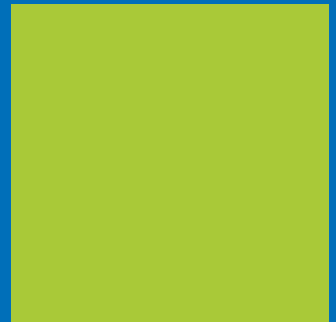
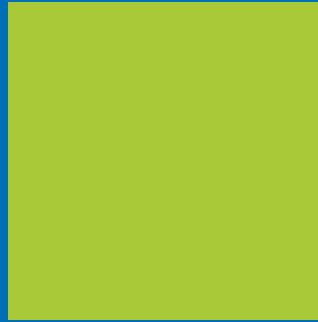




Dokumentation des 5. Kooperationsstreffens

“Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten”





5. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

23. November 2007 in Siegburg

Inhalt

TOP 1: Begrüßung.....	2
Begrüßung durch Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	2
Begrüßung durch Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA)	3
TOP 2: Vorstellung der Aktivitäten des Kooperationsverbundes 2007	5
Statement von Dr. Frank Lehmann, BZgA.....	5
Statement von Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD e.V.....	5
Statement von Franz Gigout, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)	6
Statement von Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband	7
Statement von Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein, Mitglied im beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“	7
Statement Marcus Wächter, Koordinator Regionaler Knoten Saarland	8
TOP 3: Diskussion und Kurzvorstellung der neuen Partner	8
Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)	9
Internationaler Bund (IB)	9
Techniker Krankenkasse (TK)	9
Deutscher Hebammenverband.....	10
Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)	10
TOP 4: Diskussion in Tischgruppen	11
Ergebnissicherung der Tischgruppe „Koordinierung auf der Bundesebene“	12
Ergebnissicherung der Tischgruppe „Regionale Knoten“	16
Ergebnissicherung der Tischgruppe „Good Practice“	17
Ergebnissicherung der Tischgruppe „Interventionsberichterstattung“	18
TOPs 5 und 6: Beschluss der „Handlungsleitenden Grundsätze“ und Verabschiedung....	19
Anlagen: Tagesordnung, Liste der Teilnehmer/innen, Handlungsleitende Grundsätze	



TOP 1: Begrüßung

Begrüßung durch Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)



Dr. Gerdemann begrüßt als Gastgeber und Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV die Anwesenden in den Räumlichkeiten des VdAK/AEV zum 5. Treffen des nationalen Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Im Mittelpunkt des heutigen Treffens stehen die aktuellen Aktivitäten des Kooperationsverbundes, die Vorstellung neuer Partner sowie die Erarbeitung von Perspektiven für die zukünftige Arbeit.

Der VdAK sowie auch der AEV, beide aktive Partner im Verbund seit 2005, sehen im Zusammenschluss einen erfolversprechenden Weg zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Seit Mai 2006 finanzieren die beiden Ersatzkassenverbände vollständig die Arbeit der Regionalen Knoten in Bremen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern und beteiligen sich an der Finanzierung der Knoten in Bayern, Brandenburg, Saarland und Rheinland-Pfalz.

Der VdAK sowie auch der AEV, beide aktive Partner im Verbund seit 2005, sehen im Zusammenschluss einen erfolversprechenden Weg zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Seit Mai 2006 finanzieren die beiden Ersatzkassenverbände vollständig die Arbeit der Regionalen Knoten in Bremen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern und beteiligen sich an der Finanzierung der Knoten in Bayern, Brandenburg, Saarland und Rheinland-Pfalz.

Im Mai 2007 hat sich der Arbeitskreis II der Spitzenverbände der Krankenkassen eindeutig für die Absicherung und Weiterentwicklung der Regionalen Knoten in allen Bundesländern ausgesprochen. Voraussetzungen dafür sind:

- dass die Regionalen Knoten zukünftig paritätisch durch regelmäßige Zuwendungen der öffentlichen Hand und aller Krankenkassen auf Landesebene finanziert werden,
- dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weiterhin Transparenz- und Koordinierungsstelle im Kooperationsverbund bleibt.

Zum Thema „Präventionsgesetz“ erklärt Dr. Gerdemann, dass die Konsequenzen und Auswirkungen für den Kooperationsverbund zwar noch nicht absehbar sind, die Spitzenverbände der Krankenkassen aber ausdrücklich die Schaffung eines bundesgesetzlichen Rahmens zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen. Allerdings weisen sie die zurzeit vorliegenden Eckpunkte des BMG zurück und halten an ihren bereits 2005 festgelegten Forderungen für ein Präventionsgesetz fest:

1. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb darf sie nicht nur auf die Sozialversicherungsträger begrenzt werden, sondern muss auch alle staatlichen Akteure auf allen föderalen Ebenen *verbindlich* einbinden.



2. Das Präventionsgesetz darf nicht zu einer Einschränkung etablierter Präventionstätigkeiten der Krankenkassen führen.
3. Es muss eine bessere Koordination - vor allem einer auf die Lebenswelt bezogenen Präventionsarbeit - geben. Flächendeckung, Transparenz und Qualitätsstandards sollen gemeinsam hergestellt werden.
4. Statt einer „Stiftung“ soll es eine vom Bund finanzierte Koordinierungs- und Transparenzstelle bei der BZgA geben, die sich insbesondere für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten einsetzt.

Der Kooperationsverbund zeigt, dass vernetzte und koordinierte Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auch ohne gesetzgeberische Interventionen funktionieren kann. Dies ist eine gute Basis für zukünftiges *gemeinsames* Handeln. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat die Arbeit des Kooperationsverbundes gewürdigt.

Zum Abschluss betont Dr. Gerdemann, dass die Ersatzkassen und ihre Verbände auch zukünftig als zuverlässiger Partner für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung dem Kooperationsverbund zur Verfügung stehen.

