



# Info\_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg  
16. Jahrgang • 1. Ausgabe 2016

## Sonderausgabe zum Kongress Armut und Gesundheit 2016

1\_16

### Editorial

Wieder liegt ein Kongress Armut und Gesundheit hinter uns. Traditionell möchten wir den nachfolgenden *Info\_Dienst für Gesundheitsförderung* dafür nutzen, einige der diskutierten Themen etwas näher zu beleuchten.

Die Diskussionen um das Präventionsgesetz haben den diesjährigen Kongress bestimmt. Dr. Matthias Wismar, Eröffnungsredner und WHO-Korrespondent, bettete den Gesetzgebungsprozess in europäische Entwicklungen ein (S. 4). Im Anschluss daran diskutierten zentrale Akteurinnen und Akteure aus Sicht der Bundesebene miteinander, wie sich das Gesetz umsetzen lässt (Seite 6 f.). Mit der Verabschiedung erster Landesrahmenvereinbarungen (derzeit Thüringen, Hessen, Sachsen) stellt sich ganz konkret die Frage, wie die Umsetzung auf Landesebene stattfinden soll. Wünschenswert wäre es, wenn das Gesetz dabei helfen würde, eine „gemeinsame Kultur der Kooperation“ zu stärken.

Zugleich präsentierten auf dem Kongress zahlreiche Akteurinnen und Ak-

teure aus der (kommunalen) Praxis ihre tägliche Arbeit und zeigten, welche großartigen, engagierten Aktivitäten es bereits gibt. Von diesen inspirierenden Beispielen finden Sie einige in dieser Ausgabe: aus Oldenburg (Seite 18 f.), Weinheim und Berlin (Seite S. 9 f.). Sie alle verdeutlichen, wie wichtig der Schulterschluss zwischen Verwaltung, Fachkräften und Bürgerschaft ist, um gesundheitsförderliche Strategien umzusetzen.

Der Kongress bietet eine Plattform unterschiedlichster Institutionen und Interessen und lebt davon, diese Spannung zu ermöglichen, aber auch auszuhalten. Im Forum des Jahrbuchs *Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* wurde erfragt, was Kritik heute noch leisten kann und muss und wo sie sich verortet (vgl. S. 11 f.). Auch Eberhard Göpel äußert in seinem Kommentar Kritik an bestimmten Entwicklungen innerhalb der Gesundheitsförderung, aber auch – bei allem Wohlwollen – am Kongress selbst (S. 16 f.). Maren Janella formuliert in ihrem persönlichen Rück- und Ausblick ebenfalls die Spannungen, denen sich der Kongress ausgesetzt sieht, die ihn aber auch lebendig halten (S.26).

Die im Rahmen des Kongresses erarbeitete Vision gesundheitlicher Chancengleichheit (vgl. S.14-15) hätten wir Ihnen sehr gern als Farb-Poster mindestens im A0-Format zur Verfügung gestellt. So gelungen fasst sie in unseren Augen die Diskussionen des Kongresses zusammen! Immerhin: Auch im A3-Format weitet sie den Blick über die engen Grenzen von Gesundheitsförderung und Prävention hinweg auf größere gesellschaftliche Zusammenhänge und wirft Fragen der sozialen Gerechtigkeit auf.

Damit bildet sie eine Brücke zu den Diskussionen des kommenden Kongresses. Solidarität wird dabei das zentrale Thema sein. Wir möchten Sie schon jetzt herzlich einladen, am Kongress Armut und Gesundheit 2017 teilzunehmen: am 17. und 18. März 2017 in Berlin.

Vorerst aber wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre und einen erholsamen Sommer!

*Stefan Pospiech, Geschäftsführer von  
Gesundheit Berlin-Brandenburg*

## Berlin investiert in die Public Health-Ausbildung

An der Berlin School of Public Health (BSPH) startet im Wintersemester 2016/17 ein neuer konsekutiver Masterstudiengang Public Health. Die BSPH wird getragen von einer Kooperation der drei Hochschulen Charité – Universitätsmedizin Berlin, TU Berlin und der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin. Für den ersten Durchgang des viersemestrigen Masterstudiums können sich Bachelor-Absolvierende aller Public Health-relevanten Fachrichtungen noch bis zum 15. Juli bewerben. Prof. Dr. Gesine Bär, die die Ansprechpartnerin der ASH für

den Studiengang ist, unterstreicht: „Der gesellschaftliche Wandel erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit Themen wie gesundheitlicher Chancengleichheit, den Determinanten von Gesundheit in und außerhalb des Gesundheitssystems sowie wirksame Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention. Mit diesen Akzenten bringt sich die ASH Berlin als erfahrene Akteurin ein.“ Für die Region entsteht so auch für die Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsberufe ein neuer attraktiver Masterstudiengang.

### Steckbrief

**Studiengang:** M. Sc. Public Health  
**Anbieter:** Berlin School of Public Health (BSPH) gemeinsam getragen von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, TU Berlin und der ASH Berlin.

**Start:** Wintersemester 2016/2017

**Bewerbungsschluss:** 15.7.2016

**Studierende:** 60 pro Jahrgang  
**Regelstudienzeit:** 4 Semester (Vollzeit, Teilzeit möglich)

**ECTS:** 120

**Kosten:** Semesterbeitrag (keine zusätzlichen Kosten)

**Weitere Informationen:**

[www.bsph.charite.de](http://www.bsph.charite.de)

## GBE kompakt des Robert Koch-Instituts

### Berichterstattung zu gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland

Bereits im dritten Jahr in Folge hat das Robert Koch-Institut (RKI) zum Kongress Armut und Gesundheit eine GBE kompakt herausgegeben, die den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit belegt, mit wechselnden Schwerpunkten:

- **1** Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung (GBE kompakt 2/2014)
- **2** Gesund aufwachsen – welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? (GBE kompakt 1/2015)
- **3** Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter (GBE kompakt 1/2016)

In der vorliegenden Ausgabe des Info\_Dienstes werden ausgewählte Daten dieser Publikationen grafisch abgebildet. Die Datenquelle lässt sich dabei an der jeweiligen Bezifferung durch eine Fußnote (1-3) ablesen.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), die vom Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt (destatis) durchgeführt wird,



berichtet kontinuierlich über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland. Die Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit stellen dabei einen Schwerpunkt dar. Eine wichtige Datengrundlage der Berichterstattung sind die Gesundheitssurveys des RKI. Daneben werden weitere epidemiologische Studien, sozialwissen-

schaftliche Erhebungen, amtliche Statistiken sowie krankheitsbezogene Register und Routinedaten der Sozialversicherungsträger genutzt.

Unter anderem in Form der GBE kompakt-Reihe werden die Daten publiziert und so einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Ausgabe 1-2016 der GBE kompakt widmet sich der Frage, ob in Bezug auf die gesundheitliche Situation von älteren Menschen soziale Unterschiede bestehen und wie stark diese ausgeprägt sind. Dazu wird zunächst der internationale Forschungsstand zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter zusammengefasst, um dann die Ergebnisse der bislang in Deutschland zu dieser Thematik durchgeführten Untersuchungen vorzustellen. In Ergänzung werden neue Befunde der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) präsentiert.

Unter [www.rki.de](http://www.rki.de) können Sie die GBE kompakt 1-2016 sowie vergangene Ausgaben einsehen und herunterladen.

## Inhalt

|  |    |
|--|----|
| <b>Gesundheit ist gesetz(t)!?</b><br>Dr. Matthias Wismar zu den politischen Gestaltungsspielräumen des Präventionsgesetzes   | 4  |
| <b>Das Präventionsgesetz in der Diskussion</b><br>Einschätzung zentraler Akteurinnen und Akteure zur Ausgestaltung auf Bundesebene   | 6  |
| <b>Einblicke in die kommunale Praxis</b><br>Helene Böhm und Bettina Brandeis im Gespräch zu Gelingensfaktoren kommunaler Gesundheitsförderung  | 9  |
| <b>Wissen schaffen, infrage stellen, weiterentwickeln</b><br>Welche Rolle spielen kritische politische Kräfte heute?<br>Ein Gespräch mit Dr. Anja Dieterich, Prof. Regina Brunnett und Prof. Daphne Hahn | 11 |
| <b>Eine Vision gesundheitlicher Chancengleichheit</b>  | 14 |
| <b>Kommentar von Prof. Eberhard Göpel</b><br>Kongress Armut und Gesundheit 2016 – Einige persönliche Beobachtungen und Anregungen für ein neues Format   | 16 |
| <b>Inklusion und Gesundheitsförderung in der Kommune</b><br>Was Inklusion heißt und wie sie in Oldenburg umgesetzt wird  | 18 |
| <b>Gesundheit ein Menschenrecht</b><br>Bundesweites Bündnis geht mit einer gemeinsamen Webseite online   | 21 |
| <b>Vernetzung, bundesweite Mindeststandards und systemische Integration</b><br>Das Thema Flucht auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2016   | 22 |
| <b>Carola Gold-Preis 2016</b><br>Prof. Lotte Kaba-Schönstein und Dr. Ellis Huber   | 24 |
| <b>Rückblick und Ausblick</b><br>Maren Janella zum Kongress Armut und Gesundheit   | 26 |

## Gesundheit ist gesetzt!?

Dr. Matthias Wismar zu den politischen Gestaltungsspielräumen des Präventionsgesetzes  
(Auszüge aus der Eröffnungsrede)



Eröffnungsveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit am 17. März 2016

Ich stelle im Folgenden das Gesetz in einen breiteren Kontext des internationalen Vergleichs, will kurz sprechen über die Reformpfade in Europa, die Herausforderung Solidarität, Gesundheitsziele, die Finanzierung und die *governance*, also, wie wir kollektiv Entscheidungen treffen und sie umsetzen.

### Reformpfade in Europa

Hierbei spreche ich über das Europa der WHO. Dazu gehören auch die Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Zwei Sachen lassen sich darüber sagen:

- Länder starten von sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und
- Reformen finden ständig statt, auch wenn man das Gefühl hat, es stagniere.

