für eine partizipative Zusammenarbeit mit Akteuren.

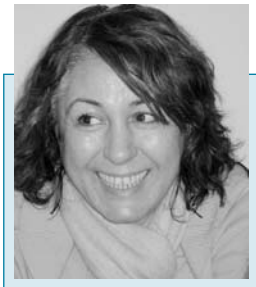
Die Umsetzung der Vision eines „Bewegten Stadtteils“

Zum Frühjahr dieses Jahres ist die Umsetzung der „Bewegten Wege“ im Wrangelkiez geplant. Gemeinsam mit der Bildungsinitiative „Wrangelkiez macht Schule“ wird dieses Vorhaben umgesetzt. Alle Kooperationseinrichtungen gestalten dabei die Wege zu ihren Einrichtungen bewegungsfreundlich. Kinder und Eltern zeigen, welche Wege sie täglich gehen und welche Elemente ihnen Freude an Bewegung vermitteln. Diese Elemente, etwa Bodenmarkierungen in Form von Füßchen oder Hüpfefelder, werden dann gemeinsam aufgemalt. Durch die Verwendung gleicher Farben und Muster oder eines gemeinsamen Logos schafft BLiQ Identifikation zwischen den Einrichtungen und Wiedererkennung im Stadtteil. In Kooperation mit dem Verein BABELUGA, der Bewegungspaten ausbildet, die adipösen Kindern der Charité-Sprechstunde Spaß an der Bewegung vermittelt, werden die „Bewegten Wege“ dann „belebt“.
Im Sommer werden die „Bewegten Winterspielplätze“ auf öffentliche Stadtteilspielplätze übertragen. Dabei verknüpft sich dieses Vorhaben mit einem generationsübergreifenden Stadtteilprojekt, das in dem verkehrsberuhigten Bereich und den Spielplätzen zwischen der Cuvrystraße und der Falckensteinstraße stattfinden wird. BLiQ setzt in dem Projekt verschiedene Bewegungselemente um, z.B. die Gestaltung der „Bewegten Spielplätze“ oder das „Spielen mit nix“, bei dem älteren Menschen Kindern Spiele mit Alltagsmaterialien zeigen.

Maren Janella, Martina Block

„Die Bewegungsspiele sollen Kindern und Eltern Spaß machen“

Interview mit Zeliha Aydoğmuş einer von BLiQ geschulten Multiplikatorin, über ihre Erfahrungen auf den „Bewegten Winterspielplätzen“



Zeliha Aydoğmuş betreut sonntags als BLiQ-Trainerin die „Bewegten Winterspielplätze“ des Projektes „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“ in einem Nachbarschaftshaus in Kreuzberg. Unter der Woche arbeitet sie dort in der Offenen Kinderarbeit. Die 45-jährige Erzieherin ist in der Türkei geboren und lebt seit 16 Jahren im Kiez

Info_Dienst: Wie sieht ein „Bewegter Winterspielplatz“ als BLiQ-Trainerin in der Praxis aus?

Zeliha Aydoğmuş: Zur Begrüßung beginnen wir mit der Bewegungsrakete, danach bieten wir verschiedene Bewegungsspiele an. Die Kinder spielen gerne mit dem Fallschirmtuch. Zum Schluss singen wir meistens noch ein Abschlusslied. Auf dem letzten Winterspielplatz waren 15 Kinder mit ihren Eltern hier. Es war schön, dass die Eltern gut mitgespielt haben. Die Bewegungsspiele sollen Kindern und Eltern Spaß machen. Die größte Herausforderung für mich als BLiQ-Trainerin ist es, die verschiedenen Altersgruppen unter einen Hut zu bringen. Aber es macht Spaß und ich kann mich hier auch bewegen.

Info_Dienst: Was gefällt den Kindern und Eltern an den „Bewegten Winterspielplätzen“ besonders gut?

Zeliha Aydoğmuş: Ich denke, dass die Bewegten Winterspielplätze für viele Familien den Tagesablauf am Wochenende vereinfachen. Vor allem im Winter sind ja viele Familien ans Haus gebunden. Die Familien können am Wochenende hier her kommen, sich zusammen amüsieren und sind durch die Spiele unter Anleitung beschäftigt. Viele Eltern haben so das Gefühl, an einem Sonntag im Winter etwas Sinnvolles getan zu haben.
Die Winterspielplätze sind für die Eltern auch eine gute Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen.

Info_Dienst: Ist es für die Familien hier im Kiez wichtig, dass die Winterspielplätze von Personen betreut werden, die sie schon kennen?
Zeliha Aydoğmuş: Ja, das ist schon wichtig. Viele Familien, die hierher kommen, kennen mich und sehen in mir eine Bezugsperson. Mit der Zeit baut sich eine Vertrauensbasis auf.
Es kommen auch viele türkische Familien und manche können nur ein bisschen deutsch. Deshalb ist es wichtig, dass auf den Winterspielplätzen jemand da ist, der auch die gleiche Sprache spricht.

Das Interview führte Judith Grimm

Vorsicht Pflanze!

Neues zum Thema Vergiftungsrisiken im Kindesalter

Vergiftungen von Kindern – das war 2009 das Thema sowohl des nationalen „Kindersicherheitstages“ als auch das Motto für den Workshop des Arbeitskreises Kinderunfälle von Gesundheit Berlin-Brandenburg auf dem 15. Kongress Armut und Gesundheit (siehe dazu auch die Info_Dienste 3/3009 und 4/2009). Was hat nun der Workshop Neues zum Thema gebracht?

Neben Fachinformationen zum Thema Vergiftungsrisiken standen vor allem neue Materialien wie Poster, Spiele sowie die Elternbroschüre „Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern“ im Mittelpunkt der Diskussionen, die im Workshop stattfanden. Dr. Axel Hahn vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) stellte eine 75-seitige Elternbroschüre vor, die sein Institut mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kindersicherheit und dem Giftnotruf Berlin erarbeitet hat und über das Institut erhältlich ist. Sie soll Eltern, Großeltern, Erzieher/innen sowie Tagesmüttern Informationen über den Umgang mit giftigen Substanzen bieten und Ratschläge geben, wie man sich in Gefahrensituationen verhalten soll. Kinder vergiften sich besonders häufig durch Haushaltsprodukte, gefolgt von Medikamenten und Pflanzen. Dieser Verteilung der Vergiftungsursachen entspricht der Aufbau der Broschüre. Der Anhang enthält die Merkblätter „Machen Sie Ihr Zuhause giftsicher“, „Vergiftungen: Erste Maßnahmen“, „Pflanzen, eine Gefahr für Kinder?“. Ein Stichwortverzeichnis und eine Linkliste mit themenbezogenen Internet-Adressen runden die Publikation ab.

Die Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ (BAG), Martina Abel, machte die Anwesenden mit den neuen Plakaten zu Vergiftungsrisiken bekannt. Sie sollen in Kinderarztpraxen, Kindergärten und Krankenhäusern aufgehängt werden. Mit diesen Arbeitshilfen und Begleitmaterialien will die BAG Erwachsene motivieren, die Welt mit Kinderaugen zu betrachten und zu Hause weg zu stellen, was für kleine Kinder interessant, aber auch giftig sein könnte. Für 2010 plant die BAG, ihre Kampagne „Vergiftungsrisiken im Kindesalter“ gezielt auf Migrantenfamilien zuzuschneiden. Anregungen zu diesem Schwerpunkt nimmt der Arbeitskreis Kinderunfälle gern auf und leitet diese auch an die BAG weiter.

Dr. Gudrun Borchardt

Bewegung fordern, Gesundheit fördern

Tagung über die Bedeutung naturnaher Spielräume für Kinder

Die zunehmende Verstädterung führt dazu, dass Kinder Natur sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum immer weniger erfahren. Was das für das Aufwachsen von Kindern bedeutet, welche Chancen und Potenziale naturnahe Spielräume für die Gesundheit von Kindern darstellen – das wurde am 8. September 2009 auf der Tagung „Naturnahe Spielräume – Mit Kindern Lebenswelten gestalten“ diskutiert. Teilnehmende waren Vertreter/innen von Schulen, Kitas, Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit, Stadt- und Landschaftsplaner sowie Interessierte aus Bildung, Politik und Gesundheit. Veranstaltet wurde die Tagung von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. in Hannover.

Professor Beate Blättner von der Hochschule Fulda erläuterte in ihrem Vortrag den Einfluss von Lebensräumen auf die Gesundheit von Kindern und stellte fest, dass es noch nicht eindeutig wissenschaftlich belegt ist, dass naturnahe Spielplätze die kindlichen Schutzfaktoren erhöhen. Nichtsdestotrotz spricht nach ihrer Ansicht einiges dafür, sie als Orte der Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen. Norbert Schäfer vom Landschaftsplanungsbüro Stadt+Natur aus dem rheinland-pfälzischen Klingenmünster veranschaulichte sehr deutlich, dass es möglich ist, (Natur-) Spielräume unter Beteiligung der Kinder zu schaffen. Dazu müsse man sich nur bewusst machen, was das Spiel der Kinder ausmacht.

So geht’s in der Praxis

Neben den Vorträgen wurden fünf Projekte aus der Praxis vorgestellt, darunter der Naschgarten in Holzminden, der von der „Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachen e.V.“ in Kooperation mit der Hochschule Fulda ins Leben gerufen wurde. Das Projekt steht unter dem Motto „Naschen erlaubt!“ und hat zum Ziel, die Kinder auf spielerische Weise an gesundes Essen und mehr Bewegung heranzuführen. Durch Aufzucht und Pflege von Pflanzen üben die Kinder den verantwortungsbewussten Umgang mit der Natur und bekommen als Belohnung Gemüse und Früchte zum Naschen.

Weitere Projekte, etwa der „Stadtteilbauernhof Hannover-Sahlkamp“ oder die „SpielLandschaftStadt“ Bremen, wollen ebenfalls die Kinder an landwirtschaftliche Prozesse heranführen und die Stadt „bespielbar“ machen. In Städten sollen bewusst Spielmöglichkeiten für Kinder geschaffen werden, die ihnen Platz für ihre Entwicklung bieten ebenso wie räumliche Entfaltungsmöglichkeiten.