Begrüßung durch Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA)



Prof. Dr. Pott dankt Dr. Gerdemann für die Einladung des Kooperationsverbundes nach Siegburg. Aktuelle Zahlen zur Kinderarmut sowie epidemiologische Daten zur Lebenserwartung von Männern und Frauen in guter Gesundheit zeigen, wie wichtig die Arbeit des Kooperationsverbundes ist, da nur durch Vernetzung eine effiziente

Arbeit geleistet werden kann. Somit ist es sehr erfreulich, dass durch die Einrichtung des Regionalen Knotens im Saarland seit Januar 2007 alle Bundesländer im Kooperationsverbund beteiligt sind. Durch die Aufnahme von neuen Partnern (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, AG Kinder- und Jugendhilfe, Deutscher Hebammenverband, Internationaler Bund, Techniker Krankenkasse, Gesunde-Städte-Netzwerk, Bundeszahnärztekammer) sind mittlerweile 49 Institutionen Mitglied im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Weiterhin konnte in den letzten Jahren die Einbindung in eine europäische Gesamtstrategie erreicht werden, die zunächst durch das Projekt „Closing the Gap“ begonnen wurde und nun im Nachfolgeprojekt „Determine“ fortgeführt und gefestigt wird (www.health-inequalities.eu).



Ein wichtiger strategischer Ansatz der Arbeit des Kooperationsverbundes ist die partizipative Qualitätsentwicklung mit der Festlegung von Good-Practice-Kriterien. Durch diesen Qualitätsbeurteilungsprozess konnten bisher bundesweit 65 Beispiele guter Praxis zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ermittelt werden.

Die Arbeit des Kooperationsverbundes findet national und international breiten Konsens in den folgenden Papieren:

- GKV-Leitfaden zur Umsetzung § 20 SGB V (2006)
- Beschlüsse des AK II der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007)
- Beschluss der 80. GMK zur Unterstützung des Kooperationsverbundes (2007)
- Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen: Good Practice als Interventionsansatz (2007)
- Abschlussveranstaltung des Projektes „Closing the GAP“, Nachfolgeprojekt „Determine“ (2007)
- Nationaler Integrationsplan (2007)

Durch die gerade abgeschlossene Aktualisierung der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ konnten über 1.200 Projekte qualifiziert dargestellt werden. Außerdem enthält die Datenbank 65 Good-Practice-Projekte.

Prof. Dr. Pott sieht die zukünftigen Aufgaben einer qualifizierten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in

- der Stärkung der Regionalen Knoten in Zusammenarbeit mit den Ländern (Finanzierung sichern),
- der Fortführung der Bundeskoordination: Herstellung von Transparenz und weitere Verbesserung der Arbeit der Koordinierungsstelle,
- der Qualitätsentwicklung durch weitere Identifizierung und *Verbreitung* guter und bewährter Praxis,
- dem Aufbau einer Interventionsberichterstattung.



TOP 2: Vorstellung der Aktivitäten des Kooperationsverbundes 2007

Frau Gold übernimmt die Moderation der Gesprächsrunde mit ausgewählten Akteuren des Kooperationsverbundes:

Statement von Dr. Frank Lehmann, BZgA



Dr. Frank Lehmann bilanziert die folgenden Ergebnisse der Arbeit des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in 2007:

- Die Gesundheitsministerkonferenz hat beschlossen, die Arbeit des Kooperationsverbundes und der Regionalen Knoten zu stärken.
- Die Weiterentwicklung einer kontinuierlichen und stabilen Finanzierung aller Regionalen Knoten (zur Hälfte krankenkassenübergreifend auf der Länderebene und zur anderen Hälfte von den Ländern selbst getragen).
- Verstärkung der Zusammenarbeit der 49 Mitglieder in den einzelnen Arbeitsbereichen des Kooperationsverbundes (z.B.: Ansprechpersonen der Wohlfahrtsverbände identifizieren und mit den Regionalen Knoten vernetzen).
- Verstärkung der Zusammenarbeit mit dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ durch Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes im Rahmen eines gemeinsamen Workshops.

Statement von Dr. Tomas Steffens, Diakonisches Werk der EKD e.V.



Die aktuelle Vorgehensweise des Diakonischen Werks der EKD als Beispiel für Aktivitäten eines Wohlfahrtsverbandes im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten erläutert Dr. Tomas Steffens:

- Der zu Anfang 2006 initiierte Workshop zur gesundheitlichen Chancengleichheit und die gleichzeitige Mitgliedschaft im Kooperationsverbund war das Startsignal für das Diakonische Werk der EKD, in die Länder und die evangelischen Fachverbände hinein verstärkt für das Thema Gesundheitsförderung und gesundheitliche Ungleichheit zu sensibilisieren.



- Die Zuordnung von Gesundheitsförderung und Prävention auf alle Abteilungen der Landesdiakonischen Werke ist als Querschnittsthema nicht einfach, trotzdem ist es gelungen, auf Landesebene persönliche Ansprechpersonen für den Bereich der sozialen Benachteiligung zu gewinnen.
- Dr. Steffens regt die Initiierung von „Runden Tischen“ mit den Länderverbänden der Wohlfahrtsverbände und der Krankenkassen an; eventuell sollte auch ein Workshop auf Bundesebene mit der BZgA, den Krankenkassen und den Wohlfahrtsverbänden das gemeinsame Kennenlernen befördern.
- Eine kontinuierliche Anlaufstelle zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Bundesebene ist für die Wohlfahrtsverbände sehr wichtig.
- Die Wohlfahrtsverbände werden sich auch in diesem Jahr in den Kongress Armut und Gesundheit einbringen, u.a. in den Themenbereichen Kinder und Jugendliche und medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen.

Statement von Franz Gigout, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)



Franz Gigout berichtet über seine Erfahrungen und die Ergebnisse bei der Einrichtung des Regionalen Knotens im Saarland. Die Finanzierung erfolgt gemeinschaftlich durch alle gesetzlichen Krankenkassen und das zuständige Ministerium für Justiz, Gesundheit, Arbeit und Soziales. Die inhaltliche Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern läuft sehr gut. Die paritätische Finanzierung

hat im Saarland Tradition, da auch die Landesarbeitsgemeinschaft von 1990 bis 1996 bereits auf diese Weise finanziert wurde. Als Besonderheit des Saarlands hebt Herr Gigout hervor, dass es in einem kleinen Flächenland aufgrund der kurzen Wege relativ einfach ist, Kontakt zu den Akteuren aufrecht zu erhalten.