In den ehemaligen Ländern der Sowjetunion findet man drei Strategien: Einige behalten ihre alten Systeme bei. Das sind die Sanepid-Systeme, sehr hierarchische Systeme, die aufgebaut waren auf Infektionskontrolle und Hygiene, aber sehr

schwach in Gesundheitsförderung und Intersektoralität. Einige Länder versuchen, mit neuen Institutionen zu ergänzen. Und die dritte Klasse von Ländern (Moldawien, Georgien etc.) haben die alten Systeme komplett ersetzt und versuchen, westeuropäischen Beispielen zu folgen. Eine an-

dere Situation zeigt sich in den Balkanländern (Nachfolgestaaten Jugoslawiens): dort haben wir Institute, die häufig regional verankert sind und die alle Aufgaben im Bereich der Hygiene, der Epidemiologie, aber auch der Gesundheitsförderung und Prävention zusammenführen. Im Westen Europas finden unablässig Reformen statt und es gibt viele Länder, deren Betrachtung lohnend wäre. Beispielsweise Frankreich, wo wir seit zwölf Jahren 100 Gesundheitsziele haben, die sukzessive umgesetzt werden. Gleichzeitig werden dort, wo man nationale Gesundheitsziele hat, viele Aufgaben auf die lokale und die regionale Ebene delegiert.

Leider ist die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention nicht unter den gewählten Voraussetzungen möglich, sondern es kommen unangenehme Ereignisse wie z. B.

***Jenseits des Präventionsgesetzes: Mindestlohn, Tarifpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Gleichstellungspolitik – das ist alles auch Gesundheitspolitik! Und ich glaube, dass wir als Public Health-Community unsere Stimme hier einbringen müssen. Was wir überlegen müssen, ist: Welche Art von Solidarität wollen wir eigentlich in Europa haben?***

die Finanz- und Wirtschaftskrise. Und wir haben gemeinsam mit der WHO und den Mitgliedsländern

Bestand erhoben, was ist eigentlich den Gesundheitssystemen passiert? Ein paar Lehren kann man ziehen: Selbst in der Austerität hat die Politik immer noch Gestaltungsspielräume. Wenn man sich Länder wie Griechenland, Irland, Spanien, Portugal, aber auch die baltischen Länder

ansieht, wird man sehen, dass sehr unterschiedliche Strategien in der Austerität verfolgt worden sind mit sehr unterschiedlichem Erfolg. Was wir aber auch gesehen haben, ist: Das wichtigste in dieser Krise ist, dass der finanzielle Schutz und der Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsförderung erhalten bleibt und nicht eingeschränkt wird.

### Die Frage der Solidarität

Das stellt schon fast zwangsläufig die Frage nach der Solidarität. Und hier möchte ich ein Stück jenseits des Rahmens des Präventionsgesetzes schauen, denn wir werden mit dem Präventionsgesetz natürlich nicht alle sozialen Ungleichheiten kompensieren können. Wir müssen uns alle anderen Politiken angucken. Ich glaube, dass der Mindestlohn, der im letzten Jahr eingeführt worden ist, eine ganz wichtige Neuerung ist. Jenseits des Präventionsgesetzes: Mindestlohn, Tarifpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Gleichstellungspolitik – das ist alles auch Gesundheitspolitik! Und ich glaube, dass wir als Public Health-Community unsere Stimme hier einbringen müssen. Was wir überlegen müssen, ist: Welche Art von Solidarität wollen wir eigentlich in Europa haben?

Andere Instrumente sind z. B. der europäische Fonds für regionale Entwicklung oder der europäische Sozialfonds oder der Kohäsionsfonds... Einige dieser Instrumente sind in den letzten Jahren geöffnet worden für Gesundheit und das Gesundheitswesen. Allerdings haben die Mitgliedsländer, die darauf Zugriff haben können, sehr zögerlich darauf reagiert und bisher noch nicht sehr viel davon in Anspruch genommen.

Deutschland ist Exportweltmeister. Wir arbeiten mit vielen Ländern zusammen. Man kann hier nicht außer Acht lassen, dass es auch eine globale Dimension gibt. Wir sind in der glücklichen Situation in Deutschland, dass es ein Papier der Bundesregierung gibt zur Gestaltung der globalen Gesundheitspolitik. Es ist Klasse, dass das auf Kabinettsebene entschieden ist! Dass man diesen Blick hat auf Gesundheit und Gesundheitswesen! Trotzdem müssen wir als Public Health-Community immer wieder schauen: Werden denn diese hehren Ziele auch tatsächlich in der Tagespolitik umgesetzt?

## Gesundheitsziele als gemeinsamer Konsens

Die Gesundheitsziele sind ein wichtiger Bestandteil des Präventionsgesetzes. Im letzten Jahr hat die WHO die Sustainable Development Goals verabschiedet. Persönlich sehe ich diese als Gesundheitsziele: keine Armut, kein Hunger, gute Gesundheit, Qualitätsausbildung, *gender equality* ... All das sind doch die Gesundheitsdeterminanten! Dies sind auch unsere Gesundheitsziele und nicht nur die der Entwicklungsländer.

Auf europäischer Ebene wird heute in den meisten Ländern gesehen, dass es ohne Ziele eigentlich nicht geht. Was mit den Zielen gemacht wird, ist eine andere Frage: Ob sie zur Orientierung da sind oder tatsächlich zur Steuerung und Finanzierung benutzt werden. Aber der Zielgedanke hat sich in Europa weitgehend durchgesetzt. Um Wirksamkeit und Fortschritt unserer Maßnahmen zu beurteilen – dafür brauchen wir natürlich Gesundheitsziele und Indikatoren.

Aber: Gesundheitsziele können ziemlich kompliziert und komplex sein. Und nicht alles, was zählbar ist, zählt. Manchmal werden Ziele formuliert, die sich gut anhören und die einfach zu handhaben sind, aber die eigentlich nicht wirklich wichtig sind.

Und leider: Nicht alles, was zählt, ist zählbar. Manchmal sind die Sachen so kompliziert, dass man immer nur mit weit entfernten Stellvertreterindikatoren arbeiten kann. Finanzielle Anreize können unter Umständen auch zweischneidig sein. Denn wenn ich bestraft werde, wenn ich mein Ziel nicht erreiche, dann werde ich auf Ideen kommen, wie man Daten und Indikatoren manipulieren kann.

## Finanzierung

Das Präventionsgesetz ist ein großer Wurf, weil gegenwärtig alle europäischen Länder darum ringen, Finanzquellen aufzumachen für Gesundheitsförderung und Prävention. Da gibt es viele allgemeine und spezifische Steuern. Wir haben sogenannte Sin-Taxes, also Steuern auf Tabak, Alkohol, Softdrinks, Transfette, Öle etc. in vielen Ländern. Wir haben die Beiträge von Krankenkassen oder Sozialversicherungsträgern. Wir haben aber auch gesehen, dass es in einigen Ländern sogenannte *matching funds* gibt, also Programme, bei denen die öffentliche Hand einen Teil bezahlt – 50, 80 Prozent manchmal – und dann müssen regionale oder lokale Initiativen die restlichen 20 bis 50 Prozent zahlen. Auch wird versucht, das

Geld aus vielen verschiedenen Quellen zusammenzubringen. Dazu gibt es verschiedene Ideen, z. B. Stiftungen, die außerhalb der Ministerien sind, oder wie in Schweden, wo gemeinsame Budgets entwickelt wurden, um spezifische Aufgaben zu finanzieren.

## Governance

Ganz entscheidend wird auch sein, wie wir regeln, dass wir Entscheidungen treffen und sie umsetzen. Fünf Punkte sind dazu zu beachten:

- **Transparenz:** Wissen wir, wie der Gesundheitszustand ist? Haben wir das Wissen, die Daten, die Transparenz bzgl. Ungleichheit?
- **Accountability:** Haben wir die richtigen Mechanismen für die Rechenschaft? Haben wir überhaupt Sanktionsmöglichkeiten? Das sind Fragen, die man in der Ausgestaltung des Präventionsgesetzes natürlich ganz wesentlich diskutieren muss: Wer wem Rechenschaft zu leisten hat und – wenn das nicht funktioniert – welche Maßnahmen und Sanktionen ergriffen werden können.
- **Partizipation:** Sind die Richtigen dabei? Wer ist eigentlich draußen? Und ich sage das nicht im Sinne eines demokratietheoretischen Ansatzes, sondern sehr viel pragmatischer.
- **Kapazitäten/Ressourcen:** Haben wir genügend wissenschaftlich-akademische Kapazität? Haben wir genügend Kapazität im Bereich der Umsetzung, die oft von zivilgesellschaftlichen Institutionen geleistet wird? Man muss sich schon überlegen, ob bei einer groß angelegten Veränderung wie dem Präventionsgesetz nicht auch Investitionen in Kapazitäten zielgerichtet notwendig sind.
- **Intersektoralität:** Es gibt zunehmend Evidenz über mögliche Instrumente. Hier kann man sehr viel von Europa lernen. Auch wenn die Übertragbarkeit manchmal schwierig ist, so werden doch zumindest Perspektiven geöffnet.

## Gestaltungsspielräume des Präventionsgesetzes

Die Gestaltungsspielräume sind ganz klar angelegt im Gesetz: über die Ziele, die Handlungsfelder, die Zugangswege. Wir versuchen in allen Ländern Europas, die Effizienz und Performance von Gesundheit und öffentlichem Gesundheitswesen zu steigern. Dazu gehört auch, dass wir wissen: Wie gut sind denn eigentlich unsere Maßnahmen? Und dass wir auch bereit

sind, Maßnahmen, die wir lieb gewonnen haben, die aber nicht wirklich wirksam sind, zu ersetzen durch bessere. Das wäre auch eine vertrauensbildende Maßnahme, die den Entscheidungsträgern hilft zu entscheiden, was sie investieren.

Das neue Präventionsgesetz – und ich stelle das als Frage – wird das nicht auch Herausforderungen an die Professionalisierung von Gesundheit und Public Health, von Gesundheitsarbeitern stellen? Wir werden neue Qualitätsrichtlinien bekommen. Wir werden neue Maßnahmen bekommen. Wir werden neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Kommunen, staatlicher Verwaltung und Krankenkassen haben. Brauchen wir hier nicht auch die Leute, die das ausfüllen können? Auch die Zivilgesellschaft spielt hierbei eine ganz wesentliche Rolle.