Risiko und Wagnis

Dass damit auch Gefahren verbunden sein können, wurde auf der Tagung deutlich. Zwar, so der allgemeine Tenor, müssen Kinder eigene Erfahrungen machen, damit sie gesund aufwachsen können, sich ihre psychischen, physischen und kognitiven Fähigkeiten entwickeln und darüber ihre Selbstsicherungskompetenz erhöht wird. Damit Kinder aber bei diesen Erfahrungen sicher sind, muss auch das Risiko auf naturnahen Spielplätzen beachtet werden. Daher wurde auf der Tagung diskutiert, wie Spielplätze gestaltet werden können und welche Anforderungen sie erfüllen müssen. Antworten auf diese Fragen gaben etwa die Mitglieder des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Hannover. Ihre Ausführungen machten deutlich, dass immer der Spielplatzbetreiber für Unfälle haftet und nicht, wie vielerorts angegeben, die Eltern. Zudem wiesen die Referent/innen darauf hin, dass auch naturnahe Spielplätze gewisse Normvorgaben erfüllen und in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden müssen.

In einem abschließenden Vortrag von Gesine Bär von Gesundheit Berlin-Brandenburg ging es um strategische Partnerschaften für gesunde Stadtteile und um die Frage nach den Spielräumen der Kommunen bei der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Bär zufolge hat sich hier ein Tandem aus Förderpartnerschaften von Kommunen und Krankenkassen bewährt.

Am Ende der Tagung waren sich alle Beteiligten einig: Im Hinblick auf aktuelle Entwicklungen werden mehr naturnahe Spielräume gebraucht, in denen Kinder mitwirken und ihre eigenen (Natur-) Erfahrungen machen können.

Antje Laudi

Frauen mit Migrationshintergrund nehmen weniger Hebammenleistungen in Anspruch

Eine Berliner Studie untersucht die Gründe

Hebammenarbeit rund um die Geburt mit Frauen und jungen Familien wird in der Gesundheitsförderung immer wichtiger. Studien belegen die positiven Effekte der Arbeit von Hebammen, vor allem aber finden Hebammen oft einen leichteren Zugang zu den Frauen und Familien. Allerdings zeigen Erfahrungswerte, dass Frauen mit Migrationshintergrund Leistungen von Hebammen seltener in Anspruch nehmen als deutsche Frauen. Die Zusammenarbeit mit Hebammen ist jedoch ein wichtiger Baustein in der Präventionskette für ein gesundes Aufwachsen von Kindern. In Berlin ist der größte Teil der Frauen mit Migrationshintergrund türkischer Herkunft.

Um einen besseren Einblick in mögliche Gründe einer geringen Inanspruchnahme von Hebammen seitens türkischstämmiger Frauen zu erlangen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Gesundheit Berlin-Brandenburg damit beauftragt, die Studie „Ursachen und Auswirkungen der geringen Inanspruchnahme von Hebammenleistungen vor, während und nach der Geburt durch Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin“ zu erstellen. Die im November 2009 gestartete Studie ist auf ein halbes Jahr angelegt und wird derzeit durchgeführt.

Altern und Gesundheit

Diskussionspapier zur Demografie / Preisträger Vorbildliche Praxis 2009 / AK Altern und Gesundheit / inpuncto

Nach der Konzeptentwicklung und Planung der Durchführung hat das Projektteam, das sich bei Gesundheit Berlin-Brandenburg mit der Studie befasst, zunächst Expert/innengespräche geführt. Das Ziel war es, das Hintergrundwissen zu vertiefen und sowohl eine wissenschaftliche als auch eine praxisnahe Einschätzung des Themas zu erlangen. Zu den Expert/innen zählten Vertreter/innen unterschiedlicher Bereiche des Gesundheitswesens, u.a. Wissenschaftler/innen, die in der Hebammen- und in der Migrationsforschung tätig sind, Gynäkologinnen und Hebammen. Zudem wurden Gespräche mit Vertreter/innen von Beratungsstellen und Familienzentren geführt. Die befragten Expert/innen nahmen nach der Darstellung der eigenen Erfahrungen mit dem Thema Stellung zu entwickelten Hypothesen. Auf der Basis dieser Gespräche erstellte das Projektteam bei Gesundheit Berlin-Brandenburg einen Leitfaden für die Zielgruppengespräche, die seit Anfang Februar durchgeführt werden.

Die Studie ist qualitativ ausgerichtet, wobei die interviewten Frauen verschiedene Merkmale aufweisen: So wird in der Auswertung der Studie neben dem Bildungsstatus und der Anzahl der Kinder auch der Migrationshintergrund betrachtet. Die Studie ist nicht repräsentativ, dennoch ist ein vertiefter Einblick in mögliche Gründe einer geringen Inanspruchnahme zu erwarten. Nach den Befragungen werden die Ergebnisse ausgewertet und in verschiedenen Fokusgruppen zusammengetragen und erörtert. Die Diskussion soll zum Ziel der Studie beitragen, Handlungsempfehlungen dafür zu entwickeln, Frauen mit türkischem Migrationshintergrund besser zu erreichen und die Versorgung der Zielgruppe durch Hebammenleistungen zu optimieren.

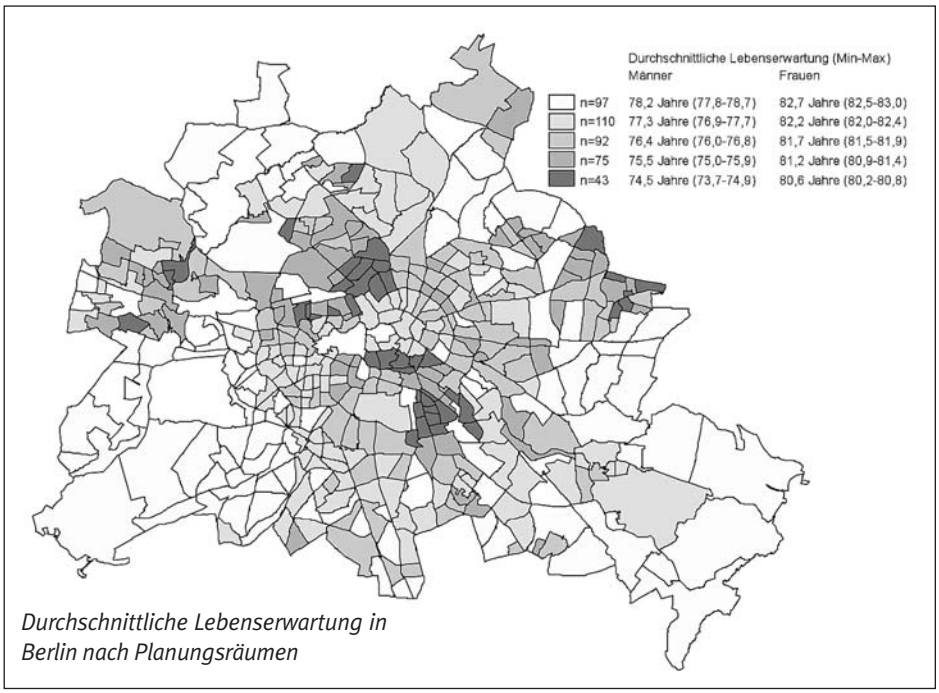
Danielle Dobberstein

Höhere Lebenserwartung und steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen

Diskussionspapier zur demografischen Entwicklung und deren Auswirkungen in Berlin veröffentlicht

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin hat im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ein Diskussionspapier zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung vorgelegt.

Es wird deutlich, dass die demografische Entwicklung der Berliner Bevölkerung sowohl das Gesundheitssystem als auch die sozialen Sicherungssysteme vor neue Herausforderungen stellt, denn der Anteil jüngerer Menschen an der Berliner Bevölkerung wird weiter sinken und die Lebenserwartung insgesamt weiter steigen. Zukünftig wird es laut Prognose insbesondere mehr Langlebige (95-Jährige und Ältere) und Hochbetagte (80- bis unter 95-Jährige) geben. 1990 hatten die Frauen in Berlin



Durchschnittliche Lebenserwartung in Berlin nach Planungsräumen

noch eine Lebenserwartung von etwa 77 Jahren, bei den Männern lag sie bei rund 71 Jahren. 2007 hatten Frauen bereits eine Lebenserwartung von 82 und Männer von 77 Jahren.
Allerdings gibt es nach wie vor Differenzen in der Lebenserwartung, die sich vor allem aus der unterschiedlichen sozialen Lage ergeben. Dieser Zusammenhang ist seit Jahren durch die Untersuchungen zur räumlichen Sozialstruktur bekannt und wurde in Berlin erstmalig bei der Schätzung der Lebenserwartung (mit einem Modell der multiplen Regressionsanalyse) auf der Ebene der lebensweltlich orientierten Planungsräume berücksichtigt. So beträgt die geschätzte Lebenserwartung in Gebieten mit ungünstiger Sozialstruktur bei den Männern knapp 74 Jahre und bei den Frauen etwa 80 Jahre gegenüber der Lebenserwartung in Räumen mit günstiger Sozialstruktur von über 78 Jahren bei Männern und 83 Jahren bei Frauen. Dieser Sachverhalt wird in der Abbildung auf Seite 16 verdeutlicht.