In letzter Zeit ist eine deutliche Sensibilisierung für das Thema Gesundheit und soziale Lage spürbar.

Die LAGS arbeitet aber schon lange an diesem Thema. Die erste Veranstaltung hierzu fand bereits 1994 statt.



Statement von Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband



Michael Bellwinkel betont, dass die Vereinigung von 49 Einrichtungen und Verbänden unter dem Dach des Kooperationsverbundes ein großer Erfolg ist. Nun müsse es darum gehen, dieses enorme Potenzial für die Ziele des Verbundes, also die Förderung der Gesundheit bei sozial Benachteiligten, nutzbar zu machen. Insbesondere sollte die Zusammenarbeit einzelner Partner, wie z.B. der Wohlfahrtsverbände und der Krankenkassen, innerhalb des Verbundes gestärkt und ausgebaut werden.

Statement von Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein, Mitglied im beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



Als Vertreterin des beratenden Arbeitskreises erläutert Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein die heterogene Zusammensetzung des Arbeitskreises mit Expert/innen aus allen relevanten Handlungsfeldern und informiert über die serviceorientierte Begleitung der Arbeit des Kooperationsverbundes. Durch Vorträge, Veranstaltungen und Lobbyarbeit der einzelnen Mitglieder haben diese das Projekt auch 2007 stark unterstützt. Eine inhaltliche Aufgabe des beraten-

den Arbeitskreises bestand darin, Themenfelder zu identifizieren, in denen noch weitere Good Practice-Beispiele benötigt werden, um diese gezielt suchen und anregen zu können.

Sie berichtet von der Entwicklung der Good-Practice-Kriterien und der Schwierigkeit der Bewertung des Gesundheitsbezuges der einzelnen Projekte. Als Ausblick auf die weitere Arbeit des Arbeitskreises nennt sie die Evaluation und Weiterentwicklung der Kriterien, um z.B. auch „Best-Practice“-Projekte identifizieren und verbreiten zu können.

Ein weiteres Ergebnis der AK-Arbeit ist der Ausbau der Zusammenarbeit der Bereiche Pflege, Soziale Arbeit und Wohlfahrtsverbände.

Aufgaben des Arbeitskreises sieht sie auch in der Stärkung der Bereiche Qualifizierung und Fortbildung sowie in einer Intensivierung des Austausches auf internationaler Ebene.



Statement Marcus Wächter, Koordinator Regionaler Knoten Saarland



Marcus Wächter berichtet über seine Erfahrungen mit dem Aufbau des Regionalen Knotens im Saarland. Die Kontakte zu den Krankenkassen haben sich positiv entwickelt, ebenso die zu den Wohlfahrtsverbänden auf der Arbeitsebene. Schwierigkeiten bestanden in einzelnen Fällen bei Ansprechpersonen der Leitungsebene, die den Regionalen Knoten zunächst als eine Konkurrenz empfanden. Diese Bedenken konnten durch Überzeugungsarbeit und Informationsvermittlung (Warum ist soziale Arbeit auch Gesundheitsförderung?) ausgeräumt werden. Im Oktober fand die Auftaktveranstaltung des Regionalen Knotens statt und war mit 80 Teilnehmer/innen sehr gut besucht. Auch in der täglichen Arbeit ist eine wachsende Nachfrage und Interesse an der Arbeit des Regionalen Knotens feststellbar.

TOP 3: Diskussion und Kurzvorstellung der neuen Partner

In der weiteren Diskussion wurden folgende Aspekte thematisiert:

- Die Good Practice-Kriterien sollten noch weiter inhaltlich unterfüttert werden, bei der Umsetzung benötigen die Praxisanbieter i.d.R. fachliche Begleitung.
- Als weiteres wichtiges Good Practice-Kriterium wird die „Übertragbarkeit“ von Ansätzen vorgeschlagen. Gleichzeitig sollte auch systematisiert werden, welche Faktoren die Verbreitung einzelner Beispiele begünstigen und welche Faktoren diese behindern.
- Mehrfacher Appell, die Zusammenarbeit mit der kommunalen Ebene zu stärken, da hier wichtige Entscheidungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung getroffen werden (Stichwort: kommunale Selbstverwaltung) und auch der Ressourceneinsatz entsprechend gesteuert werden sollte. Die Kommunen verweisen gleichzeitig auf das bereits erfolgende Engagement, insbesondere im Rahmen des ÖGD. Bei der Formulierung des Präventionsgesetzes dürfen die individuellen Bedingungen in den Kommunen nicht übersehen werden, einheitlich verbindliche Vorgaben zur Umsetzung von Gesundheitsförderung werden den unterschiedlichen lokalen Voraussetzungen nicht gerecht.
- Im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ stehen 2008 20 Millionen Euro für nicht investive Maßnahmen zur Verfügung, die (auch) für Gesundheitsförderung eingesetzt werden können. Fortbildungen z.B. für Quartiersmanager/innen, sollen die



Mitarbeitenden in den Quartieren dabei unterstützen, zielgenau gesundheitsfördernde Aktivitäten zu initiieren.

- Eine deutliche Unterscheidung zwischen sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung wäre hilfreich, um einer bloßen Verschiebung von Geldern entgegen zu wirken. Gleichzeitig bieten z.B. sozialarbeiterische Interventionen gute Anknüpfungspunkte für die Umsetzung gesundheitsfördernder Aspekte. Es wird vorgeschlagen, die Umsetzung von Partizipation und Empowerment (Beteiligung und Befähigung der Zielgruppen) als eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheitsförderung zu setzen, im Unterschied zu den z.T. primär betreuenden Ansätzen in der sozialen Arbeit.
- Es wird angeregt, zu einer Zielgruppe / zu einem Interventionsbereich (z.B. Arbeitslosigkeit) einen verstärkten Austausch unter den Partnern des Kooperationsverbundes zu initiieren, um wechselseitig von den Erfahrungen der anderen Partner profitieren zu können.
- Appell gegen die „Projektitis“: Gesundheitsförderung braucht dauerhafte und verlässliche Strukturen, um Vertrauen aufbauen und kontinuierlich ggf. auch wechselnde Themenschwerpunkte bearbeiten zu können.

