

Gesundheitliche Chancengleichheit als Querschnittsaufgabe – Übersicht zu Praxisprojekten

Dr. Raimund Geene MPH, Gesundheit Berlin e.V.

unter Mitarbeit von Dipl. Soz. Holger Kilian MPH, Dr. Antje Richter und Claudia Brendler, Ärztin

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern durch Umwelteinflüsse

Der Nachweis gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelteinflüssen ist - wie schon das Standardwerk der Umweltmedizin¹ feststellt - schwierig zu führen und umstritten. Das Methodenprogramm der Umweltmedizin, insbesondere die Toxikologie, die Epidemiologie und die Hygiene, stoßen hier regelmäßig an Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Eine evidente Kausalkette lässt sich in aller Regel nicht feststellen.

Tatsächlich geht es auch bei einem eher noxenorientierten Ansatz der Umweltmedizin zumeist nur um kleine Einflussfaktoren, deren Wirkung bestenfalls langfristig bemessen werden kann.

Bei Kindern und Jugendlichen scheidet diese Betrachtung schon von daher weitgehend aus.

Fehr² schlägt daher in seinem Konzept der „Ökologischen Gesundheitsförderung“ einen „Modal split“ vor, nach dem die verschiedenen Einflussgrößen zusammen getragen werden.

Besonderen Stellenwert misst er dabei den so genannten „Lebensstilen“ bei, also dem gesundheitsrelevanten Verhalten der Menschen. Solche Lebensstile sind allerdings nicht frei gewählt, sondern obliegen den Handlungsoptionen des jeweiligen sozialen Umfeldes: sie müssen mithin als sozial determiniert gelten³.

Es gibt auch einzelne Untersuchungen, in denen Fragen der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die umweltbedingten Gesundheitsbelastungen unter dem Blickwinkel der sozial ungleichen Gesundheitschancen und der so genannten „Umweltgerechtigkeit“⁴ betrachtet werden.

Andreas Mielck⁵ arbeitet dabei auf dem Hintergrund der Hamburger Einschulungsuntersuchungen von 1979 heraus, dass die Höhe des Anteils an Schulanfängern aus

¹ Wichmann, H.E; Schlipköter, HW; Fülgraff, Georges (Hg.) 1992: Handbuch der Umweltmedizin. Toxikologie, Epidemiologie, Hygiene, Belastungen, Wirkungen, Diagnostik, Prophylaxe. Landsberg/Lech: ecomed.

² Fehr, Rainer 2001: Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Bern Göttingen: Huber.

³ Hurrelmann, Klaus, Albert, Mathias 2002, Jugend 2002 - Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus, 14. Shell Jugendstudie, Frankfurt/Main: Fischer Tb.

⁴ Maschewsky, Werner 2001: Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Frankfurt/Main: VAS.

⁵ Mielck, Andreas 2000: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern Göttingen: Huber.

Arbeiterhaushalten mit der Höhe der Belastung der Außenluft mit Schwefeldioxid und Stickstoffmonoxid korreliert – je höher der Anteil, desto höher die Belastung.

Einschulungsuntersuchungen aus Brandenburg von 1994, vor allem aber auch die so genannte „Bitterfeldstudie“⁶, haben in Entsprechung deutlich gemacht: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern von Schulanfängern, desto höher die Straßenverkehrsbelastung am Wohnort. Auch eine weitere Ableitung ergibt sich aus der Bitterfeld-Studie: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern, desto höher die Belastung der Innenraumluft mit Staub, Blei, Cadmium und Arsen bei Kindern.

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

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

(SOEP 1984-86, veröffentlicht in: Noll/Habich 1990, eigene Darstellung)

Interessant ist auch die subjektive und objektive Gesundheitsgefährdung. So sind Angehörige der unteren sozialen Schicht einer signifikant stärkeren Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung ausgeliefert.

Dies drückt sich jedoch nicht in den entsprechenden Symptomen aus. Vielmehr zeigt sich hier eine deutlich umgekehrte Signifikanz: je höher der Bildungsgrad der Eltern, desto höher die Gefahr allergischer Reaktionen.

| Schulbildung der Eltern | Schulbildung der Eltern | | |
|-------------------------|-------------------------|----------|-------------------|
| | Weniger als 10 Jahre | 10 Jahre | mehr als 10 Jahre |
| Anteil in Stichprobe | 8,0% | 49,2% | 42,8% |
| Asthma | 4,7% | 7,8% | 10,8% |
| Ekzem | 4,2% | 9,6% | 11,8% |
| Allerg. Reaktion | 10,5% | 12,6% | 15,3% |

⁶ Heinrich J; Mielck, Andreas; Schäfer, I; Mey W 1998: Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze, in: Wichmann et al. 1998.

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

Eine hier aufgeworfene Hypothese bezieht sich auf den „reporting bias“: schichtspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und / oder in der Erinnerung an zurück liegende Krankheiten. Sowohl ein „over-reporting“ der oberen als auch ein „under-reporting“ der unteren sozialen Schichten könnte hier gegeben sein. Auch die Frage der Objektivität entsprechend erhobener medizinischer Befunde scheint in diesem Zusammenhang angezeigt.

Eine in umweltmedizinischen Bereichen stärker diskutierte Hypothese zielt hingegen darauf ab, dass es wohlmöglich in oberen sozialen Schichten Formen der hygienischen Übersensibilisierung gebe mit der unerwünschten Konsequenz mangelnder Abwehrkräfte des Kindes. Da es zu sehr von Bakterien, Pilzen, Noxen abgeschottet gewesen sei, gebe es Defizite im Immunaufbau, so die Überlegung. Diese Hypothese ist jedoch empirisch kaum untermauert.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Nach diesem Vorspann zur Diskussion um sozial bedingte Gesundheitschancen und Umweltgerechtigkeit möchte ich mich nun wieder stärker fokussieren auf generalisierbare Erkenntnisse zu Armut und Gesundheit.

Gesundheitliche Chancengleichheit

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

- Arme Menschen haben eine etwa 7 Jahre kürzere Lebenserwartung
- Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein, und sie haben ein wesentlich geringere Ressourcen zur Bewältigungsbelastung⁷.