Künftig werden die Zahlen der Alterserkrankungen (z. B. Krebs, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) steigen und somit auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen. Zudem wird es immer mehr Menschen geben, die Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) in Anspruch nehmen müssen. So ist für das Jahr 2030 nahezu mit einer Verdopplung von pflegebedürftigen älteren Menschen (von etwa 87.000 im Jahre 2007 auf etwa 165.000 im Jahre 2030) sowie von älteren Menschen mit Sozialhilfe (von etwa 22.000 im Jahr 2007 auf etwa 38.000 im Jahr 2030) zu rechnen.
Als Fazit aus der Untersuchung lässt sich somit der steigende Anteil älterer Menschen bei längerer Lebenserwartung und stark steigender Anzahl pflegebedürftiger Menschen ziehen. Vor diesem Hintergrund ist die Formulierung von Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte sinnvoll und notwendig. Der demografische Wandel ist eine der zentralen gesundheitspolitischen zukünftigen Aufgaben auf Bundes- und Landesebene. Es bleibt zu hoffen, dass die begonnenen Aktivitäten zu diesem Thema innerhalb der Berliner Landesgesundheitskonferenzen zur Ableitung konkreter Gesundheitsziele und Maßnahmen führen.
Das Diskussionspapier ist im Internet abrufbar unter:
http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt

Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Älteren stärken

Preisträger für vorbildliche Praxis 2009 ausgezeichnet

Soziale Benachteiligung ist keine Altersfrage. Kommen Ausgrenzung und Einsamkeit hinzu, sind ältere Menschen mit gesundheitsfördernden Angeboten oft nur schwer zu erreichen. Wie dies dennoch gelingen kann, zeigen die im Wettbewerb „Vorbildliche Praxis 2009: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“ prämierten Projekte „Nachbarschaftsheim St. Pauli/Seniorentreff“, „Älter werden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ im Feministischen Frauengesundheitszentrums Berlin e.V. (FFGZ) und „NAIS Neues Altern in der Stadt“ der Stadt Bruchsal in Baden-Württemberg.
Das Projekt „Nachbarschaftsheim St. Pauli/Seniorentreff“ legt in seiner Arbeit den Schwerpunkt auf Migrant/innen. Es berücksichtigt deren besondere Probleme und lebensweltliche Hintergründe durch eine niedrigschwellige, integrative Struktur. Ziel ist es, die soziale, psychische, geistige und körperliche Gesundheit der Besucher/innen des Treffs zu stabilisieren. „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS) bietet vor dem Hintergrund des de-

mografischen Wandels insbesondere sozial Benachteiligten Gesundheitsförderung und Prävention an. Fünf Arbeitsgruppen zu den Themen „Bewegung und Ernährung“, „Pflege ist mehr“, „Geistig fit und aktiv“, „Präventive Hausbesuche“ und „Wegweiser“ ermitteln Bedarfe, vernetzen und werben für bestehende Angebote, überprüfen und optimieren deren Qualität und initiieren gegebenenfalls neue Angebote. „Älter werden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ informiert Frauen aus sozial benachteiligten Verhältnissen, insbesondere mit Migrationshintergrund, über gesundheitliche Themen. Dabei wird ihnen ein mehrwöchiges kostenloses Schulungsprogramm mit acht Modulen angeboten, das sich am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund der Teilnehmerinnen orientiert.
Um den Preis „Vorbildliche Praxis 2009: Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“ hatten sich insgesamt 76 Projekte beworben, die Angebote für ältere Menschen ab 50 Jahren bis hin zu Angeboten für Hochbetagte bereithalten. Grundlage für die Auswahl der Preisträger/innen waren die Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der Preis war ein Gemeinschaftsprojekt des BKK-Bundesverbandes, des Kooperationsverbundes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die drei Gewinner des mit jeweils 1.000 Euro dotierten Preises wurden auf der Eröffnungsveranstaltung des 15. Kongress Armut und Gesundheit bekannt gegeben. 2009 hat der BKK Bundesverband zusätzlich drei Sonderpreise an Selbsthilfeprojekte vergeben. Gewonnen haben „Peer-to-Peer-Aufklärung in der Psychiatrie _ Methodik und erste Ergebnisse“, „Pro Retina Patientensprechstunde“ und „Gesundheit macht Schule (Modul Organspende)“.
Mehr Informationen über die beschriebenen Projekte finden Sie unter
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank

Marco Ziesemer

Forum für einen regen Erfahrungsaustausch

Die erste Sitzung des Arbeitskreises Altern und Gesundheit im Jahr 2010

Die 54. Sitzung des Arbeitskreises Altern und Gesundheit am 26. Januar war für alle Teilnehmenden wieder ein Forum für einen regen Erfahrungsaustausch über die aktuelle Situation im Berliner Gesundheitswesen. Zugleich war diese Arbeitskreissitzung der Auftakt zum Jahr 2010 und für die Planungen der Tätigkeit im Arbeitskreis. Die nächsten Sitzungen finden statt am 13. April, 22. Juni, 7. September und 2. November 2010.

Zu Beginn der Sitzung gab Dr. Heinz Trommer einen Bericht zur Auswertung des 15. Kongresses Armut und Gesundheit. Der Kongress bot mit seinen 2.000 Teilnehmer/innen und 85 verschiedenen Veranstaltungen ein vielfältiges, anregendes Angebot. Teil dessen war der vom Arbeitskreis organisierte Themenbereich „Selbstbestimmung im Alter – Ethische Normative“ mit den Foren „Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Selbstbestimmung im Alter“, „Potenziale für Selbstbestimmung und Lebensqualität“ und „Lebensräume für Autonomie und Selbstbestimmung im Alter“ sowie das Diskussionsforum „Selbstbestimmung und Autonomie am Lebensende – Was ist bis zuletzt wichtig?“, in dem Erkenntnisse aus der Palliativmedizin, der Sterbebegleitung sowie der interkulturellen und ehrenamtlichen Hospizarbeit vermittelt und diskutiert wurden. In diesen Veranstaltungen mit rund 170 interessierten Teilnehmer/innen wurde die Relevanz

des Themas auch für künftige Aktivitäten im Arbeitskreis hervorgehoben. In den folgenden Sitzungen des Arbeitskreises wird u. a. die Aussprache über Patient/innenverfügungen, Psychotherapie und Hospizarbeit fortgesetzt.

Themensuche für den 16. Kongress Armut und Gesundheit

In Vorbereitung zum 16. Kongress Armut und Gesundheit wurden folgende Themen vorgeschlagen: „Selbstverantwortung des Individuums zur Erhaltung der Gesundheit“, „Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“, „Integration der Senior/innen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen“, „Psychotherapie für ältere Menschen und Selbstbestimmung am Lebensende“. Der Arbeitskreis wird wieder einen spezifischen Themenbereich gestalten.

Ingeborg Simon berichtete in der Sitzung des Arbeitskreises über die Veranstaltung des Landesseniorenbeirates Berlin zum Thema „Arzneimittelversorgung im Alter – eine kritische Bestandsaufnahme mit Schlussfolgerungen“. Sie verwies auf die dort gehaltenen informativen Beiträge u.a. von Prof. Gerd Glaeske, Dr. Rainer Neubert und Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, die die schwerwiegenden Probleme der medikamentösen Versorgung älterer Menschen erörtert hatten. In der anschließenden Diskussion forderten Sitzungsteilnehmende, Senior/innen in die klinische Prüfung von Medikamenten sowie die älteren Patient/innen für die Priorisierung bei der Vergabe von Arzneimitteln einzubeziehen. Vor dem Hintergrund eines steigenden Bedarfes an Psychotherapien im Alter, wurden auch Lehrstühle für Geriatrie und Gerontologie an Universitäten gefordert. Teilnehmende verwiesen auf die im Sondergutachten des Sachverständigenrates „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ aufgeführten speziellen Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen.

In der Sitzung wurde auch der „Masterplan Geriatrie Deutschland 2020“ vorgestellt. Er soll von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. herausgegeben werden und den Bedarf an geriatrischer Versorgung feststellen. Die gewünschte Zuarbeit wird vorbereitet. Zudem erhielt der Arbeitskreis vom Ethikrat die Tagungsdokumentation „Der steuerbare Mensch? Über Einblicke und Eingriffe in unser Gehirn“ (ISBN 978-3-941957-00-8).

Dr. Heinz Trommer, Dr. Josefine Heusinger

inpuncto „Lebensqualität im Alter“

Länger leben und länger gesund leben. Diesen Trend der vergangenen Jahre weiter zu stärken, ist eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik (nicht nur) in Brandenburg. Wichtige Informationen hierzu bietet die neu erschienene Veröffentlichung „Lebensqualität im Alter“. Im Jahr 2030 wird voraussichtlich rund jede/r dritte Brandenburger/in 65 Jahre alt oder älter sein. Seniorengerechtes Wohnen zu Hause, Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, neue Konzepte für die ambulante medizinische Versorgung in ländlichen Regionen sind zentrale Handlungsfelder. Die Veröffentlichung informiert über die Initiativen und Vorhaben, die im Land Brandenburg auf den Weg gebracht wurden, um die Lebensqualität älterer Menschen in Brandenburg zu sichern. Der Kurzbericht „Lebensqualität im Alter“ kann abgerufen werden über die Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes:
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

Soziale, gesunde Stadt

Projekt FuN / Analyse von Angebotsstrukturen / Broschüre

Teamer/innen für sozial benachteiligte Stadtteile

Über das Projekt „FuN “ in Brandenburg

Brandenburg verzeichnet seit langem einen Wandel seiner urbanen Strukturen. Dabei haben sich Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf manifestiert. Bildungs- und Betreuungseinrichtungen spüren die Konflikte und sozialen Probleme der Bewohner/innen besonders stark, denn sie haben täglich Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen aus dem Stadtteil. Diese sind Seismografen sozialer Probleme und machen sie durch Verhaltensauffälligkeiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risikofaktoren für ihre Entwicklung deutlich.

Die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Familien und die Förderung ihrer Ressourcen ist in den Städten Brandenburgs eine große Herausforderung. Sozial benachteiligte Familien geraten häufig in die Isolation und werden zu spät oder gar nicht von Hilfe- und Unterstützungsangeboten erreicht. Dies führt zu Überforderungen der Eltern, die Isolation der Familien verstärkt sich, die Verwirklichungschancen der Kinder nehmen ab.

Hier setzt das Projekt „FuN – Familie und Nachbarschaft“ an. Sozial benachteiligte Familien werden darüber früh erreicht, in ihren Erziehungskompetenzen und Ressourcen gestärkt und bei der Teilhabe an sozialen Strukturen und Netzwerken unterstützt. Die teilnehmenden Eltern werden in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt, ihr Empowerment durch den Aufbau nachhaltiger sozialer Netzwerke und familiärer Selbsthilfestrukturen befördert. Mit der Verbesserung der Teilhabe der Familien werden auch die Bildungs-, Zukunfts- und Gesundheitschancen der Kinder verbessert. Die Lebensqualität in den Städten steigt nachhaltig.

Zielgruppe des Projektes „FuN – Familie und Nachbarschaft“ sind Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, wobei der Familienbegriff über das klassische Mutter-Vater-Kind-Modell hinausgehen kann. Das Projekt ist offen für alle Personen, die im weitesten Sinne zum Familienkontext gehören: das können Großeltern sein, eine Nachbarin, die oft auf die Kinder Acht gibt, ein Onkel, der die Familie hilfreich unterstützt, oder eine Freundin, die für die Sorgen der Eltern und Kinder ein offenes Ohr hat. Die Familie definiert ihren Familienkreis selbst.

