



Info_Dienst

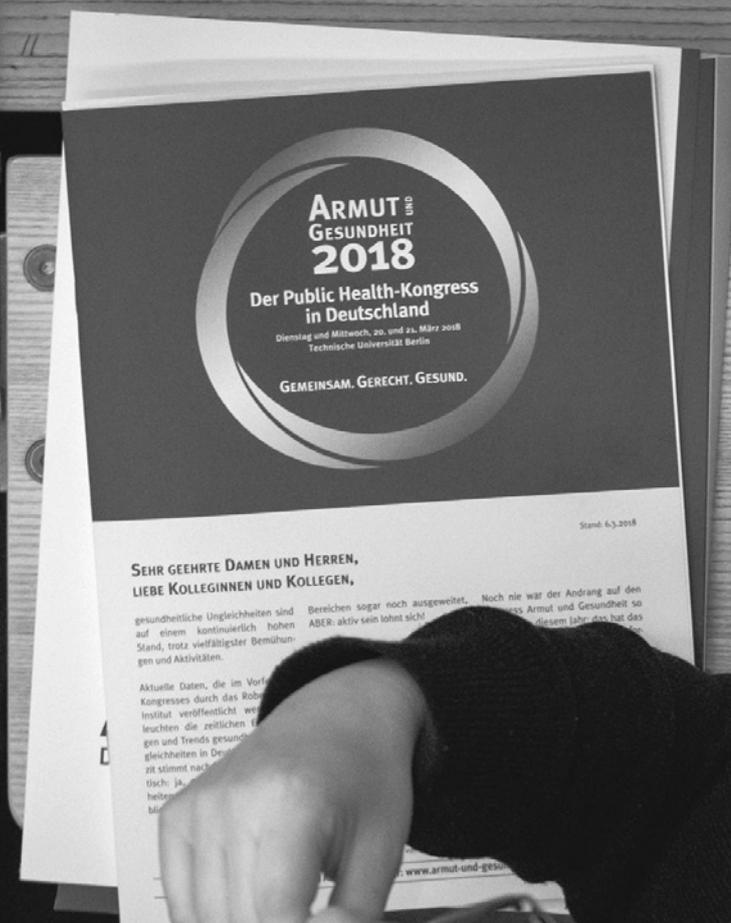
für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

1|18

„Gemeinsam. Gerecht. Gesund.“

Kongress Armut und Gesundheit 2018



SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,
LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

gesundheitliche Ungleichheiten sind auf einem kontinuierlich hohen Stand, trotz vielfältigster Bemühungen und Aktivitäten. Stand: 6.3.2018

Aktuelle Daten, die im Vorfeld des Kongresses durch das Robert-Koch-Institut veröffentlicht wurden, bekräftigen die zeitlichen Trends gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. Die Zeit stimmt nach wie vor nicht mit den Erwartungen überein. Die gesundheitliche Lage bleibt besorgniserregend.

www.armut-und-gesundheit.de



In dieser Ausgabe

Gemeinsam. Gerecht. Gesund. Eröffnungsveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit 2018	3
Im Gespräch „Health in All Policies“ Diskussion mit Ilona Kickbusch, Gabriele Schlimper, Gerhard Trabert, Petra Hofrichter und Stefan Pospiech	6
Zahlen helfen, gegenüber der Politik Bedarfe klar darzustellen Carolin Bader berichtet aus der Praxis der medizinischen Versorgung Unversicherter	8
Wie fruchtbar ist der kleinste Kreis ... Andreas Wenzel und Anna Gabrys im Gespräch	10
Wie weiter mit Wirkung? Holger Kilian, Dagmar Lettner und Ina Schaefer zur Wirkungsorientierung	12
Die Schlange und der Geist 70 Jahre WHO, 40 Jahre Deklaration von Alma Ata – ein Résumé von Christian Sälzer	14
Gute stationäre Pflege trotz Pflegekräfte- und Ärztemangel? Irmgard Landgraf zur Frage, wie Digitalisierung beim aktuellen Pflegenotstand zur Entlastung beitragen kann	17
Das Desinteresse der deutschen Politik an der Prävention Dietrich Garlichs zum weltweit größten Gesundheitsproblem – Übergewicht	20
„Zusammen wirksam sein“ Rainer Steen zur Satellitenveranstaltung „Land in Sicht“	22
Vorrang für Verhältnisprävention Raimund Geene zur Frage, ob wir eine Enquete-Kommission zur Weiterentwicklung der Prävention brauchen	25
„Keine Sau interessiert sich für Gesundheit...“ Abschlussveranstaltung	28
Carola Gold-Preis 2018	31
Impressum	32

Editorial

Der Kongress Armut und Gesundheit hat im Jahr 2018 wieder neue Rekorde gebrochen: Mit ca. 2.500 Teilnehmenden, davon ca. 650 inhaltlich Beteiligte, waren noch nie so viele Menschen aktiv in die Diskussionen eingebunden wie in diesem Kongressjahr.

Diese Ausgabe des Info_Dienstes zeichnet einen Teil der Diskussionen auf dem Kongress nach und widmet ihnen diese Sonderausgabe. Die Dokumentation des Kongresses ist abrufbar unter: www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html.

Leitthema des Kongresses Armut und Gesundheit 2018 war die Frage, wie wir dem Ansatz von Health in All Policies (HiAP) zu neuer Aktualität verhelfen können. Dass das Thema von hoher Brisanz ist, zeigt die Vielzahl an Veranstaltungen, die den HiAP-Ansatz an- oder weiterdiskutiert haben. Eine Auswahl dieser ist im Folgenden dargestellt. So konnten wir im Rahmen der zentralen Eröffnungsveranstaltung nach sehr langer Zeit einmal wieder mit der Bundespolitik in die Diskussion kommen, kurz nach der neuen Koalitionsbildung. Die (Versorgungs-)Situation wohnungsloser Menschen bildete einen zentralen Kongressschwerpunkt. Erstmals waren wir hierzu auch im Rahmen einer Kundgebung („Gesundheit ein Menschenrecht“) am Brandenburger Tor aktiv. Wesentlich war und ist auch die Frage, wie wir uns als Public Health-Community stärker in die politischen Debatten um sozial bedingte Ungleichheiten in Gesundheitschancen einbringen können. Braucht es hierfür eine Enquete-Kommission? Wie können wir mehr „Wirkung“ in und über unser Handeln entfalten? Auch der Blick über den deutschen Tellerrand darf in den Debatten nicht fehlen, denn 70 Jahre nach Ottawa wurde auch zur Rolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) diskutiert. Aber: Lesen Sie selbst!

Auch im kommenden Kongressjahr laden wir Sie wieder herzlich dazu ein, aktiv zu bleiben oder es zu werden. Wir bieten erneut die deutschlandweite Plattform für die Debatten um den Zusammenhang von Armut und Gesundheit und freuen uns über Ihre Teilnahme: am 14. und 15. März 2019 unter dem Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“, an der Technischen Universität Berlin.

*Wir sind da und freuen uns auf Sie!
Das Kongress-Team*

Gemeinsam. Gerecht. Gesund.

Eröffnungsveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit 2018

Rudolf Henke MdB (CDU) ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages für die CDU-Fraktion und Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Prof. Dr. Ilona Kickbusch leitet das Global Health Programme am Graduate Institute in Genf. Derzeit ist sie als Beraterin einer Vielzahl von nationalen Regierungen, internationalen Organisationen sowie NGOs tätig und erhielt 2016 das Bundesverdienstkreuz für ihre Tätigkeiten in der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik.

Hilde Mattheis MdB (SPD) ist seit 2002 Mitglied im Deutschen Bundestag für die SPD-Fraktion sowie Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender von Gesundheit Berlin-Brandenburg und des Paritätischen Gesamtverbandes, übernahm die Moderation dieser Gesprächsrunde.



Rosenbrock: Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, also die in Deutschland um zehn Jahre kürzere Lebenserwartung und die lebenslang schlechtere Gesundheitslage von Menschen an oder unter der Armutsgrenze, mit Hartz IV oder weniger, das ist seit 23 Jahren das Generalthema dieses Kongresses. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Armut in Deutschland auch bei guter und sehr guter Wirtschaftslage nicht zurückgeht. Nach EU-Maßstäben gemessen, stagniert die Armutsquote in Deutschland bei knapp 16 Prozent und das sind über zwölf Millionen Menschen. Aus unserer Sicht müsste die Verringerung der Armut ein eigenes, ständiges Politikziel sein.

Wir haben uns unter diesem Gesichtspunkt den Koalitionsvertrag angesehen, was dieser zum Thema Armut sagt und sind an fünf Stellen fündig geworden: Da geht es um die Erforschung armutsbedingter Erkrankungen. Es geht um die Bekämpfung des Hungers in der Welt. Es geht um die Bekämpfung der Ursachen der europäischen Armutszuwanderung. Es geht auch um die Bekämpfung der Kinderarmut durch Erhöhung und leichtere Beantragung von Kinderzuschlägen und es geht um die Honorierung der Lebensleistung durch die Einführung der Grundrente als Armutsleistung.

Meine Frage an Sie: Reicht das aus Ihrer Sicht? Oder wie können wir eine gesamtpolitische Strategie gegen gesundheitliche Ungleichheit und für die Gesundheit der Menschen erreichen?

Henke: Nein, es reicht nicht aus. Der wichtigste Punkt aus dem Koalitionsvertrag ist die Aussage zur Prävention. Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken. Das kommt für mich relativ nahe an die Idee von Health in All Policies (HiAP) heran. Auf der Grundlage des Berichtes der nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratung im Bundestag werden wir ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes vorlegen und die daran anschließenden Debatten bieten die Chance, im Rahmen dessen, was im Koalitionsvertrag vereinbart ist, auch diesen HiAP-Ansatz in den Bundestagsdebatten stärker zu verankern.

Mattheis: Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht hat uns gesagt, dass eine Verfestigung der Armut stattfindet, vor allem bei der älteren Bevölkerung. Jedes fünfte Kind ist von Armut bedroht. Wenn es zum Problem für Familien wird, sich an gesellschaftlichen Angeboten zu



beteiligen, ist das ein Problem für diese reiche Gesellschaft. Eine Zahl, die ich immer gerne nenne: 45 Menschen in Deutschland besitzen so viel wie 50 Prozent der Bevölkerung. Dieses Ungleichgewicht, das sich auch im Gesundheitswesen zeigt, muss uns zutiefst erschrecken. Nicht nur, weil im Bundestag nun eine Partei sitzt, die offensichtlich eine Sammelbewegung für Leute sein kann, die sich bei uns – im Moment noch vertreten durch die großen Parteien – nicht ganz so aufgehoben fühlen. In dieser großen Koalition müssen wirklich alle Anstrengungen unternommen werden, um dieser Spreizung in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Nach den ersten Bemerkungen unseres neuen Gesundheitsministers ist meine Zuversichtskurve in den Keller geschnellt. Es kann nicht sein, dass jemand, der wie wir in wirklich privilegierter Situation ist, sich entsprechend über Menschen, die mit 406 Euro oder weniger auskommen müssen, auslässt. Das ist eine Kultur, die ich nicht akzeptieren kann. Ich möchte in dieser großen Koalition erleben, dass zum Beispiel der öffentliche Gesundheitsdienst wirklich gestärkt wird, dass die Prävention sehr viel stärker ausgebaut wird, und dass man in den Schulen und Kindergärten ansetzt. Das müssen wir erstmal schaffen.

Rosenbrock: Wir haben gesagt, was wir von Ihnen erwarten – eine konsistente Armutspolitik. Wir würden gerne noch von Ihnen erfahren: Was erwarten Sie von uns, den Public Healthern und Public Healthern?

Henke: Die größten Ungleichheiten haben wir nicht in Deutschland, sondern die größten Ungleichheiten haben wir zwischen dem europäischen Raum, dem OECD-Raum und dem südlichen Afrika. Diese Ungleichheiten anzusprechen, ist einer der Aufträge, die wir uns im Koalitionsvertrag geben.

Für Deutschland liegt die Chance in der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, diese Debatte auch möglichst stark, gut vorbereitet und öffentlich zu führen. Und da wünsche ich mir, dass Sie die Chancen auf Teilhabe im Diskurs nutzen, mit etwas weniger Unerbittlichkeit, was das Vorfinden trauriger Verhältnisse angeht.

Mattheis: Ich glaube, dass wir ein relativ schwerfälliges System haben, in dem viele Akteure an einem großen Tisch sitzen und in unterschiedliche Richtungen ziehen. Und die Verteilungsfrage, auch im Gesundheitswesen, ist eine der zentralen Herausforderungen. Und deshalb finde ich es gut, wenn Sie uns richtig auf die Füße treten. Und zwar so, dass es kritisch konstruktiv ist, was Sie

auch tun. In dieser großen Koalition stehen wir jetzt vor einer Herausforderung, in der unterschiedliche gesellschaftliche Ansätze einfach nicht zusammenkommen. Damit müssen wir umgehen. Deshalb finde ich es gut, dass Sie eine mächtige Stimme sind, nicht nur Sie als Personen, auch als Organisation. Ich glaube, dass mit dem Präventionsgesetz ein wichtiger und richtiger Ansatz gefunden wurde, auch wenn dieser wirklich noch ausbaufähig ist.

Rosenbrock: Ilona Kickbusch, was sind aus deiner Sicht erfolgsversprechende Ansätze, mit denen man der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen in reichen Ländern strategisch entgegenzutreten kann?

Kickbusch: Ich glaube, als erstes muss man sehen, dass in Ländern wie Finnland, die relativ erfolgreich im Hinblick auf ihre Armutspolitik sind, ein konservativer Ministerpräsident sagt: „Unsere Lösungen der Vergangenheit reichen nicht mehr aus. Wir können dem Armutproblem und der sozialen Ungleichheit nicht mehr mit den alten Mitteln in einer Gesellschaft begegnen, in der uns die Arbeit vielleicht ausgeht.“

Eines der wichtigen Elemente, die man aus Ländern wie Finnland zieht, ist der Mut zum sozialen politischen Experiment. Finnland experimentiert zurzeit mit einem garantierten Mindesteinkommen, um zu sehen: Was sind die Auswirkungen? Das wird sehr genau wissenschaftlich und journalistisch begleitet. Man hofft, dadurch Hinweise durch verlässliche Evidenz und Daten zu bekommen, wie man einen Wohlfahrtsstaat, eine gleichere, gerechtere Gesellschaft im 21. Jahrhundert eigentlich strukturieren kann.

