

DOKUMENTATION DES 6. KOOPERATIONSTREFFENS DES  
KOOPERATIONSVERBUNDES  
"GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN"  
AM 4. NOVEMBER 2008 IN BERLIN



**REDAKTION UND KONTAKT:**

Carola Gold, Holger Kilian

Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"

Geschäftsstelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Friedrichstraße 231

10969 Berlin

Tel. 030/ 44 31 90 60

Fax: 030/ 44 31 90 63

Email: [info@gesundheitsliche-chancengleichheit.de](mailto:info@gesundheitsliche-chancengleichheit.de)

Internet: [www.gesundheitsliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitsliche-chancengleichheit.de)

Fotos: BZgA und Nadja Gowinkowski



## **INHALT**

### **BEGRÜSSUNGEN**

Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA)	4
Senator Dr. Dietrich Wersich	6
Einführungsvortrag von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt	7

### **GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN –**

#### **HERAUSFORDERUNGEN FÜR MEHR GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT**

Impulsbeitrag von Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)	9
Podiumsdiskussion mit Thomas Altgeld, Prof. Dr. Elisabeth Pott, Senator Dr. Dietrich Wersich und Dr. Hans Jürgen Ahrens	10

### **GUTE PRAXIS IN DIE FLÄCHE BRINGEN –**

#### **QUARTIERE ZU GESUNDEN LEBENSWELTEN ENTWICKELN**

Impulsbeitrag von Anne Janz (Stadt Kassel, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages)	13
Diskussion mit Dr. Petra Drohsel, Dr. Sabine Voermanns, Dr. Antje Richter und Anne Janz	14

### **GUTE PRAXIS IN DIE FLÄCHE BRINGEN –**

#### **QUARTIERE ZU GESUNDEN LEBENSWELTEN ENTWICKELN**

Impulsbeitrag von Prof. Rolf Rosenbrock (WZB)	17
Diskussion mit Dr. Volker Wanek, Petra Hofrichter, Norbert Lettau und Prof. Rolf Rosenbrock	19

### **VERABSCHIEDUNG**

Prof. Dr. Elisabeth Pott	23
--------------------------	----

<b>TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER</b>	24
---------------------------------------	----

<b>PROGRAMM</b>	27
-----------------	----

<b>KURZDARSTELLUNG DES KOOPERATIONSVERBUNDES</b>	29
--	----

## BEGRÜSSUNG DURCH PROF. DR. ELISABETH POTT (BZGA)

Prof. Pott begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 6. Kooperationstreffens „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Sie bedankt sich ganz besonders herzlich bei Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit, weil sie durch ihre Teilnahme die Bedeutung der Veranstaltung und der Aktivitäten des Kooperationsverbundes unterstreicht, und heißt sie herzlich willkommen.

Ausdrücklich bedankt sich Prof. Pott auch für die gute Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, insbesondere bei der Erstellung der „Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“.



*BZgA-Direktorin Prof. Elisabeth Pott*

Ein ganz besonders herzlicher Dank geht dann an Senator Dr. Dietrich Wersich, den Gastgeber des Kooperationstreffens. Prof. Pott hebt hervor, dass Hamburg eines der ersten Bundesländer war, das einen Regionalen Knoten einrichtete und auch als eines der ersten Länder dessen paritätische Finanzierung durch das Land und die gesetzlichen Krankenkassen sicherstellte.

Das 6. Treffen der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner widmet sich der Frage, wie Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Zielgruppen weiter in die

Fläche gebracht werden kann und welche Hindernisse dabei zu überwinden sind.

Forschungsergebnisse belegen, dass Gesundheitsförderung vor allem sozial benachteiligte Menschen erreichen und ihre Gesundheitsressourcen stärken muss, da diese ein hohes Risiko haben, schwer zu erkranken und früher zu sterben. So haben Männer aus unteren sozialen Schichten eine um elf Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus höheren sozialen Schichten. Bei Frauen beträgt der Unterschied acht Jahre. Betrachtet man die Lebensjahre bei guter Gesundheit, dann beträgt der Unterschied bei Männern sogar vierzehn Jahre, bei Frauen zehn Jahre.

Vor diesem Hintergrund hat die BZgA 2001 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit damit begonnen, in Deutschland einen Kooperationsverbund aufzubauen. Diese Organisationsstruktur sollte dazu beitragen, bessere Gesundheitschancen für sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen. Es ging darum, Transparenz im Feld zu schaffen und Modelle gelingender Praxis in die Fläche zu tragen. Dazu mussten folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Akteure führen Projekte und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung durch?
- Um welche Angebote handelt es sich?
- Wie können wir qualitätsvolle und bewährte Praxis identifizieren und in die Fläche bringen?

Im Laufe der Arbeit wurde schnell deutlich, dass insbesondere die Verbreitung bewährter soziallagenbezogener Gesundheitsförderung eine sehr große Herausforderung darstellt. Prof. Pott betont, dass diese schwierige Aufgabe nur gemeinsam mit vielen Akteuren in einem Netzwerk auf Bundesebene bewältigt werden konnte. So wurde auf Initiative der BZgA am 12. November 2003 der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als Netzwerk gegründet. Seit 2007



gibt es die Regionalen Knoten als Netzwerkstellen für die Gesundheitsförderung in allen Bundesländern. Ziel der gemeinsamen Arbeit ist es, einen substanziellen und nachhaltigen Beitrag zum wohl wichtigsten Handlungsfeld von Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten: Der Gesundheitsförderung für unterschiedliche Zielgruppen in schwierigen Lebensverhältnissen. Inzwischen gehören 52 Partnerorganisationen dem Verbund an und engagieren sich nachdrücklich für die Umsetzung und Weiterentwicklung dieses Ansatzes.



*Prof. Elisabeth Pott*

Prof. Pott bedankt sich bei den Mitgliedern des Kooperationsverbundes und weiteren Partnerinnen und Partnern, ohne deren Engagement die erfolgreiche Arbeit der letzten Jahre nicht möglich gewesen wäre:

- den **Landesvereinigungen für Gesundheit** und **der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung** für einen schon frühzeitigen und umsetzungsorientierten fachlichen Einstieg und die konstruktive Unterstützung beim Aufbau der Regionalen Knoten
- den **Krankenkassen**, teilweise Akteure der ersten Stunde, für ihre Angebote für sozial Benachteiligte und für die finanzielle Unterstützung beim Aufbau und der Verstetigung der Arbeit in den Regionalen Knoten
- den **Ländern**, die ebenfalls verstärkt in die Verankerung von Strukturen auf Länderebene eingestiegen sind

- der **Ärzeschaft** und den **Wohlfahrtsverbänden** für die Unterstützung bei den Zugangswegen zu diesen schwierig zu erreichenden Zielgruppen
- den **Fachinstituten** und **Verbänden** für ihre fachlichen Beiträge, etwa bei der Erstellung der Arbeitshilfen „Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier“
- der **Wissenschaft**, namentlich **Prof. Rolf Rosenbrock**, dem Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirates der BZgA, dessen Engagement für die bessere Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis ein wichtiger Beitrag zur Arbeit des Kooperationsverbundes ist
- dem **beratenden Arbeitskreis** für die intensive Arbeit an der Entwicklung und Erprobung von Qualitätskriterien, um die Identifizierung und Verbreitung von guter Praxis voran zu treiben
- und **Gesundheit Berlin** für die kompetente Geschäftsstellenfunktion.

Prof. Pott stellt die drei im Jahr 2008 neu beigetretenen Mitglieder vor: Den Verein Hochschulen für Gesundheit e.V., den Deutschen Volkshochschulverband und den Deutschen Städtetag, deren Vertreterinnen und Vertreter erstmals an einem Kooperationstreffen teilnehmen.

Prof. Pott dankt noch einmal Senator Dr. Wersich und der Hansestadt Hamburg für die Gastfreundschaft und wünscht der Veranstaltung einen guten Verlauf.

## BEGRÜSSUNG DURCH SENATOR DR. DIETRICH WERSICH

Senator Dr. Dietrich Wersich begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Landesvertretung Hamburgs in Berlin. Er betont, dass der Zusammenhang (Kausalitäten, Koinzidenzen, Ursache und Wirkungsbeziehung) von sozialer Benachteiligung und Gesundheit differenzierter sei als es auf den ersten Blick erscheine. Nicht allein mangelndes Einkommen, sondern die gesamte Lebenslage ist in die Betrachtung einzubeziehen und insbesondere auch die verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.



*Senator Dr. Dietrich Wersich*

Senator Dr. Wersich betont, wirkungsvolle Interventionsstrategien könnten nur entwickelt werden, wenn die gesundheitlichen Probleme auch in ihrem Verursachungszusammenhang betrachtet werden: So mache es einen Unterschied, ob eine Suchterkrankung die Folge von Arbeitslosigkeit sei oder ob die Erkrankung die Arbeitslosigkeit verursacht habe. Bei Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund seien interkulturelle Kompetenz und Sensibilität gegenüber dem Gesundheitsverständnis anderer Kulturen gefordert. Senator Dr. Wersich betont die Bedeutung einer gründlichen Problemanalyse, auf deren Grundlage dann die wirksamen Lösungsstrategien entwickelt werden könn-

en. Im Bereich der Gesundheitsförderung setzt Hamburg auf ein dreistufiges Vorgehen:

- Stärkung der Eigenverantwortung durch die Vermittlung von Informationen
- Unterstützung bedürftiger Bevölkerungsgruppen, um diese in die Lage zu versetzen, prekäre Lebenslagen zu überwinden
- Intervention bei den Bevölkerungsgruppen, für die Angebote zur Stärkung der Eigenverantwortung und Unterstützungsangebote nicht ausreichen (Beispiel: Kinderschutz) und gesetzliche Regelungen, etwa zum Jugend- oder Nichtraucherschutz.