Wertschätzende Atmosphäre und positive Rückmeldungen

Die Stärkung der Elternkompetenz erfolgt unter Berücksichtigung der verschiedenen relevanten Handlungsfelder (Gesundheit, Erziehungsstile, Rollenverhalten, klare Regeln und Regeleinhaltung, Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familie etc.). Im FuN-Programm machen die Familien positive Erfahrungen und erleben eine wertschätzende Atmosphäre mit vielen aufbauenden Rückmeldungen. Dies erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung, lässt Eltern ihre Elternrolle stärker einnehmen, den Kontakt zu Institutionen wie Kita oder Schule wieder aufnehmen, sich gegenüber Beratungsangeboten und Hilfeleistungen offener zu verhalten. Somit werden die Resilienzfaktoren innerhalb der Familie gestärkt, die die Entwicklung der Kinder positiv beeinflussen. Ziel von FuN ist es, Familien wieder für Angebote der Einrichtungen erreichbar zu machen, sie aus der sozialen Isolation herauszuholen und in Kontakt mit anderen Familien zu bringen, die ähnliche Alltagssituationen erleben.

In Brandenburg werden demnächst – koordiniert durch den regionalen Knoten – FuN-Teamer/innen für die Durchführung von Elternschulen in verschiedenen Kommunen geschult. FuN-Teamer/innen kommen aus Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren und der kommunalen Sozialarbeit. Nach der Ausbildung sind sie vor Ort in der Lage, Familienprogramm-Nachmittage durchzuführen, sie in die kommunalen Projekte und Ziele einzubinden und die Familien auch längerfristig zu begleiten.

Der Idee, Teamer/innen auszubilden, liegt ein Multiplikatorenkonzept zu Grunde, welches das Know-how nach Brandenburg holt und die

ausgebildeten Fachleute dann für die weitere Verbreitung des Projektes nutzt. FuN in Brandenburg will zielgerichtet Teamer/innen in den Programmgebieten der sozialen Stadt akquirieren und die kommunale Verankerung in Settings wie Kita, Schule, Eltern-Kind-Zentren und Beratungsstrukturen gewährleisten. Die Teamer/innen sollen in den Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf wirksam werden. Dabei erhoffen sich die Projektverantwortlichen eine Vernetzung der Akteure im Interesse der Zielgruppe. Folgende Kommunen werden voraussichtlich in FuN eingebunden: Potsdam, Landkreis Oder-Spree (Schwerpunkt Eisenhüttenstadt), Neuruppin, Senftenberg, Spremberg und die Stadt Brandenburg.

Dr. Iris Schiek
Kontakt: Regionaler Knoten Brandenburg
Email: schiek@gesundheitberlin.de

Gesundheitsangebote koordinieren, lokale Kompetenzen aufbauen

Gesundheit Berlin-Brandenburg analysiert Angebotsstrukturen in zwei Kreuzberger Quartieren

Im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern spielt das Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung in vielen Berliner Quartieren und bei den Akteuren der Sozialen Stadt bereits eine bedeutende Rolle. In vielen Quartieren werden schon seit mehreren Jahren Prozesse angestoßen und Angebote aufgebaut, die darauf abzielen, die gesundheitlichen Chancen der Bewohner/innen zu verbessern. Es gibt zahlreiche Beispiele, angefangen vom Kochkurs für Migrant/innen über Gesundheitstage im Kiez bis hin zu komplexen Projekten, die partizipativ Gesundheitsangebote auf- und ausbauen.

Vielen Berliner Quartieren ist – anders als in eher strukturschwachen Regionen – gemein, dass Quartiersmanager/innen nicht mit einem Mangel an Aktivitäten, sondern eher mit einer unüberschaubaren Vielzahl von Projekten und Angeboten zu tun haben. Oft herrscht Intransparenz über die Angebotsstruktur. Ein weiteres Dilemma stellt die Kurzlebigkeit vieler Projekte sowie die Tatsache dar, dass viele – gut gemeinte – Angebote sozial Benachteiligte nicht erreichen. Was Quartiersmanager/innen sowie Akteure und nicht zuletzt die Bewohner/innen sich wünschen, sind Transparenz, Koordination und nachhaltige Verankerung von Angeboten im Kiez, die dem Bedarf insbesondere sozial benachteiligter Menschen dort entsprechen.
Auch das Quartier Reuterplatz und das Quartier Zentrum Kreuzberg/Kottbusser Tor wollen einen besseren Überblick über die Angebotsstrukturen in ihren Kiezen haben. Daher ist an Gesundheit Berlin-Brandenburg der Auftrag ergangen, bestehende Gesundheitsangebote sowie Lücken und Potenziale in den beiden Quartieren zunächst im Rahmen einer Bestands- und Bedarfsanalyse zu identifizieren. Das Projekt ist Anfang des Jahres gestartet und ist auf ein Jahr (QM Reuterplatz) bzw. zwei Jahre (QM Zentrum Kreuzberg/Oranienstraße) angelegt.

Die Ausgangsvoraussetzungen sind in beiden Quartieren günstig, denn es gibt dort bereits einen hohen Grad an Vernetzung unter den Einrichtungen und Akteuren zum Thema Bildung. Über Multiplikator/innen (Stadtteilmütter und Gesundheitsmentor/innen) besteht die Möglichkeit, direkten Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund aufzubauen.
Die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen werden in den beiden Kiezen im Rahmen von Auftaktworkshops im April bzw. Mai diesen Jahres vorgestellt. Mit allen Beteiligten und Interessierten soll dann gemeinsam über die weitere Strategie diskutiert werden.
Im Mittelpunkt des gesamten Prozesses wird die Frage stehen, wie es alle Beteiligten gemeinsam schaffen können, insbesondere sozial benachteiligten Kindern von Anfang an in einer sicheren und gesunden Entwicklung zu unterstützen. Welche Angebote brauchen Kinder und Familien in ihrem Quartier, wie können lokale Kompetenzen genutzt und ausgebaut werden, wie lassen sich Angebote koordinieren und nachhaltig im Quartier verankern, wie gelingt sektorübergreifende Zusammenarbeit und wer übernimmt langfristig die Verantwortung für diesen Prozess? Was so banal klingt, stellt eine große Herausforderung im „Dschungel“ Berlin dar. Gesundheit Berlin-Brandenburg freut sich auf eine spannende und hoffentlich erfolgreiche Zeit in beiden Quartieren.

Andrea Möllman

Fleisch ist kein Gemüse

Handbuch zur Ernährung in niedrigschwelligen Einrichtungen

Eine ausgewogene Ernährung ist lebenswichtig. Menschen in schwierigen Lebenslagen verfügen häufig weder über die finanziellen Mittel noch über die Kompetenzen, sich gesund zu ernähren.

Stadtteileinrichtungen, Eltern-Kind-Zentren oder Tagestreffs bieten Mittagstische oder Kochkurse an oder laden zum Frühstück ein – und leisten damit einen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Größtenteils wird in diesen Einrichtungen nicht „vom Fach“ gekocht. Insbesondere in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe findet man ausgebildete Köche/-innen nur ausnahmsweise. In der Regel kümmern sich Betroffene oder ehrenamtliche Helfer/innen um die Küche, das Kochen und die Nahrungsmittel. Angeleitet werden sie dabei von Sozialarbeiter/innen.

Aus diesem Grund haben die Mitglieder des Regionalen Knotens Hamburg „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ die Broschüre „Fleisch ist kein Gemüse“ erarbeitet.

Die Broschüre gibt Mitarbeiter/innen aus niedrigschwelligen Einrichtungen Anregungen für Kochprojekte und konkrete Hilfestellung rund um die Fragen der Ernährung: Praxisnah werden die Leitlinien der EU-Verordnung dargestellt und die Akteure erfahren, warum Themen wie Hygiene, Nahrungszubereitung und Unfallprävention für den Küchenbetrieb so wichtig sind. 12 Checklisten erleichtern den Kochenden die praktische Arbeit.

Die Broschüre kann beim Regionalen Knoten in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e V. (HAG) angefordert werden (Tel: 040/6322220, buero@hag-gesundheit.de) und ist online verfügbar unter *www.hag-gesundheit.de* oder *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de*

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Interview / Gesundheitsbericht / Fehlzeitenreport 2009 / Unternehmenspreis Gesundheit

„Die Vernetzung der einzelnen Aktivitäten ist entscheidend für den Erfolg“

Interview mit Professor Dr. em. Peter Richter

Info-Dienst: Sie haben sich mit gesundheitlichen Folgen sowohl der beruflichen Tätigkeiten als auch der Erwerbslosigkeit beschäftigt. Könnte man sagen: Arbeit zu haben erhält gesund, Arbeitslosigkeit macht krank?

Prof. Peter Richter: Die Parole „Jede Arbeit ist besser als keine Arbeit“ ist so nicht haltbar. Ein Beispiel dafür sind flexible Arbeitsformen. Atypische Arbeitsformen haben um 2,5 Millionen auf 7,7 Millionen zugenommen und sind nicht nur durch geringe Bezahlung, sondern vor allem auch durch Vorläufigkeit und Unplanbarkeit der Beschäftigung gekennzeichnet. Ohne „sozialen Geleitschutz“ kann dieser Prozess zu gefährlichen gesellschaftlichen Erosionen führen. Die „Kultur der Ungewissheit“ ängstigt, macht depressiv, führt zu Resignation und Motivationsverlusten. Das sind alles Gesundheitseinschränkungen, wie sie als typisch auch für Langzeitarbeitslose angesehen werden. Aber auch Mängel in den Arbeitsinhalten machen krank. Humane Arbeit zeichnet sich aus durch Sinnhaftigkeit, Durchschaubarkeit der Aufgaben, Ganzheitlichkeit, ausreichende Rückmeldungen, Handlungsspielräume und Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten.

Info-Dienst: Was beeinträchtigt die Gesundheit von Erwerbslosen, und wer ist am stärksten betroffen?