Dr. Matthias Wismar bei seiner Eröffnungsrede

Ich hoffe, dass das Präventionsgesetz auch ein weiterer Anstoß ist zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen außerhalb des Rahmens des Gesetzes – also im Sinne von *health in all policies* – ist. Eine der wirklichen Kernherausforderungen nicht nur hier in Deutschland ist die *governance*: Wie gelingt uns eine gute Steuerung? Wie erhalten wir gute Entscheidungs- und Umsetzungsmechanismen?

Noch ein Wort zum Abschluss: 2005 ist das Gesetz erstmals in den parlamentarischen Prozess eingereicht worden, 2015 ist es dann verabschiedet worden. Das sieht jetzt aus wie ein Jahrhundertgesetz und ich glaube wirklich, dass es ein großer Schritt ist!

Aber: Nach der Reform ist vor der Reform!

Dr. Matthias Wismar,  
European Observatory on  
Health Systems and Policies  
Weltgesundheitsorganisation

# Das Präventionsgesetz in der Diskussion

## Einschätzung zentraler Akteurinnen und Akteure zur Ausgestaltung auf Bundesebene

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit 2016 und im Anschluss an Dr. Wismars Eröffnungsrede (vgl. S. 4 f.) diskutierten zentrale Akteurinnen und Akteure aus Prävention und Gesundheitsförderung über die konkrete Ausgestaltung des Präventionsgesetzes. Schlaglichtartig geben wir an dieser Stelle einige wesentliche Aussagen wieder. An der Diskussion waren beteiligt:

- DR. BÄRBEL-MARIA KURTH, Leiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie am Robert Koch-Institut (RKI)
- GERNOT KIEFER, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes
- DR. HEIDRUN THAISS, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- DR. BEATE GROSSMANN, Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg)

### Die Krankenkassen als Gestalter von Prävention und Gesundheitsförderung

Der Gesetzgeber hat die Felder im Bereich der Prävention, die vernünftigerweise und funktionierend auch Gegenstand von wettbewerblichem Handeln sein können und sollen – im Wesentlichen die der Individualprävention, der auf die Person bezogenen Aktivitäten und Unterstützungsmaßnahmen – durchaus in diesem Fokus belassen: Verantwortung der Einzelkasse, ein Stück weit auch zugänglich für Themen, wo Wettbewerb vernünftigerweise stattfinden kann und vielleicht auch positive Ergebnisse bringt. Er hat aber klar ordnungspolitisch gesagt: In allem, was wir bezogen auf Strukturen, auf Lebenswelten machen müssen, soll dieser Wettbewerbsgedanke völlig in den Hintergrund treten: in Betrieben, in der Kooperation mit Kommunen, mit Schulen, in Wohngebieten, die besondere Herausforderungen aufgrund der sozialen Lage der dort wohnenden Bevölkerung haben etc. Das ist gut!

Gernot Kiefer

### Die Nationale Präventionsstrategie – ein zweistufiger Beteiligungsmodus

Ich bin ausgesprochen froh, dass wir am 19. Februar die Nationale Präventionsstrategie verabschiedet haben. Wir hatten viele Organisationen beteiligt. Die Beteiligungsstruktur war teils vorgegeben durch die Entscheidung des Gesetzgebers, was die Einbeziehung von Ländern betrifft und die Einbeziehung von verschiedenen Bundesministerien. Ich denke, es ist uns insgesamt ein guter Text gelungen, weil wir die Lebensphasenorientierung hineingeschrieben haben und in den verschiedenen Bereichen sagen, was dort die entsprechenden Handlungsziele sind.

Das Dokument ist nicht für die Ewigkeit gedacht. Wir haben die zweite Ebene, auf der wir den breiteren Dialog suchen, der dann natürlich auch Einwirkungen auf die Fortschreibung hat. Das ist das Nationale Präventionsforum. Es dient dazu, alle Anregungen, Hinweise und Erfahrungen aufzunehmen, wie denn erfolgreich eine Umsetzungsstrategie in diesem Lebenszyklus stattfinden kann. Wir haben hier einen vom Gesetzgeber gewählten Beteiligungsmodus, der gestuft ist, dem man aber nicht attestieren kann, dass er relevante Kräfte ausgrenzt.

Gernot Kiefer

### Zur Rolle der BZgA bei der Umsetzung

Auf dem Boden des Präventionsgesetzes können wir als Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nun – im Auftrag der Kassen und unter Berücksichtigung auch der Landesrahmenvereinbarungen – die Träger von Lebenswelten dabei unterstützen, ihre Gesundheitsförderung strategisch auszurichten als Gesamtkonzept ihrer Einrichtung. Und mit im Boot sind dabei die Krippe, die Kita, Schule, Betrieb und Quartier, Alteneinrichtungen... Das alles sind Teile der Kommune – die Kommune bildet das Dach.

Wir stehen als Bundeszentrale bereit, um die erforderlichen Kommunikationsprozesse zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie den zivilgesellschaftlichen Akteuren zu unterstützen, um alle Menschen, ganz besonders die in sozial schwierigen Situationen, mit passgenauen, qualitätsgesicherten Angeboten in vernetzten Strukturen zu erreichen.

Dr. Heidrun Thaiss

### Das Präventionsforum – Beratendes Gremium für die Nationale Präventionskonferenz

Zweck des Präventionsforums ist es, die Nationale Präventionskonferenz zu beraten und dies tut das Präventionsforum in diesem Jahr im Hinblick auf die am 19.02.2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen, und zwar in der gesamten Breite. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass das Präventionsforum kein Gremium ist, sondern eine in der Regel einmal im Jahr stattfindende Veranstaltung.

Die Veranstaltung wird wechselnde Schwerpunktthemen beinhalten und der Kreis der Teilnehmenden jährlich entsprechend angepasst. Man muss sich das als dialogischen Prozess vorstellen.

Das Präventionsforum wird am 13. September in Berlin stattfinden. Wir streben eine Teilnehmerzahl von 300 Personen an, um die breit aufgestellten Bundesrahmenempfehlungen auch breit diskutieren zu können. Das Ganze ist als lernendes System gedacht. Die Ergebnisse fließen wieder in die Beratungen der Nationalen Präventionskonferenz ein.

Dr. Beate Grossmann

### Zur Frage: Wie können Kommunen darin unterstützt werden, Gesundheitsförderung strategisch auszurichten?

Einerseits bedarf es adäquater Strukturen, in denen eine Strategie umgesetzt werden kann. Andererseits bedarf es Personen, die befähigt sind, die Qualität von Angeboten zu bewerten und sie auch nachhaltig zu implementieren.

Folgerichtig müssen unsere Bemühungen die folgenden Ziele fokussieren:

- Wir müssen erstens alle zentralen Träger von Lebenswelten effektiv vernetzen. Wir müssen ihre Kooperation und ihren Austausch fördern. Und wir müssen auch die gegenseitige Wertschätzung fördern und wir werden heute im Anschluss an diese Veranstaltung einen ersten Schritt in diese Richtung machen. (vgl. Kasten Seite 8).
- Wir müssen zweitens wesentliche gesundheitliche Probleme und die Bedarfe in den Lebenswelten gemeinsam mit den Beteiligten identifizieren.
- Wir müssen drittens relevante Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und ihre Angebote identifizieren und dann müssen wir – viertens – Angebot und Bedarf abgleichen und passgenau zusammenbringen.
- Wir müssen fünftens Qualitätskriterien für Angebote definieren. Wir müssen ihre Effektivität und ihre Effizienz steigern. Und wir müssen sie dann nachhaltig implementieren, damit wir wegkommen von den einzelnen schönen Blüten, die schnell wieder verwelken. Und das kann nur gelingen, wenn wir – idealerweise – ein verbindliches Gesundheitsförderungsnetzwerk in der Kommune haben in Analogie zu den Frühen Hilfen mit starken koordinierenden Personen im Zentrum.

*Dr. Heidrun Thaïss*

### Zur Rolle der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

In den Gesprächen über die inhaltlichen Aufträge, die die BZgA für die GKV zu machen hat, haben die Koordinierungsstellen einen zentralen Themenschwerpunkt. Ich gehe davon aus, dass die Weiterentwicklung, die Unterstützung und die Stabilisierung der Koordinierungsstellen ein ganz zentraler Auftrag sein wird. Wir als GKV gehen davon aus, dass die Koordinierungsstellen unterausgestattet sind in dem, was sie tun sollten und was sie tun und dass wir hier mit zusätzlichen sinnvollen Investitionen wesentliche Effekte in der Erreichung der entsprechenden Settings setzen könnten. Wir haben erkannt: Das sind die wesentlichen Partner, um auch in der Fläche mit Qualität dahin zu kommen, wo wir hin müssen und wollen.

*Gernot Kiefer*

### Zur Wichtigkeit starker Partner auf allen Ebenen

Unterstützende und starke Partner brauchen wir auf allen Ebenen: auf der Bundesebene, der Landesebene, aber insbesondere auch auf der kommunalen Ebene. Und das können neben den Kassen die öffentlichen Gesundheitsdienste mit den Landesgesundheitsämtern sein, die Landesvereinigungen für gesundheitliche Aufklärung (LVGs), die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, das Gesunde Städte-Netzwerk, die kommunalen Spitzen- und die Träger der Freien Wohlfahrtsverbände, Familienzentren, Jugend-, Sozialämter, Agenturen für Arbeit, auch die Kultusbehörden und zahlreiche weitere Repräsentanten, auch aus den Institutionen des Gesundheitswesens mit niedrigschwelligem Zugangswegen gehören ebenfalls dazu.

*Dr. Heidrun Thaïss*

### Die Gesundheitsberichterstattung: Was kann sie leisten und nicht leisten?

Gesundheitsberichterstattung braucht Daten, Daten können helfen, Taten zu unterstützen. Das versuchen wir am RKI mit unseren Daten des Gesundheitsmonitorings, indem wir sie bereitstellen für Aktivitäten wie die Gesundheitsziele, für den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und auch für viele der Akteurinnen und Akteure hier im Saal. Wir bemühen uns, die Daten so zu konzipieren, zu erheben und aufzubereiten, dass sie gut nutzbar sind. Das heißt, auch die Datenerhebung richtet sich ein bisschen nach den aktuellen Taten, wie beispielsweise dem Gesundheitszieleprozess. Daten können Taten auch begleiten. Das liegt im Rahmen des Präventionsgesetzes nahe: Mit Monitoringdaten zu begleiten (zu evaluieren), was das Präventionsgesetz an Maßnahmen unterstützt, und Ergebnisse möglichst abzubilden. Hier muss ich allerdings vor Illusionen warnen: Was manchmal erwartet wird, wir aber nicht leisten können, ist auszurechnen, wie viel ein Euro in Prävention investiertes Geld an Ersparnis bei den Gesundheitsausgaben bringt. Das geben nicht nur unsere Daten nicht her. Geldersparnis ist kein prioritäres Ziel von Prävention, schon gar kein kurzfristiges.