Der zweite wichtige Punkt, den Sie bereits angesprochen haben, ist eine gesamtpolitische Strategie. Ich finde es wahnsinnig wichtig, dass wir anfangen, Armut als etwas Dynamisches zu sehen und nicht Strategien suchen, die Armut noch verfestigen. In vielen der skandinavischen Länder legt man den zentralen Schwerpunkt, aus der Armut zu kommen, auf die soziale Mobilität. Wenn ich also ‚Struktur‘ sage, ist das Wichtigste, was wir aus diesen Gesellschaften lernen können: ‚Equal Start in Life‘. Es wird investiert in Schulen, in Kindergärten, in Vorschulen – in alle möglichen Unterstützungssysteme für Kinder. Die Familienpolitik und die Arbeitspolitik sind darauf ausgerichtet.

Armutspolitik in den skandinavischen Ländern, aber auch in den Niederlanden und in Slowenien, ist Genderpolitik. Das heißt, das sind Länder, in denen Frauen einen besseren Zugang zum Arbeitsmarkt haben, in denen Frauen Unterstützung bekommen, weil viele der Familien Ein-Elternteil-Familien sind. Das sind Gesellschaften, in denen diese höhere Mobilität für die nächste Generation wichtig ist.

Armutspolitik muss Integrationspolitik sein. Sie muss Leuten den Zugang zur Gesellschaft ermöglichen. Es geht um ‚Health in Everyday Life‘. Wie kann ich teilnehmen? Je einsamer ich bin, je ausgeschlossener ich bin, je ärmer ich bin, umso kranker bin ich, umso früher sterbe ich.

Also ohne eine gesamtpolitische Strategie wirkt die beste Umverteilungsstrategie nicht, weil sie die Menschen nicht in die Gesellschaft hineinbringt und weil sie keine soziale Mobilität herstellt.

Bei diesem Text handelt es sich um die Transkription eines Audio-Mitschnittes der Eröffnungsveranstaltung. In voller Länge können Sie den Text unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html einsehen.



| Im Gespräch „Health in All Policies“

Im Gespräch diskutierten **Prof. Dr. Ilona Kickbusch**, (Graduate Institute of International and Development Studies in Genf), **Dr. Gabriele Schlimper** (Paritätischer Landesverband Berlin) und **Prof. Dr. Gerhard Trabert** (Hochschule Rhein Main) mit **Petra Hofrichter**, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) und **Stefan Pospiech**, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Kickbusch: Wenn man die Verfassung der WHO betrachtet, dann steht ganz klar darin „Health is a social responsibility of governance.“ Es steht auch drin „Health is a human right.“ Wer garantiert Rechte? Wer formuliert Rechte? Der Staat. Ein Staat hat gewisse Verpflichtungen gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern. Die verändern sich im Laufe der Zeit, ganz klar. Ehrlich gesagt, haben wir in Ottawa nicht an *sugar, sweets and beverages* gedacht, sondern haben eher noch gesagt „McDonald’s ist ein rauchfreier Raum“. Zugleich gibt es eine Verantwortung für die Bürger, Bürger zu sein. Und wir sehen, dass das in unseren Gesellschaften zum Teil so nicht mehr klappen kann.

In manchen Gesellschaften ist eine stärkere Gesundheitsbewegung tatsächlich vorhanden, eine sehr viel politischere. Man sieht auch, dass sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sehr viel politischer in den Gesundheitsdiskurs einmischen, vor allem in den sozialen. Wobei die Verbände natürlich eine gewichtige Rolle spielen, auch in einem Land wie Deutschland.

Man kann eine Stärke von nationalen Gesundheitssystemen in der Krise sehen. In Finnland hat man z.B. bewusst die Entscheidung getroffen, Gesundheits- und Sozialdienste nicht zu kürzen. Das hat auch das Vertrauen in den Staat verstärkt und geholfen, die Krise zu überwinden. In England hat man das nicht getan. In England kürzt man genau dort. Das heißt, wenn es ein steuerfinanziertes System gibt, hat man eine Chance, bewusste Investitionsentscheidungen zu treffen, ohne Arbeitgebende und andere zu fragen. Wenn man andererseits nur auf eine Finanzquelle angewiesen ist, hat das natürlich ebenfalls Auswirkungen. Sie sehen, der englische Gesundheitsdienst ist in einer Krise. Von daher ist immer wieder die Politik involviert, immer wieder das politische System. Tedros Adhanom Ghebreyesus, der Generaldirektor der WHO, sagt immer wieder dezidiert: Gesundheit ist eine politische Entscheidung. Health is a political choice.

Trabert: Wir sind diesen politisch Verantwortlichen gegenüber zu lieb und zu brav. Wir haben vor über 25 Jahren diesen Kongress mitinitiiert. Seehofer, damals Gesundheitsminister, hat eine Teilnahme mit der Begründung abgelehnt: „Es gibt die Sozialhilfe, also gibt es keine Armut.“ Jetzt Déjà-vu: Spahn ist Gesundheitsminister und erzählt uns etwas zum Thema Armut, geprägt von Ignoranz, Inkompetenz und Arroganz, was ich nicht mehr wirklich ertragen kann.

Diesen Kongress gibt es jetzt so lange. Es kommen immer mehr Menschen hierher, aber es tut sich in der großen Politik nicht wirklich etwas. Die Sozialgesetzgebung ist so gestrickt, dass immer mehr ausgegrenzt wird, dass immer mehr gekürzt wird, dass unser soziales Netz immer grobmaschiger wird. Für mich stellt sich die Frage: Woran liegt das?

Da komme ich zu dem Schluss: Wir sind mit unserer Kritik einfach noch zu nett, zu lieb. Wir müssen mehr skandalisieren. Wir müssen uns in Verbindung mit betroffenen Menschen organisieren, vernetzen und wir müssen scheinbar so etwas wie eine außerparlamentarische Opposition hier in diesem Land aufbauen. Es war in meinen Augen nicht Martin Schulz, der diesen Hype ausgelöst hat, sondern es war das Thema soziale Gerechtigkeit. Und die SPD hat deshalb so verloren, weil sie dieses Thema überhaupt nicht mit Inhalten gefüllt hat. Ich glaube, dass in dieser Gesellschaft eine hohe Sensibilität für soziale Gerechtigkeit bei den Menschen vorhanden ist und dass man spürt, dass es hier nicht gerecht zugeht. Es ist doch unerträglich, wie kriminell die Autoindustrie handelt und den Tod von tausenden Menschen in Kauf nimmt. Und wie fiel die Kritik hier aus? Jetzt werden, irgendwie steuerfinanziert, neue Dieselaautos eingeführt. Das kann es doch nicht sein.

Dieses Problem wird auch individualisiert, du bist schuld, dass du arm bist. Und die Menschen verinnerlichen das zum Teil. Und was wir mit unserer Basisversorgung auf der Straße machen, ist im Prinzip, jedem zu vermitteln: Sie sind wertvoll und Sie können etwas! Mit unseren Sozialmitarbeiterinnen und -mitarbeitern haben wir mittlerweile so häufig die Erfahrung gemacht, dass weder Jobcenter, noch Sozialamt, noch die Krankenkassen rechtskonform informieren. Wenn die Klientinnen und Klienten damit einverstanden sind, klagen wir und in 90 Prozent der Fälle gewinnen wir auch. Das ist aber auch ein strukturelles Problem. Und abschließend: Es geht hier nicht um Fürsorge und Gutwillen. Verdammt nochmal, es ist ein Recht dieser Menschen, rechtskonform behandelt zu werden. Es ist ein Recht auf Gesundheitsversorgung, doch wird uns von der Politik immer etwas anderes suggeriert.

Pospiech: Frau Dr. Schlimper, lassen Sie uns bitte an Ihren langjährigen Erfahrungen teilhaben. Wie gelingt es uns, Themen im politischen Diskurs einzuspeisen? Welche Strategien sehen Sie als Paritätäre, der ja viele unserer Organisationen auch vertritt, um substantielle politische Änderungen zu erzeugen?

Schlimper: Politikerinnen und Politiker sind auch Menschen. Es gibt Menschen in politischen Parteien, in politischer Verantwortung, die sich für ein Thema begeistern lassen. Die muss man finden und das ist nicht so leicht. Das ist nicht jedem gegeben. Und mit denen muss man gezielt ins Gespräch kommen.

Wir haben sehr viel mit Begegnungszentren, Stadtteilzentren, Familienzentren zu tun. Und wir haben ein großes Bestreben, Menschen in schwierigen monetären Lebenslagen an solche Zentren zu binden, damit sie mit uns gemeinschaftlich die Zivilgesellschaft stärken und sich ehrenamtlich engagieren. Wenn wir mit den Bürgerinnen und Bürgern ins Gespräch kommen, dann höre ich immer häufiger: „Ihr sagt immer, wir sind arm und wenn ihr sagt, dass wir arm sind, grenzt ihr uns aus.“ Wir müssen aufpassen, dass wir in unseren Debatten nicht selbst stigmatisieren, sondern dass wir schauen, wie wir die Lebenswelten, in denen Menschen unterwegs sind, als Ganzes stärken, durch soziale, niedrigschwellige Angebote und ihnen die Möglichkeit geben, selbst mitzugestalten, um darüber wieder ihre Wertigkeit, die eigene Würde zurückerlangen können.

Immer dann, wenn wir mit den Menschen gesprochen haben und sie in nachbarschaftliche Projekte, in niedrigschwelliges soziales gemeinsames Denken einbinden konnten, dann führte das zu einer Verbesserung ihrer Gesamtsituation.

Hofrichter: Wie kann man stärker in einen dialogischen Austausch mit denjenigen treten, mit denen wir etwas gemeinsam verändern wollen?

Kickbusch: Das Wichtigste ist tatsächlich, die Thematik zu verschieben und zu verändern. Und für viele Politikerinnen und Politiker ist Gesundheit auch nicht der selbstverständlichste Einstieg. Aber man muss sie wirklich dafür hier haben.

Was momentan in der Diskussion um nichtübertragbare Erkrankungen (NCD) herauskommt: Wir müssen auf andere Firmen und andere Finanzströme mindestens genauso schauen, wie wir das bei der Pharmaindustrie gemacht haben. Und schlussendlich sind das irgendwann auch IT-Firmen, bei denen riesige Gewinne gemacht und Gesundheitsinformationen und Daten über Individuen gezogen werden. Wir haben das jetzt bei Cambridge Analytica gesehen, wo Daten über Individuen so wertvoll sind wie Öl.

Hier entwickeln sich ganz neue, ganz brutale Fragen, die wir angehen müssen und die auch weit über die örtliche Handelspolitik hinausgehen.

Trabert: Unsere Politik ist von den Wirtschaftsinteressen so massiv bestimmt. Stéphane Hessel hat 2010 einen tollen Aufsatz geschrieben, den ich Ihnen nur emp-



fehlen kann – ‚Empört euch‘. In diesem Aufsatz kritisiert er den Finanzkapitalismus in Europa, die Orientierung hin zu Gewinnmaximierung. Er sagt: „Besinnt euch. Was hat Europa stark gemacht? Humanität, die Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit. Das muss im Zentrum stehen.“ Und das steht verdammt nochmal nicht im Zentrum dieser Politik. Und das müssen wir einklagen, und zwar massiv.

Pospiech: Vielleicht schaffen Sie es in zwei Minuten, die Kernergebnisse des finnischen Modells zum Grundeinkommen vorzustellen?

Kickbusch: Es ist noch nicht abgeschlossen. Es ist auch nicht das einzige Land, in dem das gemacht wird, aber dort wird es besonders intensiv und wissenschaftlich begleitet. Man gibt diesen Menschen das bedingungslose Grundeinkommen. Was passiert jetzt? Hängen alle auf dem Sofa und machen gar nichts mehr? Erste Ergebnisse zeigen, dass das überhaupt nicht der Fall ist, sondern die Leute nutzen das ganz unterschiedlich. Für viele ist es eine wahnsinnige Erleichterung. Und gerade für diejenigen, die kleine Kinder haben, führt das zu ganz neuen Strukturen.

Und aufgrund dessen herrscht jetzt in Finnland eine große Diskussion: Sie wollen nicht mehr von einer Wohlfahrtsgesellschaft sprechen, denn das ist das alte Umverteilungsmodell. Sie nennen es auf Englisch eine „Well-being-Society“. Was macht eine erfolgreiche Gesellschaft aus? Das Bruttosozialprodukt ist es ganz sicher nicht. In all diesen Wertungen spielt Gesundheit eine ganz wichtige Rolle. Was ist das, diese „Well-being-Society“? Wie wird sie finanziert? Wie verhält es sich dort mit der Definition von Arbeit und Gesundheit? Vielleicht kann man jemanden von den finnischen Kolleginnen und Kollegen einladen.

Bei diesem Text handelt es sich um die Transkription eines Audio-Mitschnittes der Veranstaltung 54 „Im Gespräch“. In voller Länge können Sie den Text unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html einsehen.

„Zahlen helfen, gegenüber der Politik Bedarfe klar darzustellen“

Carolin Bader berichtet aus der Praxis der medizinischen Versorgung Unversicherter

Ärzte der Welt, *Médecins du Monde*, ist ein internationales Netzwerk an Organisationen. Mit 340 Gesundheitsprogrammen in 75 Ländern versorgen wir benachteiligte Menschen medizinisch. Wir sagen, wir sind kein Parallelsystem, sondern eine Parallelstruktur, weil wir den Anspruch haben, zu versuchen, Menschen so kurz wie nötig bei uns behandeln zu lassen. Außerdem versuchen wir die Lebensumstände unserer Patientinnen und Patienten zu verbessern. Um auf die Missstände in Deutschland aufmerksam zu machen, arbeiten wir öffentlichkeitswirksam und positionieren uns politisch gegenüber Entscheidungsträgern und Dienstleistern in der Gesundheitsversorgung.