Prof. Peter Richter: Seelische Gesundheit ist vor allem erkennbar an Selbstwirksamkeit, Selbstorganisation der Lebensführung und ein positives Selbstwertgefühl. Diese Merkmale sind gerade bei Langzeitarbeitslosen empfindlich geschwächt in einer Zeit, in der Selbstvermarktung und Unabhängigkeit erwartet wird. Der Verlust an Einbindung in soziale Kollektive, die einer anerkannten Arbeit nachgehen, das Fehlen von Rückmeldungen über die erbrachten Leistungen schwächen besonders bei Jugendlichen, älteren Menschen und auch Alleinerziehenden das Selbstvertrauen und führen häufig zum sozialen Rückzug auch im privaten Lebensbereich. Besonders betroffen sind die Kinder von Erwerbslosen. Nicht nur das Armutsrisiko ist dramatisch erhöht, wir finden auch einen Teufelskreis der „sozialen Vererbung“ der Hilflosigkeit und Verunsicherung der Eltern bei ihren Kindern.

Info-Dienst: Welche Programme verbessern die Gesundheit der Betroffenen nachhaltig?

Prof. Peter Richter: Unterstützung von Erwerbslosen wie auch Menschen in prekären Arbeitsgelegenheit und Mini-Jobs sind auf die Dauer nur erfolgreich, wenn sie partizipativ angelegt sind und von den wirklichen Problemsituationen der Betroffenen ausgehen. Ein Überblick über inzwischen evaluierte und in mehreren Bundesländern erfolgreich umgesetzte Projekt zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen ist zu finden in Katrin Rothländer und Peter Richter: Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit? Arbeitspapier Nr. 6, Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung, 2009.
Das Projekt AMIGA konnte selbst bei mehrfach erkrankten Arbeitslosen gute Effekte erzielen. Das Projekt Job-Fit der BKK hat wohl gegenwärtig die größte Verbreitung erfahren. Speziell an arbeitslose Jugendliche wendet sich das Projekt „Bridges – Brücken in Arbeit“ (*www.projekt-bridges.de*). Dabei sind nach 18 Monaten intensivem Coaching deutliche Verminderungen depressiver Verstimmungen und eine beachtliche Vermittlungsrate auf dem ersten Arbeitsmarkt mit 38 Prozent zu verzeichnen. Ein-Euro-Jobber erreichen nur eine Vermittlung von 7,5 Prozent.
Über „AktivA“ sind inzwischen zahlreiche Multiplikator/innen ausgebildet worden, die bewährte kognitiv-behaviorale Techniken der Aktivitätenplanung, des konstruktiven Denkens, des Erwerbs sozialer Kompetenz und sozialen Unterstützung und des systematischen Problemlösens bei älteren Langzeitarbeitslosen trainieren und sie im weiteren Verlauf beraten. Gegenüber vergleichbaren Kontrollgruppen ohne dieses Training kommt es zu statistisch gesicherten Verbesserungen der körperlichen und seelischen Gesundheit und der Selbstwirksamkeit. Allerdings sind sechs Monate nach dem Training wieder Einschränkungen zu finden. Diese machen deutlich, dass alle diese verhaltenspräventiven Maßnahmen keine Dauerwirkung haben, jedoch sehr wirkungsvoll bei der Unterstützung der Bewältigung von Arbeitslosigkeit und der Integration in den ersten Arbeitsmarkt sind.

Info-Dienst: Das allgemeine Augenmerk auf die Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen nimmt derzeit deutlich zu. Wie nützen Akteurs-

Peter Richter war Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Technischen Universität Dresden. Intensiv hat er sich mit dem Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und insbesondere den gesundheitlichen Folgen sowohl der beruflichen Tätigkeiten als auch der Erwerbslosigkeit beschäftigt. Gemeinsam mit seiner Kollegin Katrin Rothländer von der TU Dresden hat Prof. Peter Richter das Programm „AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ entwickelt (*http://aktiva.tu-dresden.de*), das darauf abzielt, die Handlungsfähigkeit von Erwerbslosen zu erhalten. Für die Anleitung von AktivA werden seit 2009 auch in Berlin Multiplikator/innen-Schulungen angeboten, Teilnehmende kommen aus dem gesamten Bundesgebiet.

Netzwerke der Gesundheit und beruflichen Wiedereingliederung der Erwerbslosen?

Prof. Peter Richter: Entscheidend für einen nachhaltigen Erfolg ist die Vernetzung der einzelnen Aktivitäten. Hierfür liegt bereits mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eine geeignete Organisationsform vor.
In Sachsen sind seit einigen Jahren staatliche Gesundheitsziele etabliert (*www.gesunde.sachsen.de*), darunter auch das Ziel „Gesundheit von Arbeitslosen“. Im Rahmen regelmäßiger Workshops ist eine sehr erfolgreiche Vernetzung von kommunalen Einrichtungen, Wissenschaftler/innen, medizinischen Einrichtungen und dem Sozialministerium entstanden. Dadurch ist eine breite Information über Ziele der Gesundheitsförderung, ein Erfahrungsaustausch und eine Nachnutzung des AktivA-Programms durch kommunale und ehrenamtliche Träger zustande gekommen.
Der gesellschaftliche Erfolg dieser Netzwerke hängt davon ab, wie es gelingt, den arbeitsmarktpolitisch Verantwortlichen zu verdeutlichen, dass bereits die Gesundherhaltung von Arbeitslosen ein eigenständiges Ziel darstellt! Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt – bei entsprechenden realistischen Angeboten – nachhaltig erhöht.

Das Interview führte Stefan Bräunling
Das vollständige Interview können Sie unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitslosigkeit* im Internet nachlesen.

Wie gesund ist Berlin-Brandenburg?

Erster länderübergreifender Gesundheitsbericht vorgestellt

Anfang Januar haben die AOK Berlin-Brandenburg und die BARMER GEK den ersten länder- und kassenübergreifenden Gesundheitsbericht über Arbeitsunfähigkeit für Berlin und Brandenburg vorgelegt. Der repräsentative Bericht wurde gemeinsam mit dem Gesundheitsnetzwerk Health Capital erstellt. Das Netzwerk ist verantwortlich für die Umsetzung des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, den beide Länder 2007 beschlossen haben.
Für den Gesundheitsbericht 2009 wurden die Krankmeldungen von rund 620.000 Arbeitnehmer/innen in Berlin und Brandenburg anonym ausgewertet, das sind knapp 25 Prozent aller pflicht- und freiwillig Versicherten in der Region. Dem Bericht nach sind die regionalen Unterschiede der Krankenstände zwischen Berlin und Brandenburg gering. Unterschiede haben in erster Linie mit der Branchenzugehörigkeit und innerhalb der Branchen mit soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht und Alter zu tun. Wichtiger als diese Faktoren sind allerdings „Ausbildung und Tätigkeit“, wie es in dem Gesundheitsbericht heißt. So sind Pflegehelfer/innen häufiger krank geschrieben als etwa Krankenschwestern.
Die drei Tätigkeitsgruppen mit den höchsten Krankenständen in 2008 waren die Raum- und Hausratreiniger/innen (6,5 Prozent), die Sozialarbeiter/innen und Soziapfleger/innen (worunter vor allem Altenpfleger/innen fallen) und die Kindergärtnergärtner/innen und -pfleger/innen (5,9 Prozent).
Häufigste Ursachen für die Krankschreibungen der Arbeitnehmer/innen sind Muskel- und Skeletterkrankungen. Auch die psychischen Erkrankungen nehmen weiter an Bedeutung zu. So

stieg etwa der Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen (AU) wegen psychischer Belastungen bei den Pflicht- und freiwillig Versicherten in Berlin und Brandenburg kontinuierlich von 10,4 auf 12,4 Prozent. Eine noch größere Rolle spielen die psychischen Erkrankungen im Gesundheitswesen (17 Prozent AU-Tage-Anteil) und in der öffentlichen Verwaltung (13,5 Prozent AU-Tage-Anteil).

Überdurchschnittlich hoher Krankenstand in der Region

Dem Bericht zufolge ist der Krankenstand in Berlin und Brandenburg seit 2006 kontinuierlich angestiegen und lag 2008 bei 4,7 Prozent, deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (3,4 Prozent). Als Ursache dafür vermutete Studienleiter Dr. Gerhard Westermayer von der Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung mbH bei der Vorstellung des Berichts, dass der hohe Altersdurchschnitt des Personals etwa in der Öffentlichen Verwaltung sowie eine zunehmende Arbeitsbelastung dafür mit ausschlaggebend sein könnten.
Die Krankenkassen bieten für Institutionen und Unternehmen zahlreiche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an. Um nur zwei Beispiele aus der Region Berlin-Brandenburg zu nennen: Die BARMER GEK bietet für Mitarbeiter/innen in der Öffentlichen Verwaltung und im Gesundheitswesen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) an, aber auch andere Branchen können sich von der Krankenkasse bei ihrem Bestreben, die Mitarbeiter/innen gesünder „zu machen“, unterstützen und beraten lassen. Spezielle Programme der BARMER GEK umfassen Themen wie „Gesunde Führung“, „Demografie“ und „Work-Life-Balance“, hier mit dem Schwerpunkt psychische Belastungen. Eine langjährige Zusammenarbeit der BARMER GEK besteht mit dem Hotel Intercontinental Berlin, das Maßnahmen für die Gesundheit der Mitarbeiter/innen durchführt. Das Hotel wurde für sein Engagement im Rahmen der Mitarbeitergesundheit im vergangenen Dezember im IHK-Wettbewerb „Potenzial Mitarbeiter – Unternehmen machen Zukunft“ ausgezeichnet. Für klein- und mittelständische Unternehmen der Metallbranche engagiert sich die BARMER GEK zurzeit in einem Modellprojekt zur Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), das von der Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA) zertifiziert ist.
Auch die AOK Berlin-Brandenburg ist im Bereich BGF aktiv. So ist das Resultat eines ebenfalls von BIGA zertifizierten Branchenprojekts für Gebäudereiniger/innen ein digitaler „Selbstcheck“ auf CD-ROM, den Unternehmen eigenständig in ihrem Betrieb einsetzen können. Erstellt wurde er auf der Grundlage einer Befragung von Mitarbeiter/innen in 14 Berliner Gebäudereiniger-Betrieben. So wurde ermittelt, welche Gefährdungen in der Arbeit die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen, aber auch welche positiven Faktoren ihr Wohlbefinden stärken. Herausgekommen ist ein Kurzfragebogen, der den Firmen eine Datengrundlage bietet, sich mit der Gesamtbranche zu vergleichen und Handlungsbedarfe abzuleiten.