Das Fazit ist: Wir sind angetreten, Akteurinnen und Akteure, die insbesondere dafür arbeiten, soziale Ungleichheit zu verringern, mit empirischen Befunden zu unterstützen. Mit unseren Gesundheitsdaten können wir immer und immer wieder belegen, was soziale Ungleichheit für Konsequenzen hat, und was es brächte, soziale Ungleichheit zu verringern.

*Dr. Bärbel-Maria Kurth*

### Zur Frage, was Daten von Informationen unterscheidet

Wenn aus all unseren Daten immer Taten folgen würden, könnte das mindestens zwei Regierungen „lahmlegen“. Gerade auf dem Gebiet der sozialen Ungleichheit gibt es so viel zu tun. Um aber wenigstens in kleinen „homöopathischen Dosen“ Fortschritte zu erlangen, brauchen wir nicht nur Daten, sondern wir müssen sie umsetzen in adressatengerechte Informationen. Daten werden erst dann zu Informationen, wenn sie die Adressierten auch erreichen. Mit unseren GBE-Publikationen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit, sowohl im Kindes- und Jugend-, als auch im Erwachsenen- und im höheren Alter bemühen wir uns intensiv, diese Informationsvermittlung zu erreichen. Aktuell zu diesem Kongress ist ein neues GBE kompakt 1-2016 „Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter“ erschienen. (Anm.d.Red.: vgl. auch S. 2)

*Dr. Bärbel-Maria Kurth*



Eröffnungsdiskussion im Audimax der TU Berlin

## Kooperationsabsichtserklärung zwischen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)

Während der Eröffnungsveranstaltung unterzeichneten Prof. Rolf Rosenbrock und Dr. Heidrun Thaiss am 16. März 2016 eine gemeinsame Kooperationserklärung, deren Wortlaut wir im Folgenden wiedergeben.

1. Die BZgA und die BAGFW setzen mit dieser Kooperationsabsichtserklärung ihre bisherige erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit in den Bereichen der Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, der Prävention sexualisierter Gewalt und der Frühen Hilfen fort und erweitern diese.
2. Mit dieser Kooperationsabsichtserklärung bekunden die BZgA und die BAGFW ihre Absicht, auch bei der Entwicklung der Art und Qualität lebensweltbezogener Präventionsmaßnahmen, deren Implementierung, Qualitätsentwicklung und Evaluation partnerschaftlich zusammen zu arbeiten. Dabei sollen bereits bestehende Qualitätssysteme der Freien Wohlfahrtspflege berücksichtigt werden.
3. Die Kooperation ist rein fachlicher Art und hat zum Ziel, Grundlagen, Ansätze und Verfahren der Gesundheitsförderung sowie qualitätsgesicherte Projekte in Lebenswelten zu unterstützen und weiter zu entwickeln.
4. Die Kooperation bezieht sich insbesondere auf:
  - a) die Entwicklung und Definition der Qualitätsanforderungen an Konzepte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung (übergreifend und settingspezifisch),
  - b) die Entwicklung und Definition von Anforderungen für künftige Modellprojekte,



Prof. Rolf Rosenbrock und Dr. Heidrun Thaiss bei Unterzeichnung der Vereinbarung

- c) die Entwicklung gemeinsamer Modellprojekte zur Überprüfung der unter a) und b) genannten Anforderungen in der Praxis,
  - d) die Verbreitung der bewährten Konzepte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Fläche zu unterstützen.
5. Für die Ausgestaltung der Kooperation werden die Kooperationspartner verbindliche Regeln festlegen, die auf Arbeitsebene von den Gremien bzw. Referaten der Kooperationspartner zur erarbeiten und zu vereinbaren sind.

## Einblicke in die kommunale Praxis

### Helene Böhm und Bettina Brandeis im Gespräch zu Gelingensfaktoren kommunaler Gesundheitsförderung

Mit dem im Januar 2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetz werden die Kommunen ins Zentrum gesundheitsförderlicher Maßnahmen gestellt. Bettina Brandeis und Helene Böhm berichten im folgenden Gespräch aus ihrer täglichen Praxis. Frau Brandeis arbeitet im Gesundheitsamt im Rhein-Neckar-Kreis, Frau Böhm von der GESOBAU AG ist Vorstand des Berliner Netzwerkes Märkisches Viertel e.V. Beide waren Referentinnen der dem Kongress vorausgehenden Satellitenveranstaltung. Diese fand unter dem Motto „Das Älterwerden gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen“ statt. Ihre Schilderungen zeigen: auf kommunaler Ebene wird bereits viel getan.



Eröffnung der Satellitenveranstaltung am 16. März 2016

**Bettina Brandeis:** Die Lebenswelt Kommune gesundheitsförderlich zu gestalten, setzt zuallererst ein Bewusstsein dafür voraus, dass die Gestaltung der Kommune Einfluss auf Gesundheit hat. Im Rahmen der Stadtteilanalyse Weinheim-West konnten wir erfahren, dass kleine Dinge, denen im ersten Moment nicht unbedingt Bedeutung beigemessen wird, Wirkung haben können.

Die Stadtteilanalyse Weinheim-West, hervorgegangen aus der ersten Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg, setzte sich mit der Thematik „Altersfreundliche Kommune – wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, um seinen Bürgern ein selbständiges Leben im Alter zu ermöglichen?“ auseinander. Sowohl bei den durchgeführten Stadtteil-Begehungen mit den Bürgerinnen und Bürgern als „Experten vor Ort“ als auch bei durchge-

führten Interviews zeigte sich, welchen großen Einfluss die Gestaltung des Wohnumfeldes auf die Bewegungs- und Teilhabemöglichkeiten hat.

Folgende Barrieren konnten unter anderem festgestellt werden:

- Bürgersteigabsenkungen sind entweder nicht vorhanden oder nicht aufeinander abgestimmt.
- Barrierefreie Straßenübergänge sowie Zugänge zu Wohnanlagen fehlen.
- Zugänge zu großen Discountern wurden nur für Autofahrende, nicht aber für Menschen zu Fuß geplant.
- Öffentliche Toiletten sowie Sitzbänke sind im Wohngebiet kaum vorhanden.

Die Stadtteilbegehungen gemeinsam mit Rollstuhl- und Rollatornutzenden öffneten die Augen dafür, wie Barrierefreiheit

Bewegung und soziale Teilhabe ganz konkret verhindert. Wir erlebten, dass ein Rollstuhlfahrer nicht selbständig einkaufen gehen konnte, da der Weg für ihn aufgrund fehlender Bordsteinabsenkungen nicht passierbar ist. Weiter berichtete uns eine hochaltrige Dame, dass sie den Weg zum Einkaufszentrum nur noch bewältigen kann, indem sie sich zwischendurch zum Ausruhen an eine Hauswand anlehnt. Eine Sitzbank ist auf dem Weg nicht vorhanden. Diese Aussage zeigt: Sitzbänke fördern Bewegung!

**Helene Böhm:** Das lokale Umfeld hat für den Alltag älterer Menschen eine besondere Bedeutung: Wohnung und Wohnumfeld müssen bestimmte Kriterien erfüllen, damit ein normales Leben und aktive Teilhabe auch bei abnehmender Mobilität und zunehmender Hilfebedürftigkeit möglich sind. Denn ein selbstbestimmtes Leben zählt zu den wesentlichen Indikatoren der Gesundheitsförderung. Im Fokus des Netzwerkes Märkisches Viertel stehen ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen und ein ganzheitlicher Ansatz. Niedrigschwellige Beratungs-, Bildungs- und Präventionsangebote, soziale Dienste und kulturelle Aktivitäten sollen die Zielgruppe in ihrer Alltagsbewältigung unterstützen.

Aber nicht nur mobilitätseingeschränkte Personen erfahren Barrieren, die die soziale Teilhabe einschränken oder gar verhindern. Armut beeinträchtigt die Gesundheit, die Mobilität und die Teilhabe. Ein Teufelskreis, denn Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind überdurchschnittlich häufig betroffen von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, oft überfordert mit Alltagssituationen und ohne den Rückhalt sozialer Allianzen. Das beeinträchtigt die Lebenserwartung massiv.

Auch hier ist das Netzwerk Märkisches Viertel sehr engagiert, indem es die Entwicklung alltagsnaher Lösungen unterstützt. Präventive Angebote wie die 2013 geschaffene Anlaufstelle „SENIOREN-INFOTHEK“ setzen in der Lebenswelt älterer

#### Netzwerk Märkisches Viertel

Das Netzwerk entstand 2003. Die Initialzündung zur Gründung des Vereins ging aus von der GESOBAU AG, der Koordinierungsstelle rund um das Alter und vom Bezirksamt Reinickendorf. Das Netzwerk, in dem sich rund 30 Mitglieder engagieren – neben den bereits genannten auch Pflegedienste, Schulen, Handwerksbetriebe, Sportvereine u. v. m. – verortet seine Aktivitäten bis heute ausschließlich im Märkischen Viertel. Das Märkische Viertel hat derzeit 37.000 Einwohnerinnen und Einwohner, davon sind rund 22 Prozent über 65-Jährige.

Näheres unter [www.netzwerkmv.de/index.php?id=1](http://www.netzwerkmv.de/index.php?id=1).

### Stadtteilanalyse Weinheim-West

Die Stadtteilanalyse Weinheim-West beschäftigte sich mit folgender Frage: Wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, um seinen älteren Bürgerinnen und Bürgern möglichst lange ein selbständiges Leben im Alter zu ermöglichen? Das umfangreiche Projekt beinhaltete kartographische Darstellungen der Alters- und Infrastruktur im Stadtteil, eine intensive Netzwerkarbeit vor Ort, Stadtteilbegehungen sowie qualitative Interviews mit zurückgezogen lebenden älteren Menschen.