Bei der Umsetzung legt Hamburg - gestützt auf Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung - den Fokus auf Kinder aus ressourcenschwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund. Die niedrigschwelligen Angebote beginnen bereits rund um Schwangerschaft und Geburt z.B. mit Familienhebammen, Baby-Willkommenspaketen und dem System der Frühen Hilfen.

Senator Dr. Wersich betont, es gebe kein Erkenntnisdefizit im Bezug auf die Problemlagen. Die Herausforderung sei vielmehr, diese Erkenntnisse in eine flächendeckende Versorgung zu überführen. Ausdrücklich kritisiert er die weit verbreitete Tendenz zur „Modellitis“, die sich in der Einführung anschließend nicht weiter verbreiteter Modellprojekte erschöpft. Gute Erfahrungen sollten stärker in die Fläche gebracht werden. Als ein erfolgreiches Beispiel für Hamburg nennt Senator Dr. Wersich die Eltern-Kind-Zentren, deren Zahl in den nächsten zwei Jahren fast verdoppelt wird und mit denen auch die Eltern erreicht werden. Abschließend betont Senator Dr. Wersich die Bedeutung der Arbeit des Kooperationsverbundes und wünscht dem Kooperationstreffen einen erfolgreichen Verlauf.



## EINFÜHRUNGSVORTRAG VON BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIN ULLA SCHMIDT

Ulla Schmidt, die Bundesministerin für Gesundheit, begrüßt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kooperationstreffens und betont, auch in Deutschland gebe es einen klaren Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit. Die langfristigen Folgen dieser Beeinträchtigungen wirkten sich auch auf die Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenschancen aus. Insbesondere die Benachteiligung im Jugendalter erfordere frühzeitige Interventionen, um nicht einen lebenslangen Prozess geringerer Chancen anzustoßen.

Die Bundesministerin fordert, in Deutschland müsse die gesundheitliche Chancengleichheit zur nationalen Aufgabe werden. Dabei seien die Länder, die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und der Bund gefordert, ihre Ressourcen zu bündeln. In der Praxis scheitere die notwendige Zusammenarbeit beispielsweise an bürokratischen Hürden oder an den unterschiedlichen Handlungslogiken der Akteure.

Für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sei Prävention ein zentraler Handlungsbereich, betont die Ministerin. Die umfassende Berichterstattung belege die Problematik umfassend: Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung thematisiere beispielsweise auch die Konsequenzen aus der ungleichen Vermögensverteilung. Dazu gehören ungleiche Bildungschancen, aber auch – dargestellt durch das RKI – der ungleiche Gesundheitszustand.

Der ebenfalls vom RKI durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), die europaweit umfassendste Untersuchung zu Kinder- und Jugendgesundheit, belege



*Bundesministerin Ulla Schmidt*

diese Zusammenhänge auch für die Altersgruppen der Heranwachsenden.

Besonders problematisch sei, dass Ungleichheiten gebündelt auftreten: Niedriger Bildungsstatus, geringes Einkommen und hohe Gesundheitsbelastungen, die im Effekt zu Unterschieden in der Lebenserwartung bei Männern aus der niedrigsten Einkommensgruppe um etwa zehn Lebensjahre, bei Frauen bei mehr als acht Jahren im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe liegen.

Die Bundesministerin betont, die Eigenverantwortung für Gesundheit müsse gestärkt werden, jedoch seien nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleicher Weise in der Lage, diesen Anspruch auch zu erfüllen. Belastungen und Krisen wie Arbeitslosigkeit seien beispielsweise oft mit psychischen Beeinträchtigungen verbunden, die Motivation und Eigeninitiative einschränkten. In Familien wirke sich dies bis zu den Kindern aus. Mangelnde Integration sei ebenfalls ein Risikofaktor.

Eine der zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens sei es deshalb, Ungleichheiten bekämpfen. Die Ministerin be-



tont, ein Gesundheitssystem, das auf Heilung, Rehabilitation und Pflege ausgerichtet sei, reiche nicht aus. Die Aktivitäten müssten bereits vorher ansetzen. Prävention müsse zur eigenständigen vierten Säule im Gesundheitswesen werden, wenn wirklich nachhaltige Wirkungen erzielt werden sollen.

Die Bundesministerin kritisiert, die GKV gebe zwar mehr als 300 Millionen Euro für Prävention aus, allerdings würde ein zu geringer Teil - weniger als zehn Prozent - in die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben, Stadtteilen und Kindergärten eingebracht. In diesem Sinne sei die Arbeit des Kooperationsverbundes unter dem Dach der BZgA vorbildlich, sie könne allerdings noch durch bessere Rahmenbedingungen verstärkt werden. Besonders wichtig sei es, gute Praxis zu verbreiten und dabei systematisch deren Qualität zu entwickeln. Die bundesweite Praxisdatenbank auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und die dort vorgestellten Beispiele guter Praxis gäben dafür wertvolle Hinweise.

Die Bundesministerin bedankt sich bei allen Partnerinnen und Partnern, die sich im Rahmen des Kooperationsverbundes engagieren. Sie betont die Notwendigkeit, für Gesundheitsförderung einen verlässlichen Rahmen zu schaffen, der Mittelzuweisungen ohne großen bürokratischen Aufwand sicherstellt. Die aktuell geltenden komplizierten Finanzierungsregelungen verhinderten oft die kooperative Umsetzung guter Praxis. Ein Präventionsgesetz könne dieses Problem durch die Sicherstellung entsprechender Strukturen lösen.

Ulla Schmidt weist darauf hin, dass das BMG-finanzierte Programm IN FORM ausdrücklich die Praxis in Lebenswelten fördere. Dies gelte auch für das Projekt „Mehr Migrantinnen in den Sport“ mit dem DOSB, das insbesondere Mädchen motivieren soll, mehr Sport zu treiben.

Die Bundesministerin betont, Ungerechtigkeiten in der Versorgung müssten vermieden werden, das deutsche Gesundheitssystem biete hierfür eine gute Grundlage. In der Praxis müssten allerdings immer wieder Beteiligungshürden, etwa Sprachbarrieren, überwunden werden. Dieses Problem mache sich beispielsweise bei der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen bemerkbar und setze sich bis ins hohe Alter fort. Ulla Schmidt betont, der Gesundheitsfonds leiste einen Beitrag dazu, diese Ungleichheiten zu minimieren, da er die Anreize für Risikoselektion bei den Krankenkassen vermindere. Auch die Einrichtung von Pflegestützpunkten sei in diesem Zusammenhang wichtig, um den Versicherten Transparenz über die schwer zu überblickende Angebotslandschaft zu verschaffen. Dies umfasse auch kompetente Beratung für Menschen (z.B. Migrantinnen und Migranten), die sonst nur schwer einen Zugang fänden.





## GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN – HERAUSFORDERUNGEN FÜR MEHR GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

IMPULSBETRAG VON DR. HANS JÜRGEN AHRENS (AOK-BUNDESVERBAND)

Dr. Ahrens bezeichnet es als beispielhaft, was im Rahmen des Kooperationsverbundes gemeinsam auf den Weg gebracht worden sei. Es dürfe allerdings nicht übersehen werden, dass die GKV den Hauptanteil der Präventionsausgaben trage, deshalb sei die Einbeziehung weiterer Akteure in die finanzielle Verantwortung notwendig.

Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, die Daten der OECD oder auch der Sozialatlas Berlin belegten, dass die Rahmenbedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit sich in den letzten Jahren verschlechtert hätten, betont Dr. Ahrens. Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung würden die Bedingungen eher noch schwieriger werden. Es müsse also noch viel getan werden, niemand dürfe sich zurücklehnen.



*Dr. Hans Jürgen Ahrens*

Eine wichtige Frage sei, was in der Praxis funktioniere und was nicht. Dr. Ahrens fordert, für die Umsetzung funktionierender Ansätze bedürfe es auf Bundes- und auf Landesebene verlässlicher Koordinierungsstruk-

turen, die Ressourcenverschwendung und nicht optimale Ergebnisse verhindern. Dies sei auch ohne Gesetz möglich, wenn die gesetzlichen Krankenkassen und die Länder ihre Aktivitäten besser abstimmen.

Die Ursachen etwa für die Verschlechterung des motorischen Status von Kindern seien vielfältig, Lösungswege müssen gemeinsam auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene gegangen werden. Als einen Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nennt Dr. Ahrens das AOK-Programm Gesunde Kinder – gesunde Zukunft. Er betont, die AOK gebe die vereinbarten 50 Cent pro Versichertem für Prävention in Settings (insbesondere Kindergärten und Schulen) aus. Bislang würden 2000 Kindergärten erreicht, im Jahr 2009 sollen es 5000 sein.

Dr. Ahrens weist noch einmal darauf hin, dass die Verstetigung erfolgreicher gesundheitsfördernder Ansätze nicht ohne Koordination gelingen könne. Diese Aufgabe könne von den Landesregierungen, aber auch durch die Regionalen Knoten geleistet werden. Doch noch fehle es vor Ort an abgestimmtem Handeln. Der Prozess benötige aber klare Ziele und verlässliche Rahmenbedingungen, um erfolgreich sein zu können.

Die AOK werde sich auch weiterhin an der Umsetzung abgestimmter Prozesse beteiligen, kündigt Dr. Ahrens an. Dies setze allerdings voraus, dass die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin in Strategie- und Zielfindungsprozesse einbezogen blieben.