Tatsächlich hat die kontinuierliche Entwicklung von Wissenschaft und Technik zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen im Laufe des letzten Jahrhunderts geführt. Trotz steigender Lebenserwartung wächst aber bedauerlicherweise die Schere der Ungleichheit in Mortalität und Morbidität zwischen den sozialen Schichten.

In der Forschung werden zwei kausale Zusammenhänge von Armut und Gesundheit debattiert. Es stellen sich die Fragen: „Macht Armut krank?“ und „Macht Krankheit arm?“ In beiden Fällen ist eine Intervention notwendig. Besser als eine „Therapie“ ist Prävention. Diese muss nicht nur

⁷ Rosenbrock, Rolf, Geene, Raimund.: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. In: Geene, Raimund, Gold, Carola (Hg.): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 4. Berlin, b_books, S. 10-26.

frühzeitig, sondern auch rechtzeitig ansetzen. Zur Konzeption eines umfassenden Angebotes zur Gesundheitsförderung gerade bei sozial Benachteiligten gehört die Erfassung bereits bestehender Maßnahmen und das Nutzbarmachen der bereits gesammelten praktischen und theoretischen Erfahrungen.

Die objektiven und subjektiven Lebensbedingungen von gesellschaftlichen Gruppen und Einzelnen spielen eine entscheidende Rolle im Veränderungsansatz. Bei einer systematischen Erfassung der bestehenden Angebote muss nach Lebensstufen (z.B. Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und verschiedene Stufen des Alters) und Lebenslagen (u.a. Frauen, Arbeitslose, Migrant/innen, Obdachlose, Homosexuelle) mit spezifischen Benachteiligungen differenziert werden. Um mit gesundheitsfördernden Angeboten insbesondere schwer zugängliche Zielgruppen - wie sozial benachteiligte Personengruppen - erreichen zu können, muss mit den Betroffenen an ihren Lebenssituationen und Orten (den so genannten „Settings“⁸) gearbeitet werden.

Die Neufassung der Gesundheitsförderung durch den § 20(1) SGB V trägt dem Anspruch einer Zielgruppen- und Qualitätsorientierung der Maßnahmen Rechnung. Prioritäre Berücksichtigung soll dabei der Soziallagenbezug erhalten. *„Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“* heißt es im Gesetzestext.

Datenbank Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

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

Die Datenbank soll die Transparenz des unübersichtlichen Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten für alle interessierten Akteure erhöhen und die

⁸ Kickbusch, Ilona 2003, Gesundheitsförderung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, München Jena, S. 181-189.

Kommunikation und Vernetzung zwischen den Anbietern befördern. Durch die Vorstellung „vorbildlicher“ Angebote in späteren Phasen des Projektes können Anbieter Impulse und Anregungen für die Umsetzung eigener Maßnahmen erhalten.

Im Folgenden werde ich einen ersten Überblick geben über die Angaben von 2.256 Angeboten, die in unsere erste Auswertung im Februar 2003 einbezogen werden konnten. Mit Stand vom August 2003 sind inzwischen gut 2.700 Projekte und Maßnahmen verzeichnet, die jedoch das Gesamtbild nicht wesentlich ändern. Allerdings werden in die Auswertung jeweils nur die „geschlossenen“ („Ankreuz“-) Fragen einbezogen. Angaben in Freitextfeldern, die in der Datenbank ebenfalls enthalten sind, bedürfen einer späteren vertiefenden Untersuchung. Dabei finden auch keine Bereinigungen der durch Selbstangaben der Projekte ermittelten Daten – unter welchen Kriterien auch immer - statt. Es handelt sich also um eine zunächst rein deskriptive Darstellung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung in Deutschland. Sie ist dennoch bislang einzigartig in der Bundesrepublik und eine wichtige Grundlage für ein vertieftes Verständnis des sich hier neu entwickelnden Fachgebietes.

Orte der Gesundheitsförderung

Wo finden sich Angebote der Gesundheitsförderung? Die nach Bundesländern aufgeteilte Zusammenstellung zeigt, dass mehr Angebote in den Städten (Stadtstaaten) als in Flächenländern stattfinden. Berlin weist dabei mit 11,6 Angeboten pro 100.000 Einwohnern die mit Abstand größte Angebotsdichte auf, was zum Teil darauf zurückzuführen sein wird, dass Gesundheit Berlin e.V. als durchführende Institution hier über einen besonders guten Feldzugang verfügt. Eine eindeutige Ost-West-Differenzierung lässt sich jedoch nicht erkennen: Die ostdeutschen Bundesländer finden sich sowohl unter den Ländern mit vielen Angeboten, wie in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern, als auch im „Mittelfeld“, z.B. Brandenburg, und im unteren Bereich, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Die Beschreibung lässt noch keine Rückschlüsse auf die Frage zu, ob die Rangfolge der länderspezifischen Angebotsdichte die Situation in den Bundesländern angemessen widerspiegelt. Probleme des Feldzugangs können zu systematischen Verzerrungen führen. Solche Fragen könnten nur „vor Ort“, z.B. im Rahmen regionaler Arbeitskreise zu „Armut und Gesundheit“, diskutiert werden.

Angebote nach Bundesländern

| Bundesland | Angebote | Angebote pro 100.000 Einwohner |
|------------------------|--------------|-----------------------------------|
| Berlin | 394 | 11,6 |
| Thüringen | 158 | 6,0 |
| Bremen | 31 | 5,8 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 107 | 5,5 |
| Hamburg | 63 | 3,9 |
| Schleswig-Holstein | 93 | 3,6 |
| Baden-Württemberg | 239 | 2,6 |
| Rheinland-Pfalz | 94 | 2,5 |
| Brandenburg | 65 | 2,5 |
| Hessen | 133 | 2,4 |
| Nordrhein-Westfalen | 395 | 2,3 |
| Saarland | 23 | 2,2 |
| Niedersachsen | 137 | 1,9 |
| Sachsen | 88 | 1,8 |
| Bayern | 191 | 1,7 |
| Sachsen-Anhalt | 45 | 1,5 |
| Gesamt | 2.256 | |

Adressaten der Gesundheitsförderung

Projekte mit der ausschließlichen Orientierung auf Kinder und Jugendliche bilden die Ausnahme (hier: 442 Angebote, entspricht 19,6%). Vielmehr beziehen sich die meisten Projekte auch auf Erwachsene, wenngleich zum Teil auch auf Erwachsene als Multiplikatoren in Jugendeinrichtungen.