Nähere Informationen unter [www.gesundheitskonferenz-rnk-hd.de/kgk-regional/arbeitsgruppen/thema-2012-13-alter-gesundheit/ag-weinheim.html](http://www.gesundheitskonferenz-rnk-hd.de/kgk-regional/arbeitsgruppen/thema-2012-13-alter-gesundheit/ag-weinheim.html)

Menschen an. Niedrigschwellige Angebote, die Hilfe vermitteln und Kontakte in die Wohnumwelt herstellen, sind im Stadtteil essentiell. Die Zugänglichkeit zur „INFO-THEK“ wird erleichtert durch den Einsatz von Mitarbeitenden, die selbst 65 Jahre und älter sind. Das Angebot findet man in der VIERTEL BOX im Zentrum des Märkischen Viertels, zentral und barrierefrei erreichbar. Die GESOBAU AG stellt dem Netzwerk kostenfreie Räume und Fördermittel zur Verfügung. Inzwischen hat sich eine Initiative für Nachbarschaftshilfe dazugesellt, sie bringt „Zeitspender“ und „Zeitsucher“ zusammen.

**Niedrigschwellige Angebote, die Hilfe vermitteln und Kontakte in die Wohnumwelt herstellen, sind im Stadtteil essentiell.**

**Bettina Brandeis:** Die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger half uns nicht nur bei der Identifizierung von Defiziten in der Kommune sowie bei der Stärkung des Bewusstseins. Auch in Weinheim-West führte es – wie im Märkischen Viertel – zum Anstoß neuer Kooperationen. Das Tiefbauamt etwa beseitigte bislang 16 der bei den Begehungen erkannten Barrieren. Neben der Bewusstseinsbildung durch das Wissen der „Expertinnen und Experten vor Ort“ bedarf es auch der Einbindung wichtiger Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Fachkräfte und ehrenamtlich Engagierter in den Prozess, der zu einer gesundheitsförderlich gestalteten Kommune führen soll. Es ist wichtig, die relevanten Partner mit ihren Erfahrungen bei der Zielsetzung und Maßnahmenauswahl einzubinden. Sie sollten den Gesamt-Prozess mitgestalten und begleiten können. Dies zeigt die Wertschätzung des bereits vorhandenen Engagements und unterstützt die Bildung eines Netzwerks, das Ressourcen hervorbringen und weitere Partner mit einbinden kann.

Idealerweise entsteht eine Zusammenarbeit mit regem Austausch zwischen der Verwaltung, den Fachkräften sowie Bürgerinnen und Bürgern der Kommune. Wichtig ist hierbei eine zentrale Stelle, bei der

die erarbeiteten Ergebnisse gebündelt und der Gesamtprozess koordiniert werden kann. Im Falle der Stadtteilanalyse Weinheim-West waren das Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und das Amt für Soziales der Stadt Weinheim die koordinierenden Stellen. Bestenfalls empfinden alle Beteiligten die Zusammenarbeit als eine „win-win-Situation“. Das steigert die Motivation und das nachhaltige Engagement. In Weinheim-West etwa konnten die Ergebnisse der Stadtteilbegehungen den Runden Tisch Demographie – ein ehrenamtlicher Zusammenschluss engagierter Bürgerinnen und Bürger in Weinheim-West – überzeugen. Angetan von den Ergebnissen, erweiterte der Runde Tisch sich um Beteiligte aus anderen Weinheimer Stadtteilen und übertrug Ansätze der Stadtteilanalyse Weinheim-West auf diese Stadtteile. Es sind vor Ort eigene Dynamiken entstanden, die mit eigenen Ressourcen den begonnenen Prozess weiterführen.

**Helene Böhm:** Die Wichtigkeit der Kooperation unterschiedlicher Ebenen kann ich nur bestätigen: Das Netzwerk Märkisches

### Armutrisiko von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

2,5  
Millionen

Etwa 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland sind einem Armutrisiko ausgesetzt. Damit lebt fast ein Fünftel der heranwachsenden Bevölkerung im Alter bis 18 Jahre in Armut oder ist durch Armut bedroht.<sup>2</sup>

### Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen

9,9%

3,2%

Der Anteil der 3- bis 17-Jährigen, die seltener als einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolle gehen, beträgt in der niedrigen Statusgruppe 9,9 %, in der hohen Statusgruppe hingegen lediglich 3,2 %.<sup>2</sup>

Viertel verbindet die politische Ebene (mit den Stadträten als Schirmherren) mit der Verwaltungsebene (Bezirksamt Reinschendorf einschließlich Beiräte) und lokalen Fachkräften. Die Arbeitsstrukturen unterteilen sich in die Mitgliederversammlung, Vorstand und Beisitzer, thematische Arbeits- und Projektgruppen sowie den interkulturellen Beirat des Netzwerks. Die Kommunikationsstrukturen verlaufen vertikal und horizontal, d. h. neben dem formellen gibt es auch einen regen informellen Austausch. Was heißt das konkret? Durch den kontinuierlichen Austausch über soziale Entwicklungen und beharrliches Engagement auf allen Ebenen ist es uns beispielsweise möglich, Versorgungslücken aufzudecken, Anlaufstellen zu schaffen, den Zugang zu Informationen zu verbessern und Innovationspotenziale auszuschöpfen.

Unser Netzwerk besteht im September 13 Jahre. Strukturelle Vorteile ergeben sich aus der lokalen Verankerung, einer aktiven Kerngruppe und vielen aktiven Mitgliedern. Die Übertragbarkeit des kooperativen Ansatzes auf ähnliche Quartiere oder Stadträume wird in der Fachöffentlichkeit fortlaufend diskutiert. Als Novum und Chance zur Entwicklung ganzheitlicher Quartiersansätze wird die Heterogenität der Netzwerkmitglieder herausgestellt, die Klarheit der Ziele und die Bereitschaft, sich in einem gemeinsamen Lernprozess systematisch Fähigkeiten anzueignen, um strukturbezogene soziale Dienstleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils zu entwickeln, die den Gesamtkontext organisationaler und gesellschaftlicher Bedingungen beachten.

*Das Gespräch führte  
Maria-Theresia Nicolai.*

## Wissen schaffen, infrage stellen, weiterentwickeln

### Welche Rolle spielen kritische politische Kräfte heute?

Das diesjährige Fachforum des Jahrbuchs für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (JKMG) bildete den zweiten Teil eines Formates, welches sich mit heutigen Umgangsweisen mit und dem aktuellen Verständnis von Kritik beschäftigte. Gegenstand der Veranstaltung in 2015 war eine Auseinandersetzung mit Medizin und Gesundheitswissenschaften aus der Perspektive verschiedener theoretischer Schulen und wissenschaftlicher Disziplinen. In diesem Jahr ging es darum, die aktuelle Bedeutung von Politik und Praxis für kritische Ansätze im Feld Gesundheit auszuloten. Welche kritischen Impulse kommen heute aus sozialen Bewegungen? Oder auch aus der medizinischen und Public Health-Praxis und der Politik?

Prof. Dr. Regina Brunnett, (Hochschule Ludwigshafen am Rhein), Dr. Anja Dieterich (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband) und Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda) sind Mitherausgeberinnen des JKMG. Das Gespräch führte Marion Amler.

#### Warum eine Neubestimmung von Kritik nötig ist

**Anja Dieterich:** Aus unserer Sicht ist eine Neubestimmung von Kritik aus verschiedenen Gründen notwendig:

1. Seit Gründung der Zeitschrift vor 40 Jahren hat ein tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel stattgefunden, der einen immer neuen kritischen Blick benötigt.
2. In den letzten 20 Jahren haben sich – wenngleich strukturell unterfinanziert – Gesundheitswissenschaften als wissenschaftliche Disziplin deutschlandweit etabliert. Wie kritisch sind diese (noch)?
3. Es kam seit den 1968ern zu einem Verlust der ‚kritischen Energie‘ innerhalb sozialer Bewegungen, vielleicht auch deshalb, weil viele der damaligen Ziele wie die der Schaffung neuer Strukturen längst erfüllt wurden. Wie viel wird dort noch formuliert? Und was bedeutet hier das Präventionsgesetz als jüngster großer Institutionalisierungsschub im Feld Gesundheit: Wie formieren sich die Akteurinnen und Akteure neu? Wer übernimmt die „Kritik“? Wo wird sie gebraucht?
4. Es hat eine Bedeutungsverschiebung von Gesundheit dahingehend stattgefunden, dass die Verantwortung für Gesundheit immer mehr den Menschen selbst zugeschrieben wird (Stichwort Eigenverantwortung).
5. Ebenfalls in dieser Zeit hat sich ein nach marktwirtschaftlichen Kriterien funktionierender und weiter wachsender Gesundheitsmarkt entwickelt.

**Regina Brunnett:** Wir brauchen eine stärkere sozialkritische Gesamtverantwortung mit Blick auf Gesundheit und Public Health. So benötigen wir z. B. angesichts der Öko-



Impressionen aus einem der Workshops des Kongresses

nomisierung des Gesundheitswesens und der Konsolidierung eines nach marktwirtschaftlichen Prinzipien funktionierenden Gesundheitsmarktes, wie es Ilona Kickbusch bereits vor vielen Jahren konstatierte, kritisch-reflexive Distanz und klare Positionierungen. Dies ist andererseits aber nicht so einfach, weil Public Health durch die Abhängigkeit von Drittmittelförderung partiell schon Bestandteil des Gesundheitsmarktes ist. Das muss reflektiert und diskursiviert werden.

Ein Teilnehmer der diesjährigen Podiumsdiskussion formulierte prägnant den Verlust einer auf gesellschaftliche Verhältnisse gerichteten Kritik aus Public Health heraus. „Kritik hat sich fachlich segmentiert“, sie finde auf sehr hohem fachlichem Niveau und jenseits der Gesellschaftskritik statt. Eine stillschweigende Selbstbeschränkung führe dazu, dass die Grenzen nicht einmal mehr ausgetestet

würden. Denn anderenfalls würde dies bedeuten, dass „wir uns auch mal eine blutige Nase holen, und da sind wir alle nicht so bekehrlich drauf...“

Das Präventionsgesetz bleibt mit seinen Möglichkeiten sehr stark auf das Individuum bezogen. Was bedeutet das? Für die Beantwortung dieser Fragen brauchen wir einen Standpunkt von Kritik, der auch die gesellschaftlichen Verhältnisse mit berücksichtigt.