Im Anschluss an die Diskussion stellen sich die neuen Mitglieder im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten vor:

Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)

Das GSN begrüßt die Stärkung der kommunalen Perspektive in der Arbeit des Kooperationsverbundes. Es repräsentiert mit seinen Mitgliedsstädten ca. 18 Millionen Einwohner, also knapp ein Viertel der bundesdeutschen Bevölkerung und will sich aktiv in die Arbeit des Kooperationsverbundes einbringen.

Internationaler Bund (IB)

Als bundesweit aktiver freier Träger der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit ist die wichtigste Zielgruppe die der benachteiligten Jugendlichen. Zurzeit läuft u.a. das Modellprojekt „Bodyguard“ zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen.

Techniker Krankenkasse (TK)

Schon länger ist die TK aktiv im Handlungsfeld „Gesunde Schule“, das nun noch auch auf die Kindertagesstätten ausgedehnt wurde. Aktuell wurde ein Antrag entwickelt, um Projekte im Setting „gesunde Kommune“ unterstützen zu können.



Deutscher Hebammenverband

Der Deutsche Hebammenverband vertritt 16.000 Hebammen. Durch seine sehr praxisorientierte Arbeit sieht sich der Verband als Vertretung der Praktikerinnen innerhalb des Kooperationsverbundes. Gesundheitsförderung war schon immer ein Thema in der täglichen Arbeit, allerdings steigt die Nachfrage an Unterstützung bei sozial schwachen Familien stetig an.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)

Die AGJ ist ein Zusammenschluss bundeszentraler Träger, Organisationen und Institutionen der freien und öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, z.B. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, der Landesjugendringe und der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Das Thema „Gesundheitsförderung“ wird bisher in der Jugendhilfe nur punktuell bearbeitet, ein ganzheitlicher Ansatz fehlt bislang. Einen wichtigen Schub wird das Thema durch den kommenden Kinder- und Jugendbericht erhalten.



TOP 4: Diskussion in Tischgruppen





Ergebnissicherung der Tischgruppe „Koordination auf der Bundesebene“

Vorstellung der Arbeitsergebnisse: Carola Gold

- „Vernetzung“ als zentrale Aufgabe der Koordinierungsstelle: Partner finden und die Expertise der thematischen Schwerpunkte und Erfahrungen anderer Partner oder Regionaler Knoten nutzen
- Sicherstellung der Arbeit „an einem gemeinsamen Ganzen“: Mit der Länderfinanzierung der Regionalen Knoten verbindet sich auch die Gefahr, dass gemeinsame Aktivitäten im Kooperationsverbund „auf der Strecke bleiben“
- Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit leisten
- Ermittlung von Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf Weitergabe an Anbieter von Fortbildungen (z.B. BZgA); Unterstützung der Wohlfahrtsverbände, dass Fortbildungsangebote in ihren Strukturen aufgebaut werden; entsprechende Unterstützung auch für Akteure im Rahmen des Programms Soziale Stadt bündeln
- Qualitätsentwicklung / Qualitätssicherung: Was wirkt? Was ist evident? Welche internationalen Informationen gibt es? In diesem umfassenden Sinne Überforderung der Koordinierungsstelle, aber Good Practice und Blick über den Tellerrand als Anknüpfungsmöglichkeiten
- Partner müssen Transparenz über ihre Arbeit selbst leisten und diese in den Kooperationsverbund einbringen; und Partner haben in den eigenen Strukturen die Verantwortung über den Verbund zu informieren und für seine Aktivitäten zu werben

Wo sehen Sie die zentralen Bedarfe für die Transparenz- und Koordinierungsstelle?

- **Vernetzung**
 - ✓ Die 16 „Teilprojekte“ (= Regionale Knoten in den Bundesländern) inhaltlich zusammen halten, d.h. die große Klammer für das gemeinsame Ganze sein
 - ✓ eine thematische Spezialisierung fördern, um fachlich mehr Tiefe und Optimierung in der Zusammenarbeit zu erreichen; dafür sollten gezielt Mitglieder des Kooperationsverbundes zusammengebracht werden, d.h. kleinere Kooperationseinheiten mit konkreten Zielsetzungen beauftragen
 - ✓ die Ergebnisse und Erfahrungen dann aber auch immer wieder bündeln, aufbereiten und in den Verbund zurück geben
- **Transparenz herstellen**
 - ✓ Akteure, Aktivitäten und Kompetenzen



- **Methodische Unterstützung**, z.B. beim Thema Selbstevaluation, beim Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung
- **Inhaltliche Unterstützung**,
 - ✓ z.B. hinsichtlich der Fragen Was ist anwendbar? Was ist wirksam?; wünschenswert wäre eine Bewertung der Evidenz, bzw. Zusammenstellung des vorhandenen Erkenntnisstandes wie es in England durch NICE erfolgt
 - ✓ aufbereiten und zur Verfügung stellen von EU-Erfahrungen
 - ✓ bei Erarbeitung von Empfehlungen für das Vorgehen im Setting; wünschenswert wäre die Ableitung von Prinzipien
 - ✓ bei der Bestimmung von Zielgruppen
 - ✓ bei der Bedarfsermittlung (> Steuerungsfunktion)
 - ✓ bei der Qualitätsentwicklung
 - ✓ beim Finden einer „gemeinsamen Sprache“ über Sektoren und Professionen hinweg
 - ✓ beim Theorie–Praxis–Transfer, z.B. im Zusammenhang mit der Präventionsforschung (BMBF); wünschenswert wäre z.B. die Qualitätssicherung durch länderübergreifende Wirksamkeitsforschung zu unterstützen
- **Neue Themen** oder noch nicht ausreichend bearbeitete Handlungsansätze als Aufgaben in den Kooperationsverbund hinein geben
- **Koordinierung** der Arbeit im Verbund durch Ausbalancieren der Handlungs- und Aktionsfelder
- Initiativ, bzw. Unterstützung bei **Aktivitäten** wie Kampagnen, bundesweiten Modellprojekten, gemeinsamen Projekten, Good Practice Ansätzen, Qualitätssicherungsstandards
- Die Akteure im Verbund, die Regionalen Knoten in ihrer Arbeit durch **Reduzierung der Komplexität** unterstützen

Wie kann die Transparenz- und Koordinierungsstelle Ihre Arbeit unterstützen?