Wir erheben Daten beim Erstaufnahmegespräch der Patientinnen und Patienten, bei jeder Visite und bei Fortschritten in der Sozialberatung hinsichtlich der Integration in die Krankenversicherung. Das heißt, unsere digitale Datenbank dient uns auch als Patientenakte. Daten sind für uns die Basis einer bedarfsorientierten Beratung. Sie helfen uns, Trends innerhalb der Projekte aufzuzeigen und sind die Grundlage zur Verbesserung der Praxis. Wir können damit prüfen, ob sich unsere Zielgruppen und die Bedarfe an unser Angebot verändern. Sie ermöglichen uns außerdem, gegenüber der Politik nötige Veränderungen klar zu belegen. Wenn nötig, nutzen wir diese Zahlen auch als Argumentationsgrundlage, um neue Finanzierungsanträge zu schreiben oder Aufstockungsanträge zu formulieren. Die Datenerhebung ist gut integrierbar in die Praxis und den Alltag. Was aber noch eine Herausforderung darstellt, ist die Auswertung,

da eine detaillierte Analyse sehr zeitaufwändig ist und wissenschaftlicher Unterstützung bedarf.

Die Gründe, weshalb Menschen zu uns kommen, sind vielfältig und abhängig vom individuellen sozioökonomischen Hintergrund. Ein Mensch ohne geregelten Aufenthalt könnte sich theoretisch genauso wie eine Asylbewerberin oder ein Asylbewerber einen Krankenschein bei der Sozialbehörde holen. Allerdings ist eben die Sozialbehörde gleichzeitig dazu verpflichtet, diese Person bei der Ausländerbehörde zu melden, was de facto dazu führt, dass diese Menschen die medizinische Versorgung nicht in Anspruch nehmen und wirklich nur im absoluten Notfall in ein Krankenhaus gehen. Dort gilt zwar der Geheimnisschutz und es darf nicht an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden. Eine Übernahme der Kosten bedeutet dies allerdings nicht. Das gilt auch für Deutsche ohne Krankenversicherung: Jeder hat Anspruch auf eine Notfallversorgung/-behandlung in Deutschland. Was aber noch nicht geklärt ist, ist, wer zahlt. Und das ist tatsächlich ein wirklich großes Problem. Viele haben einfach Angst vor einer hohen Selbstzahlerrechnung. Dazu kommen weitere Barrieren, wie mangelnde Kenntnis des Gesundheitssystems oder/und Sprachbarrieren und aufwendige Verwaltungsvorgänge. Viele scheuen deswegen den Arztbesuch, wodurch sich Krankheiten oftmals chronifizieren. In unserer Anlaufstelle open.med in München wurden 56 Prozent aller Diagnosen von unseren ehrenamtlichen Ärztinnen und Ärzten als chronisch eingestuft. Das ist eine der großen Behandlungsschwierigkeiten bei Menschen ohne Krankenversicherungen.

Ein weiteres großes Problem: Bei Schwangeren, aber auch bei Kindern gibt es keine Möglichkeit der präventiven Versorgung. Dazu kommen die prekären Lebensverhältnisse. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten in Deutschland 91 Prozent der Patientinnen und Patienten in unserer Praxis unter der Armutsgrenze. 79,8 Prozent hatten keine feste Arbeit und 24 Prozent waren obdachlos. Diese Lebensumstände führen zu einem fatalen Kreislauf. Die eigene Gesundheit steht oft nicht im Vordergrund, wenn ich noch nicht weiß, wo ich heute übernachte und ob ich genug Geld habe, um mir etwas zu Essen zu kaufen. Der Versicherungsstatus von Kindern ist abhängig vom Versicherungsstatus der Eltern. Das heißt, es gibt in Deutschland auch unversicherte Kinder. 2017 waren 12,6 Prozent der Patientinnen und Patienten bei open.med Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren.



Es gibt leider für diese Kinder, aber auch für die Eltern, überhaupt keinen Zugang zu Beratungsangeboten, Vorsorgeuntersuchungen, Zahngesundheit und Impfschutz. Zumindest nicht, wenn es durch Schulen und Kindergärten nicht abgefangen wird.

Wir können jetzt schon Daten zu unterschiedlichen Themen nutzen. Zum einen für die Weiterentwicklung, Konzeption und für das Qualitätsmanagement. Wir können beantworten, ob unsere Angebote noch den Bedarfen entsprechen oder ob man gegebenenfalls neue Angebote entwickeln muss. Wir nutzen die Zahlen natürlich auch für die öffentlichkeitswirksame Arbeit, wie bei Presseanfragen oder in den Medien und besonders relevant sind die Daten für unsere politische Arbeit. Das heißt, wir können auf der einen Seite skandalisieren und aufrütteln und auf der anderen Seite hilft es uns, Ängste hinsicht-

lich der Folgekosten durch klare Zahlen zu entkräften. Zum Beispiel auch im Rahmen von kommunalen Förderungen zu beruhigen.

Qualitative Fallbeispiele in Kombination mit den quantitativen Daten halten wir für sehr relevant und wichtig, um der Problematik ein menschliches Gesicht zu geben. Vielen Politikerinnen und Politikern ist die Tragweite nicht klar, was eine Nicht-Versicherung für einzelne Menschen bei uns in Deutschland bedeutet. Wir sind nicht gegen das deutsche Gesundheitssystem, sondern wollen, dass es verbessert wird und jeder behandelt werden kann.

Carolin Bader ist Fachberaterin für Inlandsprojekte des Ärzte der Welt e.V., eine der NGOs, die Unversicherte in einer Art Parallelstruktur versorgen.

MONITORaccess: eine quantitative Machbarkeitsstudie zum Monitoring der gesundheitlichen Versorgung Unversicherter im Parallelsystem

In Deutschland leben zahlreiche Menschen ohne bedarfsgerechten Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung, mit den Folgen der Verschleppung und Chronifizierung von Erkrankungen. Nach nationalem und internationalem Recht besteht ein Recht auf Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland, in der Realität bestehen hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme aber viele unterschiedliche Barrieren. Deshalb bestehen niedrigschwellige Versorgungsangebote in einem Parallelsystem, angeboten meist durch zivilgesellschaftliche Organisationen. Migrantinnen und Migranten nehmen diese Parallelversorgung vergleichsweise häufig in Anspruch: Menschen aus dem EU-Raum, v.a. aus Rumänien, Bulgarien und Polen, Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus, aber auch Asylsuchende mit eingeschränktem Leistungsanspruch. Alleine die Population ohne regulärem Aufenthaltsstatus wurde 2014 auf 180.000 bis 520.000 geschätzt.

Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive gehen mit der „Versorgung im Verborgenen“ einige Probleme einher. Unversicherte sind eine sehr heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Problemen und Bedarfen. Das lassen zumindest viele organisa-

tionsspezifische Einzelfallberichte und regionale Fallstudien vermuten. Viele davon weisen auf eine strukturelle Unterversorgung dieser Population hin.

Was aber fehlt, sind Daten: regions- und organisationsübergreifende Statistiken. Ziel des Vorhabens „MONITORaccess“ ist es, ein Konzept und ein Instrumentarium für die anonyme Zusammenführung von Statistiken für ein überregionales und organisationsübergreifendes Monitoring zu entwickeln und zu testen. An einer Entwicklungs- und Machbarkeitsstudie waren die Malteser Migranten Medizin Stuttgart und München, das Medi-Netz Rhein Neckar e.V. und Ärzte der Welt in München beteiligt. „MONITORaccess“ kann Hinweise auf die Inanspruchnahme, Versorgungsbedarfe und Zugangsbarrieren unversicherter Menschen generieren. Für einen weiteren strukturellen Ausbau und die Implementierung besteht Forschungs- und Förderbedarf.

Dr. Stefan Nöst forscht am Universitätsklinikum Heidelberg in der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, AG Soziale Determinanten, Equity und Migration und stellte das Projekt „MONITORaccess“ vor.

| Wie fruchtbar ist der kleinste Kreis...

Andreas Wenzel und Anna Gabrys im Gespräch

Die Bundesagentur für Arbeit und der GKV-Spitzenverband verbinden in einem Modellprojekt Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung. Bundesweit kooperieren 129 Arbeitsagenturen und Jobcenter mit gesetzlichen Krankenkassen. Andreas Wenzel von der AOK Plus für Sachsen und Thüringen war zum Zeitpunkt des Kongresses Leiter des Projektes in Dresden. Anna Gabrys vom Jobcenter Dresden ist die Koordinatorin für Gesundheitsförderung und zugleich ausgebildete Gesundheits-Coachin. Beide berichteten im Rahmen des Kongresses von ihren Erfahrungen.

Gabrys: Wir werden ein bisschen etwas über Herrn W. und unsere Zusammenarbeit erzählen. Herrn W. kenne ich schon seit Oktober 2016. Da kam er zu uns und war mit einem Rucksack von Langzeitarbeitslosigkeit gebeutelt und einer Frau, die ihm permanent Druck machte.

Wenzel: Stop! So geht das, wenn man sich im Arbeitskreis trifft: Jeder bringt seinen Rucksack mit und ich höre jetzt etwas von den hunderten von Schicksalen, die die Kolleginnen und Kollegen im Jobcenter tagtäglich erleben. Das überfordert mich total! Ich möchte ja gerne Gesundheitsförderung für Arbeitslose anbieten und ich kenne natürlich keine Arbeitslosen. Ich weiß, was Gesundheitsförderung ist und ich weiß, wie schwer es ist, diese Zielgruppe – die Erwerbslosen, die sozial Benachteiligten – in solche Kurse zu kriegen. Denn das ist ja unser Ziel. Wir wollen nicht Kranke gesund machen, das machen andere. Wir wollen den „Noch-Gesunden“ ermöglichen, weiter gesund zu sein, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen... Aber Jobcenter haben andere Ziele.

Gabrys: Genau, und können Sie sich erinnern? Wir haben uns ganz viel Zeit gelassen, um überhaupt erstmal zu einer Sprache zu finden. Auch ein Stückchen die Stühle zu wechseln und zu sagen: Wie fühlt sich der, der da auf der anderen Seite sitzt? Das war ein Lernprozess für beide Seiten. Wir kennen auch furchtbare Kreise und wir wollten aus diesem furchtbaren einen fruchtbaren kleinen Kreis machen. Und der begann mit einem sehr intensiven Kennenlernen.

Wenzel: Genau, und so merken dann vielleicht die Kolleginnen und Kollegen, wie es menschtelt zwischen uns. Das ist eine solch schwierige Geschichte und gleichzeitig eine Bedingung, ohne die es nicht geht. Also eine Frage, wie man zueinander findet: Man spricht über die Ziele und findet tatsächlich den virtuell anwesenden Arbeitslosen, der immer mit im Raum ist. Und das ist dann eine Ebene, über die man gut reden kann: Die Kolleginnen und Kollegen wissen ganz viel über den. Wir haben vielleicht eine Idee, was wir ihm anbieten können.

Gabrys: Genau, als wir die Zusammenarbeit begannen, haben wir ja schon alles ausgetestet, was wir Herrn W. zu bieten hatten. Wir haben den Bewerbungsmappen-Check gemacht, den hatte er schon hundert Mal, aber plötzlich auf eine neue Art und Weise. Und wir haben versucht, ihn über assistierte Vermittlung zu „kriegen“. Was wir außen vor gelassen hatten, war seine gesundheitliche Situation. Und dann kamen Sie mit Ihren Ideen!

Wenzel: Naja, es waren nicht unbedingt meine Ideen, sondern es war natürlich der Blick in die Welt, die Literatur. Zu wissen, dass Arbeitslose sicher auch Rückenschmerzen haben, sicher auch Gesundheitskompetenz hinsichtlich Ernährung erwerben können... Dass sie aber häufig in einer sehr schwierigen psychischen Situation sind. Da gibt es einen Teufelskreis von Arbeitslosigkeit: Und wieder eine Absage... Und wieder ein Stückchen seelisch kränker... Und wieder arbeitslos... Und wir haben gedacht: Können wir diesen Teufelskreis vielleicht zu einem Engelskreis entwickeln? Wir haben uns relativ schnell auf Aktiva (<https://aktiva.wissensimpuls.de>) verständigt, ein speziell für diese Zielgruppe konstruiertes, geprüftes, evaluiertes Konzept, mit dem wir in anderen Regionen schon Erfahrungen hatten. Und wir haben gesagt: Wir versuchen jetzt, für diese Gruppe ein spezielles Angebot zu machen. Wir hatten auch schon einige Jahre Erfahrung, aber bei Arbeitslosen hatten wir tatsächlich immer die negative Erfahrung gemacht, dass sie nicht lange blieben. Hier war die Chance, das neu zu beginnen.

Gabrys: Und wir hatten das große Glück, Aktiva bei einem Bildungsträger zu präsentieren, bei dem wir unsere Gesundheits-Coaches – die dürfen übrigens nicht beratend arbeiten, weil wir keine ausgebildeten Gesundheitsberater sind, das dürfen nur die von den Kassen – ausbilden. Das haben wir mit Herrn W. auch gemacht. Das hat ihm richtig gutgetan. Er war auch in unserer Schrittzähleraktion „Ge(h)meinsam – jeder Schritt zählt“.

Und dann kam die Krönung – unser erster Gesundheitstag. Können Sie sich noch erinnern? Was für ein Akt!

Wenzel: Ein Riesenaufwand, aber ein Aufwand, der sich am Ende auch gelohnt hat. Es waren sehr, sehr viele Menschen dort: 300 Leute. Und ein sehr breiter Parcours, ein sehr breites Angebot, um die Vielfalt von Gesundheitsförderungs-Angeboten erlebbar zu machen.

Gabrys: 300 hört sich für Sie vielleicht nicht viel an, aber wir leben in Dresden und wer die Menschen hier kennt, der weiß, das die erstmal ganz, ganz vorsichtig sind. Und wo irgendwo etwas angeboten wird, was auch noch kostenlos ist, da sind sie nicht nur vorsichtig, da sind sie sogar misstrauisch. Wenn wir für den Gesundheitstag Eintritt verlangt hätten, hätten wir vielleicht mehr Leute angezogen. Aber was nicht ist, kann ja noch werden... Wir haben ja noch ein paar vor uns.