Isabel Merchan

Arbeit und Psyche

Fehlzeitenreport befasst sich mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz

Dem aktuellen Fehlzeiten-Report zufolge entfallen bei den AOK-Mitgliedern inzwischen mehr als acht Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Störungen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage infolge solcher Diagnosen hat in den letzten zehn Jahren um fast 80 Prozent (!) zugenommen. Natürlich spielt hier eine Rolle, dass psychische Störungen weniger tabuisiert sind als früher und dass die psychotherapeutische Versorgung besser geworden ist – somit ein diagnostischer Effekt beim Anstieg der Fälle anzunehmen ist. Allerdings gibt es vielen Fachleuten zufolge auch eine reale Zunahme psychischer Störungen, bedingt durch unsere veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen. Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen dauern vergleichsweise lang. Entsprechend teuer sind psychische Störungen sowohl für die Betriebe als auch für die Krankenkassen.

Der Fehlzeitenreport versammelt im ersten Teil Beiträge rund um das Schwerpunktthema, in dieser Ausgabe z.B. zur Epidemiologie psychischer Störungen, zu potentiellen Ursachen, zu Kosten oder zu Ansätzen einer gesundheitsförderlichen Unternehmensführung. Eigene Kapitel sind dem Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz und Mobbing, den Belastungen durch Schicht- und Nacharbeit und dem Phänomen der Arbeitssucht gewidmet. Das Buch ist eine Fundgrube sowohl für Wissenschaftler/innen auf der Suche nach Daten als auch für Praktiker/innen in den Personalabteilungen und Betriebsräten, die mehr über konkrete Handlungskonzepte erfahren wollen. Die meisten Beiträge sind allgemeinverständlich geschrieben, obwohl die eine oder andere Tabelle mit T-Werten und Cronbachs Alpha wohl Leser/innen mit statistischen Kenntnissen vorbehalten bleibt. Etwas befremdet hat den Rezensenten dagegen ein Beitrag, in dem so viel von „Exzellenz“ und „Positivfokussierung“ die Rede ist, dass er stellenweise wie ein Werbeprospekt für eine Börsenplatzierung wirkt. Wie viel Betriebsrealität spiegelt eine solche Sprache wider? Und ist das nicht auch die Sprache, in der so manche Unternehmensberatung jene überzogene Erfolgsideologie propagiert, die Leistungsdruck, Versagensängste und letztlich psychische Störungen befördert? Dennoch ist der Fehlzeiten-Report 2009, wie seine Vorgänger, unbedingt zur Lektüre zu empfehlen. Ein anregendes Buch zu einem wichtigen Thema.

Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche. Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer-Verlag. Heidelberg. 2010. ISBN 978-3-642-01077-4. 466 Seiten. 44,95 Euro.

Dr. Joseph Kuhn, Dachau

„Unternehmenspreis Gesundheit“ verliehen

Im Dezember 2009 ist der „Deutsche Unternehmenspreis Gesundheit“ an sieben Unternehmen für ihre vorbildliche betriebliche Gesundheitsförderung verliehen worden. Der Schwerpunkt bei der Auszeichnung lag auf der Stärkung der psychischen Gesundheit von Arbeitnehmer/innen. Unter den Preisträger/innen waren die Deutsche Post AG, die Stadtwerke München und die BASF AG. Der 2009 bereits zum dritten Mal vergebene „Deutsche Unternehmenspreis Gesundheit“, initiiert vom BKK Bundesverband und der EU-Kommission, wird im Rahmen der europäischen Kampagne „Move Europe“ ausgelobt. Die Auszeichnung erhalten Unternehmen und Organisationen mit einem vorbildlichen Gesundheitsmanagement, die ihre Aktivitäten nicht nur auf die individuellen Verhaltensweisen richten, sondern auch Maßnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen erfolgreich umsetzen. Anfang März 2010 hat die neue Bewerbungsrunde für den „Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit 2010“ begonnen. Weitere Informationen unter *www.deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.de*.

Jetzt bestellen: Die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ wachsen!

Weitere Informationen unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

☐ **Bitte senden Sie mir die Arbeitshilfen nach ihrem Erscheinen komplett zu.**
☐ **Bitte senden Sie mir nur die Hefte 6 und 7 nach ihrem Erscheinen zu.**
☐ **Ja, ich möchte den Mailnewsletter des Kooperationsverbundes beziehen.**

Ihre Adresse wird elektronisch erfasst und gespeichert. Ihre Daten werden nur für die Zusendung von Informationen des Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. zum Thema Arbeitshilfen gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Anrede: _____

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail-Adresse
(bitte unbedingt angeben): _____

Bitte senden an:
Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
Fax 030 - 44 31 90 63 · **arbeitshilfen@gesundheitliche-chancengleichheit.de**

Suchtprävention

Kampagne gegen Computer- und Internetsucht

Update gegen Computer- und Internetsucht

Kampagne der Fachstelle für Suchtprävention gestartet

Die Diskussion über die Auswirkungen moderner Massenmedien hat sich in den letzten Jahren vom Fernsehkonsum auf die Computer- und Internetnutzung ausgeweitet. Dabei steht insbesondere die Frage nach dem Suchtpotenzial der (Online-Rollen-)Spiele und der Social Communities im Vordergrund.

Expert/innen führen kontroverse Debatten über die Wirkung der modernen Mediennutzung auf die kindliche Entwicklung. Propagieren die einen, dass unkontrollierter Medienkonsum dumm, dick und gewalttätig macht und Entwicklungsdefizite, innere Einsamkeit und Beziehungsstörungen zur Folge hat, weisen die anderen auf die didaktischen Potenziale der Neuen Medien hin und stellen fest, dass diese die Geschicklichkeit, das strategische Denken sowie die Kreativität von Kindern und Jugendlichen fördern.

Angesichts dieser oft polarisierenden Standpunkte ist es kein Wunder, dass Eltern verunsichert und ratlos sind. Wie viel Computerspielen und/oder Internetnutzung ist noch gut für mein Kind? Was ist noch „normal“ und was bereits problematisch? Aber auch Pädagogen/-innen haben ein großes Bedürfnis nach Informationen über den Umgang mit diesem Thema und mit den Jugendlichen, die die modernen Medien problematisch nutzen mit allen negativen Konsequenzen.

98 Prozent der Haushalte haben einen Internetzugang und 90 Prozent nutzen das Internet regelmäßig (JIM-Studie, 2009). Nahezu ein Viertel der Jungen und jedes zwanzigste Mädchen nutzen den Computer sehr intensiv, das heißt länger als 4,5 Std. täglich (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., 2009) – und die Tendenz ist steigend. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) empfohlene Bildschirmzeit von 8 Stunden pro Woche für Jugendliche wird hier deutlich überschritten. Von der KFN-Studie als abhängig eingestuft werden 3 Prozent der Jungen und 0,3 Prozent der Mädchen.

Was fasziniert die Jugendlichen?

Die Möglichkeiten, in andere Rollen und Wunschidentitäten zu schlüpfen, eine erfolgreiche Persönlichkeit darzustellen, oder auch anonym, unabhängig von physischen Attributen und ohne negative Konsequenzen zu kommunizieren, hat einen sehr hohen Reiz, ist aufregend. Die Nutzer/innen fühlen sich z. T. tatsächlich wie im Rausch. Die hohe Geschwindigkeit der Computerspiele sorgt für eine große Intensität und permanente Erregung. Schnelle Erfolge scheinen garantiert und die Belohnung lässt nicht lange auf sich warten. Ein weiterer Aspekt der Faszination von virtuellen Welten ist die Aufhebung der Gebundenheit an Zeit und Raum.

Neben den Online-Rollenspielen nehmen die Social Communities einen hohen Stellenwert ein. Der Wunsch nach Kontakt und Beziehung, die Möglichkeit der Selbstdarstellung, verknüpft mit dem unbedingten Wunsch nach Bestätigung, scheinen hier Erfüllung zu finden.

Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin hat auf die aktuellen Entwicklungen und den steigenden Bedarf reagiert und die Präventionskampagne „Update“ gegen Computer- und Internetsucht entwickelt und gestartet.

Die Kampagne beinhaltet etwa Präventions-Cards, die auch als Webvisitenkarte über *www.berlin-update-your-life*.de verschickt werden können. Sie sollen die Jugendlichen über mögliche Risiken im Umgang mit den Neuen Medien informieren und sie zum Austausch untereinander anregen. Auch können sich Jugendliche persönlich, telefonisch oder per Email in der Fachstelle für Suchtprävention beraten lassen.

Zudem werden Eltern und andere Familienangehörige in persönlicher Beratung und in Eltern-Kursen in ihrem Erziehungsverhalten gestärkt. Über die Kampagne werden Pädagog/innen fortgebildet, um in ihrem Berufsalltag adäquat steuern und eingreifen zu können. Zur Fortbildung dienen eine Fachkonferenz am 7. Mai 2010 in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse und dem Jugendnetz-Berlin sowie die Durchführung von Fachforen und Workshops. Die Kampagne beinhaltet auch Fachveröffentlichungen. So soll etwa ein unter *www.berlin-suchtpraevention.de* als Download bereit stehendes Factsheet informieren und aufklären.

„Update“ will informieren, sensibilisieren und aufklären – ohne zu dramatisieren und ohne zu verharmlosen. Das Ziel ist, Eltern, Fachkräfte und Jugendliche gleichermaßen zu befähigen, einen problemlosen und kompetenten Umgang mit den vielfältigen Angeboten von Computer und Internet zu vermitteln bzw. zu erlernen. Zudem sollen die Beteiligten lernen, auf eine mögliche problematische Entwicklung angemessen zu reagieren. Zu sagen bleibt: Computer und Internet sind Alltag – dahin gehört auch die Prävention!