## PODIUMSDISKUSSION MIT THOMAS ALTGELD, PROF. DR. ELISABETH POTT, SENATOR DR. DIETRICH WERSICH UND DR. HANS JÜRGEN AHRENS

Moderation: Dr. Uwe Prümel-Philippsen,

Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

**Thomas Altgeld**, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., betont, der Kooperationsverbund sei eine Erfolgsstory. Dabei bilde die Arbeit wie auch die Finanzierung der Regionalen Knoten die unterschiedlichen Realitäten in den Bundesländern ab.



*Thomas Altgeld*

In Niedersachsen sei der Regionale Knoten das erste kassenartenübergreifende Projekt seit zehn Jahren. Er betont, es sei wichtig, die Aktivitäten auf Länderebene, auch der gesetzlichen Krankenkassen, zu koordinieren: Ähnliche Interventionen und Programme würden oftmals parallel umgesetzt und sollten besser koordiniert werden.

Thomas Altgeld bezeichnet ein mögliches Präventionsgesetz als wünschenswert, dies sei in der aktuellen Legislaturperiode aber nicht mehr zu erwarten. Stattdessen solle das bisherige Finanzierungsmodell der Regionalen Knoten an Stelle gesetzlicher Regelungen als vorbildliche Praxis aufgegriffen werden. Die Regionalen Knoten könnten, eine bessere Ausstattung vorausgesetzt, ei-



*Dr. Ahrens, Senator Dr. Wersich, Prof. Pott, Thomas Altgeld (von links nach rechts)*

nen wichtigen Beitrag zur Koordination der Aktivitäten in den Bundesländern leisten.

**Prof. Elisabeth Pott** betont, die Idee der BZgA beim Aufbau des Kooperationsverbundes sei es gewesen, die Akteure der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und deren Aktivitäten im Sinne eines gemeinsamen, partizipativen Lern- und Entwicklungsprozesses zusammenzuführen. Dabei können alle Beteiligten aus gesetzlichen Krankenkassen, Ländern und Bund ihre jeweiligen Erfahrungen und Handlungsoptionen einbringen. In diesem Prozess gehöre es zu den Herausforderungen, unterschiedliche Sprachen und Logiken der beteiligten Partner zu vereinheitlichen. Besonders wichtig sei aber, nicht bei den Erkenntnissen stehen zu bleiben, sondern auch zu deren Umsetzung in der Praxis zu kommen. Die BZgA setze sich für die Verstetigung der Arbeit ein, könne dies allerdings nicht alleine auf Dauer sicherstellen. Erfolgreiche Arbeit erfordere längerfristiges Engagement und die Veränderung von Strukturen.

**Senator Dr. Dietrich Wersich** berichtet von den Erfahrungen aus Hamburg und betont, innerhalb des Landes bestünden bereits gute Koordinationsstrukturen etwa durch die Finanzierung der Selbsthilfegruppen und Kontakt- und Informationsstellen gemeinsam mit den gesetzlichen Kranken-



kassen. Hierzu habe auch die Arbeit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) beigetragen. Es müsse allerdings auch berücksichtigt werden, dass die Krankenkassen nicht in der Lage seien, sozial- und bildungspolitische Defizite auszugleichen. Allerdings dürfe die Gesundheitsförderung kein Wettbewerbsfeld der Profilierung einzelner Kassen und Akteure sein, sondern müsse gemeinschaftlich gestaltet werden. Besonders wichtig sei die Umsetzung zielgerichteter, wirkungsvoller und qualitätsgesicherter Aktivitäten. Dabei sei es eine Herausforderung, Vielfalt und Qualität gleichermaßen umzusetzen. „Schema F“ könne für Prävention und Gesundheitsförderung keine Lösung sein, denn die Arbeit vor Ort brauche lokale Verantwortung, um angemessene Ansätze entwickeln zu können.

In diesem Zusammenhang merkt **Dr. Hans Jürgen Ahrens** an, die AOK lege bei der Konzeption ihrer Angebote besonderen Wert darauf, dass diese an die Gegebenheiten vor Ort angepasst sind. Gleichzeitig liege in der Vielfalt der Angebote unterschiedlicher Kassen auch Innovationspotenzial. Würden die Kassen dazu verpflichtet, durchweg gemeinschaftlich handeln zu müssen, so werde sich wenig bewegen. Wichtig sei es in dieser Entwicklungsphase, erfolgreiche Ansätze verlässlich zu verstetigen, ohne darüber die länderspezifischen Besonderheiten aus dem Blick zu verlieren. Mit Blick auf den zum Jahresbeginn 2009 eingeführten Gesundheitsfonds bemerkt Dr. Ahrens, dieser müsse zu 100 Prozent ausgestattet werden. Dies habe auch wesentliche Konsequenzen für die Finanzierung der Regionalen Knoten durch die gesetzlichen Kassen, da bei einer Unterfinanzierung der Arbeit zunächst die Pflichtaufgaben umgesetzt würden.

**Prof. Elisabeth Pott** stellt fest, die grundsätzliche Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention sei Konsens, ebenso wie die Konzentration der Anstrengungen auf

die Gruppe sozial Benachteiligter. Sie erkenne keine Signale, dass die gesetzlichen Krankenkassen oder die Länder sich aus der Finanzierung der Regionalen Knoten zurückziehen wollten. Prof. Pott appelliert in diesem Zusammenhang an Senator Dr. Wersich, auch im Kreise der Länder für ein kontinuierliches Engagement zu motivieren.



*Senator Dr. Wersich, Prof. Pott*

**Senator Dr. Dietrich Wersich** antwortet darauf, dass Länder und Kommunen sich bereits massiv im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention engagierten, z.B. bei Angeboten zu Frühen Hilfen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten den individuellen Ansatz für ihre Versicherten fortführen, aber bei der Umsetzung lebensweltbezogener Maßnahmen kooperieren. Hierzu gehöre auch, für benachteiligte Personengruppen wie beispielsweise Obdachlose den Zugang zum Regelsystem zu erleichtern.

**Margot Wehmhöner** (BKK Bundesverband) weist darauf hin, das BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“ habe das Thema soziallagenbezogener Gesundheitsförderung zum Arbeitsschwerpunkt gemacht und dadurch stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Insgesamt seien die Kassen in dieses schwierige Thema hineingewachsen und hätten im Prozess zunehmend Kompetenzen erworben. Auch sei es gelungen, vielfältige



Partnerinnen und Partner vor Ort zu gewinnen und in die Arbeit einzubinden. Zudem hätten sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des AK II einstimmig und ohne Diskussion auf die weitere Förderung des Kooperationsverbundes verständigt.

Margot Wehmhöner plädiert für eine Vielfalt der Ansätze und Anbieter, um flexibel auf die jeweiligen Bedarfslagen vor Ort reagieren zu können.

Übereinstimmend betonen **Senator Dr. Dietrich Wersich** und **Dr. Hans Jürgen Ahrens** die Bedeutung der Qualitätsentwicklung für den weiteren Entwicklungsprozess. Dabei plädiert Senator Dr. Wersich für die Einführung eines Qualitätssiegels, das sich an dem von BZgA und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelten Konzept „QIP“ (Qualität in der Prävention) orientieren könne.



**Thomas Altgeld** verweist auf das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und kritisiert, die Umsetzung guter Projekte scheitere zu oft am Wettbewerb der Krankenkassen, die sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in einer Konkurrenzsituation befänden. Auch der Blick der Kassen auf die aktuelle Umsetzung des Gesundheitsfonds behindere die Entwicklung.

**Prof. Elisabeth Pott** weist darauf hin, dass im Rahmen der Good Practice-Arbeiten des Kooperationsverbundes schon viele Erfahrungen mit guten Praxisbeispielen gesammelt wurden. Diese sollten systematisiert und

daraus Bedarfe abgeleitet werden, in welchen Bereichen und für welche Zielgruppen noch Bedarf an innovativen Ansätzen besteht. Der Kooperationsverbund solle sich dieser konkreten Themen annehmen. Als künftigen Themenschwerpunkt sieht sie auch die Entwicklung praxisnaher Instrumente der Qualitätsentwicklung, die als Unterstützung und nicht als Kontrolle wirken sollten.



*Dr. Uwe Prümel-Philippson (Moderation)*

**Senator Dr. Dietrich Wersich** stellt die Frage, an welcher Stelle noch Vernetzungsarbeit zu leisten sei. Die Öffentliche Hand bemühe sich ausdrücklich, keine Konkurrenzen durch die Einrichtung paralleler Angebote zu befördern, dies solle auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden werden. Insbesondere in Netzwerkstrukturen sei ein gemeinsames Auftreten erforderlich.

**Dr. Hans Jürgen Ahrens** bekräftigt, die gesetzliche Krankenversicherung nehme gesellschaftliche Herausforderungen wie die soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung an und warte dabei nicht, bis auch die letzten Akteure mit im Boot seien.



## GUTE PRAXIS IN DIE FLÄCHE BRINGEN – QUARTIERE ZU GESUNDEN LEBENSWELTEN ENTWICKELN

IMPULSBEITRAG VON ANNE JANZ

STADT KASSEL, MITGLIED DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES DES DEUTSCHEN STÄDTETAGES

Anne Janz dankt dafür, dass nun auch der Deutsche Städtetag (DST) Mitglied im Kooperationsverbund sein kann. Der DST ist der größte kommunale Spitzenverband und vertritt die Interessen aller kreisfreien und der meisten kreisangehörigen Städte mit insgesamt 51 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern. Dabei komme den Themen Prävention und „Soziale Stadt“ ein hoher Stellenwert zu. Der DST vernetzt und informiert seine Mitglieder, die konkrete Arbeit wird dann in den Kommunen vor Ort geleistet. Anne Janz betont, die Stellungnahmen des Städtetages fänden auch in der Bundespolitik Gehör.