- durch **Informationen** über Aktivitäten, aus Datenbank, über Schulungen und Schwerpunktbildungen
- über Aktivitäten auf regionaler Ebene, d.h. die Arbeit in den Bundesländern, **Transparenz herstellen**, damit Erfahrungen aus anderen Bundesländern für die eigene Arbeit fruchtbar gemacht werden können



- Bekanntmachung der **Good Practice Ansätze** (Nachnutzungs-, Adaption- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten)
- **Koordination**
 - ✓ durch Aufnahme und Weitergabe inhaltlichen Inputs
 - ✓ Organisation und Steuerung des Austauschs zwischen den Bundesländern
- Service für die Partner, z.B. **Fortbildungsangebote** für die Mitglieder
 - ✓ bzw. Schulungsbedarfe aufnehmen und an geeignete Stellen (BZgA) vermitteln
- „Katalysator“ – Funktion beim **Zusammenbringen von Partnern**,
 - ✓ z.B. könnte eine Partneragentur aufgebaut werden
 - ✓ bundesweit könnten Spezialist/innen mit Praktiker/innen zusammengebracht werden
 - ✓ welche Partner haben thematische Nähe zu bestimmten Maßnahmen
 - ✓ Kontakte zur Stärkung des Setting Stadtteils vermitteln
- Zentrale **Lobbyarbeit** für das Thema
 - ✓ Finanzierungsquellen erschließen und sichern (> Bund)
 - ✓ auch über den Bereich der Vertragspartner im Gesundheitswesen hinaus bekannt machen
 - ✓ Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist eine Querschnittsaufgabe die auch des Engagements des BMG und der Industrie bedarf

Wie können Sie die Transparenz- und Koordinierungsstelle unterstützen?

- **Informationen** liefern für die Koordinierungsstelle
 - ✓ [Difu:] Know How rund um das Programm Soziale Stadt einbringen
 - ✓ Termine, Ergebnisse wissenschaftlicher Studien etc. **aktiv** an die Koordinierungsstelle melden
 - ✓ Angabe von Kontaktpersonen
 - ✓ Auflistung herausragender Maßnahmen

und Informationen in das eigene System weitergeben („Rückkoppelung“ zwischen Systemträger und Koordinierungsstelle sicherstellen)

 - ✓ Ermittlung neuer Good Practice-Projekte
- **Transparenz** über die eigene Arbeit herstellen
- **Motivierung** im eigenen System zur Kooperation in den Ländern



- [GKV:] Bereits geprüfte Maßnahmen in den Datenbank Pool einbringen – Ziel wäre die Schaffung eines bundesweiten einheitlichen Tools evaluierter Projekte
- Fachliche Ansprechpartner für Settings benennen; Bekanntmachen der Koordinierungsstelle
- [Beratender Arbeitskreis:] Unterstützung des Transfers von internationalen Erfahrungen, der Weiterentwicklung der Qualitätskriterien und des Transfers von Wissen und Erfahrungen
- Politische **Lobbyarbeit** für eine Transparenz- und Koordinierungsstelle
- **Würdigung** der Arbeit



Ergebnissicherung der Tischgruppe „Regionale Knoten“

Vorstellung der Arbeitsergebnisse: Margrit Schlankardt

- Anderen Titel für die Regionalen Knoten finden
- Öffentlichkeitsarbeit intensivieren
 - ✓ Kooperationspartner im Verbund informieren in ihren Strukturen über die Arbeit der Regionalen Knoten
 - ✓ Kontaktaufnahme zu AGs der Krankenkassen auf Länderebene
 - ✓ Workshops auf Länderebene zum gegenseitigen Kennenlernen
 - ✓ Regionalen Knoten in den Kommunen vorstellen
 - ✓ Sensibilisierung der Landes- über die Bundesebene (GKV)
- Regelfinanzierung sichern (paritätisch: Land / GKV)
 - ✓ Nutzen der Arbeit für die Kommunen herausstellen
 - ✓ Zusammenarbeit der Regionalen Knoten mit (regionalen) Gesundheitskonferenzen fördern
- Transparenz der Arbeit verbessern und Attraktivität der Angebote steigern



Ergebnissicherung der Tischgruppe „Good Practice“

Vorstellung der Arbeitsergebnisse: Stefan Bräunling, Sven Brandes

- Die Darstellung in der Datenbank handhabbarer machen
 - ✓ Rahmenbedingungen darstellen, Übertragbarkeit verdeutlichen
 - ✓ Auch Stolpersteine und Schwierigkeiten benennen
 - ✓ Kriterien und Projektinformationen niedrigschwellig zugänglich machen
- Kriterien „belastbarer“ machen und in Richtung Best Practice entwickeln
 - ✓ mehr als drei Kriterien darstellen
 - ✓ Kriterien klarer operationalisieren
 - ✓ Raster zum Überprüfen der Kriterien bereitstellen
 - ✓ Einführung eines verbindlichen Kriteriums „Verringerung des Gradienten sozialer Ungleichheit“
- Projekte begleiten und unterstützen (Ressourcen bereitstellen)
 - ✓ Anreize schaffen, die Good Practice-Kriterien umzusetzen
 - ✓ Austausch zwischen Projekten fördern (z.B. „AK Qualität“ in Bremen) und Mittel dafür bereit stellen
 - ✓ Ressourcen für Öffentlichkeitsarbeit bei ausgezeichneten Projekten
 - ✓ Projekte qualitätsorientiert beraten
- Vermittlung des Good-Practice-Ansatzes
 - ✓ Good Practice anschlussfähig machen für Kostenträger (z.B. Leitfaden zur Umsetzung gemäß § 20 SGB V)
 - ✓ Fortbildung für ÖGD bzw. für Kommunalverwaltungen
- Aufträge an Interventionsforschung
 - ✓ Strategien für bestimmte Handlungsfelder herausarbeiten
 - ✓ Strategien für bestimmte Zielgruppen herausarbeiten
 - ✓ Erfolgreiche Ansätze auf der Ebene der Strukturbildung ebenfalls berücksichtigen
 - ✓ Erfahrungen bündeln