Auch hinsichtlich der Lebenslagen der angesprochenen Zielgruppen zeigt sich ein breites Spektrum mit zahlreichen Überschneidungen. Dies drückt sich auch darin aus, dass es keine eindeutig dominierende Zielgruppe gibt.

Zielgruppen nach Altersgruppen (n = 2.137)

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

Zielgruppen (n = 1.989)

| Zielgruppen | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|---|--------|----------------|------------|
| Sehr niedriges Einkommen | 658 | 8,7 | 33,1 |
| Arbeitslose | 553 | 7,3 | 27,8 |
| Alleinerziehende | 552 | 7,3 | 27,8 |
| Bewohner/innen sozialer Brennpunkte | 534 | 7,0 | 26,9 |
| Eltern in Belastungssituationen | 505 | 6,7 | 25,4 |
| Sehr niedrige Schulbildung | 490 | 6,5 | 24,7 |
| Migranten/innen | 484 | 6,4 | 24,4 |
| Sehr niedriger beruflicher Status | 474 | 6,2 | 23,9 |
| Aussiedler/innen | 441 | 5,8 | 22,2 |
| Kinderreiche Familien | 376 | 5,0 | 18,9 |
| Migranten/innen mit schlechten Deutschkenntnissen | 371 | 4,9 | 18,7 |
| Asylbewerber/innen | 261 | 3,4 | 13,1 |
| Wohnungslose | 228 | 3,0 | 11,5 |
| Flüchtlinge | 168 | 2,2 | 8,5 |
| Strafgefangene | 168 | 2,2 | 8,5 |
| "Illegale" | 140 | 1,8 | 7,0 |
| Prostituierte | 117 | 1,5 | 5,9 |
| Sonstige Zielgruppen | 1.071 | 14,1 | 53,9 |

Settings als Orte der Gesundheitsförderung

Für eine zielgruppengerechte Konzeption der Angebote ist die Wahl angemessener Zugangswege von entscheidender Bedeutung. Durch verhaltenspräventive Kurs-Angebote sind schwer ansprechbare Zielgruppen kaum zu erreichen. In der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte gilt daher der Setting-Ansatz (s.o.) als besonders geeignet.

Die große Mehrzahl der Gesundheitsförderer gibt an, setting-orientiert zu arbeiten.

⁹ Die Spalte „Nennungen in %“ enthält bei Fragen mit der Option zu Mehrfachnennungen den prozentualen Anteil der Nennungen einer Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Nennungen, so dass die Spaltensumme immer gleich 100% ist. Erfasst wird damit die relative Bedeutung einer Antwortkategorie.

Arbeitet das Angebot nach dem Setting-Ansatz?

| | Häufigkeit | Prozent |
|--------------------------|------------|---------|
| Setting-Ansatz | 1.326 | 68,8 |
| Kein Setting-Ansatz | 469 | 24,3 |
| Teilweise Setting-Ansatz | 132 | 6,9 |
| Gesamt | 1.927 | 100,0 |
| Fehlend | 329 | |
| | | |

Skepsis ist angebracht, ob die Selbstauskunft der Anbieter tatsächlich Beleg für eine klare Dominanz des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Diese Skepsis wird dadurch bestärkt, dass sich nur 1.119 Angebote (50% der Gesamtheit) einem Setting (Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeitbereich, Kindertagesstätte (Kita) ,Schule) zuordnen lassen.

Angebote in Setting-Bereichen (n = 1.119)

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

Der hohe Anteil der Setting-Beziehungen kann aber auch dahingehend interpretiert werden, dass dem Setting-Ansatz im Bewusstsein der Maßnahmen-Anbieter zunehmend Bedeutung zukommt und sich zu einem „Leitbild“ zielgruppenadäquater und effektiver Gesundheitsförderung entwickelt. Dies korrespondiert mit der Bedeutung, die dem Setting-Ansatz in den Konzepten der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20(1) (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2001 und 2002), in fachlichen Publikationen (vgl. Prävention 3/2002) und in der Politikberatung (vgl. SVR 2001 und 2003) zukommt¹¹.

¹⁰ Die Spalte „Fälle in %“ enthält den prozentualen Anteil der Nennungen jeder Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle (hier: ausgewertete Angebote). Sind Mehrfachnennungen möglich, kann die Spaltensumme weit über 100% liegen.

¹¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) 2002: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002. o.O.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) 2001: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001. o.O.

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

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

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

Im Folgenden werden die Inhalte der Angebote in den Settings Schule und Kindertagesstätte näher beschrieben. Die Daten und ihre Auswertung wurden dabei erstellt von meiner Kollegin Antje Richter von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen.

Die Gesamtzahl der ausgewerteten Angebote im Setting Schule liegt bei 217, im Setting Kita bei 73. Auffallend ist die deutlich höhere Anzahl der Angebote für den Schulbereich im Vergleich zum Kita-Bereich. Denkbar ist, dass dieses Ergebnis ein Abbild der „Präventionslandschaft“ erlaubt. Offenbar werden auf Schulen stärkere Präventionsanstrengungen gerichtet, u.a. um die Erreichbarkeit ganzer Jahrgänge im schulischen Zusammenhang zu nutzen. Modellversuche wie das OPUS-Netzwerk, das Netzwerk Schule 21 oder das Programm Klasse 2000 haben im Schulbereich dafür gesorgt, dass Inhalte der Gesundheitsförderung in vielen Schulen bereits regulär einbezogen sind. Eine ähnliche Bewegung ist im Kitabereich nicht ersichtlich, obwohl verschiedene Gründe für eine wünschenswerte Verstärkung der Bemühungen sprechen. Die gute Erreichbarkeit von Kindern in der frühen Kindheit, die Möglichkeit Eltern in die Prävention einzubeziehen sowie das positive Image von Kitas bei den Nutzern und ihre Eingebundenheit in den Stadtteil/Sozialraum bilden dafür geeignete Voraussetzungen.