Wenzel: Aber es war freiwillig. Und freiwillig statt Kontrolle und Sanktionen ist auch so ein Thema, was immer eine Rolle spielt. Wie kriegt man das hin, dass Jobcenter-Mitarbeitende diese Freiwilligkeit wirklich leben? Es geht tatsächlich damit los, dass die Mitarbeitenden in diesem Projekt gesagt haben, „Das interessiert mich, ich will da mitmachen.“ Wir wissen: Gesundheitsförderung funktioniert nur, wenn man sie auch freiwillig nutzen kann. Und da ist so ein Gesundheitstag natürlich eine gute Gelegenheit. Aber es bleibt eine große Aufgabe, diese Freiwilligkeit in diesem Projekt zu leben.

Gabrys: Und freiwillig muss es auf beiden Seiten sein. Wenn ich Mitarbeitende habe, die nicht motiviert sind, in diesem Prozess mitzuarbeiten, selbst auch einen Vorteil daraus zu ziehen, werde ich nie so erfolgreich sein, wie ich mir das eigentlich wünsche, wenn ich mit dem Herzen dabei bin. Und was wir erreicht haben, war total schön und das lebt auch nach diesem Gesundheitstag weiter. Wir haben zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen. Wir haben zum einen die Mitarbeitenden mit einem Instrument ausgestattet, mit dem sie plötzlich auf Augenhöhe gehen. Indem sie plötzlich in eine Empathie-Erfahrung gehen, die sie vorher nicht hatten. Vorher haben sie dieses Machtgefühl gehabt, das per Gesetz auch ein Stück gegeben wurde. Plötzlich fühlen sie Empathie – als Agentur. Und wir haben es wirklich geschafft, ohne dass wir es vorher initiiert haben, dass zum Gesundheitstag eben nicht nur Klientinnen und Klienten kamen, sondern auch Mitarbeitende, um gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten die Angebote zu nutzen, gemeinsam mit ihnen Aha-Erlebnisse und Glückserlebnisse zu haben, oder auch ins Gespräch zu kommen. Und das, fand ich, war eigentlich der größte Erfolg.

Wenzel: Und manches davon haben wir gar nicht so geplant, aber es ist passiert. Wir sind auf dem Weg zu einem gesundheitskompetenten Jobcenter. Es geht ja nicht nur darum, die Kundinnen und Kunden gesundheitskompetenter zu machen. Es ist ganz wichtig, dass auch die Jobcenter-Mitarbeitenden diesen Blick kriegen: Was hat eigentlich Gesundheit mit mir zu tun? Wenn Jobcenter betriebliches Gesundheitsmanagement für die eigenen Mitarbeitenden auf dem Plan haben, steigt damit natürlich die Gesundheitskompetenz des Hauses. Und nur gesundheitskompetente Organisationen können am Ende auch Gesundheitskompetenz vermitteln. Etwas, was wir in der Vergangenheit etwas vernachlässigt hatten, aber wir werden ja ... schlau.

Gabrys: Das haben Sie schön gesagt. Und apropos schön – die Zusammenarbeit im Steuerungskreis, die ist auch mächtig schön, weil man nämlich ein Podium hat, das sehr klein ist, oftmals nur von vier Personen begleitet wird. Hier geht man auf eine sehr freundliche, respektvolle Art und Weise miteinander um. Es wird auch mal Klartext geredet und gesagt: Das ist uns jetzt nicht gelungen und da müssen wir nochmal neu ran. Aber das ist es ja, was der Projektcharakter beinhaltet. Wir können versuchen, wir können probieren, wir können feststellen, wir können Fehler machen ... Und das haben wir auch gemerkt: Aufgeschlossenheit auf beiden Seiten.

Wenzel: Und dieses darüber Reden ist das Wichtigste, was man auf der Projektebene machen kann – muss! Wir sind ja hier eine lernende Organisation. Wir brauchen die Feedbackschleife sofort. Wir müssen schnell wissen: Warum ist der Klient X oder die Klientin Y gar nicht im Kurs angekommen? Oder warum sind sie nach der ersten Kursstunde nicht mehr aufgetaucht? Dann können wir aus diesen Dingen lernen, können etwas besser machen. Es ist eine Bedingung, diesen fruchtbaren Steuerkreis zu gestalten, Kommunikationsstrukturen aufzubauen, die überdauern und die langfristig halten. Das ist für mich Verhältnisprävention: Verhältnisse schaffen, in denen die Arbeitslosen in die Angebote kommen.

Bei diesem Text handelt es sich um die Transkription eines Audio-Mitschnittes des Fachforums 93. Er wird mit freundlicher Genehmigung der Diskutierenden veröffentlicht.

In negativer Weise können zu begrenzt gegriffene Ziele und Indikatoren ein „Verfehlen“ anzeigen, bei dem ein langer Atem erforderlich wäre. Ohne ein gemeinsames Verständnis von Zuwendungsgebenden und -nehmenden davon, was Wirkungen sind und dass sie selten auf direktem Wege erreicht werden, wird dies nicht möglich sein.

Hinsichtlich einer praktischen Umsetzbarkeit sehen die Teilnehmenden des World Café v.a. die Gestaltung der Rahmenbedingungen, wie ausreichende Ressourcen (personell, monetär etc.), als grundlegend an. Diese Punkte stehen im Kontext mit den Diskussionen um Dokumentation, Evaluation, Qualitätsentwicklung und sollten genauso entsprechend untersetzt werden. „Weniger ist mehr“ sollte hier die Devise sein: Man/Frau sollte sich nicht zu viel vornehmen und Stück um Stück zu noch besser durchdachten und in Hinblick auf Wirkung konzipierten Vorhaben kommen.

Es gelang mit dieser Veranstaltung, einen weiteren Schritt in Richtung Sensibilisierung für das Thema zu gehen. Er ergänzte sich damit mit dem (leider zeitgleich stattfindenden) Workshop Nr. 90, in dem die Kolleginnen und Kollegen der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Wiebke Sannemann und Sven Brandes) ihre Erfahrungen mit der Handlungsorientierung durch spezifische Wirkungsmodelle in niedersächsischen Kommunen teilten.

Wir sind gespannt darauf, das Thema, auch im Kontext mit dem aktuellen Themenblatt des Kooperationsverbundes, für die Arbeit in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung weiterhin kreativ und kritisch erschließen zu können. Das Themenblatt kann auf der Seite des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit heruntergeladen werden: <https://tinyurl.com/y7858q9k>

*Holger Kilian und Dagmar Lettner,
(Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
und Ina Schaefer (Alice Salomon Hochschule Berlin)*

„Ich denke jetzt öfter über Wirkungsorientierung im Kontext meiner Arbeit nach und stelle fest: Es gibt in Sachen Public Health und Gesundheitsförderung keine einfachen Kausalitäten zwischen dem, was man tut und dem, was man tatsächlich bewirkt. Wichtig ist es, dass alle Stakeholder, egal ob Fördernde, Umsetzende oder Vertretende der Zielgruppe gemeinsam darüber nachdenken, wie etwas wirken kann.“

*Denis Spatzier,
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
Sachsen, Geschäftsstelle Landesrahmenvereinbarung (LRV)
Präventionsgesetz, Dresden*

„So ein Prozess der Wirkungsorientierung kann – wie es auch im Workshop sichtbar geworden ist – von Freude am Engagement getragen sein. Das habe ich so erlebt. Sowohl die Zuwendungsgeber als auch die Träger wollen Wirkung erzielen – das geht nicht gegeneinander, sondern nur im Dialog. In diesem Prozess treten nicht nur jene, an denen Wirkungen sichtbar werden, sondern auch die Mitarbeitenden, die die Wirkung initiieren, in den Fokus: Kaum etwas ist sinnstiftender als die Wirkung der eigenen Tätigkeit zu betrachten. Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung heißt, sich auf einen langfristig angelegten und komplexen Prozess einzulassen, der bei allen Schwierigkeiten auch Spaß machen kann und absolut Sinn macht.“

*Monika Püschel,
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg*

„Ich habe mich schon vor der Veranstaltung mit dem Thema Wirkungsorientierung beschäftigt. Für mich war es anregend, mit engagierten Leuten zu sprechen und zu hören, wo die mit ihrer Arbeit stehen. Es wurde eindrücklich beschrieben, dass es nicht nur darum geht, Erbsen zu zählen und zu fragen: Wie viele Leute waren in welcher Veranstaltung? Man braucht verschiedenste Ansätze und Methoden, um Wirkungen nachweisen zu können.“

Heinz-Peter Ohm, Gesundheitsamt Stuttgart

| Die Schlange und der Geist

70 Jahre WHO, 40 Jahre Deklaration von Alma Ata: Die medico-Debatte auf dem Kongress Armut und Gesundheit zeichnete die Aushöhlung der multilateralen Gesundheitspolitik nach und suchte Auswege aus der Krise.

Zur Debatte stand die Rolle, die Verfassung und Entwicklung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die multilaterale Organisation war vor genau 70 Jahren mit dem Auftrag gegründet worden, die führende und koordinierende Instanz für globale Gesundheitsrechte und -politiken zu sein. Diese Ambition wurde 30 Jahre später noch einmal erneuert und durch eine weitreichende Strategie untermauert: Auf der Konferenz in Alma-Ata verabschiedeten die WHO-Mitgliedsstaaten Leitlinien zur Erreichung eines Höchstmaßes individuell und kollektiv erreichbarer Gesundheit für alle Menschen. In welche Schräglage die globale Gesundheitspolitik geraten ist, wurde in dem vollbesetzten Hörsaal an der Technischen Universität von Stunde zu Stunde deutlicher.

Politisch ausgehöhlt, finanziell abhängig

Einblicke in das Innenleben der WHO sollte der erste Redner Dr. Daniel Lopez-Acuña geben. Heute Professor an der Andalusian School of Public Health in Granada, war er fast 30 Jahre in leitenden Positionen für die WHO tätig. Tatsächlich bestätigte er all das, wofür die WHO immer vernehmlicher in der Kritik steht: Dass die Fülle von Interessen, die sich in ihr tummeln, zu einer Zersplitterung geführt hat; dass der technische Arm, der sich um die effiziente Umsetzung von Programmen und Projek-

ten kümmert, stärker sei als der politische und es der WHO an einer starken Programmatik mangelt; dass der 2013 angestoßene interne Reformprozess an entscheidenden Stellen versandet ist; vor allem aber, dass die Organisation unterfinanziert und auf eklatante Weise auf freiwillige Zuwendungen von Staaten und privaten Gebern angewiesen ist. Die damit einhergehende Abhängigkeit formulierte Lopez-Acuña so: „Am Ende des Tages bestimmt das Geld die Richtung.“

“ *McDonalds finanziert ein Kindererziehungsprogramm der UNESCO, Chevron gibt Geld für UN-Entwicklungsprogramme.* ”

Wie kommt es zu dieser Schiefelage: Haben allein Missmanagement und interne Schwächen die WHO in Bedrängnis gebracht? Dass die Probleme grundsätzlicher sind und auch strukturelle Ursachen haben, machte Andreas Zumach klar, seit vielen Jahren Korrespondent bei den Vereinten Nationen in Genf. Er ordnete die (Fehl-)Entwicklungen der UN-Tochter WHO in die Krise des gesamten Multilateralismus-Projektes Vereinte Nationen ein.



So erinnerte er daran, dass weder die UN als Ganze noch die WHO jemals über den nationalen Interessen stehende Institutionen gewesen sind, sondern immer schon komplexe Netzwerke von Mitgliedsstaaten mit unterschiedlichem Gewicht und Interesse: formal demokratisch, gleichwohl vermachtet, immerhin aber öffentliche Arenen, aus denen heraus – siehe Alma Ata – bei entsprechenden Koalitionen auch Emanzipatorisches auf den Weg gebracht werden kann. Einen herben Schlag, so Zumach, hat der Multilateralismus Anfang der 1980er-Jahren erhalten: Die Wende zur neoliberalen Politik erfasste auch die internationalen Systeme. „Damals begann die Phase der finanziellen Erpressung.“ Mächtige Mitgliedsstaaten hielten Beitragszahlungen zurück und machten die UN wie ihre Organisationen zu Bittstellern. Diese Entwicklung hat sich bis heute fortgesetzt. So stammt nur noch ein Fünftel des Gesamtbudgets der WHO von den Pflichtbeiträgen der Mitgliedsstaaten. Der Rest sind freiwillige Beiträge und Zuschüsse, die dann gezahlt werden, wenn die Programme im Interesse der Geber umgesetzt werden.

Einen weiteren Einschnitt datierte Zumach auf das Jahr 1997: Da die Mitgliedsstaaten die UN finanziell ausbluten ließen, öffnete diese sich unter Generalsekretär Kofi Anan in ihrer Not anderen Quellen. Damit war der Damm gebrochen. Große Mäzene betraten die Bühne. Vor allem aber mussten privatwirtschaftliche Akteure ihre Interessen nun nicht mehr vermittelt über nationale Regierungen geltend machen. Vielmehr konnten sie mittels zweckgebundener Spenden selbst und unmittelbar Einfluss auf Ausrichtungen und Programme von UN-Politiken nehmen. Zumach illustriert die Situation so: „McDonalds finanziert ein Kindererziehungsprogramm der UNESCO, Chevron gibt Geld für UN-Entwicklungsprogramme.“ Und die Weltgesundheitsorganisation wurde abhängig von der medizintechnischen Industrie, multinationalen Pharmakonzernen und Philantropkapitalisten. Ungeheuerlich, aber wahr: Die Bill & Melinda Gates-Stiftung finanziert längst 40 Prozent des WHO-Budgets und bestimmt damit maßgeblich den Kurs. Statt von der Mehrheit der Mitgliedsländer getragen und kontrolliert zu werden, hat sich die WHO zu einer „donor-driven organisation“ gewandelt. Ist aus dem, was einmal ein übergeordneter Anwalt globaler Gesundheit sein sollte, ein strukturell abhängiger Dienstleister geworden?