Ergebnissicherung der Tischgruppe „Interventionsberichterstattung“

Vorstellung der Arbeitsergebnisse: Holger Kilian

- Leitfrage: „Wie schaffen wir es, einen belastbaren Überblick über Interventionen in einzelnen Handlungsfeldern herzustellen und was wollen wir dann wissen?“
- Interventionsberichterstattung für wen?
 - ✓ Kommunale Ebene: Kostenträger, Praxisanbieter
 - ✓ Landes- und Bundesebene: Entscheidungsträger zur Unterstützung strategischer Entscheidungen
 - ✓ Bei der Darstellung der Ergebnisse immer auch die unterschiedlichen Perspektiven und (Erkenntnis-) Interessen berücksichtigen
- Interventionsberichterstattung nicht als Insel-Lösung, sondern in bereits bestehende Aktivitäten / Strukturen einbinden (z.B. Überprüfung der Erreichung von Präventions- und Gesundheitszielen)
- Interventionsberichterstattung zwischen den Polen Dokumentation und Evaluation
 - ✓ Dokumentation: „Was haben wir?“ / Landkarten mit Verteilungsmustern erstellen / Reichweiten von Interventionen darstellen / Fokussierte Teilberichte erstellen, z.B. zum Thema „Gesunde Schule“
 - ✓ Evaluation: „Was wirkt eigentlich?“ Wie korrelieren die Interventionen mit den z.B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erhobenen Problemlagen und Bedarfen? Wie lassen sich die Erfahrungen systematisieren und was davon ist übertragbar (als Informationsgrundlage für Entscheidungsträger)?
- Wie können die Daten für die Interventionsberichterstattung erhoben werden?
 - ✓ Internet-Recherche als erster, niedrighschwelliger und kostengünstiger Zugangsweg (über die Websites potenzieller Träger von Interventionen)
 - ✓ Abfrage über Netzwerkstrukturen und Verbände; hierfür werden zusätzliche Ressourcen benötigt, da die Informationen meist nicht (in nutzbarer Form) vorliegen: z.B. GKV und Kommunen
- Systematisierung der Informationen aus unterschiedlichen Quellen kann sehr aufwändig sein und muss die „Wissenschaft“ einbinden
 - ✓ dafür die notwendigen Ressourcen bereit stellen
 - ✓ pragmatisch: Public Health-Studiengänge einbinden und Zuarbeit z.B. in Form von Master-Arbeiten



- Vor Aufbau einer Interventionsberichterstattung überprüfen, was es bereits gibt und ob ggf. einzelne Fragestellungen sich schon im Rahmen von Sekundär- oder Metaanalysen klären lassen

TOPs 5 und 6: Beschluss der „Handlungsleitenden Grundsätze“ und Verabschiedung

Die vier handlungsleitenden Grundsätze (siehe Anlage), die von allen 49 Mitgliedsorganisationen des Kooperationsverbundes bereits konsentiert wurden, wurden per Akklamation beschlossen:

1. Auf der Länderebene bedarf es einer stärkeren Verankerung der Regionalen Knoten als bisher
2. Auf der Bundesebene bedarf es der Einrichtung einer Transparenz- und Koordinierungsstelle bei der BZgA
3. Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es der Weiterführung und des Ausbaus des "Good Practice"-Ansatzes
4. Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es des Aufbaus einer Interventionsberichterstattung



Anlagen

5. Kooperationstreffen

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ am

23. November 2007, 11-16 Uhr
VdAK/AEV, Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg

Moderation:
Carola Gold (Gesundheit Berlin)
Dr. Frank Lehmann (BZgA)

TAGESORDNUNG

ab 10.30 Uhr: Begrüßungskaffee

TOP 1 11.00 - 11.30	Begrüßung	Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV) Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA)
TOP 2 11.30 - 12.15	Vorstellung der Aktivitäten des Kooperationsverbundes 2007	Mitglieder des Kooperationsverbundes
TOP 3 12.15 - 12.45	Diskussion	Alle
12.45 - 13.45	Mittagspause	
TOP 4 13.45 – 15.15	Wie können die handlungsleitenden Grundsätze mit Leben gefüllt werden?	Diskussion in wechselnden Kleingruppen entlang der vier Grundsätze
TOP 5 15.15 - 15.45	Resumee und Beschluss der handlungsleitenden Grundsätze	Alle
TOP 6 15.45 - 16.00	Verabschiedung	

5. Kooperationstreffen, 23.11.2007

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 5. Kooperationstreffens "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" am 23.11.2007 in Siegburg

Titel	Name	Vorname	Institution
	Arlt	Jupp	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
	Bellwinkel	Michael	BKK Bundesverband
	Böhme	Christa	Deutsches Institut für Urbanistik
	Borchert	Susanne	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
	Brandes	Sven	Gesundheit Berlin
	Bräunling	Stefan	Gesundheit Berlin
	Decker	Lutz	Deutscher Städtetag
	Fritsch	Daniela	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
Dr.	Gerdemann	Werner	Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
	Gigout	Franz	Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.
	Gold	Carola	Gesundheit Berlin
	Göth	Christina	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
	Grimm	Iris	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
	Groeger-Roth	Frederick	BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit e.V.
Dr.	Groß	Beate	Deutsches Rotes Kreuz
	Grüner	Tanja	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
	Hachmann-Schöneck	Monika	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
	Holleder	Alfons	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
Prof. Dr.	Kaba-Schönstein	Lotte	Hochschule Esslingen
	Kiehl	Ulrike	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
	Kilian	Holger	Gesundheit Berlin
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
	Leykamm	Barbara	Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt
	Monhof	Karin	Knappschaft
	Niederbühl	Karin	Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
	Plümer	Klaus D.	Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
Prof. Dr.	Pott	Elisabeth	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Dr.	Prümel-Philippson	Uwe	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
	Rumpelstin	Carsten	Gesunde Städte-Netzwerk
	Saam	Joachim	Gmünder Ersatzkasse