Wer kann denn Kritik üben? Die kritische Stimme kann jede\*r sein. Die Frage ist: Welche Akteur\*innen haben Interesse daran? Die klassische Gesundheitsbewegung von vor 30 Jahren gibt es nicht mehr. Aber es gibt ja noch kritische Stimmen, z. B. in den NGOs. Auch an den Hochschulen, die ja etwas Bewegungsfreiheit haben, würde ich größere Spielräume für Kritik verorten. Alle Institutionen, die nicht

oder nur teilweise kommodifiziert sind, haben mehr Chancen und Spielräume, kritisch zu agieren.

**Daphne Hahn:** Die Gesundheitsbewegungen haben sich innerhalb der letzten drei bis fünf Jahrzehnte etabliert. Nichtsdestotrotz sind sie noch politisch. Aber sie sind weniger kämpferisch als damals. Was heute auszuhalten ist, ist, dass etwas fehlt, wogegen man sich sehr deutlich positionieren kann. Da wir uns innerhalb etablierter, fester Strukturen bewegen, müssen wir bestimmte Konzessionen machen. Gleichwohl gelingt es uns, bestimmte Dinge durchzusetzen. Parallel gibt es immer wieder kleine Bewegungen, die eine andere Dynamik entfalten.

Auf der anderen Seite haben wir in Deutschland eine sehr spät etablierte Wissenschaft von Public Health. Und auch dort ist zu fragen: Wer bestimmt, was der Inhalt dieser Wissenschaft ist? Public Health ist unheimlich viel und kann deshalb auch auf verschiedenste Weise genutzt werden. Wer schafft das Wissen? Hier sehe ich auch die Bedeutung des JKM und anderer Menschen, die reflektieren.

Nehmen wir das Beispiel der Nationalen Kohorte: Die größte Gesundheitsstudie Deutschlands hat den Einfluss der sozialen Lage auf Gesundheit fast komplett ignoriert. Hier wird eine Chance vertan, die richtungsweisend ist für die nächsten Jahrzehnte. Das sehe ich als große Gefahr

und Tragödie an. Auch beim Präventionsgesetz hoffte man im Verlauf des langen Entstehungsprozesses, dass es diesen Zusammenhang zwischen Gesundheit und

*Müsste nicht der Gesundheitsbegriff eher etwas Re-politisierter sein wie Selbstbestimmung? Oder Gestaltung von Lebensbedingungen? Es müsste dann aber ein viel politischerer Gesundheitsbegriff sein, der (...) das Verändernde in den Vordergrund stellt: sich solidarisieren und die Welt verändern.*

sozialer Lage nicht nur rhetorisch aufnehmen, sondern auch inhaltlich füllen würde. Dort finde ich auch sehr wenig von diesen Debatten wieder. Insgesamt ist der Gesetzestext vornehmlich verhaltenorientiert.

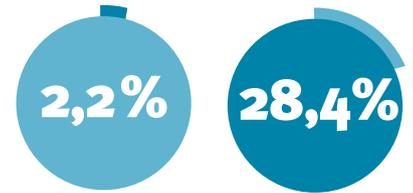
Auch das Thema „Gesundheitsmarkt“ wird uns in den kommenden Jahren massiv beschäftigen. Es gibt so viele Entwicklungsmöglichkeiten ökonomischer Art, die auch soziale Unterschiede von Gesundheit verstärken könnten: Wer etwa Zugang zu Gesundheitsangeboten hat. Wenn sich Gesundheit stärker privatisiert und das Gefühl der Verantwortlichkeit für Gesundheit zunimmt und gleichzeitig die Gesundheitsnorm zunimmt ... Dass all das auch vermarktungsfähig ist, muss kritisch hinterfragt werden. Genau hier aber kann und muss Kritik ansetzen. Das bleibt nach wie vor wichtig!

**Regina Brunnett:** Ich schließe mich an, denke aber auch, dass Kritik weitergehen kann und sollte. Sie sollte auch Kritik an den gesellschaftlichen Verhältnissen einschließen. Denn all das Gesagte steht ja



Impressionen aus einem der Kongress-Workshops

### Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft



Während der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht hat, in der hohen Statusgruppe 2,2 % beträgt, liegen die Prävalenzen in der niedrigen Statusgruppe bei 28,4 %.<sup>2</sup>

wiederum im Gesamtkontext der Verfasstheit spätkapitalistischer Gesellschaften: Nahezu alles, was ehemals subjektiv und individuell war, wird ökonomisiert. Davon ist Gesundheit nur ein Teil.

Hier stellt sich auch die Frage: Sollte es überhaupt ein positives Verständnis von Gesundheit geben? Wenn Gesundheit gleichzeitig utopisch und kommodifiziert ist, dann muss man viel stärker an den Widersprüchen arbeiten, die dort drin stecken. Ich denke inzwischen oft, dass ich keinen positiven Gesundheitsbegriff mehr vertreten kann, weil der zurzeit immer nur das verstärken kann, was in die Kommodifizierung hineinführt.

**Daphne Hahn:** Selbstverantwortung und Selbstbestimmung – das ist ein Balanceakt, den man immer wieder thematisieren muss. Die Ottawa-Charta mit ihren gesellschaftsverändernden Impulsen ist hier ein guter Ansatzpunkt. Welcher Gehalt in ihr steckte, ist verloren gegangen. Sie wird heute oft rezitiert, aber ihre gesellschaftskritischen und politischen Ideen spielen inhaltlich keine Rolle mehr. Müsste nicht der Gesundheitsbegriff eher etwas Re-politisierter sein wie Selbstbestimmung? Oder Gestaltung von Lebensbedingungen? Es müsste dann aber ein viel politischerer Gesundheitsbegriff sein, der nicht nur das „Sich um sich selbst kümmern“, sondern das Verändernde (nach außen) in den Vordergrund stellt: sich solidarisieren und die Welt verändern.

**Regina Brunnett:** Genau, und was ist das Gesellschaftsverändernde daran? Denn schlussendlich muss es gelingen, eine bessere Gesellschaft zu gestalten. Und das schließt Gesundheit ein. Gesundheit ist doch kein absoluter Selbstzweck! Die

Einbindung in eine Gestaltungsfähigkeit findet sich nicht im neueren Verständnis und nicht darin, wie es rezipiert wird.

**Anja Dieterich:** Das immer wieder neue Gegenlesen des „Gesundheitsbegriffs“ auf die gesellschaftspolitischen Implikationen, die implizit mitgeführt werden, scheint mir gegenwärtig eine zentrale Aufgabe von Kritik zu sein. War die Gesundheitsbewegung ursprünglich ein emanzipatorischer „bottom up“-Gegenentwurf zum dominanten Medizinbetrieb, so müssen wir heute aufpassen, hier nicht falschen Idealismen zu folgen. Gesundheitsbezogene Prävention etwa ist, spätestens mit dem Präventionsgesetz, AUCH zum Regierungsinstrument des „aktivierenden Sozialstaats“ geworden und legt den Einzelnen einen spezifischen maßvollen, gesundheitsbezogenen Lebensstil nahe. Aber was ist mit dem Recht auf ein riskantes und exzessives Leben? Mir scheint, es geht heute vor allem auch darum, das Grundprinzip einer pluralistischen Gesellschaft zu verteidigen und im Blick zu behalten. Hier gibt es übrigens auch in der Ausbildung und Lehre viel zu tun: Wir brauchen eine Didaktik, die kritische Public Health-Absolvent\*innen und Gesundheitsberufe hervorbringt – nicht wohlmeinende Präventionist\*innen, Mediziner\*innen etc.

*(Wie) können wir kraftvoller, kritischer, weniger kompromisshaft auch innerhalb von Strukturen agieren?*

**Kritik von innen und außen ermöglichen – Räume schaffen**

**Regina Brunnett:** In der institutionellen Arbeit kann man sehr wohl etwas bewegen, aber die Kritik ist immer gedeckelt. Das war in der Frauenbewegung nicht anders: Man hat innerhalb und außerhalb gearbeitet. Deshalb ist es wichtig, auch das Außen durch Allianzen zu stärken. Ich zweifle, dass es jemals wieder eine politische Gesundheitsbewegung geben wird, weil Gesundheit nicht mehr so politisiert ist wie früher. Kein gesellschaftlicher Sektor wird in dem Maße durch marktwirtschaftliche Kriterien bestimmt wie das Gesundheitswesen! Aber ich zweifle nicht daran, dass es diese Kräfte gibt. Wir müssen jedoch andere Formen der Kollektivierung und Sichtbarkeit finden. Und: Es ist wichtig, Orte zu schaffen, an denen man ohne Verwertungsdruck nachdenken und diskutieren kann!

**Daphne Hahn:** Kritik von innen gestaltet sich immer schwierig, denn: Die Hand, die einen füttert, die will man nicht beißen.

Das gilt für alle, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Wie kritisch dürfen wir eigentlich sein gegenüber denjenigen, die uns das Geld geben? Und wenn man weiß, dass auch die, die uns füttern, ziemlich großem Widerstand ausgesetzt sind, verpflichtet das natürlich auch noch einmal, die eigene Kritik in Grenzen zu halten.

**Anja Dieterich:** Interessant fand ich den Aspekt des Generationengesprächs bei der Podiumsdiskussion. Ein Diskutant, der zu der „68er Generation“ gehört, warf ein, wir sollten mal nicht so viel jammern, sie hätten damals für den Aufbau genau dieser Strukturen (Landesgesundheitskonferenzen, Lehrstühle etc.) gekämpft, in denen wir Jüngeren heute arbeiten würden und uns über gesteckte Grenzen, Sachzwänge und den

Mangel an „Revolution“ beklagten. Das hat mir zu denken gegeben. Ist die Arbeit im „Innen“ immer irgendwie kompromittiert und braucht sie immer wieder eine neue „Bewegung von außen“, damit Gesellschaftsveränderung eintritt? Konkret zum vorhin gefallenem Stichwort „Gesundheitsmarkt“: (Wie) kann sich diesem Sog als Professor\*in, Referierende, Wissenschaftler\*in, Arzt bzw. Ärztin innerhalb der Strukturen widersetzt werden?