Der Geist von Alma Ata

In jedem Fall sind die Autorität und Legitimität der WHO massiv beschädigt. Diesen Befund teilte Dr. Andreas Wulf, seit 1998 Projektkoordinator für Globale Gesundheit bei medico international. Und doch machte er innerhalb der großen Geschichte auf eine andere Geschichte aufmerksam, indem er dem Geist von Alma Ata nachspürte. Aus heutiger Sicht ist kaum vorstellbar, was damals geschah: „Gesundheit für Alle“ war die Deklaration überschrieben, die die Mitgliedsstaaten 1978 verabschiedeten. Der Weg dorthin sollte über die Primary Health Care (Basisgesundheitspflege, PHC) erreicht werden. Der PHC-Strategie setzte auf weitreichende gesellschaftliche Veränderungen. So sollten Verbesserungen der grundlegenden Lebens-, Ernährungs- und Wohnbedingungen unablässig Teil einer bereichsübergreifenden Gesundheitsarbeit sein. Es war die radikalste Stunde der WHO – der jedoch schon bald die neoliberale Wende folgte, wodurch auch die Orientierung an der Primary Health Care mehr und mehr ins politische Abseits gedrängt wurde. Doch anhand einer Reihe von Beispielen zeigte Wulf, dass der Geist nie ganz ausgetrieben worden ist. In lokalen Projekten, in nationalen Gesundheitspolitiken wie in Nicaragua und selbst auf der Ebene der WHO wurde und wird das Konzept immer wieder aufgegriffen, verteidigt, mit Leben gefüllt und weitergedacht. Noch 2008 veröffentlichte zum Beispiel die WHO den Weltgesundheitsbericht unter dem Titel „Primary Health Care – Now more than ever“ und legte ein Grundsatzpapier zu sozialen Determinanten von Gesundheit vor, in dem sie in aller Klarheit feststellte: „Soziale Ungleichheit tötet in großem Maßstab.“

Der Geist von Alma Ata spukt also weiter durch die Debatte um globale Gesundheit. Wie er auch Basisgesundheitsbewegungen inspiriert hat, veranschaulichte Dr. Anuj Kapilashrami, stellvertretende Direktorin der Global Development Academy der University of Edinburgh und Gesundheitsaktivistin. So stellte sie das Ende 2000, auch unter Mitwirkung von medico international gegründete *People's Health Movement* (PHM) und dessen Gesundheitskämpfe in Indien vor. Das internationale Netzwerk setzt sich mit einer Kombination aus politischem Protest, Aufklärungsarbeit und einem gelebten Basisgesundheitsansatz für das Recht auf bestmögliche Gesundheit ein – lokal wie global. So beobachtet, kommentiert und kritisiert die PHM-Delegation „WHO Watch“ vor Ort in Genf die Politik der Weltgesundheitsorganisation. Kapilashrami zufolge sind diese Formen des Aufbegeh-

rens zwar durch Alma Ata beflügelt, sie müssten aber auch als Gegenreaktionen und Verteidigungskämpfe gegen die Neoliberalisierung der Gesundheitspolitik und die Vertreibung des Geistes von Alma Ata gedeutet werden. Dabei wurde deutlich, dass sich die gleichen Entwicklungen, die die WHO verändert haben, auch in nationalen Gesundheitspolitiken niederschlagen. Das zeigte Kapilashrami am Beispiel des indischen Gesundheitssystems: Auch hier hat die Privatisierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung Industrien und Konzernen Tür und Tor geöffnet, auch hier sind Private-Public-Partnerships zum dominierenden Modell geworden. Kapilashrami machte auf ein weiteres Problem aufmerksam: Auch NGOs und zivilgesellschaftliche Initiativen würden immer stärker in solche Programme mit fragwürdigen Partnerschaften getrieben – oder bereitwillig mitmachen, weil nur noch so an die nötige Finanzierung zu kommen ist. Ob NGO in Indien oder WHO in der Schweiz – hier wie da herrschen Abhängigkeiten.

Verteidigen und kritisieren

Die gesamte Debatte auf dem Kongress erhellte, wie massiv Autorität, Eigenständigkeit und Legitimität der WHO bedroht sind. Aufgeben aber wollte sie niemand – zumal problematische Akteure wie die Weltbank oder Großkonferenzen wie der „World Health Summit“ ihr ohnehin den Rang als erste Adresse für globale Gesundheitsfragen abspenstig zu machen drohen. Insofern war man sich einig: Die WHO muss zugleich kritisiert und verteidigt werden. Andreas Zumach schlug die Einführung einer verpflichtenden UN-Steuer vor. Würde jeder Mitgliedstaat nur 0,001 Prozent seines Bruttosozialproduktes an die Vereinten Nationen abführen müssen, stünde auch die WHO anders da. Der Druck zu Veränderungen, auch darin stimmte man überein, muss von unten kommen, von gut vernetzten und beharrlichen zivilgesellschaftlichen Kräften – in Rückbesinnung auf den Anspruch, gesunde Lebensbedingungen für alle zu schaffen, und in der Weiterentwicklung entsprechender Strategien.

Christian Sälzer, medico international

Bei diesem Text handelt es sich um die gekürzte Fassung des Dokumentationsbeitrages des Autors. Die ungekürzte Fassung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.0.html.

Gute stationäre Pflege trotz Pflegekräfte- und Ärztemangel?

Wie Digitalisierung beim aktuellen Pflegenotstand zur Entlastung beitragen kann

Dr. med. Irmgard Landgraf ist Haus- und Fachärztin für Innere Medizin, Lehrärztin der Charité Berlin und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin. Sie übernimmt seit 2001 die telemedizinische Betreuung eines Pflegeheims und ist langjährige Nutzerin der elektronischen Patientenakte. Zum diesjährigen Kongress Armut und Gesundheit 2018 war sie Mitglied der neu gegründeten Vorbereitungsgruppe zum Thema Digitalisierung. Mit ihrem Beitrag „Gute stationäre Pflege trotz Pflegekräfte- und Ärztemangel? – Wie Digitalisierung beim aktuellen Pflegenotstand zur Entlastung beitragen kann“ war sie Referentin zum Thema Digitalisierung in der Pflege.

Unsere Gesellschaft wird älter und immer mehr alte, hochbetagte Menschen müssen von immer weniger jüngeren, noch berufstätigen Menschen versorgt werden. Die Zahl der außergewöhnlich alten Menschen hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdreifacht. Die Lebenserwartung hat sich seit 1900 um mehr als 30 Jahre gesteigert und steigt weiter. Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich in Deutschland bis zum Jahr 2050 im Vergleich zum Jahr 2010 mehr als verdoppelt haben. In Berlin ist das schon im Jahr 2030 der Fall. Mit zunehmendem Alter steigen aber auch Morbidität, Hinfälligkeit, Demenz und Pflegebedarf.

Armut ist dafür verantwortlich, dass Menschen früher multimorbide, chronisch krank und pflegebedürftig werden. Zugleich haben arme Menschen viel weniger finanzielle Kompensationsmöglichkeiten. Sie können sich keine private Pflegekraft leisten, die ihnen zuhause hilft. Sie können keine private Kraft ins Pflegeheim bestellen, wenn dort die Pflege nicht ausreicht, um sie gut zu versorgen. Da die Versorgungskapazitäten der Familien durch die von jungen Menschen beruflich geforderte Mobilität abnehmen werden, steigt der stationäre Pflegebedarf in den nächsten Jahren überproportional.

Dabei fehlt es uns schon heute an qualifizierten Arbeitskräften in der Pflege und auch der Ärztemangel ist bereits bedrohlich, vor allen Dingen auf dem Land. Wenn Pflegebedarf besteht, brauchen wir eine gute ärztliche Versorgung. Wir brauchen auch Lebensqualität bei chronischer Krankheit und hohem Alter. Wir brauchen kompetente Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Und damit wir sie haben, brauchen wir eine bessere Bezahlung und attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege. Und natürlich brauchen wir eine Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit.

Besondere Herausforderungen in Pflegeheimen

Und das gilt vor allen Dingen im Pflegeheim. Hier haben wir überwiegend sehr alte, multimorbide körperliche und kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten, die im Alltag viel Pflegebedarf haben, aber auch viel ärztliche Versorgung brauchen. Und das muss alles vor Ort im Heim passieren.

Da wir Ärztinnen und Ärzte zu 90 Prozent gar nicht im Heim angestellt sind, sondern in unseren eigenen Praxen arbeiten, benötigen wir eine sehr intensive Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und genau das ist schwierig. In den meisten Pflegeheimen werden immer noch Papierakten benutzt. Handschriftlich geschrieben, oft nicht gut lesbar und unübersichtlich, müssen die Pflegekräfte daraus ärztliche Anweisungen entnehmen und dokumentieren. Wir Ärztinnen und Ärzte haben nur Zugang zu diesen Dokumenten, wenn wir vor Ort sind im Heim und das sind wir ja nicht so oft.





Wenn sich diese Papierakte durch eine elektronische Akte ersetzen lässt und wenn diese Akte netzwerkfähig ist, dann ändert sich unsere Zusammenarbeit wirklich revolutionär. Dann können wir nämlich alle wichtigen Informationen und Anweisungen austauschen, taggleich und ortsunabhängig über die elektronische Akte. Der direkte Gesprächsbedarf zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften nimmt ab, was viel Zeit spart, die wir dann für unsere Patientinnen und Patienten haben.

Ich selbst arbeite mit zwei Rechnern: Mit dem einen wähle ich mich in die Praxissoftware, mit dem anderen in die Pflegesoftware ein und tausche zwischen beiden Systemen die Informationen aus. Ich kommuniziere darüber digital mit den Pflegekräften, kontrolliere meine Behandlungs- und Krankheitsverläufe, bereite Visiten vor.



Wenn wir uns einwählen, haben wir eine Pflegeakte, die aussieht wie eine normale Papierakte mit allen Informations- und Dokumentationsmöglichkeiten. Da können wir uns über bestimmte Situationen etwas umfangreicher schriftlich austauschen. Ich kann diagnostische Maßnahmen ansetzen, worauf die Pflegekraft durch ein Signal in der Akte hingewiesen wird. Ich kann den Pflegekräften auch eine Information zur geplanten Therapie geben. In jeder Patientenakte können wir Kurzmitteilungen hinterlegen. Diese dienen auch dazu, dass wir zwischen Fach- und Hausärztinnen und -ärzten kommunizieren. Hier zum Beispiel bittet mich der Facharzt zu einer neuangesetzten Therapie, regelmäßige Blutkontrollen durchzuführen. Das setze ich dann sofort um, indem ich das Labor beauftrage, den Befund bitte auch an den Neurologen zu faxen. In meiner digitalen Akte wird angesetzt, dies alle vier Wochen zu wiederholen.



Ich bereite mit dem System auch die wöchentlichen Stationsvisiten vor, sodass ich gut vorbereitet auf die Station komme, was den Pflegekräften Arbeitszeit spart. Eine Visite wird nämlich kürzer und effizienter, weil wir alle gut vorbereitet sind. Unter dem Strich haben wir nicht nur eine bessere Versorgungsqualität, sondern auch mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten, wenn wir so arbeiten.

Damit man so arbeiten kann, braucht man natürlich elektronische Patientenakten, man braucht eine Hardwareausstattung in Heim und Praxis.

Die Software muss netzwerkfähig sein. Wir müssen uns aufeinander verlassen können, das System zuverlässig nutzen. Auch an Wochenenden und Feiertagen. Sonst funktioniert es nicht. Das Personal, sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite, muss kompetent und geschult sein. Wir führen dazu regelmäßig gemeinsame Fortbildungen durch.

Vorteile der Digitalisierung liegen auf der Hand

Die Vorteile sind ziemlich eindrücklich. Ich bin als Hausärztin immer frühzeitig über alle Beschwerden meiner Patientinnen und Patienten informiert. Nichts wird verschleppt. Ich kann sehr rasch ärztlich intervenieren, auch ohne zeitaufwendigen Hausbesuch. Das Onlinecontrolling erhöht Behandlungs- und Patientensicherheit. Die hausärztlich-fachärztliche Zusammenarbeit ist einfacher. Die Pflegekräfte sind durch meine ärztliche Onlinepräsenz deutlich entlastet.

Wir arbeiten sehr intensiv zusammen, werden zunehmend kompetent, sowohl auf pflegerischer als auch auf ärztlicher Seite. So schaffen wir es, Komplikationen bei Krankheiten und Krankenhauseinweisungen unserer Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Wir sind sehr zufrieden mit unserer Arbeit und haben eine sehr geringe Fluktuation beim Pflegepersonal. All das, die bessere pflegerisch-ärztliche Betreuung und die immer wieder gleichen Pflegekräfte für die Bewohnerinnen und Bewohner, erhöht natürlich unter dem Strich deren Lebensqualität.

Ich möchte auch noch einmal zusammenfassen, was für die Pflegekräfte bei so einer Arbeit herauskommt. Sie haben keine zeitaufwendigen Telefonate mehr, um ärztliche Versorgung zu sichern. Sie brauchen ihre Arbeit nicht zu unterbrechen, um mit mir Informationen auszutauschen. Diese schriftliche Kommunikation ist für alle nachvollziehbar und transparent, sodass auch die Nachschwester weiß, was tagsüber diskutiert wurde. Es gibt immer klare schriftliche Handlungsanweisungen, auf die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit ja angewiesen sind. Es gibt weniger Missverständnisse. Alle Beobachtungen können jederzeit auch mitten in der Nacht der Ärztin oder

dem Arzt mitgeteilt werden und man sieht später, wann sie die Nachricht erreicht hat. Es geht keine Information mehr verloren und die Kompetenzsteigerung, die wir haben, hat dazu geführt, dass wir auf Augenhöhe zusammenarbeiten können. Wir haben unsere Arbeit nicht nur in der intersektoralen Kommunikation mit der Digitalisierung erleichtert. Wir haben auch einen sicheren verlustfreien Informationsaustausch. Wir konnten unsere Versorgungsprozesse optimieren. Wir haben ein effizientes, zufriedenstellendes und zeitsparendes Arbeiten auf pflegerischer und ärztlicher Seite und eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Stichwort Pflegekräftemangel – Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern

Das alles brauchen wir auch angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen. Denn wir stehen da vor immer mehr Versorgungsbedarf. Die Forderungen an uns werden nicht kleiner, sondern größer, was die Qualität und auch was die Finanzierung angeht. Der Pflegekräftemangel ist im Moment heiß diskutiert. Wir haben in den letzten Tagen immer wieder Nachrichten gelesen, dass 22 Prozent der Leitungskräfte in vollstationären Einrichtungen angegeben haben, dass sie vorübergehend einen Aufnahmestopp im Pflegeheim ansetzen mussten, wegen Pflegekräftemangels. Die Bertelsmann Stiftung hat den Pflegereport 2030 herausgebracht, der prognostiziert, wenn das so weitergeht, haben wir im Jahr 2030 eine halbe Million Pflegekräfte zu wenig in der Versorgung.