Prävention 3/2002, Zeitschrift für Gesundheitsförderung: Schwerpunkttheft "Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung".

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003. Bonn: SVR.

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Bonn: SVR.

Zielkategorien für Setting-Angebote in Schule und Kita

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

Setting Schule

Unter den schulischen Maßnahmen überwiegen sowohl im Gesundheits- wie im Sozialbereich die „klassischen“ Bereiche Suchtprävention, Bewegungsangebote oder Betreuungsangebote. Auffallend häufig werden Angebote zur Suchtprävention mit unterschiedlichsten Schwerpunktsetzungen und Zielgruppen genannt. Sie finden oft in Form von Gruppenarbeit bzw. Projektwochen statt.

Ein ähnlich breitgefächertes Spektrum ist bei den Bewegungsangeboten zu finden. Unter den Betreuungsangeboten existieren neben Freizeitangeboten in der Nachmittagsbetreuung und Hausaufgabenbetreuung auch Schülerclubs. Die Vermittlung sozialer Kompetenzen und das konfliktarme Miteinander in der Gruppe stehen bei Angeboten zum Sozialen Lernen im Vordergrund. Immer werden hier Inhalte der Gesundheitsförderung kreativ einbezogen. Umgesetzt wird dies beispielsweise durch Kooperation einer Grundschule mit einem

benachbarten Abenteuerspielplatz, aber auch durch Theaterpädagogik, durch die gemeinsame Zubereitung von Frühstücksmahlzeiten für die Klasse oder durch Erste-Hilfe Kurse.

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

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

Setting Kita

Anders stellt sich die Situation im Kitabereich dar. Betreuungsangebote, fachspezifische Qualifizierung von Multiplikatoren und die Kooperation von Quartiersmanagement und Stadtteilarbeit mit den Kitas stellen hier die Mehrzahl der Angebote. Das übliche Betreuungsangebot der Kita wird erweitert durch Bemühungen um Öffnungszeiten, die dem Arbeitszeitbedarf Rechnung tragen. Von großer Bedeutung sind die Anstrengungen zur fachspezifischen Qualifizierung von Multiplikatoren in der Sucht- oder Gewaltprävention, in psychosozialen und interkulturellen Wissensgebieten oder in der Sprachförderung. Dies sind lohnende Interventionsfelder, denn Erzieher/innen machen häufig genauere Beobachtungen bezogen auf Störungen in der kindlichen Entwicklung, leiten diese aber nicht immer weiter oder werden nach eigenen Aussagen wegen fehlender Ausdrucks- und Darlegungsmöglichkeiten von Eltern wie von Ärzten nicht ernst genommen.

Ein Teil der Angebote richtet sich auf die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten. Dazu werden Aktionstage oder Projekte zur Reduzierung von Übergewicht angeboten. Die Frühstücksmahlzeit oder ein ergänzendes Frühstück für sozial benachteiligte Kinder aus Obst, Milchprodukten und Teegetränken gehört für viele Kitas zum selbstverständlichen Tagesablauf. In diesem Sinne könnten die deskriptiven Ergebnisse der Datenbank ein „Opfer des eigenen Erfolges“ ausdrücken: weil Anforderungen an gesunde Ernährung bereits derart stark verinnerlicht sind, werden sie nicht mehr als spezifisch gesundheitsförderliche Maßnahme begriffen. In dieser Folge werden unter dieser Kategorie nur relativ wenig Angebote aufgeführt. Analoges scheint sich auch im Bereich der Bewegungsangebote abzubilden.

Es ist anzunehmen, dass die erfragten Angebote die wirkliche Situation im Kitabereich zwar andeuten, aber nicht umfassend darstellen können. Gesundheit und Gesundheitsförderung

spielen dort traditionell eine bedeutende Rolle und gehören selbstverständlich zum Alltag (vgl. Hygiene, Zahnpflege, gemeinsames Frühstück etc.). Allein schon aus diesem Grund sollten Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte in der Kita entsprechend dem Settingansatz ausgebaut werden. Sie könnten vielfach an eine bewährte Gesundheits-„Kultur“ in der Einrichtung anschließen, die Eltern einbeziehen und so die vorhandenen Gesundheitspotenziale nutzen.

Den erneuten Nachweis, dass diese Maßnahmen gerade für von Armut betroffenen Kindern dringend erforderlich sind, hat die Anfang des Jahres erschienene 2. AWO-ISS Studie¹² erbracht. Bei armen Kindern im Vorschul- und im frühen Grundschulalter erweist sich der Gesundheitszustand als deutlicher Indikator für eine problembelastete Lebenssituation. Die Mehrzahl der untersuchten armen Kinder leidet unter psychosomatischen und/oder chronischen Erkrankungen. Setzt man dieses Ergebnis in Beziehung zu ihrer Lebenslage, bedeutet es eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht nur ihrer aktuellen Lebenssituation, sondern auch zukünftiger Entwicklungs- und Gesundheitschancen. Die familienergänzenden Leistungen der Kindertagesstätten können dieser benachteiligenden Situation entgegenwirken und so für mehr gesundheitliche und soziale Chancengleichheit sorgen.

Ziele und Methoden der Gesundheitsförderung

Zwei Drittel der Anbieter – hier wieder betrachtet auf die Gesamtmenge der Rückmeldungen – nennen die Stärkung der Bewältigungsressourcen als ein Ziel ihrer Maßnahmen. Eine eher „unspezifische“ salutogenetische Ausrichtung wird auch bei der „Stressbewältigung“ als Handlungsfeld mit der zweithäufigsten Anzahl von Nennungen deutlich. Es folgen deutlich spezifizierte „präventive“ Handlungsfelder wie die Förderung gesunder Ernährung und die Prävention von Alkoholkonsum oder Gewalt.

Über zwei Drittel der Angebote geben drei oder mehr Handlungsfelder an, in denen sie sich für die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens einsetzen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Maßnahmenanbieter eine Stärkung der Bewältigungsressourcen als Voraussetzung für die Arbeit an „spezifisch“ gesundheitsbezogenen Zielen betrachtet.