Gunhild Stoll, Anke Schmidt
Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
Email: fachstelle.suchtpraevention@padev.de

Patienteninteressen

Interview über UPD / PatientenForum

„Eine wichtige Funktion in einer vielfältigen Informations- und Beratungslandschaft“

Interview mit K.-Dieter Voß, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, über die UPD und ihre Perspektiven

Info_Dienst: Die UPD und ihre Arbeit werden wissenschaftlich begleitet. Wie sehen die Ergebnisse der Evaluation aus?

K.-Dieter Voß: Die Prognos AG als wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes kommt zu dem Schluss, dass seit Gründung der UPD gGmbH wichtige „Schritte hin zu einer organisatorisch integrierten, thematisch profilierten und regional ausgewogenen Gesamtkontur“ einer unabhängigen Patientenberatung gemacht worden sind. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung existieren insgesamt tragfähige Gestaltungsmöglichkeiten für eine unabhängige Patientenberatung, die in der restlichen Laufzeit des Modellvorhabens vor allem im Hinblick auf die weitere Qualitätsentwicklung und Profilschärfung der Beratungsangebote vorangebracht werden können.

Info_Dienst: Welche Bilanz zieht die GKV bislang aus dem Modellprojekt Unabhängige Patientenberatung?

K.-Dieter Voß: Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, der das Modellvorhaben seit dem 1. 7. 2008 finanziert, liegen nach einer fast 10-jährigen Erprobungsphase ausreichende Erkenntnisse vor, wie Informationsangebote, die unter dem Label „unabhängig“ und „neutral“ firmieren, von der Bevölkerung genutzt werden und welche Strukturen und Prozesse für eine künftige Ausgestaltung Erfolg versprechend sind. Entscheidend sind danach hohe, einheitliche Qualitätsstandards, ein klares Profil der Beratungsfelder und auch eine starke zentrale Steuerungseinheit, die klar definierte Managementfunktionen wahrnimmt. Es bedarf nun einer klaren gesetzlichen Regelung, die zum einen die Unabhängigkeit und Qualität eines solchen Informations- und Beratungsangebotes sicherstellt, aber auch dafür Sorge trägt, dass keine unnötigen Doppelstrukturen entstehen, sondern vorhandene Angebote vernetzt werden. Notwendig ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch, dass künftig die private Krankenversicherung zu einer Mitfinanzierung der unabhängigen Patientenberatung herangezogen wird. Zudem muss der GKV-Spitzenverband weiterhin korrigierend auf der strategischen Ebene eingreifen können, falls Mitgliedsbeiträge der Versicherten sachfremd verwendet werden.

Info_Dienst: Was empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat des Modellvorhabens als Profil einer künftigen unabhängigen Patientenberatung?

K.-Dieter Voß: Aus Sicht des wissenschaftlichen Beirats, der seine Position in einem eigenen Eckpunkte-Papier zusammengefasst hat, erfüllt eine unabhängige Patientenberatung „unter der Voraussetzung klar definierter Qualitätsmerkmale eine wichtige, ergänzende Funktion in einer vielfältigen Informations- und Beratungslandschaft“. Dabei liegt das Profilierungsfeld in den Bereichen, „in denen andere Anbieter Eigeninteressen verfolgen und inhaltliche Neutralität nicht gesichert ist.“ Hierzu gehören laut Prognos u. a. die Beratung bei Konflikten mit Leistungserbringern und Kostenträgern, die Information über Rechte und Ansprüche der Versicherten oder auch die Information über neue gesetzliche Bestimmungen.

Eine wichtige Funktion ist dabei die Wahrnehmung einer Lotsenfunktion. Damit ist gemeint, dass sich eine unabhängige Patientenberatung als integraler Bestandteil der bestehenden Beratungslandschaft begreift und sich als die Stelle profiliert, „bei der Nutzer verlässliche Information bekommen bzw. erfahren, wo an weiterer Stelle Information und Beratung in hoher Qualität erhältlich ist.“

Darüber hinaus liegt nach Auffassung des Beirats – und auch der GKV – ein wichtiger Nutzen darin, dass eine unabhängige Patientenberatung Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit, die z. B. Aufschluss über Versorgungsprobleme wie Über-, Unter- oder Fehlversorgung geben, in das Gesundheitssystem zurückspiegelt. Hierfür bedarf es noch eines standardisierten Informations- und Rückmeldesystems.

Info_Dienst: Welche Perspektive hat eine unabhängige Patientenberatung? Gibt es Pläne zu einem flächendeckenden Ausbau der UPD?

K.-Dieter Voß: Die weitere Perspektive hängt entscheidend von den zukünftigen gesetzlichen Rahmenbedingungen ab. Wenn politisch die Weichen für eine unabhängige Patientenberatung gestellt werden, ist es wichtig, dass dieses Angebot niedrigschwellig allen Nutzer/innen zur Verfügung steht. Hierzu leistet

Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) wird als Modellvorhaben über den GKV-Spitzenverband gefördert. Zum 31. Dezember 2010 läuft die Förderung aus. Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts wurden auf der Veranstaltung „Unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung – ein Modell mit Zukunft?“ am 25. Februar 2010 in Berlin vorgestellt. Der zweite Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung, die Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes sowie das Positionspapier des wissenschaftlichen Beirats stehen als Download zur Verfügung unter: *www.gkv-spitzenverband.de* (Versorgungsbereiche der GKV/Patienten- und Verbraucherberatung).
Zur Person K.-Dieter Voß siehe S.5 in diesem Info_Dienst.

u. a. die kostenlose Hotline einen wichtigen Beitrag. Eine flächendeckende Ausweitung regionaler Angebote erscheint auch aus Sicht des Beirats entbehrlich, weil die jetzt bestehenden Strukturen bereits einen relevanten Teil der Nachfrage abdecken. Annähernd 70 Prozent der Ratsuchenden nutzen das Telefon oder Internet für ihre Fragen. Die Unabhängigen Patientenberatungen müssen – verbunden mit bereits bestehenden Angeboten – Kern eines Netzwerkes mit Arbeitsteilungen werden.
Für den GKV-Spitzenverband war es wichtig, mit der Vorlage von Eckpunkten (Stand: September 2009) und der öffentlichen Vorstellung des zweiten Zwischenberichts des Modellvorhabens die politische Diskussion über zukünftige Perspektiven des Modellvorhabens zu unterstützen.

Das Interview führte Isabel Merchan

Wie stärken wir die Rechte von Proband/innen und Patient/innen?

PatientenForum auch im neuen Jahr in der Diskussion

Immer stärker werden in den letzten Jahren Patient/innen umworben, um sie für die Beteiligung an klinischen Studien zu gewinnen. Die Hersteller von Arzneimitteln treten gezielt an Selbsthilfegruppen, aber auch – etwa über öffentliche Plakatwerbung – an die Bürger/innen heran. Gerade Einkommensschwache stellen sich oft als Proband/innen für Studien zur Verfügung, um sich über die Aufwandsentschädigungen einen geringen Verdienst zu sichern.

Was gute Studien ausmacht und welche Rechte Patient/innen haben, wenn sie an Studien teilnehmen, legten Roswitha Bussar-Maatz und Peter Martus von der Charité Universitätsklinik in der ersten Veranstaltung des PatientenForums im neuen Jahr am 11. Januar dar. Sie betonten, dass die Proband/innen im Vorfeld über Inhalt und Umfang der Studie aufgeklärt werden und anschließend ihre Einwilligung zur Teilnahme geben müssen. Begleitend wird ein Prüfplan erstellt, dessen Einhaltung überwacht wird. Zwingend erforderlich ist, dass die Studien von wissenschaftlichem Personal durchgeführt werden. Die Patient/innen müssen jederzeit die Möglichkeit haben, sie abzubrechen. Die durchführenden Ärzt/innen sind verpflichtet, sich von einer Ethik-Kommission beraten zu lassen und unterliegen der Schweigepflicht. Ziele von Studien sind laut Roswitha Bussar-Maatz und Peter Martus die Entwicklung neuer Arzneimittel, die Verbesserung der medizinischen Versorgung und die Ermittlung von Risikofaktoren.

Einzelfall oder Systemfehler?

Trotz der verbindlich geltenden Standards der „Good Clinical Practice“ erinnerten Roswitha Bussar-Maatz und Peter Martus an das immer wieder öffentlich werdende Fehlverhalten und die Skandale im Rahmen von klinischen Studien. Hier fragte das Publikum kritisch nach, ob dies Einzelfälle oder eher strukturelle Probleme seien. Solange die Arzneimittelhersteller auch die Studien bei der Wissenschaft in Auftrag geben, sei es sehr schwer, unabhängige Resultate zu erzielen, so die Publikumsstimmen. Das Interesse der Pharma-Industrie, die klinische Prüfung erfolgreich abzuschließen, überwiege oft gegenüber dem Interesse an neutralen Ergebnissen. Dazu geselle sich noch das Problem, das die zuständige Ethik-Kommission etwa des Berliner Senats zu wenige Ressourcen habe, um tatsächlich effektive Kontrollen durchzuführen.

Dass Patient/innen sich genau informieren sollten, ob sie an einer klinischen Studie teilnehmen möchten, wurde auch in der Folgeveranstaltung des PatientenForums am 8. Februar deutlich: Der auf Patientenrecht spezialisierte Anwalt Dominik Kellner stellte dar, dass für klinische Studien zwar prinzipiell Versicherungen abgeschlossen werden müssen, die im Schadensfall haften. Diese zahlen jedoch keine Schmerzensgelder, so dass geschädigte Proband/innen auch durch Klagen nur sehr geringe Aussichten auf finanzielle Wiedergutmachung haben. Der Gesetzgeber geht hier davon aus, dass Patient/innen, die sich an solchen Studien beteiligen, bewusst ein gewisses Risiko in Kauf nehmen, und daher einen deutlich verringerten Anspruch auf Schmerzensgeld haben.

Jenseits von klinischen Studien konnten aber, wie Dominik Kellner darstellte, in den letzten Jahren wichtige Rechte für Patient/innen errungen werden. Mittlerweile gibt es an verschiedenen Gerichten bis hin zum Bundesgerichtshof spezialisierte Kammern, die sich ausschließlich um medizinrechtliche Fragen kümmern. Als wichtigste Patientenrechte nannte Kellner etwa das Recht auf Aufklärung, auf freie Arzt- und Krankenhauswahl und auf Vertraulichkeit.