Was kann man gegen Pflegekräftemangel machen? Man müsste natürlich mehr Pflegekräfte und eine bessere Bezahlung haben. Das können wir mit unserer digitalen Unterstützung nicht leisten. Aber wir haben die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert. Wir haben weniger Bürokratie. Wir haben eine Optimierung der intersektoralen Zusammenarbeit. Wir haben mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten. Und wir haben mehr Wertschätzung der pflegerischen Kompetenz.

Bei diesem Text handelt es sich um die Transkription eines Audio-Mitschnittes des Fachforums 36. Er wird mit freundlicher Genehmigung der Autorin veröffentlicht.

Das Desinteresse der deutschen Politik an der Prävention

Dietrich Garlichs zum weltweit größten Gesundheitsproblem – Übergewicht

Übergewicht ist inzwischen weltweit das größte Gesundheitsproblem, nicht mehr das uralte Menschheitsproblem von Hunger und Mangelernährung. Seit den 1990er Jahren ist die Zahl der Unterernährten von 1,1 Milliarden auf 900 Millionen zurückgegangen (bei steigender Weltbevölkerung). Die Zahl der Übergewichtigen hat sich dagegen im selben Zeitraum von 800 Millionen auf zwei Milliarden mehr als verdoppelt. Viele, auch westliche Länder wie Frankreich, Großbritannien, Finnland und zahlreiche US-Staaten nutzen inzwischen Gesundheitssteuern. Selbst ein Land wie Saudi-Arabien hat kürzlich eine Sondersteuer auf Limonaden und andere gezuckerte Getränke eingeführt.

1. Die internationale Diskussion (WHO, UN)

Die WHO hat seit geraumer Zeit Strategien gegen Adipositas und andere „Noncommunicable Diseases“ (NCDs) entwickelt und diese immer wieder auf internationalen Konferenzen von ihren Mitgliedstaaten beschließen lassen. Seit 2000 ist die Adipositas von der WHO als Krankheit anerkannt (in Deutschland dagegen immer noch nicht). Seit 2000 gibt es eine „Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases“. Es folgten weitere Strategien und Berichte zu einzelnen Elementen einer NCD Strategie (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol).

Politischer Höhepunkt war ein 2011 stattfindender UN-Gipfel mit der Verabschiedung der „Political Declaration on NCDs“ und einer folgenden Review Konferenz 2014. Auch die Verabschiedung der UN-Agenda zu den „Sustainable Development Goals 2015-2030“ befasste sich mit diesem Thema. Mit der neuen Agenda der Weltentwick-

lungsziele verpflichteten sich die Staaten, die vorzeitige Sterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten bis 2030 um ein Drittel zu senken.

Die internationale Diskussion auf WHO und UN-Ebene ist geprägt durch die Erkenntnis, dass die reine Verhaltensprävention durch Information und Aufklärung gescheitert ist und wir dringend einen Paradigmenwechsel zur Verhältnisprävention brauchen. Das Stichwort dafür lautet: „to make the healthy choice the easier choice“. Mit anderen Worten: Wir müssen das Umfeld der Menschen so gestalten, dass ihnen eine gesundheitsförderliche Lebensweise leichter fällt.

2. Was machen andere Länder?

Seit dem UN-Gipfel von 2011 wird in vielen Ländern der Übergang auf eine verhältnispräventive Strategie diskutiert und umgesetzt. Besonders erfolgversprechend sind dabei die fiskalischen Steuerungsversuche, das Verbraucherverhalten günstig zu beeinflussen. So wurden Zucker-Fett-Salz-Steuern oder Varianten davon in einer Vielzahl von Ländern eingeführt, zum Beispiel in Frankreich, Finnland, Ungarn, Belgien, aber auch Chile, Mauritius, Tonga oder Barbados. In den USA, wo besonders über lokale Regelungen diskutiert wird, haben Berkeley und Philadelphia Steuern auf Softdrinks eingeführt. In Berkeley hat dies nach einer aktuellen Studie zu einem Rückgang des Konsums stark zuckerhaltiger Getränke von 21 Prozent geführt.

In Großbritannien hat die konservative Cameron Regierung im Frühjahr 2016 eine Herstellerabgabe auf Softdrinks beschlossen. Die Hersteller sollen für Getränke, die einen bestimmten Zuckergehalt überschreiten, Abgaben zahlen. Viele Hersteller haben auf diese Maßnahme mit einer Reduzierung des Zuckergehaltes reagiert. Die Abgabe ist zweckgebunden und soll zur Finanzierung von Gesundheitsprogrammen für Schulkinder verwendet werden.

In Dänemark führte die 2011 eingeführte Steuer auf gesättigte Fette zu einem Verkaufsrückgang der betroffenen Lebensmittel um zehn bis 15 Prozent. Nach heftigen Protesten der Wirtschaft wurde die Steuer nach knapp einem Jahr wieder zurückgenommen – allerdings nicht wegen ihrer angeblichen Wirkungslosigkeit, wie häufig



von interessierter Seite behauptet wird, sondern als Bedingung eines Partners bei der Bildung einer neuen Koalitionsregierung.

Nach einer WHO Studie von 2015 hat das entsprechende Gesetz in Ungarn dazu geführt, dass 40 Prozent der Hersteller ihre Rezepturen verändert haben. Von diesen wiederum entfernten 30 Prozent die besteuerten Zutaten komplett, 70 Prozent verringerten den Anteil.

3. Die politische Auseinandersetzung in Deutschland

Die deutsche Politik hat es, anders als andere Länder, bisher vermieden, gesetzliche Regelungen zu ergreifen und sich ganz auf freiwillige Maßnahmen beschränkt. Durch Initiativen wie „IN FORM“ oder „peb“ sollen Menschen zur Einsicht kommen, sich ausgewogen zu ernähren und einen gesünderen Lebensstil zu praktizieren. Diese Strategien zeichnen sich dadurch aus, dass sie viele einzelne Projekte und Initiativen in verschiedenen Settings fördern. Es handelt sich durchweg um Inselösungen, die nur Teile der Bevölkerung erreichen. Viele der Maßnahmen sind zeitlich begrenzt und haben keine Nachhaltigkeit. Die Maßnahmen sind nicht in verbindliche staatliche Strukturen oder gesetzlich strukturierte Regelprozesse eingebettet. Erreicht werden deshalb vor allem gesundheitsbewusste Mittelschichten, nicht jedoch bildungsferne Bevölkerungskreise, die besonders von Übergewicht und seinen Folgen betroffen sind.

Als Résumé der bisherigen Politik in Deutschland muss man festhalten, dass sie angesichts der enorm hohen Prävalenz von Übergewicht und Folgeerkrankungen ganz offensichtlich gescheitert ist. Der Appell an die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen, so richtig er in einer liberalen Gesellschaft im Prinzip ist, steht offensichtlich auf verlorenem Posten. Die gesellschaftlichen und kommerziellen Kräfte gegen die Entscheidung für einen gesunden Lebensstil sind zu stark.

4. Mit „gesunder“ Mehrwertsteuer die Übergewichtswelle stoppen

Angesichts der bisherigen Erfolglosigkeit der deutschen Präventionspolitik und den internationalen Erfahrungen haben mehrere Gesundheitsorganisationen die Initiative ergriffen und eine Umstrukturierung der Mehrwertsteuer

er vorgeschlagen. Der auf diesem Gebiet seit langem forschende Ökonom Tobias Effertz von der Universität Hamburg hat dazu überzeugende Modellrechnungen mit den Daten der nationalen Verzehrstudie durchgeführt.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft, die Deutsche Adipositas Gesellschaft und andere Fachorganisationen schlagen deshalb eine gesundheitliche Staffelung der Mehrwertsteuer vor, die wir „Ampel Plus“ nennen:

- Obst und Gemüse werden von der Mehrwertsteuer befreit.
- Grundnahrungsmittel wie Nudeln, Milch oder Fleisch belassen wir bei dem aktuellen Mehrwertsteuersatz für Lebensmittel von sieben Prozent.
- Produkte mit viel zugesetztem Zucker, Salz oder Fett (wie Tiefkühlpizza, Chips oder Süßigkeiten) werden mit dem regulären Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent besteuert.
- Zusätzlich könnte der Steuersatz für die besonders gesundheitsschädlichen Softdrinks von 19 Prozent auf 29 Prozent erhöht werden. Dieses Plus ist sinnvoll, da Softdrinks eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Adipositas spielen – noch mehr als Süßigkeiten.

Es ist richtig, dass höhere Mehrwertsteuersätze für ungesunde Produkte sozial schwächere Menschen besonders treffen würden. Aber bei diesen Menschen sind Adipositas und deren Folgeerkrankungen besonders verbreitet, deshalb würden sie gesundheitlich am meisten profitieren. Und wenn sie den Preissignalen folgen, was bei wirtschaftlich schwachen Gruppen die Regel ist, würden sie sogar Geld sparen. Außerdem wird sich die Lebensmittelindustrie auf eine „gesunde“ Mehrwertsteuer einstellen und hätte einen Anreiz, gesündere Produkte herzustellen.

Deutschland ist in Sachen Präventionspolitik immer noch ein Entwicklungsland. Es wird Zeit, dass wir das ändern. Eine „gesunde“ Mehrwertsteuer wäre einfach und leicht umzusetzen. Sie wäre endlich ein wirksamer Schritt, die Adipositaswelle anzuhalten und umzukehren.

Bei diesem Text handelt es sich um die gekürzte Fassung des Dokumentationsbeitrages des Autors zum Fachforum 58. Die ungekürzte Fassung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html.

| „Zusammen wirksam sein“

Rainer Steen zur Satellitenveranstaltung „Land in Sicht“

Ein zusammenfassender Beitrag läuft immer Gefahr, zwischen zwei Polen zu verhungern: banal oder genial. Ich halte es bescheiden mit Karl Valentin: Es ist zwar alles schon gesagt worden – aber noch nicht von mir...

1. Den ländlichen Raum gibt es nicht.

Diese Erfahrung habe ich als Gesundheitsförderer im Rhein-Neckar-Kreis gemacht: Bei einer Stadtteilanalyse zum Thema „Selbstständig leben im Alter“ in einem eher städtisch geprägten Quartier der Kreisstadt Weinheim wurden bei Begehungen mit Betroffenen Aspekte der fehlenden Barrierefreiheit (zugeparkte Gehwege, nicht abgesenkte Bordsteinkanten bei Übergängen...) thematisiert. Ein anschließender Besuch in eher dörflich geprägten Ortsteilen am Rande des Odenwaldes ergab ein völlig anderes Bild: Es gab überhaupt keine Gehwege und angesichts fast einspuriger Ortsstraßen mit Kopfsteinpflaster machte die Forderung nach einer „rollatorgerechten“ Infrastruktur zunächst wenig Sinn.

Wer das weiß, muss also von Fall zu Fall sehr genau hinschauen und benötigt eine angepasste und angemessene Wahrnehmung wie auch Maßnahmenplanung.

„Land in Sicht“

Satellitentagungen zur Gesundheitsförderung in ländlichen Räumen

Schon jetzt möchten wir Sie einladen, sich den Termin der nächsten Satellitentagung vorzumerken. Unter dem Motto „Land in Sicht II. Orte der Begegnung in ländlichen Räumen“ führen wir die Diskussionen zu Prävention und Gesundheitsförderung in ländlichen Räumen am 13. März 2019 an der TU Berlin weiter. Nähere Informationen zur kommenden Satellitentagung sowie die Dokumentation der Satellitentagung 2018 finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/satellit-armut-gesundheit

2. Im ländlichen Raum zeigt sich (nur) verstärkt und sicher oft drastischer, was in der Gesamtgesellschaft an grundsätzlichem Wandel zu erkennen ist:

- Der Niedergang der Nahversorgung – Einzel- und Vor-Ort-Handel (vs. Internet, Zentren, Malls...). Nur Apotheken scheint es überall zu geben.
- Hoher Mobilitätsdruck (Pendlerinnen und Pendler, Schülerinnen und Schüler) – dazu die wachsende Erlebnisqualität in den Zentren.
- Die „Jungen“, die weggehen, kommen immer seltener zurück.
- Veränderte Berufsprofile „vom Handgriff zum Mausclick“ – Um 1900 waren 40 Prozent der Bevölkerung in der Landwirtschaft beschäftigt, heute sind es gerade einmal zwei Prozent.
- Veränderte Familienstrukturen – vom Familienbetrieb zum Beziehungs-Patchwork
- Demographische Entwicklung mit verstärktem Rückgang der mittleren Jahrgänge und Anstieg bei den Hochaltrigen – lokal ergeben sich daraus „Lecks“, etwa bei der Pflege.
- Eine Gefahr für die Lebensqualität im ländlichen Raum ist der Abbau der Daseinsvorsorge: Schulen und Kindergärten – und damit auch Räume für soziales Leben und Begegnung – verschwinden. Die Infrastruktur wird pro Kopf immer teurer (etwa bei der Wasservers- und Abwasserentsorgung).

Ein differenzierter Blick ist auch hier vonnöten. Der „Ein-Stunden-Raum“: Um größere Städte wird es (wieder) attraktiv für junge Familien (u.a. wegen der Mieten und Immobilienpreise).