¹² Holz, Gerda, Skoluda, Susanne 2002, Armut im frühen Grundschulalter. Eine vertiefende Untersuchung zu Lebenssituation, Ressourcen und Bewältigungshandeln von Kindern. ISS-Aktuell 14/2002, Frankfurt Main.

Ziel: Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens (n=2.082)

| Handlungsfeld | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|------------------------|--------|----------------|------------|
| Bewältigungsressourcen | 1.353 | 15,2 | 65,0 |
| Stressbewältigung | 951 | 10,7 | 45,7 |
| Ernährung | 832 | 9,4 | 40,0 |
| Alkoholprävention | 814 | 9,2 | 39,1 |
| Gewaltprävention | 729 | 8,2 | 35,0 |
| Medikamentenkonsum | 699 | 7,9 | 33,6 |
| Drogenprävention | 658 | 7,4 | 31,6 |
| Sport und Bewegung | 585 | 6,6 | 28,1 |
| Rauchprävention | 527 | 5,9 | 25,3 |
| Sexualverhalten | 505 | 5,7 | 24,3 |
| AIDS-Prävention | 425 | 4,8 | 20,4 |
| Unfallprävention | 191 | 2,1 | 9,2 |
| Sonstige | 617 | 6,9 | 29,6 |

Die Bedeutung relativ unspezifischer ressourcenorientierter Ansätze, durch die die Zielgruppe befähigt werden soll, aus eigener Kraft gesundheitsgefährdende Belastungen zu bewältigen, zeigt sich auch in der Auflistung der Maßnahmen zur Stärkung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen. Die mit Abstand meisten Nennungen erhalten Ansätze, die sich um die **soziale Integration** der Zielgruppen bemühen und damit einen wichtigen Beitrag zur Schaffung und Stärkung des „Kohärenzgefühls“ leisten¹³.

Ziel: Stärkung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen (n = 1.989)

| Bereich | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|---------------------------------------|--------|----------------|------------|
| Verbesserung der sozialen Integration | 1395 | 18,6 | 70,1 |
| Stärkung der sozialen Unterstützung | 1234 | 16,4 | 62,0 |
| Sozialberatung | 979 | 13,0 | 49,2 |
| Gewalt- / Aggressionsbewältigung | 655 | 8,7 | 32,9 |
| Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche | 562 | 7,5 | 28,3 |
| Hilfe bei der Wohnungssuche | 517 | 6,9 | 26,0 |
| Kinder- / Jugendschutz | 407 | 5,4 | 20,5 |
| Budget- / Schuldnerberatung | 392 | 5,2 | 19,7 |
| Hilfe bei der Kinderbetreuung | 376 | 5,0 | 18,9 |
| Schwangerschaft / Geburtsvorbereitung | 283 | 3,8 | 14,2 |
| Sprachunterricht | 194 | 2,6 | 9,8 |
| Sonstige Interventionsansätze | 519 | 6,9 | 26,1 |

¹³ Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. erweiterte Ausgabe von Alexa Franke.

Tübingen: Dgvt-Verlag.

Auch im Bereich der Stärkung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen kommt es in hohem Maße zur Überschneidung mehrerer Zielbereiche. Die Stärkung sozialer Integration und sozialer Unterstützung kann als ein „gemeinsamer Nenner“ der ansonsten sehr problemspezifisch arbeitenden Angebote gelten kann.

738 Angebote setzen sich dafür ein, die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgungsangebote zu verbessern.

Verbesserung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung (n = 738)

| Versorgungsangebot | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|---|---------------|-----------------------|-------------------|
| Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen | 304 | 25,6 | 41,2 |
| Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen | 246 | 20,7 | 33,3 |
| Impfungen | 208 | 17,5 | 28,2 |
| Sonstige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung | 431 | 36,2 | 58,4 |

Zu den Angebotsarten

Nur etwa ein Drittel der Angebote machen ein „exklusives“ Angebot machen, während die übrigen Maßnahmen zwei oder mehr Angebotsarten umfassen. Fast zwei Drittel aller Maßnahmen bieten Beratungen an, die damit fast doppelt so oft genannt werden wie die in der Häufigkeit der Nennung folgenden Bildungs- und Schulungsangebote.

(n = 2.185)

| Angebotsart | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|--|---------------|-----------------------|-------------------|
| Beratungsangebot | 1.358 | 23,5 | 62,2 |
| Bildungsangebot / Schulungsprogramm | 758 | 13,1 | 34,7 |
| Freizeitangebot | 632 | 10,9 | 28,9 |
| Erstellung von Materialien | 403 | 7,0 | 18,4 |
| Aktionstag | 400 | 6,9 | 18,3 |
| Tagung / Veranstaltung(sreihe) | 382 | 6,6 | 17,5 |
| Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung | 351 | 6,1 | 16,1 |
| Versorgungsangebot (z.B. Mittagstisch) | 288 | 5,0 | 13,2 |
| Gesundheitstag / -woche | 265 | 4,6 | 12,1 |
| Ausstellung | 184 | 3,2 | 8,4 |
| Sonstige Angebotsart | 754 | 13,1 | 34,5 |

Zur Kooperation und Vernetzung

Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen kommen in der Praxis gesundheitsfördernder Angebote besondere Bedeutung zu, da durch gelungene Kooperationen Ressourcen und Erfahrungen zielgerichtet gebündelt werden können. Sie sind zudem ein guter Indikator dafür, ob die Qualität der Angebote fortlaufend weiter entwickelt wird.

Kooperationspartner (n = 2.129)

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

Lediglich 1,3% der Anbieter geben an, ganz ohne Kooperationspartner zu arbeiten. In etwa der Hälfte aller Angebote wird mit bis zu fünf Partnern kooperiert.

Angesichts des hohen Stellenwertes von Beratungsangeboten verwundert es nicht, dass Beratungsstellen von fast zwei Dritteln der Angebote als Kooperationspartner genannt werden.

Bei der Erstellung gesundheitsfördernder Angebote haben Gesundheits-, Sozial- und Jugendämter, die jeweils über 40% der Nennungen erhalten, einen hohen Stellenwert.

Kooperations- und Netzwerkbeziehungen können teilweise sehr komplex aufgebaut sein und bedürfen ihrerseits eines Qualitätsmanagements.