Anne Janz berichtet, in den Kommunen gebe es bereits eine Vielfalt wirksamer Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, für die allerdings bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden sollten. Auch sei die Gefahr weißer Stellen in der Präventionslandschaft groß. Insbesondere sozial belastete Quartiere seien oft nicht in der Lage, nachbarschaftliche Netzwerke zu gründen und aufrecht zu erhalten, da die lokalen Problemlagen, beispielsweise Vandalismus, zu groß seien.



*Anne Janz*

Da hier viele Familien mit Kinder lebten, sei es aber für die Zukunft wichtig, hier zu intervenieren. Dafür benötigten die Kommunen gute Rahmenbedingungen, egal ob von Bund oder den Ländern geschaffen.

Anne Janz weist darauf hin, der Städtetag könne durch Informationstransfer die Arbeit seiner Mitglieder unterstützen, beispielsweise den Weg zur „gesunden Stadt“ zu gehen. Er verfüge jedoch über keine Weisungsmöglichkeiten.



## DISKUSSION MIT DR. PETRA DROHSEL, DR. SABINE VOERMANS, DR. ANTJE RICHTER UND ANNE JANZ

Moderation: Klaus D. Plümer (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf)

**Dr. Petra Drohsel** (Bundesministerium für Gesundheit) berichtet, die Integration von Gesundheits- und Städtebaubereich im Rahmen der Aktivitäten des Kooperationsverbundes zur Stärkung der Gesundheitsförderung in Quartieren der Sozialen Stadt ließ sich gut auf den Weg bringen. Es liege nahe, dass der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung auch auf den Stadtteil bezogen und nicht nur in Schule, Betrieb und Kita umgesetzt werde.

Nach einer ersten Kontaktaufnahme zum Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) fand im September 2007 eine Auftaktveranstaltung mit interessierten Akteuren statt. Dort wurde thematisiert, dass viele Aktivitäten in den Kommunen gesundheitsrelevant seien, dort aber nicht unter dem Begriff „Gesundheit“ gesehen werden. Mit entsprechender, nicht nur finanzieller, Unterstützung könne hier noch weit mehr gesundheitsfördernde Arbeit umgesetzt werden. Mit Unterstützung von Gesundheit Berlin wurden anschließend die Konzepte für die Durchführung von Regional Konferenzen und die Erarbeitung von Arbeits-hilfen für Gesundheitsförderung im Quartier entwickelt.

**Dr. Sabine Voermans**, Leiterin des Gesundheitsmanagements der Techniker Krankenkassen (TK), betont in ihrem Statement, Gesundheitsförderung in der Kommune sei ein wichtiger Ansatz. Bei der Umsetzung verfolge die TK ein strukturiertes Vorgehen: Dabei seien Erfahrungen aus den Settings Schule, Betrieb und Hochschule miteingeflossen. Es wurde ein auf die besonderen Bedingungen in den Stadtteilen zugeschnittenes Konzept entwickelt. Der Ansatz der TK beruhe auf Partizipation, d.h. auf die Beteiligung der Bevölkerung vor Ort an der Entwicklung und Gestaltung der gesundheitsfördernden Ange-

bote. Besonders wichtig sei es der TK, dass geförderte Angebote nachhaltig arbeiten und auch über den Förderungszeitraum hinaus fortgeführt werden. Als wichtige Unterstützung bezeichnet es Dr. Voermans, dass sowohl das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) als auch das Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) gewonnen werden konnten, ihre Kenntnisse und Erfahrungen einzubringen.

Dr. Voermans berichtet, dass aktuell die aus der Ausschreibung eingegangenen Anträge zum TK-Projekt „Gesunde Kommune“ gesichtet würden. Vermittelt über das Gesunde Städte-Netzwerk gingen inzwischen 18 Anträge auf Förderung durch die TK ein, acht davon wurden bereits bewilligt und werden z.T. mit einem Zeithorizont bis 2012 durchgeführt.



*Dr. Sabine Voermans*

**Dr. Antje Richter**, Koordinatorin des Regionalen Knotens Niedersachsen, berichtet, oft fehle es in der Arbeit vor Ort noch an der Einsicht, dass der hohe Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention eine der Auswirkungen von Armut sei. Es sei notwendig, dass von den Kommunen die Armut vor Ort wahrgenommen und als Problem anerkannt



werde. In diesem Zusammenhang sei es wichtig, die jeweiligen in den kommunalen Diensten zum Thema verfügbaren Angebote zu bündeln. In der Praxis sei dies aber schwierig, da die Ämter oft unterschiedliche Handlungslogiken verfolgten, deren Integration viel Zeit benötige.

Als ideales Vorgehen beschreibt Dr. Richter die Schaffung von Präventionsketten in den Kommunen entsprechend des Leitbildes „Kein Abschluss ohne Anschluss.“ Hierzu gebe es bereits eine Reihe guter Beispiele aus unterschiedlichen Settings. Wichtig für die erfolgreiche Umsetzung sei die systematische Sicherung des Austauschs zwischen den beteiligten Akteuren, beispielsweise über Runde Tische. Diese Prozesse erforderten aber einen langen Atem und seien „irgendwie gar nicht sexy“.



*Klaus D. Plümer (Moderation)*

**Anne Janz** stellt ihre Erfahrungen aus Kassel dar: Als relativ strukturschwache Stadt komme für die Gestaltung von Entwicklungsprozessen den bereits vorhandenen Ressourcen eine besondere Bedeutung zu, insbesondere den engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In ihrem Dezernat seien die Bereiche Schule, Jugendhilfe, Gesundheit und das Frauenbüro bewusst zusammengeführt worden, insbesondere das Thema Gesundheit gehe auch in die Stadtentwicklung ein.



*Dr. Antje Richter*

Hier merkt **Dr. Richter** an, eine Hürde zur Entwicklung abgestimmter Strategien zur Gesundheitsförderung sei oft, dass Kommunen keinen Bedarf an weiteren Initiativen sehen, da beispielsweise im Rahmen der Gesundheits- und Jugendämter bereits zahlreiche Aufgaben übernommen werden. Die Frage dazu müsse aber lauten: Kommt das wirklich bei den armen Kindern an? Berichterstattung sei in diesem Kontext notwendig, um belegen zu können, ob die unterschiedlichen, oft vielfältigen Maßnahmen auch wirken. Um die Kommunen und Entscheidungsträger zu motivieren, müssten klare Ansagen gemacht und möglichst einfache Instrumente an die Hand gegeben werden.

**Anne Janz** plädiert dafür, an die bereits in den Kommunen vorhandenen Ansätze anzuknüpfen, etwa im Rahmen der Volkshochschul-Angebote. Hierbei könne auch die gesetzliche Krankenversicherung ein wichtiger Partner sein. Besonders wichtig sei dabei, die Nachhaltigkeit der Interventionen sicherzustellen.

Als ein gutes Beispiel für die Verstetigung von Interventionen führt **Dr. Petra Drohsel** die „Gut Drauf“-Region für Kinder im Rhein-Sieg-Kreis an. Die dortige Arbeit berücksichtige den demographischen Wandel, indem auch die Bedürfnisse der älteren Menschen, z.B. hinsichtlich Bewegung, sozialer Einbindung und Mobilität berücksichtigt würden.



Die Verbreitung sei als Schneeballsystem angelegt.

**Dr. Antje Richter** plädiert dafür, den Blick nicht nur auf die Zielgruppe der Kinder, sondern auch auf Erwachsene zu richten, insbesondere Ältere, Arbeitslose und arme Menschen. Viele Nachbarschaften seien aber überfordert, hier einen sozialen Zusammenhalt zu schaffen. Als einen Lösungsansatz schlägt sie die Bildung von Netzwerken vor, die insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen meist einen Anstoß von außen benötigen. Als sehr positiv hebt sie den Verfügungsfonds hervor, der im Rahmen des von der Techniker Krankenkasse umgesetzten Programms „Gesunde Kommune“ eingerichtet wurde und es den beteiligten Kommunen ermöglicht, kurzfristig und unbürokratisch finanzielle Unterstützung abzurufen. Ein weiteres wichtiges Element ist die ehrenamtliche Arbeit (Bürger-Profi-Mix), hierzu konnten Erfahrungen in der Gemeinwesenarbeit gesammelt werden.

Auf Nachfrage des Moderators Klaus Plümer, ob nicht der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ein wichtiger koordinierender Akteur sei, antwortet **Anne Janz**, dieser habe zunächst gesetzlich festgeschriebene Pflichtaufgaben wie Gesundheitsschutz und Hygiene, die vorrangig bearbeitet werden müssten. Viele Gesundheitsdienste würden aber darüber hinaus ihren „eigentlichen Auftrag“ auch als Gestaltungsauftrag durch Einmischung in Stadtentwicklungsplanung oder Jugendplanung begreifen und sich nicht hinter dem verwaltenden, weniger gestaltenden Auftrag zurückziehen. Anne Janz plädiert dafür, dem ÖGD offensiver Gestaltungsaufträge zu übertragen. Er sei ein wichtiger Akteur, um im Stadtteil das Wissen unterschiedlicher Professionen (z.B. Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte) zusammenzutragen. Das Ergebnis müsste mehr Qualität der Aktivitäten sein. Anne Janz merkt an, das Thema Prävention und Gesundheitsförderung sei im kommunalpolitischen Alltagsgeschäft noch relativ wenig präsent, obwohl die Probleme täglich spürbar seien.

In der kommunalpolitischen Praxis komme erschwerend hinzu, dass die Themen Gesundheit, Kinder oder Schule in der Regel nicht von den Fraktionsvorständen vertreten und insofern nicht prioritär behandelt würden.