3. Bei aller Sorge um Trends: Es besteht kein Anlass für Resignation und Jammerkultur.

Zum einen sind die lokalen Kritiker wie Opfer solcher Veränderungen ja (leider) immer auch die „Täter“, die mit ihren sich ebenfalls wandelnden Bedürfnissen und Verhaltensdispositionen zu urbanen Verlusten beitragen – das ist also auch eine Bewusstseins- und Bewusstmachungsfrage (u.a. für Bürgermeisterinnen und Räte etc.). Zum anderen zeigen hinreichend viele Beispiele, dass dort, wo kommunalpolitische und/oder zivilgesellschaftliche Initiative Kraft gewinnt, kreative und innovative

Projekte bzw. Lösungen möglich werden. Sie können gegen alle Trends lokale oder auch regionale Entwicklung befördern und diese Trends, wenn nicht umkehren, so doch verlangsamen! Dabei könnte im Sinne von Nachhaltigkeit bedeutsam sein, dass zivilgesellschaftliches, bürgerschaftliches Engagement zur Verstetigung nahezu immer einer professionellen, kommunal verantwortlichen Koordination bedarf, ganz abgesehen von der Bereitschaft, Ressourcen für die Qualifizierung und Begleitung von Akteuren zu aktivieren.

4. Wirksam werden kann jedwede Initiative, gerade im ländlichen Raum (mit ihrem eher überschaubaren „Pool“ an möglichen Akteuren) und vor allem dann, wenn Politik, Verwaltung, Institutionen, Verbände, örtliche Wirtschaft und Zivilgesellschaft aufmerksam zusammenwirken.

Es kommt dabei weniger darauf an, wer initiativ wird, sondern ob es gelingt, solche Initiative...

- intersektoral zu öffnen: zwischen Verwaltungsressorts, aber auch Trägern und Akteuren des Gesundheitswesens – dazu gehört mittelfristig auch eine Aufgabenkritik, die neue Zuordnungen und Handlungsphilosophien ermöglicht und ermutigt;
- interdisziplinär anzulegen: berufs- oder standesbezogen (Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Sozial- und Bildungsberufe, Beratungssektor, aber eben auch „ehrenamtliche Expertinnen und Experten“...) – dazu gehört die Bereitschaft und die Bereitstellung von Ressourcen zum Austausch;
- interkommunal zu erweitern, weg vom Kirchturmdenken, von David- und Goliath-Syndromen und ressourcenfressenden Abgrenzungsritualen – hin zu Gemeindebündnissen oder kommunalen Netzwerken;
- von Beginn an auf Beteiligung auszulegen (was mehr ist als Anhörung!) und
- im Rahmen vorhandener Strukturen nicht durch Verregelungen und „bürokratische Überbehütung“ zu entmutigen – und zu nerven! Hier sollte das Subsidiaritätsprinzip Anwendung finden – und: So oft und so früh wie möglich Entscheiderinnen und Entscheider einbinden, nicht bloß die subalterne Ebene...



5. Mehr Zivilgesellschaft reinlassen – ohne kommunale Selbstverantwortung rauszuhalten.

Das lässt sich dann „Sorgende Gemeinschaft“ nennen. Hier zeigt sich, dass – etwa in der „Demenzfreundlichen Kommune“ – kleinräumige Lebenswelten zuweilen den „wärmeren“ Rückraum für einen alltagssicheren Umgang z.B. mit abweichendem Verhalten bieten. Hier können Alltagskulturen, Schlüsselpersonen und lokale Anlässe wirkungsvoll(er) genutzt werden – aber fallweise (Stichwort soziale Kontrolle) eben auch hemmen.



6. Nur mit gutem Willen und sozialem Engagement ist eine „gesunde“ Entwicklung und Stabilisierung des ländlichen Raums nicht zu schaffen.

Es bedarf beispielsweise vielmehr ...

- einer Synergie von Handlungsfeldern – etwa von Naturschutz, Landwirtschaft, lokaler Wirtschaftsentwicklung, Tourismus, Siedlungspolitik und Verkehr, sowie
- ökonomischer Anreize und Initiative, sei es zur Förderung junger Landwirte (Freiburger Modell Bürgeraktiengesellschaft), zur Initiierung örtlicher Wertschöpfungskreisläufe (Energiegenossenschaften,

Bioenergiedörfer oder Modelle zur Ressourcennutzung, etwa von Abwasser). Dazu gehören auch Bauwirtschaft und Mobilität;

- einer kontinuierlichen und zielgruppennahen Öffentlichkeitsarbeit.

Land in Sicht? JA!

Wir sehen eine Fülle von Aktivitäten, ein Füllhorn voll Ideen und eine große Zahl von Akteuren, die negativen Trends entgegenarbeiten und positive Perspektiven vorführen. Ihnen gebührt nicht nur der Dank all derer, die kommunale und regionale Strukturen als „sorgende Gemeinschaften“ ernst nehmen wollen, sondern vor allem auch die Aufmerksamkeit aller Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Politik, Verwaltung, Bildungswesen und Zivilgesellschaft. Sie müssen dafür Sorge tragen, dass gute Praxis „in die Fläche kommt“.

Deshalb zum Schluss noch ein appellativer Wermutstropfen: Alles, was hier an Beispielen guter Praxis und an gesellschaftlichen Notwendigkeiten aufgezeigt werden kann, ist allein aus dem lokalen und regionalen Blickwinkel weder kurz- noch langfristig wirkmächtig und alltags-tauglich, wenn es nicht unterfüttert wird durch den politischen Willen und entsprechende Ressourcen auf Kreis-, Landes- und Bundesebene.

Wenn gute Ansätze nicht als ewige Kette von vorbildlichen, aber nicht multiplizierten Projekten im Sinne einer „Projektitis“ verkümmern sollen, bedarf es einer Ressourcensteuerung und Planungssicherung auf den nächsthöheren Ebenen! Auch dafür gibt es natürlich schon Beispiele und Ideen zuhauf – und zuweilen ja auch „Töpfe“. Top-Down wird es dennoch nicht gehen. Bottom-Up werden die entscheidenden Impulse wachsen und wachsen müssen. Dafür wünsche ich weiterhin Mut, Beharrlichkeit und viel Erfolg!

Rainer Steen

Freier Referent für Gesundheitsförderung

Bei diesem Text handelt es sich um die gekürzte Fassung des Dokumentationsbeitrages des Autors zur Satellitentagung. Die ungekürzte Fassung finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/satellit-armut-gesundheit/satellit-2018/dokumentation.

Vorrang für Verhältnisprävention

Raimund Geene zur Frage, ob wir eine Enquete-Kommission zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung brauchen

Das Verständnis von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist in der Praxis, auf kommunaler Ebene, bei Politik und Krankenkassen sowie mitunter auch in fachlichen Begleitdiskursen oft unscharf. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund problematisch, dass Gesundheitsförderung gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren soll. Gesundheitsverhalten kann durch Wissensvermittlung nur in geringem Maß verändert werden, und wenn überhaupt, so vor allem bei schon veränderungsbereiten Bevölkerungsschichten, die sich durch höhere Einkommen und längere Bildung auszeichnen. Für eine soziallagenorientierte Ausrichtung von Prävention in Deutschland müssen daher verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben.

1. Paradigmenwechsel in der Prävention

Mit dem Präventionsgesetz (2015) hat der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel in der durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Prävention vollzogen: Während Präventionsmaßnahmen zuvor vor allem in Form verhaltensbezogener Individualprävention (Kursangeboten) erbracht wurden, soll seit 2016 der überwiegende Anteil der nun deutlich erhöhten Finanzmittel (mindestens vier der sieben Euro pro Versicherten und Jahr) für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§§ 20a, 20b SGB V) verwendet werden. Hier sollten verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben. Es erfordert – ganz im Sinne des neu formulierten § 20a SGB V – eine Bestandsaufnahme und Analyse, wo Ansätze für die Veränderung von Verhältnissen liegen und wie diesbezüglich notwendige gesundheitsförderliche Strukturen und Netzwerke aufgebaut werden können. Diese gesetzliche Grundlage bahnt den Weg für Präventionsmaßnahmen, die eine nachhaltige und effektive Veränderung sozialer, baulicher und kultureller Verhältnisse in verschiedenen Settings bewirken.

Hierdurch ergeben sich einerseits Chancen und ein klarer Auftrag zur Stärkung der Verhältnisprävention. Andererseits sind damit auch Herausforderungen verbunden, insbesondere bezüglich eines gemeinsamen Verständnisses, einer effektiven Konzeptualisierung und einer erfolgreichen Implementierung von Verhältnisprävention

im Zusammenspiel mit einer nicht individualistisch verkürzten Verhaltensprävention.

Der gesetzliche Gestaltungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Präventionsgesetz (PrävG) sollte von den Kassen genutzt werden, um vor allem Verhältnisprävention zu unterstützen. Diesem Anspruch stehen in der Umsetzung aber erhebliche Schwierigkeiten gegenüber, die wir in der Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health (de Bock et al. 2017) thematisiert haben und aus der sich die Forderung entwickelt hat, für die Weiterentwicklung der Prävention eine Enquete-Kommission „Prävention in Deutschland“ des Deutschen Bundestags einzurichten.

2. Enquete-Kommissionen im Deutschen Bundestag

Eigene Expertenkommissionen des Bundestags können durch einen entsprechenden Parlamentsbeschluss für eine Enquete-Kommission eingerichtet werden. Enquete-Kommissionen (von französisch *enquête*, „Untersuchung“) sind vom Deutschen Bundestag oder von einem Landesparlament eingesetzte überfraktionelle Arbeitsgruppen, die langfristige Fragestellungen lösen sollen, in denen unterschiedliche juristische, ökonomische, soziale oder ethische Aspekte abgewogen werden müssen. Um eine Enquete-Kommission auf Bundesebene einzusetzen, muss mindestens ein Viertel der Mitglieder des Deutschen Bundestages zustimmen.

Eine solche Kommission besteht aus Abgeordneten aller Fraktionen und aus Sachverständigen als gleichberechtigte Mitglieder. Sie sollen Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe vorbereiten. Jeder Enquete-Kommission ist i. d. R. ein Sekretariat mit wissenschaftlichem Fachpersonal zugeordnet, das redaktionell die terminliche und inhaltliche Arbeit koordiniert sowie an der Erstellung von Dokumenten und Publikationen mitarbeitet. Neben Sitzungen der Kommission gibt es auch öffentliche und nicht-öffentliche Anhörungen mit enquetefremden Sachverständigen und Vertretern der Ministerien und Bundesbehörden.



3. Weitere Möglichkeiten von Expertenkommissionen

Allerdings gibt es neben Enquete-Kommissionen zahlreiche weitere Optionen wissenschaftlicher Politikberatung im politisch-parlamentarischen Umfeld, von denen nur einige nachfolgend beispielgebend aufgelistet sind:

- Berichte/Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Berichtsaufträge im Rahmen des Kinder- und Jugendberichts, des Armuts- und Reichtumsberichts, des Familienberichts u.ä.
- Anhörungen im Gesundheitsausschuss
- Einrichtung/Wiederbelebung des Runden Tisches Prävention
- Formale Beauftragung zur Gesundheitszielformulierung sowie Aufnahme neuer Gesundheitsziele ins SGB V wie das Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt (veröffentlicht 2017) oder das Gesundheitsziel Patientensicherheit (aktuell in Vorbereitung) etc.

Deutlich weiter zeigen sich die Optionen, wenn auch Expertisen angedacht werden, die von Interessenverbänden, Stiftungen oder anderen Nichtregierungsorganisationen in Auftrag gegeben werden können. Ein gutes Beispiel dafür ist die 1998 eingerichtete „Kommission Mitbestimmung“ der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann Stiftung in Abstimmung mit den Deutschen Arbeitgeberverbänden und dem Deutschen Gewerkschaftsbund sowie die nachfolgende gemeinsame Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ unter Vorsitz des Bielefelder Gesundheitswissenschaftlers Bernhard Badura, die 2002 die richtungsweisende Studie „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ vorlegen konnte.

4. Fragestellungen für Expertenkommissionen

Noch wichtiger als die Frage der Trägerschaft entsprechender Fachgespräche, Expertisen oder auch Expertenkommissionen erscheint die inhaltliche Stoßrichtung einer Kommission. Im Rahmen des Workshops beim Kon-

gress Armut und Gesundheit wurden hier die nachfolgenden drei Varianten diskutiert.

- **Pragmatischer Ansatz** – Prüfung der Umsetzung des PrävG: Die erste Variante bezieht sich auf die unmittelbare Überprüfung der aktuellen Präventionspolitik, in dem die Neuregelungen durch das Präventionsgesetz von 2015 auf den Prüfstand gestellt werden. Sie bedient damit eine unmittelbare Anforderung an die Politik, die Auswirkungen von Gesetzen zu überprüfen. Naheliegenderweise wird dies vor allem von Oppositionsparteien mit hohem Engagement verfolgt, während amtierende Regierungen hier eher zu Langmut neigen.
- **Perspektivischer Ansatz** – Public Health-Ziele für PrävG-Erweiterung: Dabei werden die Fragen der praktischen Umsetzung ebenfalls bilanziert. Darüber hinaus wird aber insbesondere darauf abgezielt, welche ergänzenden gesetzlichen Regelungen notwendig sind, um Gesundheitsförderung und Prävention besser umzusetzen. Dieser Ansatz sprengt die Orientierung auf das bestehende Präventionsgesetz deutlich, wenngleich er sich darauf als Grundlage bezieht.
- **Visionärer Ansatz** – Health in All Policies (HiAP): Eine umfassende Realisierung der vielfältigen Public Health-relevanten Vorhaben der neuen Bundesregierung bedarf eines umfassenderen Ansatzes.

Eine solch breite Umsetzung gesundheitsförderlicher Konzepte ist – so die Schlüsselerkenntnis der WHO, umfassend ausgedrückt u.a. in der Deklaration der 8. Weltkonferenz in Helsinki – nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe denkbar. Unter diesem Blickwinkel sollte eine Kommission noch breiter und grundsätzlicher ansetzen. Sie könnte dem Anspruch des HiAP beispielsweise nachkommen, indem sie zunächst eine Bestandsaufnahme vornimmt, wesentliche Inhalte zusammenträgt, Instrumente darstellt und abschließend Rahmenbedingungen erörtert. Die Ergebnisse können zu einer Art Rahmenkonzept für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Deutschland gebündelt werden. Insofern gehen diese Ansätze weit über die beiden erstgenannten hinaus. Zugleich sollten sie jedoch das Präventionsgesetz und seine Umsetzung als einen konkreten Baustein zu HiAP berücksichtigen.