Die Einbeziehung von Multiplikatoren/innen bzw. Mediatoren/innen bietet die Gewähr dafür, Zielgruppen angemessen ansprechen und erreichen zu können. Sie sind damit eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionen.

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

| Multiplikatoren | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|--|--------|----------------|------------|
| Sozialarbeiter/innen / Sozialpädagogen/innen | 1.462 | 16,0 | 68,7 |
| Berater/innen | 983 | 10,8 | 46,2 |
| Ärzte / Ärztinnen | 935 | 10,2 | 44,0 |
| Lehrer/innen | 709 | 7,8 | 33,3 |
| Eltern | 654 | 7,2 | 30,7 |
| Psychologen/innen | 652 | 7,1 | 30,7 |
| Fachöffentlichkeit | 640 | 7,0 | 30,1 |
| Erzieher/innen | 547 | 6,0 | 25,7 |
| Kursleiter/innen | 428 | 4,7 | 20,1 |
| Jugendarbeiter/innen | 416 | 4,6 | 19,6 |
| Peers / Gleichaltrige | 290 | 3,2 | 13,6 |
| Krankenschwestern / -pfleger | 255 | 2,8 | 12,0 |
| Ausbilder/innen | 254 | 2,8 | 11,9 |
| Mediatoren (z.B. Dolmetscher/innen) | 229 | 2,5 | 10,8 |
| Hebammen | 119 | 1,3 | 5,6 |
| Sonstige Multiplikatoren / Mediatoren | 457 | 5,0 | 21,5 |
| Keine Multiplikatoren / Mediatoren | 95 | 1,0 | 4,5 |

Nur 4,5% der Angebote arbeiten ohne Multiplikatoren und Mediatoren. Der starke soziale Bezug der Angebote wird durch die Nennung von Sozialarbeiter/innen als häufigste Multiplikatoren-Gruppe unterstrichen.

Ein weiterer starker Indikator für eine laufende Qualitätsentwicklung liegt in der Dokumentation und Evaluation der erbrachten Leistungen der Gesundheitsförderung. Die systematische Darstellung der Tätigkeiten per Dokumentation, im günstigen Fall sogar flankiert durch methodisch aufbereitete, bewertende Rückmeldungen von innen oder sogar außen durch Evaluation bietet eine wichtige Voraussetzung für Optimierungsprozesse.

Über die Hälfte der Angebote gibt an, dass eine Dokumentation ihrer Arbeit (z.B. in Gestalt eines Jahresberichtes) vorliegt. Der überwiegende Teil der dokumentierten Angebote erstellt diese Berichte im Sinne einer internen Dokumentation selbst. 22,5% der Angebote können auf keine Dokumentation verweisen, auch nicht prospektiv.

| | Häufigkeit | Prozent | Kumulierte Prozente |
|-------------------------|------------|---------|---------------------|
| keine Dokumentation | 442 | 22,5 | 22,5 |
| Dokumentation geplant | 314 | 16,0 | 38,4 |
| Dokumentation in Arbeit | 178 | 9,0 | 47,5 |
| interne Dokumentation | 928 | 47,2 | 94,6 |
| externe Dokumentation | 106 | 5,4 | 100,0 |
| Gesamt | 1.968 | 100,0 | |
| Fehlend | 288 | | |

Evaluation der Angebote

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

| | Häufigkeit | Prozent | Kumulierte Prozente |
|----------------------|------------|---------|---------------------|
| keine Evaluation | 705 | 39,8 | 39,8 |
| Evaluation geplant | 391 | 22,1 | 61,8 |
| Evaluation in Arbeit | 166 | 9,4 | 71,2 |
| interne Evaluation | 391 | 22,1 | 93,2 |
| externe Evaluation | 120 | 6,8 | 100,0 |
| Gesamt | 1.773 | 100,0 | |
| Fehlend | 483 | | |

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

Finanzierung der Gesundheitsförderung

Angaben zu den Finanzierungsquellen der Angebote lassen zwar Aussagen über ihre Verbreitung zu, erlauben jedoch keine Aussagen über ihren quantitativen Stellenwert für die Finanzierung der Angebote. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass nur ein Drittel der Angebote sich ausschließlich aus einer Quelle finanziert, der größte Teil arbeitet mit einem Finanzierungs-Mix.

Drei von vier gesundheitsfördernden Angeboten für sozial Benachteiligte geben an, auch öffentliche Mittel zur Verfügung zu haben, damit erhält diese Finanzierungsquelle mit Abstand die meisten Nennungen. Einen hohen Stellenwert haben Spenden und Vereinsgelder. Jedes fünfte Angebot setzt auch Ehrenamtliche ein. Bezogen auf die Gesamtheit der erfassten Angebote haben Krankenkassen als Geldgeber für 12% der Angebote eine eher geringe Verbreitung.

Finanzierungsquellen (n = 2.131)

| Finanzierungsquelle | Anzahl | Nennungen in % | Fälle in % |
|-------------------------------|--------|----------------|------------|
| Öffentliche Mittel | 1.657 | 33,5 | 77,8 |
| Spenden | 758 | 15,3 | 35,6 |
| Vereinsgelder | 446 | 9,0 | 20,9 |
| Ehrenamtliche | 428 | 8,7 | 20,1 |
| Teilnehmer/innenbeiträge | 371 | 7,5 | 17,4 |
| Sponsorengelder | 288 | 5,8 | 13,5 |
| Krankenkassen | 259 | 5,2 | 12,2 |
| Stiftungsgelder | 170 | 3,4 | 8,0 |
| Sonstige Finanzierungsquellen | 567 | 11,5 | 26,6 |

Die differenzierte Betrachtung der öffentlichen Mitteln zeigt, dass Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte in erster Linie Aufgabe der Länder und Kommunen ist, die jeweils von etwa 60% aller aus öffentlichen Mitteln finanzierter Angebote genannt werden. Dem gegenüber einen eher nachgeordneten Stellenwert besitzen Bundesmittel und Gelder aus Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM). Im Vergleich zu älteren Beobachtungen der Gesundheitsförderung¹⁴ ergibt sich daraus ein deutlich reduzierter Anteil der Finanzierung über Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit. Es ist anzunehmen, dass dieser Bereich im Zuge entsprechender Umstrukturierungen zukünftig weitere Einsparungen erfährt.