*Dr. Petra Drohsel*

Die Diskussion geht mit der Frage in die Schlussrunde, was vordringlich getan werden sollte. **Dr. Petra Drohsel** betont, für die Fortführung des Prozesses würden sowohl finanzielle Mittel als auch verstärktes Engagement der Bürgerinnen und Bürger für ihre Themen benötigt, mit denen gemeinsam viele Ideen und Aktivitäten für Veränderungen im Lebensumfeld entwickelt werden könnten. Für **Dr. Antje Richter** ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen durch klare Gesetze und Verordnungen vordringlich, um gute Konzepte aus der Praxis auch gegenüber der Verwaltung stärken zu können. Ohne die entsprechende formale Legitimation sei die Umsetzung neuer Ansätze oft schwierig oder nicht möglich.

**Dr. Sabine Voermans** fordert, verstärkt das vorhandene Know-how zu bündeln, da keine Berufsgruppe alleine wisse, wie Prävention und Gesundheitsförderung am Besten gelingen könnten. Hierfür sei auch immer die Einbindung der Zielgruppe notwendig.

Abschließend plädiert **Anne Janz** ebenfalls für verbindliche gesetzliche Regelungen, indem sie auf die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes verweist.





## GUTE PRAXIS IN DIE FLÄCHE BRINGEN – QUARTIERE ZU GESUNDEN LEBENSWELTEN ENTWICKELN

### IMPULSBEITRAG VON PROF. ROLF ROSENBRock (WZB)

Prof. Rosenbrock beginnt seinen Impulsbeitrag mit der vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen entwickelten Definition für Qualität: „Qualität bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.“

Als besonders wirkungsvoll und nachhaltig gelten in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung Interventionen nach dem Settingansatz. In der Praxis findet man jedoch oft lediglich Gesundheitsförderung und Prävention *im* Setting, z.B. durch die Vermittlung von Gesundheitsinformationen in Schule oder Betrieb, ohne dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktiv an der gesundheitsgerechteren Gestaltung ihrer Lebenswelt teilnehmen und lernen können. Die Entwicklung der Interventionen vom ersten Typ (Gesundheitsförderung im Setting) zum zweiten Typ (Gesundheitsförderung durch Gestaltung der Lebenswelt) stellt derzeit ein wichtiges präventionspolitisches Ziel dar.

Die Qualitätsentwicklung ist hier in einem Dilemma: Je einfacher die Interventionen strukturiert sind, desto leichter sind auch Wirkungsmessung und Qualitätssicherung umzusetzen. Die Ergebnisse der am meisten Erfolg versprechenden, aber komplexen und nicht standardisierbaren Setting-Interventionen sind dem gegenüber am schwierigsten zu messen und in der Qualität zu sichern.



*Prof. Rolf Rosenbrock*

Um nicht in die Falle zu tappen, lediglich die „gut“ evaluierten, aber für sozial benachteiligte Zielgruppen wenig wirkungsvollen Interventionen umzusetzen, plädiert Prof. Rosenbrock in Übereinstimmung mit dem Gutachten 2007 des SVR Gesundheit dafür, zwischen *proven* (nachweislich wirksamen) und *promising* (vielversprechenden) Interventionen zu unterscheiden. Er greift damit eine von Smedley und Syme (2001) entwickelte Unterscheidung auf, die allerdings auch an die *promising*-Angebote den Anspruch formuliert, dass ein Wirkungsmodell vorliegen sollte und möglichst auch über Analogien zu bereits umgesetzten Interventionen Wirksamkeitsnachweise möglich sind. Die unter diesen Voraussetzungen geförderten vielversprechenden Interventionen sollten auch übertragbar sein und unter qualitätsgesicherten Bedingungen umgesetzt werden. Prof. Rosenbrock warnt davor, diese in der Bundesrepublik bislang noch relativ wenig erprobten Interventionskonzepte bei der Umsetzung zu benachteiligen, da Gesundheitsförderung sich damit die Möglichkeit von Lernprozessen abschneide.



Wie auch bei Evaluation gibt es bei der Qualitätssicherung zwei – überlappende – zentrale Zugangswege: 1. Die Wirkungs- oder Wirksamkeitsbestimmung und 2. die Untersuchung von Prozessen und Strukturen, um Hinweise darauf zu erhalten, wie Verbesserungsprozesse gestaltet werden können. Wichtigste Methoden hierbei sind:

1. die Begleitforschung mit ihren Unterformen
2. die für Angebote mit sozial Benachteiligten sehr relevante Aktionsforschung, die auf Augenhöhe mit der Zielgruppe die Ziele, Vorgehensweisen und deren Überprüfung aushandelt
3. die Selbstevaluation. Diese ist eng verwandt mit dem Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes, der von der Selbstbewertung der Angebote ausgeht, auf der dann die Auswahl und detaillierte Beschreibung durch die Regionalen Knoten aufbaut.

Prof. Rosenbrock erinnert daran, dass es nicht die *eine*, für alle Interventionen gleichermaßen geeignete Methode der Qualitätssicherung gibt. Sowohl bei der Wirkungsmessung als auch bei der Qualitätssicherung müsse unterschieden werden und die jeweils geeigneten Konzepte ausgewählt werden. Dies sollte sich auch in einem künftigen Präventionsgesetz widerspiegeln.

Prävention und die Sicherung ihrer Qualität sei bis auf weiteres ein kreativer Suchprozess im Rahmen nicht standardisierbarer Interventionen und nicht die Anwendung gesicherter Kunstregeln im Sinne einer evidenzbasierten Medizin, erinnert Prof. Rosenbrock. Gesucht werden immer bessere Interventionen, aber auch immer bessere Methoden der Qualitätssicherung. Diese beiden Prozesse dürften einander nicht behindern, indem mit Methoden der Qualitätssicherung operiert werde, die den Interventi-

onen fremd seien. Vielmehr müsse es gelingen, beide Lernschleifen miteinander zu verknüpfen. Dies sei sowohl im Good Practice-Prozess des Kooperationsverbundes berücksichtigt als auch im aktuellen Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen.



*Ulla Schmidt, Dr. Ahrens, Dr. Drohsel, Prof. Rosenbrock (von rechts nach links)*

Kritisch merkt Prof. Rosenbrock an, in den großen Programmen der Bundesregierung seien keine entsprechenden Lernschleifen vorgesehen. Er fordert, alle öffentlich geförderten Interventionen systematisch auszuwerten und die Ergebnisse an die Praxis zurück zuspiegeln. Hierbei gebe es zwei zentrale öffentliche Akteure: Das für Daten und Berichterstattung zuständige Robert Koch-Institut (RKI) und die mit umfassender Expertise für Qualitätssicherung und Interventionsgestaltung ausgestattete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Ergänzt um eine sichere und nachhaltige Finanzierung wären die Voraussetzungen geschaffen, einer grassierenden „Modellitis“ vorzubeugen.



## DISKUSSION MIT DR. VOLKER WANEK, PETRA HOFRICHTER, NORBERT LETTAU UND PROF. ROLF ROSENBROCK

Moderation: Dr. Frank Lehmann (BZgA)

**Dr. Volker Wanek** (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung) charakterisiert den Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V als Basis für die Präventionsaktivitäten der GKV als ein Ergebnis kontinuierlicher und langjähriger Arbeit am Thema. Die Qualitätssicherung der geförderten Maßnahmen sei ein wichtiges Element des Leitfadens, hier gebe es eine fast vollständige Deckungsgleichheit mit den Inhalten der Qualitätskriterien des Kooperationsverbundes. Dr. Wanek stellt dar, dass die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse (proven / promising Interventions, vgl. den Impulsbeitrag von Prof. Rosenbrock) berücksichtigt und weitere Erkenntnisse im Rahmen des umfassenden Modellprojektes „Gesund leben lernen“ gewonnen worden seien, die auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates berücksichtigt wurden. Das Ziel der gesetzlichen Krankenkassen sei es, die viel versprechenden (promising) Interventionen zu nachweislich wirksamen (proven) Interventionen zu entwickeln. Gelingen dies nicht, so müssen sie aus dem Katalog der förderungsfähigen Interventionen gestrichen werden.

Als wichtigste Unterschiede des GKV-Leitfadens zu den Kriterien des Kooperationsverbundes stellt Dr. Wanek heraus:

- Zielgruppe. Der Leitfaden richte sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen, die Kriterien des Kooperationsverbundes seien auf Praktikerinnen und Praktiker zugeschnitten, die selbst Projektverantwortung tragen.
- Thematische Weite. Bei den Good Practice-Beispielen finden sich viele Interventionen, die auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen von Gesund-



*Dr. Volker Wanek*

heit abzielen (z.B. Partizipation, soziale Einbindung). Der Leitfaden formuliert demgegenüber, dass die nach § 20 geförderten Maßnahmen einen ausdrücklichen Gesundheitsbezug haben müssen, da die Beeinflussung der Rahmenbedingungen eine „Überdehnung“ der Verantwortung der GKV wäre.

- Art der Kooperation. Die Stakeholder der Settings sollen sich aus Sicht der GKV nicht nur thematisch, sondern auch finanziell in die Maßnahmen einbringen und damit verbindliches *Commitment* beweisen. Dr. Wanek betont die Bedeutung des Aufbaus dauerhafter Strukturen und deren Unterlegung durch finanzielles Engagement der Stakeholder.

**Petra Hofrichter**, Koordinatorin des Regionalen Knotens Hamburg, betont, die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort benötigten vor allem eine gute und sichere finanzielle Ausstattung, um im Rahmen verlässlicher



und langfristiger Strukturen arbeiten zu können. Die Entwicklung gesunder Lebenswelten ist nur durch eine sektorenübergreifende und sozialraumorientierte Arbeitsweise möglich. Dazu benötigen die Akteure Zeit: Für Austausch, den Aufbau von Vernetzungsstrukturen und gegenseitigem Vertrauen. Drohende Einsparungen wirken in Bezug auf Qualitätsentwicklung kontraproduktiv und bremsen die Motivation zur Verbesserung der Arbeit oder Erprobung innovativer Methoden. Positive und praxisnahe Anregungen für Qualitätsentwicklung bietet der Good Practice-Ansatz. Hier können Akteure von den Erfahrungen anderer lernen. Wichtig sei vor allem, dass die Anbieter vor Ort praxistaugliche und einfach anwendbare Methoden der Qualitätsentwicklung kennen lernten.