Nur wenige dieser Rechte sind allerdings bisher gesetzlich geregelt. Im aktuellen Koalitionsvertrag ist ein neuer Anlauf für das in der letzten Legislaturperiode gescheiterte Patien-

tenschutzgesetz vereinbart, der allerdings lediglich die bestehenden Patientenrechte bündeln soll. Es sollen also keine neuen Rechte geschaffen, sondern lediglich bestehende Rechte zusammengefasst werden.
Wie auch in der lebendig geführten Diskussion betont wurde, wäre ein Ausbau der Rechte von Patient/innen jedoch dringend vonnöten. Neben einer allgemeinen Entwicklung der Beteiligungsrechte wurden ganz konkrete Vorschläge gemacht: So sollte etwa Rechtsklarheit hinsichtlich des Umfangs der Dokumentationspflicht geschaffen werden, Krankenkassen müssten das Recht erhalten, mit Patient/innenzustimmung die entsprechenden Dokumentationen der Krankenhäuser zu sichten. Das PatientenForum wird sich dem Thema weiterhin widmen.

Stefan Weigand

Termine

Weitere Termine auch unter www.gesundheitberlin.de und 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

Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Bewegung und Ernährung
Mittwoch, 17. März 2010, 15 – 17 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Mittwoch, 17. März 2010, 17 – 19 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Altern und Gesundheit
Dienstag, 13. April 2010, 16 – 18.30 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Mittwoch, 21. April 2010, 17 – 19 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Betriebliche Gesundheitsförderung
Dienstag, 27. April 2010, 15 – 17 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Mittwoch, 12. Mai 2010, 17 – 19 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Bewegung und Ernährung
Mittwoch, 16. Juni 2010, 15 – 17 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Mittwoch, 16. Juni 2010, 17 – 19 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreistreffen
Altern und Gesundheit
Dienstag, 22. Juni 2010, 16 – 18.30 Uhr
Ort: Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Tagungen organisiert oder mit veranstaltet von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Fachtagung
Arbeit von morgen – gerecht verteilt und gesund?!
Mittwoch, 23. Juni 2010
Ort: Friedrich-Ebert-Stiftung, Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin

Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

Abschlusstagung
Allein lebende Demenzkranke
Donnerstag, 15. April 2010
Veranstalter: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz
Ort: Berlin
Tel.: 030 / 259 37 95 17
www.deutsche-alzheimer.de

Konferenz
9. DHS-Sucht-Selbsthilfekonferenz 2010,
Thema: Gesundheit
Freitag, 23. April 2010 - Sonntag, 25. April 2010
Veranstalter: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
Ort: Erkner (bei Berlin)
Tel.: 0 23 81 / 90 15 - 19
www.dhs.de

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihre Adresse geändert hat:
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030/ 44 31 90 60, Fax: 030/ 44 31 90 63
Email: koenig@gesundheitberlin.de

Seminar
Jugendliche und Stadt(teil)entwicklung: Erfolgreiche Beteiligungsansätze von jugendlichen Migranten
Montag, 26. April 2010 –
Dienstag, 27. April 2010
Veranstalter: Deutsches Institut für Urbanistik
Ort: Berlin
Tel.: 030 / 39 001-259
www.difu.de

Veranstaltungen im Bundesgebiet

Fachtagung
Interdisziplinäre Frühförderung im System der Frühen Hilfen
Montag, 22. März 2010 –
Dienstag, 23. März 2010
Veranstalter: Institut inForm
Ort: Kassel
Tel.: 0 64 21/ 491 – 140
www.lebenshilfe.de

Fachtagung
Migration und seelische Gesundheit
Freitag, 26. März 2010 –
Samstag, 27. März 2010
Veranstalter: Klinikum Nürnberg, Stadt Nürnberg, CEKIB
Ort: Nürnberg
Tel.: 0911 / 398 2037
www.klinikum-nuernberg.de

Kongress
CareFair Germany 2010
Veranstalter: FairCongress
Donnerstag, 22. April 2010 –
Freitag, 23. April 2010
Ort: Nürnberg
Tel.: 0 42 21 / 298 70 10
www.carefair-germany.de

Tagung
ERNÄHRUNG AKTUELL für Ernährungsfachleute und interessierte Verbraucher
Freitag, 7. Mai 2010 – Samstag, 8. Mai 2010
Veranstalter: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB)
Ort: Wettenberg/Gießen
Tel.: 06 41 / 80 89 6-0
www.ugb.de

Erlebnismesse
Mensch und Gesundheit
Samstag, 29. Mai 2010 - Sonntag, 30. Mai 2010
Veranstalter: Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus, Konzern der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Ort: Eberswalde
Tel.: 03334/ 69 24 75
www.mug-messe.de

Gesundheit als Kapital

Regina Brunnett analysiert den Bedeutungswandel und Mehrwert von Gesundheit

In den westlichen Gesellschaften boomt der Markt für Wellness- und Gesundheitsprodukte: Wenn Produkte und Dienstleistungen mit Gesundheit „positiv aufgeladen“ werden, lässt sich mit ihnen viel Geld verdienen. Zugleich bildet Gesundheit für Individuen eine Art Kapital, das sie als „Unternehmer ihrer selbst“ strategisch einsetzen, um sich am Arbeitsmarkt zu behaupten. Dadurch aber wird die Arbeit an der eigenen Gesundheit zur Pflicht, wird die „gesundheitliche Selbstmodellierung“ zur Norm. Dies ist die zentrale These der Hamburger Soziologin Regina Brunnett, die den Bedeutungswandel von Gesundheit in Zusammenhang mit dem Wandel der Arbeits- und Lebensverhältnisse untersucht.

Die Autorin stellt für ihren Untersuchungszeitraum von den 1970er Jahren bis heute einen „gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs von Gesundheit und ihre Entwicklung zu einem kulturellen Bedürfnis, das – ähnlich wie Freizeit – vorrangig über den Konsum befriedigt wird“ fest. Gesundheit werde zunehmend weniger als „Gebrauchswert“, sondern immer mehr als Lebensstil und „Ausdrucksform der Persönlichkeit“ gesehen. Dieser von ihr als „symbolisch“ bezeichneten Gesundheit im Sinne einer Fähigkeit oder Basiskompetenz schreibt sie unter Bezugnahme auf den französischen Soziologen Pierre Bourdieu einen „sozialen Mehrwert“ zu: Symbolische Gesundheit lässt sich zwar nicht unmittelbar in Geld umwandeln, beeinflusst aber die Möglichkeiten von ökonomischem Erfolg.

Die Autorin sieht somit einen engen Zusammenhang zwischen der symbolischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Organisation von Arbeit, die sie unter dem Stichwort „Postfordismus“ analysiert: Deindustrialisierung, der Abbau sozialer Sicherungssysteme und neue Formen der Organisation von Arbeit haben für die Individuen flexiblere und zunehmend unsichere Arbeits- und Lebensverhältnisse zur Folge. Während so einerseits die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz steigen, stehen die Einzelnen andererseits unter immer größerem Druck, ständig „in das psychisch-soziale Kapital Gesundheit“ zu investieren, „damit sie nicht ihre Positionierung im sozialen Gefüge verlieren“.

Auf die Schattenseiten des Bedeutungswandels von Gesundheit geht die Autorin am Ende des Buches ein: Unter den Bedingungen einer solchermaßen veränderten Beziehung zwischen Gesellschaft, Gesundheit und Individuum werden „Erkrankungen nicht auf belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen, sondern auf missglückte, individuelle Anpassung‘ zurückgeführt.“ Die Folge: Arbeitnehmer/innen begreifen Druck und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz zunehmend als persönliches Problem, anstatt gemeinsam auf die Veränderung der ungesunden Bedingungen hinzuwirken. Angesichts dieser bedenklichen Entwicklungen kommt Regina Brunnetts Buch über die disziplinierende Macht der „symbolischen Gesundheit“ zur rechten Zeit.

Katharina Zeiher

Regina Brunnett: Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. Bielefeld: transcriptVerlag 2009

Impressum

Herausgeber und Verleger:
Gesundheit Berlin-Brandenburg,
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung
Friedrichstr. 231,
10969 Berlin,
Tel. 030-44 31 90-60,
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail:
post@gesundheitberlin.de,
www.gesundheitberlin.de

Redaktion:
Carola Gold (V.i.S.d.P), Isabel Merchan
Weitere Autor/innen dieser Ausgabe:
Gesine Bär, Martina Block, Dr. Gudrun Borchardt, Stefan Bräunling, Danielle Dobberstein, Svenja Dubben, Judith Grimm, Dr. Josefine Heusinger, Maren Janella, Holger Kilian, Dr. Joseph Kuhn, Carina Kuhr, Antje Laudi, Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Andrea Möllmann, Stefan Pospiech, Dr. Iris Schiek, Anke Schmidt, Gunhild Stoll, Dr. Heinz Trommer, Stefan Weigand, Katharina Zeiher, Marco Ziesemer
Namentlich gekennzeichnete Beitrage geben die Meinung der Autor/innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Auflage: 4.500
Satz und Layout:
Connye Wolff, Brachvogelstraße 5, 10961 Berlin
Telefon (030) 61 20 34 86, www.connye.com
Druck:
Prototyp Print GmbH
Wilhelmstraße 118, 10963 Berlin
Copyright:
Gesundheit Berlin-Brandenburg, März 2010
Beiträge und Ankündigungen für den Info-Dienst 2/2010 bitte bis 30. April 2010 per E-Mail an: redaktion@gesundheitberlin.de
ISSN 1614-5305

Bildnachweise:
S.3, 4,17 Jan Röhl Fotografie, S. 5 GKV Spitzenverband, S. 7 Rike Hertwig; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), S. 10 LIGA NRW / Jürgen Rehrmann, S. 14 Judith Grimm; www.pixelio.de, S. 15 StockXChange AB550, S. 16 Leonora Schwarz, www.pixelio.de, S. 16 Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, S. 11, 17, 21 Michael Fahrig, S. 18 Dirk Schelpe und Marianne Hauck, beide www.pixelio.de, S. 19 www.pixelio.de, S.22 Rainer Sturm, www.pixelio.de, S. 24 Peter Kirchhoff, www.pixelio.de, S. 26 StockXChange