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

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

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

¹⁴ Geene, Raimund (1997), Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz?, in: Geene, Raimund, Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Schmengler, Berlin

Insgesamt wird deutlich, dass die Krankenkassen den gesetzlich formulierten Auftrag der Gesundheitsförderung unter der besonderen Berücksichtigung sozial ungleicher Gesundheitschancen noch nicht in vorgesehenem Maße erfüllen. Die Leitlinien der Krankenkassen (s.o.) deuten allerdings darauf hin, dass in einzelnen Schritten in diese Richtung gegangen wird. Über die Verhältnismäßigkeit kann in diesem Rahmen nur spekuliert werden, da die Datenbank keine absoluten Summen einstellt, sondern nur die unterschiedlichen Finanzierungsquellen, die ihrerseits nicht quantifiziert werden können.

Differenzierung der Finanzierungsquelle „Krankenkassen-Mittel“ (n = 190)

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

Praxis der Gesundheitsförderung

Ziel von Erhebung und Datenbank ist neben der Abbildung der bestehenden Breite der Angebote auch die Möglichkeit der Filterung besonders nachahmenswerter und innovativer Projekte im Rahmen nachfolgender Arbeitsphasen. Dafür bedarf es allerdings einer intensiven Aufarbeitung, z.B. im Rahmen regionaler Knoten und Arbeitsgruppen vor Ort. Dennoch ist es an dieser Stelle wichtig, dem etwas abstrakten Überblick auch eine kurze, stichwortartige Einblick in die konkrete Praxis der gesundheitsförderlichen Angebote zu geben. Die Auswahl folgt dabei an dieser Stelle keinen systematischen Kriterien, sondern folgt eher zufällig dem Erkenntnisinteresse des Verfassers im Zuge der Vorbereitung des Weltgesundheitstages 2003 unter dem Motto „Gesunde Umwelt – gesunde Kinder“ ergeben. Filterkriterium waren daher die Stichworte Kinder und Umwelt. Im Folgenden werden einige dieser Projekte kurz skizziert. Die Auswahl stellt keine Bewertung im Vergleich zu anderen Projekten dar.

Eine grobe Aufteilung der Projekte zu Kindern, Umwelt und Gesundheit ergab sich durch die Zielbereiche und fachlichen Zuordnungen, wobei in drei Bereichen Häufungen festzustellen sind:

- Gesundheitsförderungsprojekte zur Verbesserung des Wohnumfeldes, vor allem im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“,
- Gesundheitsförderungsprojekte als Schulprojekte,

- Gesundheitsförderungsprojekte als Kooperationsprojekte von z.B. Jugend-, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen oder als multidisziplinäre Netzwerkstrukturen.

Die Projekte zeichnen sich weniger durch ein stringentes Methodenprogramm aus als vielmehr durch einen hohen Grad an Selbst- und Betroffenenorganisation, einen unmittelbaren Problembezug und – neben den klassischen gesundheitserzieherischen Strategien – durch eine stark verhältnispräventive Orientierung.

Praxisbeispiele sind im Anhang stichwortartig aufgelistet. Exemplarisch wird dort auch die z.T. in Kooperation mit Gesundheit Berlin e.V. durchgeführte Aktionsform der „Kiezdetektive“ etwas ausführlicher dargestellt.

Ausblick

So evident der Bedarf an präventiven Maßnahmen für die Gesundheit insbesondere der Kinder und Jugendlichen ist, so unklar ist die konkrete Strategiebildung, diese offensichtliche Anforderung an das Gesundheitssystem zu erfüllen. Weitgehend unbekannt sind Art und Anzahl der Träger, ihre Methoden, Interventionsstrategien, Zielgruppen, Zugangswege, Finanzierungsquellen sowie die Qualität ihrer Arbeit.

Aus einer umfassenden Betrachtung der Gesundheitsförderungsprojekte in Deutschland, die die hier vorgestellte, zunächst deskriptive Betrachtung andeutet, ergibt sich kein einheitliches Bild, außer vielleicht der wenig befriedigenden Erkenntnis der „Methodenvielfalt“. Um so wichtiger ist es, den hier eingeschlagenen Weg der Zusammenführung weiter zu verfolgen.

Ein erster Schritt ist es, allen Interessierten die Möglichkeit zur Nutzung des Informations-Bestandes zu Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu geben. Daher steht seit August 2003 unter der bekannten Internet-Domain www.datenbank-gesundheitsprojekte.de eine Recherche-Funktion zur Verfügung. Diese ermöglicht die zielgenaue Angebotssuche. Suchkriterien sind dabei der Name des Angebots bzw. Anbieters, Handlungsfelder, Setting, Angebotsart, Zielgruppen, Altersgruppen, Geschlechtsspezifität oder auch die regionale Eingrenzung der Suchergebnisse möglich nach Bundesland, Postleitzahl oder Ort.

In einem weiteren Schritt wird die Datenbank noch im laufenden Jahr eine umfassende Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ausgebaut. Weiterführende Informationen

(z.B. aufbereitete Ergebnisse thematisch relevanter Studien), Materialien und Service-Angebote (Termine, Adressen, Diskussionsforen) werden zur Verfügung gestellt.

Wichtig ist aber auch der persönliche Austausch der Gesundheitsförderer. Ein wesentlicher Ort ist hier der alljährlich stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ am ersten Dezemberwochenende in Berlin. Dieser findet am 5. und 6. Dezember 2003 bereits zum 9. Mal statt. Aber auch in der alltäglichen Praxis ist der fachliche Austausch von großer Bedeutung. In Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung planen daher die Landesvereinigungen für Gesundheit den Aufbau von dezentralen Arbeitskreisen zu „Armut und Gesundheit“, flankiert von regionalen Knotenstellen in den Bundesländern.