*Prof. Dr. Raimund Geene
Alice Salomon Hochschule/Berlin School of Public Health*

Bei diesem Text handelt es sich um die gekürzte Fassung des Dokumentationsbeitrages des Autors zum Fachforum 60. Die ungekürzte Fassung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html.

„POLITIK MACHT GESUNDHEIT“

Kongress Armut und Gesundheit 2019

Wir laden Sie ein, am Donnerstag und Freitag, 14. und 15. März 2019 an der Technischen Universität Berlin mit uns ins Gespräch zu kommen. Unter dem Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ diskutiert der kommende Kongress Armut und Gesundheit das Health in All Policies-Thema weiter.

Nähere Informationen zum Kongress Armut und Gesundheit 2019 finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de.



| „Keine Sau interessiert sich für Gesundheit...“

Abschlussveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Professor an der Universität Bremen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Public Health, eröffnete die Veranstaltung mit einigen kontroversen Thesen (siehe Kasten). Im Anschluss daran fassten vier Themenpatinnen und -paten ihre Eindrücke vom Kongress zusammen: **Susanne Borkowski**, Geschäftsführerin des Vereins KinderStärken e.V., **Professor Nico Dragano**, Professor und Leiter des Instituts für medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf, **Anne Starker**, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut, **Dr. Tine Hanrieder**, Leiterin der Nachwuchsgruppe Globale Humanitäre Medizin am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), **Gesine Bär** (Professorin für partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften an der Alice Salomon Hochschule Berlin) und **Stephan Koesling** (Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung) übernahmen – stellvertretend für den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit – den Staffelposten auf dem Kongress versammelten Themen. **Dr. Daniel Rühmkorf** moderierte die Abschlussveranstaltung.

„Keine Sau interessiert sich für Gesundheit...“

Wir haben uns acht Themen herausgesucht, bei denen wir Gesundheit erwarten würden: Armut oder Armutsrisiko, Klimawandel, Geflüchtete, Europäische Union, Diesel, Wohnen, soziale Ungleichheit und der Arbeitsbereich. Und wir sind dabei ganz schlicht vorgegangen. Wir haben eine Google-Recherche gemacht, in einem Zeitraum von ungefähr zehn Wochen. Interessiert sich wirklich keine Sau für Gesundheit? Falsch, im Schnitt gibt es immer eine Sau, also einen Newstreffer von 50, die sich für Gesundheit interessiert und das entspräche dann zwei Prozent, die sich mit Gesundheit beschäftigen.

Warum ist es so schwer, das Thema Gesundheit im politischen Raum zu etablieren?

1. Ist es vielleicht zu komplex, zu abstrakt, im Gegensatz zu so etwas wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und so weiter?
2. Die unmittelbare Handlungsableitung ist schwierig. Etwas gegen soziale Ungleichheit zu tun, ist schwierig. Und haben wir nicht auch in Deutschland das Problem, dass wir Gesundheit, Krankheit und alles, was damit zu tun hat, sehr stark – finanziell vor allen Dingen, aber auch in der Wahrnehmung – im Sozialversicherungssystem verankert haben und damit mit dem Fokus auf Individuen? Dass wir eine ganz schlechte Durchlässigkeit haben zwischen allem, was die Krankenkassen machen und was der Staat macht oder andere, die sich eher mit Verhältnisprävention und anderen Sachen beschäftigen?
3. Wer bei der Eröffnungsveranstaltung dabei war, erinnert sich sicher noch an die Aussage von Herrn Henke: „Könnt ihr nicht aufhören mit diesem Moralisieren?“ Aber ist Public Health überhaupt ohne Moral möglich?
4. Die vierte Annahme ist ganz schlicht die Kombination dieser ersten drei. Weil ich glaube, dass wir es bei vielen Themen mit allen dreien zu tun haben.

Rühmkorf: Ich bitte jetzt die vier Themenpatinnen und Themenpaten zu mir auf die Bühne. Sie sind aus den Vorbereitungsgruppen hervorgegangen. Für diese über 120 Veranstaltungen gab es alleine 18 Vorbereitungsgruppen, die sich damit auseinandergesetzt haben: Wie sollen die Themen hier gesetzt werden? Und vier von ihnen

haben sich bereiterklärt mitzuhelfen, diese ganze Themenvielfalt noch einmal zusammenzuführen.

Hanrieder: Ich habe zwei gesicherte Erkenntnisse und zwei Fragen mitgebracht. Wir müssen die Bedingungen für Kritik aufrechterhalten oder schaffen. Wie können wir

diese Unabhängigkeit wahren? Relativ klar, in ganz verschiedenen Kontexten, war auch: Wir brauchen Verbündete. Wir müssen über unseren Sektor hinausgreifen. Je nachdem, was ich vorhabe, muss ich nicht nur herausfinden: Wo steht der Gegner? Sondern: Wo sind meine Freunde und wie können wir für ein Projekt zusammenkommen?

Die Frage nach den Botschaften, die auch durchkommen, hat sich mehrmals gestellt. Es muss doch eine Möglichkeit geben, kleine, gute Projekte, die sonst verkümmern, anders zu verkaufen! Nicht nur in der Fachgemeinschaft, sondern auch in der Zeitung und im Fernsehen erzählen, was man da Interessantes gemacht hat, Public Health. Und es gab Streit darüber, wie man das machen könnte: Sind Bilder angemessen? Haben wir die richtigen Zahlen? Was wäre die richtige Erzählung und wer spricht zuletzt? Wann kommen die Betroffenen zu Wort? Und die ethische Frage: Wie lassen sich die eigentlich repräsentieren?

Borkowski: Mir ist oft die Frage begegnet: Wie kommt man eigentlich vom Verwalten ins Gestalten? Gerade wenn man auch auf die kommunale Ebene schaut. Was mich gestern in einem Workshop beeindruckt hat, war das Bewusstwerden, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist. Und dass es nicht nur um Versorgung geht, sondern um ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit. Und es wird nicht aus Willkür oder Gnade gewährt, sondern aus Recht.

Und das Thema: Wie schafft man es, das implizite Verständnis von Gesundheit auch zu explizieren, gerade in der Zusammenarbeit mit Akteuren? Was eigentlich Gesundheit bedeutet. Eben nicht nur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung... und diese Themen nicht auf der individuellen Ebene zu belassen, sondern stärker auf die Verhältnisebene zu kommen.

Starker: Mein Eindruck war auch, dass dieser Kongress nach wie vor wichtig ist, um das Bewusstsein dafür zu schärfen, wo überall Gesundheit drinsteckt. Und dass Armut und Gesundheit zusammen gedacht werden muss. Das ist das eine: Ein Bewusstsein für Gesundheit in allen Politikbereichen zu schaffen, sich zu vernetzen und zu sagen „Hier sitzt die geballte Public Health-Akteurslandschaft Deutschlands. Und wir können politischer werden und können uns Verbündete suchen.“





Wie können wir all unser Wissen, was wir haben, auch wirklich in politische Maßnahmen umsetzen, beziehungsweise der Politik schmackhaft machen?

Ein starker Aspekt in vielen Fachforen war das Thema Partizipation: Dass man nicht über die Menschen hinweg entscheiden, sondern sie mitnehmen soll. Nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Politikerinnen, Politiker, Akteurinnen und Akteure, die vielleicht mit dem Thema Gesundheit noch nicht so vertraut sind. Es braucht nach wie vor eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit.

Dragano: Wie bekommen wir das in die Politik? Das war in wirklich ganz vielen Veranstaltungen ein Thema. Wie kommen wir dahin? Warum dringen wir nicht durch? Das liegt ja zum Teil auch an uns. Ein Diskussionsteilnehmer hat gesagt, wir wären weinerlich und moralisierend. Man kann es auch netter formulieren, aber das wurde in einigen Workshops thematisiert. Ansonsten waren viele Leute sehr selbstbewusst.

Rühmkorf: Gibt es denn neue Strategien oder neue Barrieren, die wir hier bei unserem Kongress haben feststellen können? Für mich stellt sich so ein bisschen die Frage: Ist der Zweck von Armut und Gesundheit der, der früher der evangelische Kirchentag war? Zuhause in der Gemeinde tote Hose, aber für vier Tage ein unglaubliches Wohlseinsgefühl, weil man merkt: Alle anderen ticken so wie ich. Dürfte ich da nochmal nachhaken?

Dragano: Es gibt durchaus neue Ansätze und einen Fokus auf die politikwissenschaftliche Analyse und die Vernetzung. Ansätze der kooperativen Vernetzung, gemeinsam Themen anzustoßen, das kam zu vielen Themen.

Borkowski: Ich fand diesen Kongress in diesem Jahr sehr politisch.

Rühmkorf: Herzlichen Dank! An dieser Stelle übergeben wir den Staffelstab Kongress Armut und Gesundheit 2018 an Sie, liebes Publikum. Die Gedanken und die Energie, die wir hier hatten, möge Ihnen viel Kraft geben, um auch dort, wo Sie jeweils verortet sind, Dinge weiter vorantreiben, weiter diskutieren zu können, neue Mitstreiterinnen und Mitstreiter zu suchen.

Aber stellvertretend für Sie, die Sie da sind, halte ich jetzt zwei Vertretenden des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit – Frau Professor Gesine Bär und Stephan Koesling – diesen Staffelstab entgegen. Unser Wunsch ist es, das, was der Kongress Armut und Gesundheit bewegt, auch durch den Kooperationsverbund weitertragen zu lassen. Und Sie sind so ein bisschen Struktur, die helfen könnte, dass das in der Politik etwas weiter oben ankommt. Das ist zumindest die stille oder laute Hoffnung von uns.

Bär: Das übernehmen wir natürlich gerne. Und auch die Botschaften, die wir jetzt hier von den Themenpatinnen und Themenpaten gehört haben.

Koesling: Ich habe eine ganz einfache Antwort auf die Frage: Was nehme ich aus diesem Kongress mit? Etwas Handfestes, etwas ganz Konkretes, nämlich diesen Stab mit den Aufträgen, die wir gehört haben.

Ich stehe nach wie vor dazu: „Neben dem Präventionsgesetz und all dem, was wir jetzt schon haben, brauchen wir ein öffentliches Partnerprogramm, auch in diesem Bereich, um Kommunen zu stärken, diese Anlaufprozesse in Gang zu bringen.“

Der vorliegende Text beruht auf dem Audiomitschnitt der Veranstaltung. Den vollständigen Beitrag können Sie einsehen unter www.armut-und-gesundheit.de/Dokumentation-2018.2172.o.html.

| Carola Gold-Preis 2018

Annelie Keil und Gerhard Trabert erhalten die Auszeichnung für ihren Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit

Im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit 2018 wurde am 20. März zum sechsten Mal der Carola Gold-Preis für gesundheitliche Chancengleichheit verliehen. Er schafft öffentliche Aufmerksamkeit für die Belange von Menschen in schwieriger sozialer Lage. Personen, die sich in herausragender Weise für mehr gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen, werden damit geehrt.

Annelie Keil, geboren 1939, studierte Politik, Soziologie und Pädagogik. 1971 wurde sie als Professorin an die Universität Bremen berufen. Sie war Gründungsmitglied des „Zentrum für Public Health“ und Mitbegründerin des wissenschaftlichen Weiterbildungsstudiums Palliative Care an der Universität Bremen. Ehrenamtlich engagierte sie sich in unterschiedlichsten psychosozialen und Bildungsprojekten im In- und Ausland wie Kinderschutzbund, Frauengesundheitszentren, diversen Selbsthilfegruppen, in der Arbeit mit geflüchteten Menschen. Bekannt ist Annelie Keil weit über Bremen hinaus durch umfangreiche Vortragstätigkeit, Radio- und Fernsehsendungen und als Buchautorin.

Gerhard Trabert, geboren 1956, ist Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden, Mitinitiator des Kongresses Armut und Gesundheit und Vorsitzender de.V.reins „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“. Seit 20 Jahren bietet er wohnungslosen Menschen in seinem Arztmobil kostenlose medizinische Versorgung an. Im Jahr 2013 gründete er die „Poliklinik/Ambulanz ohne Grenzen“, bei der auch nicht wohnungslose Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und Flüchtlinge medizinische Beratung und Hilfe erhalten können. Wenn er nicht in Deutschland arbeitet, begleitet er Hilfeinsätze in Krisenregionen, zuletzt u.a. in Syrien und dem Irak (2017-2018) und mit der Sea Watch im Mittelmeer vor der libyschen Küste (2015-2016).

Die Verleihung des Carola Gold-Preises ist eine Aktivität von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und den Mitgliedern des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Er wird unterstützt von den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen sowie dem AWO-Bundesverband.



Kundgebung am ersten Kongressabend „Gesundheit ist ein Menschenrecht“

Der Zugang zu angemessener und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Deutschland hat sich völkerrechtlich verpflichtet, dieses Recht zu achten und umzusetzen. Doch Hunderttausenden hierzulande wird dieser Zugang verwehrt. Um öffentlich gegen diesen Missstand zu protestieren, veranstalteten über 20 Organisationen eine Kundgebung unter dem Motto „Gesundheit ist ein Menschenrecht“ am Abend des ersten Kongresstages, 20. März 2018 am Brandenburger Tor.

Unter <https://vimeo.com/user3945414/review/262002439/e58c807bfo> können Sie das Video zur Kundgebung einsehen.

Herausgeber:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Tel. 030-44 31 90-60
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail: sekretariat@gesundheitbb.de
www.gesundheitbb.de

Wenn Sie den Info_Dienst bestellen, abbestellen oder eine Adressänderung angeben möchten, schreiben Sie bitte an sekretariat@gesundheitbb.de.

Redaktion:

Stefan Pospiech (V. i. S. d. P.),
Daniel Albrecht, Marion Amler, Nicole Böhme,
Stefan Bräunling, Maren Janella, Astrid Matten,
Klara Niederbacher, Karoline Zahn

Auflage: 4.000

Satz und Layout:

Connye Wolff
www.connye.com

Bildnachweise:

sämtlich: André Wagenzik

Druck:

Schöne Drucksachen,
Bessemerstraße 76a
12103 Berlin
www.schoene-drucksachen.eu

Stand August 2018

ISSN 1614-5305

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.