5. Kooperationstreffen, 23.11.2007

Titel	Name	Vorname	Institution
Dr.	Schäfer	Michael	Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
	Schlankardt	Margrit	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
	Schreiner-Kürten	Karin	AOK Bundesverband
Dr.	Steffens	Tomas	Diakonisches Werk der EKD e.V.
Dr.	Voermans	Sabine	Techniker Krankenkasse
	von Haldenwang	Ulrike	Bund Deutscher Hebammen
	Wächter	Marcus	Landesvereinigung für Gesundheit Saarland
Dr.	Wanek	Volker	IKK Bundesverband
	Westphal	Veronika	Techniker Krankenkasse
	Zollmann	Angelika	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

„Mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland“

Vier handlungsleitende Grundsätze des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

In Deutschland wie in anderen Industrienationen sind die Gesundheitschancen ungleich verteilt: Menschen mit niedrigem Einkommen, fehlendem Zugang zu Bildung und/oder niedriger beruflicher Position werden häufiger krank, haben eine geringere Lebenserwartung in Gesundheit und sterben früher als diejenigen in einer günstigeren Lebenssituation. Erklärt werden kann dies durch die Verhältnisse, unter denen die Betroffenen leben (u.a. fehlender Zugang zu Ausbildung, Beschäftigung und gesundheitlicher Versorgung, belastete Umwelt, schlechte Wohnsituation), aber auch durch gesundheitsschädigendes Verhalten und das Fehlen bestimmter Kompetenzen zur Bewältigung schwieriger Lebenslagen und –ereignisse.

Gesamtgesellschaftliche Anstrengungen, aber auch gezielte politische Maßnahmen (z.B. zur Verbesserung der Chancengleichheit im Bildungswesen, Zugang zu existenzsichernder Erwerbsarbeit) sind notwendig, um mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu erreichen. Auf Grund der internationalen Erfahrungen erscheint eine nationale, in die Gesamtpolitik integrierte, langfristige, wissenschaftlich begleitete und gut koordinierte Zusammenarbeit zur Gewährleistung von „Mehr gesundheitlicher Chancengleichheit“ Erfolg versprechend. Diese Zusammenarbeit sollte mit quantitativen Zielvorgaben und konkreten Interventionsprogrammen verbunden sein. Ziel müsste insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen Lage derjenigen Gruppen in der Bevölkerung sein, bei denen erwiesenermaßen ein größerer Gesundheitsförderungsbedarf besteht (Beispiel: Jugendliche in Haupt- und Realschulen rauchen häufiger als Jugendliche in Gymnasien. Ziel: Durch eine Reduzierung des Rauchens in Haupt- und Realschulen sollte dieser Unterschied bis 2010 um 15% verringert werden. Erreicht werden kann dies durch zielgruppenspezifische Nichtraucherprogramme und einen relativ erhöhten Mitteleinsatz in Haupt- und Realschulen). Ziel sollte es auch sein, gesundheitliche Chancengleichheit als Leitbild bei allen Akteuren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich zu verankern.

Deutschland ist mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in dem sich mittlerweile 49 Organisationen zusammengeschlossen haben, auf einem guten Weg, der konsequent weiter verfolgt werden muss. Deshalb verpflichten sich die Mitglieder des Kooperationsverbundes mit dieser Erklärung untereinander und gegenüber der Öffentlichkeit, auf eine Stärkung, Verstetigung und den Ausbau ihrer Kooperationen hinzuwirken, damit das Ziel, „mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland“, gemeinsam mit weiteren Partnern auch tatsächlich erreicht werden kann. Diese Verpflichtung wird durch die folgenden vier handlungsleitenden Grundsätze für die zukünftige Arbeit und Zusammenarbeit geprägt.

Erster Grundsatz: Auf der Länderebene bedarf es einer stärkeren Verankerung der Regionalen Knoten als bisher

Zwischen 2004 und 2007 wurden in allen Bundesländern Netzwerke für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die „Regionalen Knoten“, aufgebaut. Ihre Träger sind in der Regel die Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. entsprechende Einrichtungen. Sie werden derzeit finanziert aus Bundes-, Landes-, Krankenkassen- und Unfallkassenmitteln. Die bisher fast vierjährige Erfahrung hat gezeigt, dass die Regionalen Knoten bei sehr sparsamer Mittelausstattung einen substantiellen Beitrag für mehr gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern geleistet haben: u.a. durch breite Positionierung des Themas über Fachveranstaltungen, durch Festlegung von Erfolgskriterien, durch Sondierung entsprechender Good Practice-Modelle und deren Bekanntmachung sowie durch das Aufzeigen von neuen Handlungsfeldern und besonderem Handlungsbedarf. Sie unterstützen Landesinitiativen (Gesundheitsziele, -programme, -konferenzen u.a.) in Bezug auf Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und geben Hinweise auf geeignete Projektansätze.

Die Regionalen Knoten arbeiten umso wirkungsvoller und effizienter, je besser sie in die jeweiligen Landesstrukturen eingebunden sind. Die Mitglieder im Kooperationsverbund begrüßen daher den Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz, die Regionalen Knoten zu stärken und hierbei einen eigenen, maßgeblichen Beitrag zu leisten. Die bisherigen erfolgreichen Finanzierungsformen müssen beibehalten und ausgebaut werden. Insbesondere werden die Länder gebeten zu prüfen, ob der Empfehlung der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen gefolgt werden kann, die Regionalen Knoten zukünftig paritätisch durch die Länder und die Krankenkassen auf Landesebene zu finanzieren.