Die durch die Datenbank erarbeitete Zusammenstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bietet die bislang nicht gegebene Möglichkeit, „gute“ Angebote mit Motivationscharakter für andere Anbieter zu identifizieren. Um die Auswahl der Angebote „guter“ Praxis aus der Gesamtheit der erfassten Angebote auf eine systematische Grundlage zu stellen, sollen im weiteren Diskussions- und Arbeitsprozess Kriterien guter Gesundheitsförderung entwickelt werden. Vorgesehen ist dabei vor allem ein fachlicher Profilierungs- und Qualifizierungsprozess, der die praktischen Erfahrungen zusammen führt und in einen regelmäßigen Austausch bringt.

Auf diese Art werden die Praktiker der Gesundheitsförderung einen eigenständigen und wesentlichen Beitrag leisten zur Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, wie sie von allen Beteiligten gewünscht ist.

Anlage: Beispielhafte Praxisprojekte

Stichwortartig

Wohnumfeld / Soziale Stadt I

- *Stadterneuerung Ebingen-West*

Koordinierende Aktivitäten von Stadt und Wohnungsbaugesellschaft zum Rückbau, zur Teilentsiegelung, zur Spielplatzeinrichtung und zum Aktiv-Sport

Träger: Stadtverwaltung Albstadt

- *Schwabach, Schwalbenweg*

Abriss und Neubau einer Obdachlosensiedlung unter sozial-pädagogischer Begleitung der Bewohner und der Maßnahme

Träger :Stadt Schwabach, Stadtjugendamt

Wohnumfeld / Soziale Stadt II

- *Gesundheitshaus Bismarck*

als Initiative zur Weiterentwicklung des Gesundheitsamtes mit Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung, zum Gesundheitssport u.a.

Träger: Gesundheitsamt Gelsenkirchen

- *Mainz, Berliner Viertel*

Bürgerbeteiligung zur Wohnumfeldverbesserung

Träger: Stadtverwaltung Mainz

- *Kiezdetektive, Berlin*

Aktivitäten zur Kinderbeteiligung in Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg sowie Marzahn-Hellersdorf u.a.

Träger: Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Berliner Bezirke, Koordinierungsstellen für Gesunde Stadt

Fallbeispiel: Kiezdetektive

Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt

Ziele

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

Zielgruppen

Kinder von 6 – 14 Jahren aus Schule, Hort, Kitas, Freizeiteinrichtungen

Methoden

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

Voraussetzungen / Bedingungen

- Ernstnehmen der Kinderbeteiligung durch die Politiker
- Personelle Kontinuität der Politiker
- Wille zum Umsetzen der Ergebnisse
- Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung
- Intensive Öffentlichkeitsarbeit
- Kontinuierliche Betreuung durch eine verantwortliche Projektkoordination

Kiezdetektive – Problemdarstellung I

- Belästigung einer Mädchengruppe der Lenau-Schule durch Jungen eines Fahrradladen-Projekts.
- Islamische Grundschule kritisiert, dass die vom Bezirksamt zugesagten Spielgeräte noch nicht gekommen sind.
- Zäune zwischen freiem Grundstück Kita Schlesische Str./Mädchenprojekt Rabia und Seniorenfreizeitstätte Falckensteinstr. und fehlender Kontakt zwischen Kita-Kindern und Senioren.

Kiezdetektive – Problemdarstellung II

- Um Bäume herum liegen Flaschen, Dosen, kaputte Wäscheständer und ganze Plastiktüten voller Hausmüll.
- Drogenszene am Kotti macht Angst, weil da immer so komische Gestalten rumhängen.
- Wunsch nach einem Zebrastreifen über die Prinzenstraße an der Baerwaldbrücke. Dies ist eine sehr gefährliche Stelle, da die Straße den Park kreuzt und hier sehr viele Kinder und alte Menschen unterwegs sind.

Kiezdetektive – Schätze I

Der Gemüseladen gegenüber vom Schülerladen ist ein Schatz. Der Besitzer ist immer freundlich zu uns. Uns gefällt, dass in Kreuzberg so viele Menschen unterschiedlicher Herkunft leben. Uns gefällt der Kinderbauernhof im Görlitzer Park.

Kiezdetektive – Schätze II

Wir erhielten Schutz vor einem Pitbull in einem Naturkostladen. Uns gefällt unsere Schule (Jens-Nydahl-Schule). Wir fanden die Aktion Kiezdetektive sehr schön.

Schulprojekte

- Lärmprävention Hamburg-Nord

als Initiative des Bezirksamtes zur Reduktion von Lärmbelastung für Schüler/innen in sozial benachteiligten Wohngebieten

Träger: Bezirksamt Hamburg

- Umweltschule in Europa

Programm zur umweltfreundlichen Schulgestaltung, Reduktion von Gestank, Lärm und Verwahrlosung, Aktivierung von Schüler/innen, Eltern und Lehrerkollegium

Träger: Grundschule 34 Erfurt

Verbesserung des Lebensalltages

- HOT Haushaltsorganisationstraining

Familienbegleitung, Beratung zu Gesundheits-, Umwelt- und Ernährungsverhalten

Träger: Deutscher Caritasverband e.V.

- Früherfassung und aufsuchende Beratung des Jugendamtes auf dem Hintergrund SHE

Beratung und Kompetenzvermittlung im Bereich Lärmreduktion, Schimmel, Nässe, Verwahrlosung, Verelendung

Träger: Stadt Neubrandenburg

Umweltbewusstsein

- Schülerclub Abenteuerkiste

Kurse für Lücke-Kinder in Berlin-Marzahn mit Naturmaterialien zur Förderung ihres Umwelt- und Gesundheitsbewusstseins

Träger: Robinson e.V.

- Mauerplatz

Kinderbauernhof mit Angeboten zur kreativen Umweltgestaltung und sozialen Integration von Kindern im sozialen Brennpunkt in Berlin-Kreuzberg

Träger: Kinderbauernhof Mauerplatz e.V.

Koordination und Multiplikatorenarbeit

- Kindersicherheit

Koordinierungskreis zur Verstärkung der Prävention von Kinderunfällen, Initiierung und Umsetzung von „Kindersicherheitstagen“

Träger: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

- Gewaltprävention

Leitfaden zur Orientierungs- und Handlungspraxis von Kinderärzten zum Vorkommen von Gewalt gegen Kinder

Träger: Katholische Fachhochschule Saarbrücken