**Regina Brunnett:** Ich würde gern die beiden Ebenen trennen: Kooperation und Gesellschaftskritik. Wir brauchen verschiedene Kräfte: die Einen, die sich an den Tisch setzen und Verhandlungen führen. Und die Anderen, die fundamentaler argu-



Vorbereitung eines Workshops

mentieren. Wir brauchen also einen Standpunkt, der das schützt und der es möglich macht, außerhalb der Notwendigkeit der Kooperation Kritik zu üben. Wir brauchen Beides.

Ich fände es auch gut, wenn es gelingen würde, Zwischenpositionen zu stärken: Die Einbindung in etablierte Strukturen zu koppeln an einen kritischen Blick, die beständige (Re-)Politisierung und den Austausch zu ermöglichen. Personen darin zu unterstützen, die Spannung auszuhalten, sich nicht komplett anzupassen.

**Daphne Hahn:** Mir fällt immer wieder auf, wie wichtig NGOs in diesem Zusammenhang sind. Es gibt eine große Freiheit, wenn Du bestimmte Dinge nicht hauptberuflich machst. Deshalb sind sie sehr wichtig für gesellschaftliche Debatten, weil sie Spielräume ermöglichen.

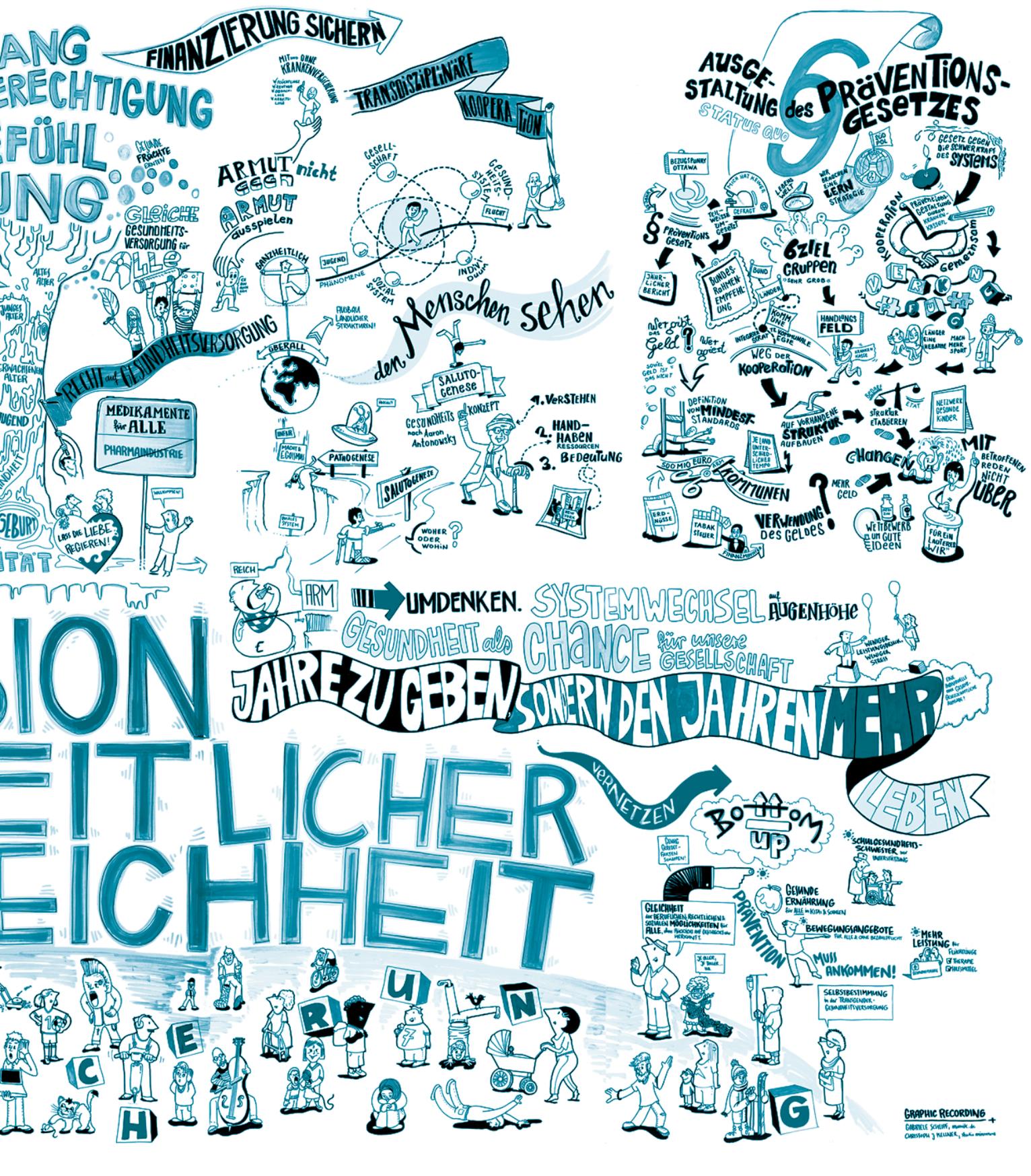
**In Kürze: Jubiläumsband des Jahrbuchs Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften**

Beide auf dem Kongress bestrittenen Foren des JKMGs (in 2015 und 2016) repräsentieren einen Teil der Beiträge eines in Arbeit befindlichen neuen Bandes des JKMG. Die Diskutierenden auf den Podien sind allesamt auch Autorinnen und Autoren von Beiträgen, die Sie noch in diesem Jahr ausführlicher nachlesen können.

Der Jubiläumsband anlässlich des 40-jährigen Bestehens des Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften dient der politischen und inhaltlichen Reflexion der Position der Zeitschrift. Es sollen gesellschaftliche Entwicklungen, Diskurse und Widersprüche, die sich auf den Umgang mit und das Verständnis von Kritik auswirken und die sich (auch) im Feld von Gesundheitswissenschaften und Medizin heute zeigen, transparent gemacht und diskutiert werden.

Näheres erfahren Sie unter [www.med.uni-magdeburg.de/jkmg](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg).





Im Laufe der zwei Kongresstage hatten auch die Kongress-Teilnehmenden die Möglichkeit, Anregungen und Impulse in die Darstellung einfließen zu lassen. Die Graphic Recorder betreuten auf dem Markt der Möglichkeiten einen eigenen Stand. Außerdem wurden den Kongressmappen Blätter beigelegt, auf denen die Teilnehmenden ihre Visionen niederschreiben oder malen konnten. Diese wurden an der Anmeldung und im Lichthof eingesammelt.

Schließlich wurde das entstandene Bild im Rahmen der Abschlussveranstaltung vervollständigt und in den Kontext der neuen gesetzlichen Möglichkeiten um das Präventionsgesetz eingeordnet.

Wir danken dem Paritätischen Landesverband Berlin, der die Umsetzung finanzierte.

# Kongress Armut und Gesundheit 2016 – Einige persönliche Beobachtungen und Anregungen für ein neues Format

Kommentar von Prof. Eberhard Göpel



*Prof. Dr. med. Eberhard Göpel, geboren 1947, ist emeritierter Professor an der Hochschule Magdeburg-Stendal im Bereich Gesundheitsförderung. Er war u. a. Gründungsmitglied der GesundheitsAkademie (1988) sowie wissenschaftlicher Koordinator des BMBF-geförderten Projektes Multimedialer Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit. Von 2003 bis 2015 war er Vorstandsvorsitzender des Vereins „Hochschulen für Gesundheit“. Den Kongress Armut und Gesundheit begleitet er seit vielen Jahren.*

Seit 21 Jahren ist der Kongress Armut und Gesundheit gewachsen. Er ist inzwischen zu einer zentralen Veranstaltung zur Information und zur Erörterung aktueller Entwicklungen im Bereich öffentlicher Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit in Deutschland geworden. Das in den vergangenen Jahren gewachsene Spektrum an Mitwirkenden und Unterstützenden und die logistischen Leistungen des Kongress-Teams bei der Zusammenstellung der mehr als 100 Veranstaltungen mit jeweils mehreren Referierenden und Moderierenden sind beeindruckend. Die Bereitschaft der Beteiligten, sich für die inhaltlichen Vorbereitungen der Foren und Workshops kollegial zu engagieren, ist hoch und die Beiträge zur Konferenz vermittelten mehrheitlich ein Maß an persönlichem Engagement, das ich nur selten bei anderen Kongressen erlebe.

Dass dies mit einem so brotlosen Thema wie „Armut und Gesundheit“ möglich ist, das sich weder für Hochglanz-Broschüren, Umsatzrendite oder wirtschaftliche Erfolgsprämien eignet, ist ein ermutigendes Zeichen für die Entwicklung politischer Moral in Deutschland.

Es lässt sich inzwischen sogar in Bildern fassen und in Filmbeiträgen und Theater-Aufführungen vermitteln. Nur singen können wir es noch nicht und einige Foren waren noch ziemlich weit davon entfernt.

**Gesundheitliche Chancengleichheit ist zu einem Konsens-Begriff geworden, die gesellschaftliche Praxis dazu noch nicht.**

Ja, es ist ein Erfolg, dass die Ziele und Möglichkeiten des „Gesetz zur Stärkung

von Gesundheitsförderung und Prävention“ vom Staatssekretär Lutz Stroppe vom Bundesministerium für Gesundheit auf dem Kongress vorgestellt wurden. Dass der „Abbau sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen“ zu einer ressortübergreifenden Verantwortung in der Bundesregierung vom Staatssekretär Dr. Ralf Kleindiek vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erklärt wurde. Dass Frau Dr. Kurth vom Robert Koch-Institut, Frau Dr. Thaiss von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Frau Dr. Grossmann von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) und Herr Kiefer vom GKV-Spitzenverband konstruktiv zu den Möglichkeiten einer produktiven Ausgestaltung des Präventionsgesetzes in gemeinsamer Verantwortung sprechen (vgl. S. 6 f.).

Ja, alles dies sind ermutigende Signale persönlichen Engagements auch in den Institutionen. „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist zu einem Regierungsziel geworden – allerdings zunächst nur auf dem Papier, in Grußworten und zunächst nur von Einigen.