*Petra Hofrichter*

Petra Hofrichter betont in diesem Zusammenhang die Rolle der Regionalen Knoten: Sie bringen diesen Zündfunken in die Praxis vor Ort, schaffen Raum für Information und Austausch und stärken mit Hilfe von Fachtagungen und Workshops zum einen die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit, zum anderen aber vor allem die Qualität der Arbeit. Die Knoten leisten in diesem Rahmen auch den Transfer zwischen Präventionsforschung und Praxis ([www.evaluationstools.de](http://www.evaluationstools.de)



*Norbert Lettau*

und [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)) machen die Ergebnisse bekannt und unterstützen die Praktikerinnen und Praktiker bei der Umsetzung. Die Erfahrung der Regionalen Knoten hat gezeigt, dass die Projekte vor Ort Begleitung und Beratung, zumindest in der Startphase, benötigen – hier wäre auf Seiten der Knoten noch Entwicklungspotenzial. Denkbar wäre der Ausbau in Richtung Kompetenzzentrum für Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.

**Norbert Lettau**, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, weist darauf hin, dass es aus seiner Sicht in den bisherigen Entwürfen des Präventionsgesetzes nicht gelungen sei, die Rolle der Kommune hinreichend zu verankern. Da im Fokus der Aufmerksamkeit in der Regel Bund und Länder stünden, gerieten die Städte dabei leicht in Vergessenheit. Diese seien aber für die Entwicklung qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung besonders wichtig, da die Bürgerinnen und Bürger ihre Gesundheit in der Kommune erleben. Norbert Lettau betont, in den Kommunen brauche es ein Klima, das „Gesundheitsförderung und Prävention gedeihen lässt“. Dieses Klima sei z.B. in Stadtstaaten wie Hamburg günstig, wo entsprechende Strukturen geschaffen wurden, die auch die Umsetzung und Erprobung innovativer Interventionen

begünstigten. Als gutes Beispiel für eine länderübergreifende Koordinierung von Interventionen führt Norbert Lettau das Vorgehen im Themenfeld Kindeswohl/Frühe Hilfen an. Unter einem hohen Problemdruck wurden und werden hier die konkreten Interventionen auf der kommunalen Ebene umgesetzt. Besonders wichtig sei dabei, die Dienste in den Kommunen besser zu vernetzen, was zum Thema „Kindeswohl“ insgesamt gut gelungen sei. Wichtige Zukunftsaufgabe bleibe allerdings die bessere Verzahnung der Aktivitäten professioneller Kräfte und der Ehrenamtlichen in den Quartieren.

**Prof. Rolf Rosenbrock** hebt die bereits in seinem Impulsreferat betonte Bedeutung von Lernschleifen für die Verbesserung von Interventionen und deren Qualitätssicherung hervor. Diesen Prozessen müsse jedoch auch die notwendige Zeit zugestanden werden. Es sei nicht angemessen, beispielsweise von Projekten mit zweijähriger Laufzeit belegbare Wirksamkeitsnachweise zu verlangen. Da der Zeithorizont der Wirkungen weit über die Laufzeit der Interventionen hinaus weise, sei dies nicht möglich. Für das weitere Vorgehen schlägt Prof. Rosenbrock vor, dass sich 1. alle gesundheitsfördernden Programme einem verbindlichen Konzept der Qualitätssicherung unterziehen, 2. diese Lernprozesse systematisch zusammengeführt werden und 3. eine längerfristige und verlässlichere Finanzierung die Probleme der Modellprojekte ohne Anschluss vermeidet.

**Dr. Frank Lehmann** weist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungen mit dem Projekt „Schutzengel“ in Schleswig-Holstein hin: Hier handele es sich um ein kommunal erfolgreiches Projekt, das auf Initiative eines Landesministeriums aktuell in allen kreisfreien Städten und Landkreisen umgesetzt wird.

Mit Blick auf die Perspektive der Qualitätsentwicklung in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung plädiert **Norbert Lettau** für einen „gehörigen Schuss Pragmatis-



*Dr. Frank Lehmann (Moderation)*

mus“: Nach Aussage des Vorsitzenden des gemeinsamen Bundesausschusses seien bislang nur etwa 20 Prozent der klinischen Leistungen qualitätsgesichert. Im Bereich der ambulanten Versorgung/ niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sei diese Quote noch wesentlich niedriger: Augenmaß bei der Umsetzung von Qualitätsentwicklung in der Prävention sei notwendig.

**Stephan Kösling** (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.) weist darauf hin, dass Gesundheitsförderung als freiwillige Leistung keine belastbare Arbeitsgrundlage biete und fordert, in Kommunen und Ländern müsse eine stärkere Verbindlichkeit des Themas geschaffen werden. In den ÖGD-Gesetzen der Bundesländer sowie den Gesundheits- und Sozialausschüssen hätte Gesundheitsförderung einen politischen Ort, um es zu einer verbindlichen Leistung weiter zu entwickeln.

Es fehle die Systematik, um die „Schätze“ der im Kooperationsverbund erarbeiteten Qualitätsentwicklung zu heben, sagt **Carola Gold**, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin. Wichtig sei es, diese Ergebnisse zu verzahnen, z.B. mit den Aktivitäten der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Städtetages und der Länderebene. Das besondere Potenzial des Verbundes liege darin, hier ein ge-

meinsames Vorgehen anzustoßen und zu koordinieren.

**Norbert Lettau** hebt hervor, Prävention und Gesundheitsförderung seien in vielen modernen Gesundheitsdienstgesetzen auf Länderebene verankert. Auch baue das Gesunde Städte-Netzwerk Strukturen in 65 Städten auf, die zur Verzahnung von Interventionen führen, beispielsweise für ältere Menschen. Der Städtetag unterstütze diese Aktivitäten.

**Karin Niederbühl** (Verband der Ersatzkassen) regt an, gemeinsame Eckpunkte für Qualität in der Gesundheitsförderung zu definieren. Diese sollten sich auch an den Regelungen im Leitfaden der GKV zur Umsetzung des § 20 SGB V orientieren und von allen Partnerinnen und Partnern im Kooperationsverbund als eine Orientierungsgröße für ihre Arbeit genutzt werden.

**Dr. Frank Lehmann** ergänzt, gemeinsame Kriterien könnten hilfreich für die Praxis auch in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung sein, da sich zentrale Probleme – beispielsweise die schwere Erreichbarkeit sozial benachteiligter Zielgruppen – an unterschiedlichen Orten in gleicher Weise stellen.

**Karin Niederbühl** bekräftigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen zu ihrem Beitrag im Rahmen einer paritätischen Finanzierung der Regionalen Knoten stehen. Sie weist darauf hin, dass auch die Länder ihren Finanzierungsanteil sicherstellen sollten, um den notwendigen Bestand der Regionalen Knoten nicht zu gefährden.

**Jupp Arlt**, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Rheinland-Pfalz, berichtet aus seinem Bundesland, die paritätische Finanzierung sei nicht immer leicht umzusetzen. Eine Flexibilisierung dieser Regelungen werde aus seiner Sicht den sehr unterschiedlichen Bedingungen in den Bundesländern eher gerecht.



**Dr. Frank Lehmann** betont, die Fortführung der Arbeit in den Regionalen Knoten sei eine zentrale Herausforderung für den Kooperationsverbund in 2009 und weist auf die aktuell erschienene Broschüre zur Arbeit in den Regionalen Knoten hin.

**Prof. Elisabeth Pott** weist auf den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz hin, die Arbeit der Regionalen Knoten zu unterstützen.

**Norbert Lettau** bestätigt, der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz zur Unterstützung der Regionalen Knoten sei mit 16:0 Stimmen gefasst worden. Er kündigt an, das Thema in der Runde der Länder-Amtschefs anzusprechen und empfiehlt, in dieser Sache auch das vorsitzende Land der GMK (2009: Thüringen) anzusprechen, das Thema noch einmal auf die Tagesordnung zu setzen.

**Prof. Rolf Rosenbrock** plädiert dafür, Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung verbindlich festzuschreiben, die methodischen Vorgaben aber nicht zu rigide zu handhaben. Hier könne aus den Reihen des Kooperationsverbundes eine geeignete Vorgabe entwickelt werden.



## VERABSCHIEDUNG DURCH PROF. DR. ELISABETH POTT

Prof. Elisabeth Pott betont, der Kooperationsverbund müsse sich für die Sicherung seiner weiteren Arbeit mit zentralen Finanzierungsfragen befassen: Zwar seien zum Thema Verstetigung der Arbeit in den Regionalen Knoten durch den GMK-Beschluss und den Beschluss des AK II der gesetzlichen Krankenkassen bereits Vorgaben vorhanden, andere Punkte aber seien noch offen: Wer sei für notwendige Investitionskosten und Kosten zuständig, die bei der Weiterentwicklung von Strukturen entstehen? Hier müsse für die weitere Arbeit noch Klarheit und Verbindlichkeit geschaffen werden. Gleichzeitig sei es notwendig, kontinuierlich an der Unterstützung durch politische Entscheidungsträger und Gremien zu arbeiten - ein Ausruhen auf den bestehenden Beschlüssen sei nicht angebracht.