Zweiter Grundsatz: Auf der Bundesebene bedarf es der Einrichtung einer Transparenz- und Koordinierungsstelle bei der BZgA

Zur Weiterentwicklung der bisher erfolgreichen Arbeit halten die Mitglieder des seit 2003 arbeitenden Kooperationsverbundes aber auch eine bundesweite Koordinierung der Regionalen Knoten für erforderlich. Die zurzeit 49 Mitgliedsorganisationen streben nicht nur an, gesundheitliche Chancengleichheit in ihren eigenen Strukturen noch fester zu verankern, sie nutzen auch aktiv die Möglichkeiten, die in der Vernetzung mit einzelnen oder mehreren Mitgliedern des Kooperationsverbundes bestehen. So fokussieren sie z.B. ihre Zusammenarbeit auf Zielgruppen (z.B. sozial benachteiligte Kinder oder ältere Menschen) oder auf Settings (z.B. Kindertagesstätten, Betriebe, Stadtteile) und ermöglichen damit für die Partner Transparenz über ihre Aktivitäten, um Synergieeffekte für alle Beteiligten zu erzielen.

Dieser in und zwischen einzelnen Ländern laufende Prozess wiederum muss von dritter Seite koordiniert werden: Angebot von Transparenz über alle entsprechenden Aktivitäten, aktive Unterstützung bei der oben beschriebenen Vernetzung, Koordination der Arbeit der Regionalen Knoten, aber auch Darstellung der gemeinsamen Arbeit und ihres Nutzens für andere, ggfs. Ermöglichung entsprechender Transferleistungen – das sind Aufgaben, die von einer zentralen Koordinierungsstelle auf der Bundesebene wahrgenommen werden sollten.

Die BZgA verantwortet bereits seit 2001 den Aufbau und die Koordination des Kooperationsprojektes, ermöglicht die Zusammenarbeit mit ähnlichen Initiativen im europäischen Raum, gewährleistet insgesamt Neutralität und Unabhängigkeit gegenüber allen derzeitigen und zukünftigen Beteiligten und stellt eine Informationsplattform zur Verfügung. Die Mitglieder im Kooperationsverbund halten daher die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus vielen Gründen für hervorragend geeignet, diese Aufgabe zu übernehmen.

Dritter Grundsatz: Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es der Weiterführung und des Ausbaus des "Good Practice"-Ansatzes

Der Good Practice-Ansatz beruht darauf, dass Angebotsbeispiele, die nach konsentierten Kriterien als vorbildlich für die Arbeit der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten einzustufen sind, durch ein bundesweit einheitliches Auswahlverfahren identifiziert und bekannt gemacht werden. Bereits im Auswahlprozess zum Good Practice-Projekt findet dabei über die Analyse und Beschreibung vorbildlicher Handlungsbereiche ein Qualitätsentwicklungsprozess bei den Projektträgern statt: Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden für die tägliche Arbeit erstmalig wirklich relevant. Die Verbreitung „guter Praxis“ auf weitere Angebote und Aktivitäten wird durch solcherart konkret beschriebene Beispiele anschaulich und auch für andere „machbar“. So wurden z.B. bereits gelungene Angebote aufsuchender Hebammenhilfe und Elternarbeit öffentlich bekannt gemacht und dadurch dann landesweit verbreitet – ein gelungener Transfer mit geringem zusätzlichem Mitteleinsatz.

Die Mitglieder des Kooperationsverbundes streben deshalb an, im Rahmen ihrer eigenen Strukturen gute Praxis systematisch zu verbreiten und darauf hinzuwirken, dass der Good Practice-Ansatz auch für weitere Träger attraktiv wird. Sie sind sich auch in dieser Hinsicht ihrer Vorbildfunktion für die Gesundheitsförderung in Deutschland bewusst.

Vierter Grundsatz: Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bedarf es des Aufbaus einer Interventionsberichterstattung

Gesundheit ist eines der wichtigsten Zukunftsthemen sowohl aus der Perspektive der einzelnen Menschen wie auch aus dem Blickwinkel der Gesamtgesellschaft. Gesundheit im sozialen Kontext kann aber nicht ohne den Aspekt der Chancengleichheit gedacht werden. Um hierüber zukünftig einen breiten Konsens in unserer Gesellschaft herzustellen, bedarf es der verbesserten Dokumentation dieser Zusammenhänge und der Darstellung ihrer wirksamen Beeinflussung. Der Kooperationsverbund strebt daher mittelfristig an, auf der Grundlage der vorhandenen Datenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) eine bundesweite Berichterstattung der Interventionen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit aufzubauen, mit deren Hilfe gegenüber der Öffentlichkeit der Grad der Zielerreichung der gemeinsamen Arbeit dargestellt und Prioritäten für zukünftigen Handlungsbedarf nachgewiesen wird.

Siegburg

23. November 2007

Die Partner im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

- AOK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Barmer Ersatzkasse
- BKK Bundesverband
- Bund Deutscher Hebammen e.V.
- Bundesärztekammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit
- Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszahnärztekammer
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Rotes Kreuz
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Olympischer Sportbund
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Diakonisches Werk der EKD e.V.
- Gesunde Städte-Netzwerk
- Gesundheit Berlin e.V.
- Gmünder Ersatzkasse
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE)
- Internationaler Bund (IB)
- IKK-Bundesverband
- Knappschaft
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (über IPP Universität Bremen)
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (Agethur)
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg
- Nationale Armutskonferenz
- Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von Berlin
- Stiftung SPI
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband VdAK/AEV
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Stand: November 2007



Impressum:

Herausgeber:

Gesundheit Berlin für den Kooperationsverbund
"Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"

Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 44 31 90 60
E-Mail: post@gesundheitberlin.de
www.gesundheitberlin.de

Redaktion:

Gesundheit Berlin
Agentur Schmitt & Paradies

Satz und Layout:

Artur Mattern

Februar 2008