Beim Thema Qualitätsentwicklung plädiert Prof. Pott für ein größeres Selbstbewusstsein im Bezug auf die bereits geleistete Arbeit. Sie betont, es sei ethisch geboten, die Qualitätssicherung in Kuration und Gesundheitsförderung gleichermaßen mit Kraft weiter zu entwickeln. Hier sei im Kooperationsverbund bereits viel geleistet worden.

Prof. Pott kündigt an, in Kürze werde in der BZgA-Fachheftreihe „Forschung und Pra-

xis der Gesundheitsförderung“ als Band 36 eine Veröffentlichung zum Thema Nachbarschaft und Gesundheit vorgelegt. Weiterhin sollen zu weiteren wichtigen Fragestellungen die Erfahrungen aus der Praxisdatenbank und dem Good Practice-Prozess systematisch ausgewertet werden: Welche Erkenntnisse lassen sich aus den gebündelten Praxiserfahrungen ableiten?

Prof. Pott formuliert ihre Hoffnung, dass es gelingt, den Kooperationsverbund so weiter zu entwickeln, dass er als ein Referenzpunkt für die Neukonzeptionierung eines Präventionsgesetzes dienen kann. Gleichzeitig biete der Verbund aber schon jetzt die Gelegenheit, einiges von dem auf den Weg zu bringen, was in einem guten Präventionsgesetz festgelegt werden sollte.

Abschließend weist Prof. Pott auf den 14. Kongress Armut und Gesundheit hin, in dessen Rahmen diesmal Sir Michael Marmot den Bericht der WHO-Kommission „Social Determinants of Health“ vorstellt. Prof. Pott bedankt sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihr Engagement und wünscht der weiteren gemeinsamen Arbeit im Kooperationsverbund viel Erfolg.



## TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER DES 6. KOOPERATIONSTREFFENS

Dr. **Ahrens**, Hans Jürgen, AOK-Bundesverband

**Altgeld**, Thomas, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

**Arlt**, Jupp, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

Prof. Dr. **Beckmann**, Klaus, Deutsches Institut für Urbanistik

**Bockermann**, Claus, Knappschaft

**Böhme**, Christa, Deutsches Institut für Urbanistik

**Brandes**, Sven, Gesundheit Berlin

**Bräunling**, Stefan, Regionaler Knoten Berlin

**Breitkopf**, Helmut, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

**Brocke**, Hartmut, Stiftung SPI

**Decker**, Lutz, Deutscher Städtetag

**Dickersbach**, Manfred, Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen

Dr. **Drohse**, Petra, Bundesministerium für Gesundheit

Prof. Dr. **Fehr**, Rainer, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW

**Fricke**, Ute, Barmer Ersatzkasse

**Frieling**, Gundula, Deutscher Volkshochschul-Verband

**Fritsch**, Daniela, Regionaler Knoten Thüringen

Prof. Dr. **Geene**, Raimund, Hochschule Magdeburg-Stendal

**Gold**, Carola, Gesundheit Berlin

Prof. Dr. **Göpel**, Eberhard, Hochschulen für Gesundheit e.V. c/o Hochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. **Gostomzyk**, Johannes, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

**Groeger-Roth**, Frederick, BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit e.V.

**Grüner**, Tanja, Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe

**Hachmann-Schöneck**, Monika, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

**Hagedorn**, Bernd-Olaf, Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz

**Hemme**, Andreas, Bezirksamt Treptow-Köpenick

**Hofrichter**, Petra, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

**Janz**, Anne, Magistrat der Stadt Kassel

**Kahle**, Sylvia, Stiftung SPI

**Kiehl**, Ulrike, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen





**Kilian**, Holger, Gesundheit Berlin  
**Klausch**, Peter, Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe  
**Kleer**, Daniela, Regionaler Knoten Saarland  
**Koesling**, Stephan, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.  
**Kolbe**, Martina, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.  
Dr. **Körner**, Gabriele, Internationaler Bund e.V.  
Dr. **Köster**, Monika, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Dr. **Kunstmann**, Wilfried, Bundesärztekammer  
Dr. **Lehmann**, Frank, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
**Lettau**, Norbert, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg  
**Leykamm**, Barbara, Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt  
**Lissewski**, Claudia, AWO Bundesverband e.V.  
**Luig-Artl**, Helene, Büro für Stadtteilmanagement  
**Lutz**, Sebastian, Deutscher Caritasverband e.V.  
**Maercker**, Uta, Regionaler Knoten Thüringen  
**Martfeld**, Heike, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
**Müller**, Harry, Regionaler Knoten Sachsen  
**Niederbühl**, Karin, Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  
**Pallmeier**, Heike, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung  
**Papies-Winkler**, Ingrid, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg  
**Pfeifer**, Gabi, Deutscher Olympischer Sportbund  
**Plogstieß**, Ulrike, AOK-Bundesverband  
**Plümer**, Klaus D., Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen  
Prof. Dr. **Pott**, Elisabeth, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Dr. **Prümel-Philippsen**, Uwe, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.  
**Reijnders**, Tessa, Deutscher Olympischer Sportbund  
**Reinhardt**, Marion, Internationaler Bund e.V.  
**Reul**, Rolf, Regionaler Knoten Hessen  
Dr. **Richter**, Antje, Regionaler Knoten Niedersachsen  
Prof. Dr. **Rosenbrock**, Rolf, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
Dr. **Rudolph**, Elfi, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.  
**Saam**, Joachim, Gmünder Ersatzkasse  
Dr. **Schäfer**, Michael, Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
**Schmidt**, Maike, Techniker Krankenkasse



**Schmidt**, Ulla, Bundesministerium für Gesundheit

**Seefried**, Simone, Deutscher Olympischer Sportbund

Dr. **Steffens**, Tomas, Diakonisches Werk der EKD e.V.

**Stenzig**, Klaus-Peter, Diakonisches Werk der EKD e.V.

Prof. Dr. **Trabert**, Gerhard, Nationale Armutskonferenz c/o Diakonisches Werk der EKD e.V.

Dr. **Voermans**, Sabine, Techniker Krankenkasse

**Volk-Uhlmann**, Christine, Regionaler Knoten Baden-Württemberg

Dr. **von Braunmühl**, Carlchristian, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

**von Haldenwang**, Ulrike, Berliner Hebammenverband e.V.

Dr. **Wanek**, Volker, GKV-Spitzenverband

**Wehmhöner**, Margot, BKK Bundesverband

**Wehowsky**, Susanne, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

**Weigand**, Stefan, Gesundheit Berlin

Dr. **Wersich**, Dietrich, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Dr. **Weth**, Claus, Gesunde Städte-Netzwerk



## PROGRAMM

- Ab 10.30 Uhr **BEGRÜSSUNGSKAFFEE**
- 11.00 – 11.15 **BEGRÜSSUNG**
- Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA
  - Dr. Dietrich Wersich, Senator für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
- 11.15 – 11.45 **EINFÜHRUNGSVORTRAG**
- Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt:  
„Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter - Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung“
- Moderation:  
Carola Gold, Gesundheit Berlin e.V.
- 11.45 – 12.45 **GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN –  
HERAUSFORDERUNGEN FÜR MEHR GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT**
- Einführendes Statement:  
Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender AOK-Bundesverband
- Moderierte Gesprächsrunde und Diskussion*
- Thomas Altgeld, Geschäftsführer Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
  - Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA
  - Dr. Hans Jürgen Ahrens,  
Vorstandsvorsitzender AOK-Bundesverband
  - Dr. Dietrich Wersich, Senator für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
- Moderation:  
Dr. Uwe Prümel-Philippsen, Geschäftsführer der  
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- 12.45 – 13.45 **MITTAGSPAUSE**



13.45 – 14.30

### **GUTE PRAXIS IN DIE FLÄCHE BRINGEN –**

#### **QUARTIERE ZU GESUNDEN LEBENSWELTEN ENTWICKELN**

Einführendes Statement:

Anne Janz, Stadträtin (Kassel) und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages

*Moderierte Gesprächsrunde*

- Dr. Petra Drohsel, Bundesgesundheitsministerium
- Dr. Sabine Voermans, Techniker Krankenkasse
- Dr. Antje Richter, Regionaler Knoten Niedersachsen
- Anne Janz, Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetages

Moderation:

Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

14.30 – 15.15

### **QUALITÄT DER SOZIALLAGENBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG STÄRKEN**

Einführendes Statement:

Prof. Rolf Rosenbrock, WZB

*Moderierte Gesprächsrunde*

- Dr. Volker Wanek, GKV Spitzenverband
- Petra Hofrichter, Regionaler Knoten Hamburg
- Norbert Lettau, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- Prof. Rolf Rosenbrock, WZB

Moderation:

Dr. Frank Lehmann, BZgA

15.15 – 15.30

### **SCHLUSSWORT**

Prof. Dr. Elisabeth Pott, BZgA



## **VERNETZUNG, INFORMATION, PRAXISUNTERSTÜTZUNG: DER KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN**

Holger Kilian, Monika Köster

Die Gesundheitsförderung im Quartier braucht viele Partnerinnen und Partner. Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vereinigt der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ derzeit 53 Partnerorganisationen mit dem gemeinsamen Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Mitglieder sind die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen, Ärzte- und Wohlfahrtsverbände sowie Bildungs- und Forschungsinstitutionen. Ihren Arbeitsschwerpunkt in der Stadtteil- und Quartiersentwicklung haben Partner wie der Deutsche Städtetag, das Deutsche Institut für Urbanistik, die BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit oder das Gesunde Städte-Netzwerk.

Armut und soziale Ausgrenzung machen krank. Die Partner im Kooperationsverbund setzen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam ein, um die soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung in der öffentlichen Wahrnehmung wie auch in der praktischen Umsetzung zu fördern und weiter zu entwickeln. Der Kooperationsverbund will die vorhandenen Strukturen vernetzen, die Ressourcen bündeln und hierdurch die Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung stärken. Der Kooperationsverbund versteht Gesundheitsförderung als ein Querschnittsthema und unterstützt die Entwicklung gesundheitsfördernder Aktivitäten auch in „gesundheitsfernen“ Handlungsfeldern, insbesondere in der sozialen Arbeit.

Die Internet-Plattform des Verbundes [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) bündelt Informationen, Hintergründe und Ergebnisse dieser Arbeit. Hier stehen auch die Arbeitshilfen „Gesundheitsförderung im Quartier“ online und als Download zur Verfügung, zusammen mit zahlreichen weiteren Informationen rund um die Gesundheitsförderung in der Kommune.

Im Folgenden ein Ausschnitt aus dem Themenspektrum, das der Verbund bearbeitet.



## Regionale Knoten - Vernetzung und Austausch fördern

In den 16 Bundesländern fördern Regionalen Knoten den Austausch und die Vernetzung von Projekten, Institutionen und Akteuren z.B. aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Umwelt, Stadtentwicklung und Soziales. Sie sensibilisieren dafür, dass die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen auch durch deren Wohnsituation, Bildungschancen oder Umweltbelastungen beeinflusst wird. Ende 2008 und Anfang 2009 organisierten die Regionalen Knoten Regionalkonferenzen in allen Bundesländern und brachten Akteure rund um das Thema der Gesundheitsförderung im Quartier zusammen, um gemeinsam Ideen auszutauschen, Erfahrungen zu diskutieren und Strategien zu entwickeln.

Zu den Arbeitsinhalten der Regionalen Knoten gehören:

**Regionale Stärkung von Strukturbildung und Vernetzung:** Die Regionalen Knoten bauen Arbeitskreise auf und/oder arbeiten in bestehenden Arbeitszusammenhängen mit, beispielsweise gemeinsam mit Quartiersmanagements, Gesundheitsämtern und Wohlfahrtsverbänden zum Schwerpunktthema Gesundheitsförderung im Quartier

**Regionale Transferverbesserung:** Die Regionalen Knoten führen gemeinsam mit den regionalen Netzwerkpartnern Veranstaltungen durch, beteiligen sich an der Weiterentwicklung der gemeinsamen Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und informieren in ihren Bundesländern über aktuelle Entwicklungen inner- und außerhalb des Kooperationsverbundes.

**Optimierung des Informationspools Gesundheitsförderung:** Die Regionalen Knoten motivieren Projektanbieter zum Eintrag in die Praxisdatenbank und stellen Informationen für die Internetplattform bereit.

**Förderung der Qualitätsentwicklung:** Die Regionalen Knoten wählen in Zusammenarbeit mit den Anbietern in ihren Ländern, z.B. Wohlfahrtsverbänden, freien Trägern oder gesetzlichen Krankenkassen, Beispiele guter Praxis aus und stellen deren Arbeit vor; sie bearbeiten das Thema Qualität in Netzwerken und auf Fachveranstaltungen und begleiten Projekte, die vor Ort aktiv sind

**Öffentlichkeitsarbeit:** Die Regionalen Knoten suchen Kontakt zu Schlüsselakteuren und Medien, pflegen ihre Internet-Seiten und führen öffentlichkeitswirksame Aktivitäten durch.



Die Regionalen Knoten sensibilisieren Akteure und Öffentlichkeit für das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Die Regionalen Knoten nehmen durch aktive Interessenvertretung Einfluss.

Auf der Webseite [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten) stellen die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten ihre Arbeitsschwerpunkte vor. Hier findet sich auch eine Broschüre, die bestellt oder herunter geladen werden kann und die einen lebendigen Eindruck von der Vielfalt und Qualität der Aktivitäten in den Bundesländern vermittelt.

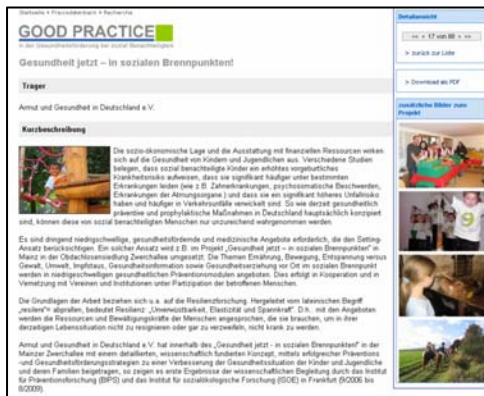
Zunächst mit Mitteln der BZgA und der Landesvereinigungen für Gesundheit aufgebaut, werden die Regionalen Knoten jetzt überwiegend gemeinsam von den Landesministerien für Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen in den Bundesländern finanziert.



## Qualitätsentwicklung anschaulich und praxisnah gestalten: Der Good Practice-Ansatz

Qualitätsentwicklung als Ansatz, die Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten kontinuierlich zu verbessern, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe. Doch oft stehen wenig Zeit und finanzielle Mittel zur Verfügung, diesem Anspruch auch gerecht werden zu können.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes wurde deshalb mit dem Good Practice-Ansatz ein Instrument entwickelt, das praxisnah und niedrigschwellig einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leistet. Auf der Grundlage von zwölf Kriterien für gute Praxis - entwickelt vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes - werden Beispiele vorgestellt, denen die Umsetzung ausgewählter Kriterien besonders vorbildlich gelungen ist. Die Bei-



spiele werden von den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten ausgewählt

100 Beispiele für gute Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:good-practice](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:good-practice) vorgestellt. Sie sollen motivieren und anschaulich machen, wie erfolgreiche Praxis umgesetzt werden kann.



## Praxisdatenbank: Wer macht was für wen?

Soziale Benachteiligung hat viele Gesichter. Gesundheitsförderung mit Langzeitarbeitslosen, Alleinerziehenden oder Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsstand erfordert angepasste Ansätze. Doch was wird wo umgesetzt? Und wie? Die bundesweite Praxisdatenbank ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank)) mit derzeit mehr als 1.800 Einträgen macht diese vielfältige Praxis transparenter. Hier finden sich auch die ausführlichen Beschreibungen der Beispiele guter Praxis.

Nach folgenden Kriterien kann die Datenbank durchsucht werden:

**Lebenswelt:** In welcher Lebenswelt (Setting) arbeitet das Angebot? Zur Auswahl stehen beispielsweise Schule, Kindertagesstätte oder Stadtteil/Quartier.

Lebenswelt	keine spezielle Lebenswelt	Lebenswelt kombinieren
Themen	kein spezielles Thema	Themen kombinieren
Zielgruppe	keine spezielle Zielgruppe	Zielgruppe kombinieren
Altersgruppe	keine spezielle Altersgruppe	Altersgruppe kombinieren
Good Practice	kein spezielles GP-Kriterium	Good Practice kombinieren
<input type="checkbox"/> Nur Treffer, die Good Practice-Kriterien erfüllen		
Träger- oder Projektname		
Bundesland	kein spezielles Bundesland	Bundesland kombinieren
PLZ / Ort		
<input type="button" value="Recherche starten"/> <input type="button" value="Formular/Trefferliste löschen"/>		
Es wurden insgesamt <b>1768 Treffer</b> gefunden		
<a href="#">&gt; Trefferliste anzeigen</a>		

**Themen:** Welche Themen versuchen die Angebote gemeinsam mit den Zielgruppen zu beeinflussen? Das Spektrum reicht von der AIDS-Prävention bis zur Zahngesundheit.

**Zielgruppe:** An wen wenden sich die Angebote? Soziale Benachteiligung hat viele Gesichter und betrifft sowohl Alleinerziehende als auch Langzeitarbeitslose und Wohnungslose.

**Altersgruppe:** Gesundheitsförderung umspannt alle Lebensphasen, vom Säugling bis zu hochbetagten Menschen.

**Good Practice:** Hier kann die Suche auf Angebote eingegrenzt werden, die als Beispiele guter Praxis ausgewählt wurden.

**Träger- oder Projektname:** Wenn der Name des Trägers oder des Angebotes bekannt sind, ist es möglich, diese direkt aufzurufen.

**Bundesland:** Ermöglicht, nur die Angebote aus einem oder mehreren Bundesländern auszuwählen.

**PLZ/Ort:** Macht eine noch genauere regionale Eingrenzung möglich.





## Die Internet-Plattform: Information und Service rund um das Thema gesundheitliche Chancengleichheit

Die Internet-Plattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) bündelt die Informationen rund um die Arbeit des Kooperationsverbundes. Sie informiert über aktuelle Ereignisse zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und stellt eine umfassende bundesweite Terminübersicht bereit. Weiterhin finden sich dort Informationen, Materialien und Literatur rund um

das gemeinsame Thema des Kooperationsverbundes.

Seit Februar 2009 finden sich unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/) arbeitshilfen die Arbeitshilfen zur Gesundheitsförderung im Quartier vollständig im Netz. Alle Informationen und Materialien können direkt aufgerufen, ausgedruckt oder auf die eigene Festplatte herunter geladen werden.

The screenshot shows the homepage of the website 'Gesundheitliche Chancengleichheit'. The main heading is 'Willkommen auf der Plattform "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"'. Below this, there are several news items and sections:

- Alte werden für Gesundheit: Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier** - A section with a small graphic of people.
- Neue Projekte in der Datenbank** - A section mentioning a 'bundesweite Praxisdatenbank' and 'Good Practice' projects.
- Neuauflage: Good Practice-Angebot** - A section about a project in Berlin-Kreuzberg.
- Neuauflage: Praxisangebote** - A section about social support services.
- DGB kritisiert hohen Verarmungsrisiko in Ostdeutschland (17.07.2009)** - A news item about poverty in East Germany.



6. Kooperationstreffen am 4. November 2008

6. Kooperationstreffen am 4. November 2008