Andere sprechen weiterhin vor allem von den Exportchancen der deutschen „Gesundheits-

wirtschaft“, schreiben Förderbescheide in vielfältiger Millionen-Höhe und lassen sich von Industrie-Lobbyisten eine High-Tec-Strategie für eine „Gesundheitsforschung“ schreiben, deren Anwendung und Umsetzung alle finanziellen Möglichkeiten einer solidarischen Krankenversicherung sprengen wird.

**Auf dem Graphic Recording des Kongresses stapeln sich vielfältige Fragen, Forderungen und Ziele, die auf eine gemeinsame Klärung und auf entschlossenes Handeln warten. Sie dokumentieren ein Mosaik von Lebens- und Aufmüpfigungs-Appellen (...).**

Zur politischen Stimmung des Kongresses gehörte es, diese Diskrepanzen nicht an die große Glocke zu hängen. Zwar hatten medico international und die „Deutsche Plattform für Globale Gesundheit“ Raum bekommen, in mehreren Workshops über die Verletzung des Menschenrechtes auf Gesundheit in anderen Ländern zu berichten, die Entwicklung in Deutschland wurde aber nur auf der sozialen Mikro- und Mesoebene im Rahmen von Projektberichten zur Armutsreduktion (vor allem in den bereits überschuldeten Kommunen) the-

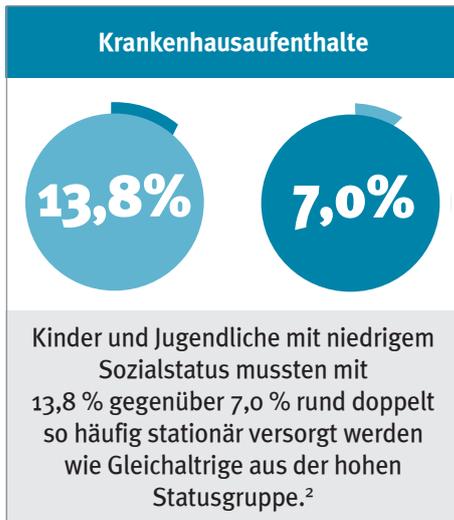


matisiert. Dies zeigt ein Dilemma von überwiegend projektfinanzierten Akteuren und Akteuren in prekären Beschäftigungsverhältnissen und die politische Schwäche von Wissenschaft, die sich „Public Health“ nennt und „Health Literacy“ der Bürgerinnen und Bürger verbessern will, sich aber scheut, die empörenden Missstände ungleicher Lebens- und Gesundheitschancen in Deutschland in einfacher deutscher Sprache verständlich zu machen und öffentlich anzuprangern.

**Gesundheitliche Chancengleichheit braucht soziale Energien und der Kongress eine soziale Bewegung**

Die Entstehung und die Entwicklung des Kongresses Armut und Gesundheit ist ohne die sozialen Bewegungen und die bundesweiten Gesundheitstage vor 30 Jahren kaum denkbar.

Die Vergabe des diesjährigen Carola Gold-Preises an Frau Prof. Kaba-Schönstein und Herrn Dr. Huber (vgl. Seite 24) dokumentierten diese Tradition.



Auf dem Graphic Recording des Kongresses stapeln sich vielfältige Fragen, Forderungen und Ziele, die auf eine gemeinsame Klärung und auf entschlossenes Handeln warten. Sie dokumentieren ein Mosaik von Lebens- und Aufmüpfigungs-Appellen, für deren systematisierende Zusammenschau leider keine Zeit und Gelegenheit geblieben ist.

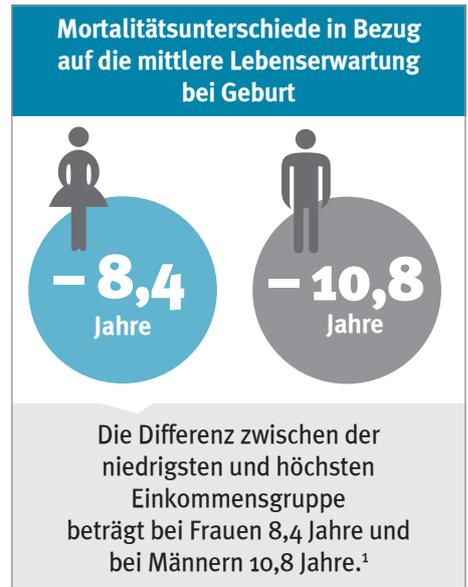
Die „Vision gesundheitliche Chancengleichheit“ findet in der Zeichnung zwar eine stabile Fundierung bei der „Bürgerversicherung“, in der Wirklichkeit in Deutschland aber leider nicht.

Wer engagiert sich wo und mit wem dafür, dass die Bürgerversicherung im nächsten

Koalitionsvertrag einer Bundesregierung verbindlich verankert wird? Wer wo mit wem dafür, dass Bund, Länder und Kommunen ihren Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsförderung in allen relevanten Politikbereichen endlich verbindlich im Rahmen der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie abstimmen und konkretisieren? Wer wo mit wem dafür, dass die Mittel der Tabak und Alkoholsteuer (21 Milliarden pro Jahr = 50-mal die Summe der GKV-Mittel im Präventionsgesetz) für eine wirkungsvolle Suchtprävention und nachhaltige gesundheitliche Daseinsvorsorge in den Städten und Gemeinden investiert werden?

Hierfür ist eine Weiterentwicklung des Kongress-Konzeptes notwendig, das sich einem fortlaufenden Diskurs verpflichtet, positive Entwicklungsziele formuliert und Strategien zu deren Umsetzung konkretisiert. Der Kongress im März in Berlin kann dann zu einem jährlichen Höhepunkt einer sozialen Bewegung für eine nachhaltige Gesundheitsförderungs-Politik und -Praxis in Initiativen und Organisationen, in Vereinen und Verbänden, in Kiezen und Quartieren, in Dörfern und Städten, in Regionen und Ländern, in Deutschland und in internationaler Zusammenarbeit werden. Eine Allianz „Gesundheit gemeinsam gestalten“, wie sie von der Gesundheits-Akademie vorgeschlagen wird, bietet eine starke Möglichkeit, das erlebbare Engagement der Kongress-Teilnehmenden auch mit einem gemeinsamen gesellschaftlich wirksamen Handlungsrahmen in der alltäglichen Praxis zu verbinden. Durch die Vernetzung der vielfältigen Initiativen kann eine soziale Gesundheitsbewegung zur Wahrung der grundlegenden menschlichen Lebensrechte und gerechter Gesundheitschancen gestärkt werden.

Mögliche Konsequenzen für den 22. Kongress im Jahr 2017 können dann sein: Der Kongress wird zu einer Kongress-Wo-



che mit unterschiedlichen Themen-Tagen für zentrale Diskussionen erweitert. Der „Markt der Möglichkeiten“ des Kongresses wird zu einer „Wandel-Woche“ in Berlin mit Besuchsmöglichkeiten vor Ort umgestaltet.

Besuche in Ministerien und bei den Vertretungen der großen politischen Akteuren und Akteure werden mit konkreten Advocacy-Aktivitäten verbunden. Der Abschluss-Tag des Kongresses fasst die Erkenntnisse und Ergebnisse zusammen und konsentiert vorausschauend gemeinsame Ziele. Die Kongress-Webseite dokumentiert den Stand der Aktivitäten im Jahresverlauf und verlinkt zu den vielen dezentralen Initiativen. Deren Vernetzung zu einer sozialen Gesundheitsbewegung stützt die Vision nachhaltiger gesundheitlicher Chancengleichheit und schafft für Politik und öffentliche Verantwortung klare Bilder, Begründungen und demokratische Zustimmungen.

Dafür lohnt die Mühe der Organisation und deshalb bereits jetzt herzlichen Dank für das Kongress-Team! Euer Engagement ist beispielgebend.



Impression aus einem der Workshops

## Inklusion und Gesundheitsförderung in der Kommune

### Was Inklusion heißt und wie sie in Oldenburg umgesetzt wird

Der folgende Beitrag stellt eine stark gekürzte Zusammenstellung der Diskussionen des Fachforums 78 dar. Im Rahmen der Veranstaltung wurde das Konzept „Inklusion“ zunächst theoretisch eingebettet. Anschließend folgte die Anbindung an die Praxis, wobei schnell deutlich wurde, wie unterschiedlich das Konzept besetzt ist. Im Anschluss daran wurden exemplarisch die Entwicklungen in Oldenburg vorgestellt.

Die Podiumsgäste waren: Prof. Dr. Uwe Bittlingmayer. Er lehrt an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Dr. Birgit Behrisch arbeitet am Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft in Berlin. Susanne Jungkunz und Cordula Breitenfeldt kommen beide aus der Oldenburger Stadtverwaltung. Gemeinsam gestalteten sie das Fachforum 78 „Gesundheitsförderung und Inklusion“.



Diskussion im Fachforum 78 „Inklusion und Gesundheitsförderung im kommunalen Bereich“

**Uwe Bittlingmayer:** Wir versuchen mit dieser Veranstaltung, das Thema Inklusion etwas stärker in die Public Health-Öffentlichkeit hineinzutragen. Sie wehrt sich bislang beständig, dieses Thema umfassend aufzugreifen. Oldenburg – das wird sich herausstellen – ist eine ganz besondere Kommune im Hinblick auf Inklusion, quasi eine Pilot-Modellkommune. Wir möchten gern gemeinsam diskutieren, wie Inklusion sinnvoll in Public Health angeeignet werden kann. Zunächst geht es dabei um normative und gerechtigkeits-theoretische Rahmungen. Im zweiten Abschnitt wird Dr. Birgit Behrisch den Sprung in eine sinnvolle Praxis thematisieren.

#### Was ist neu am Inklusionsbegriff?

Inhaltlich neu ist: Es gibt eine völkerrechtliche Einklagbarkeit. Dort findet sich ein Optionsraum, den wir als Public Health-Expertinnen und -Experten nutzen können. Das Inklusionskonzept zielt auf die Durchsetzung umfassenderer Gleichheit,

**„Die Ausgeschlossenen sollen nicht einfach in das System eingeschlossen werden. Vielmehr sollen sie als Gleiche in einem neuen Ansatz der neuen politischen Ordnung partizipieren. Es ist nicht ein Kampf um Inklusion, sondern um Transformation.“**

im Sinne des *Capabilities*-Ansatz (das wäre eine Lesart, es gibt aber auch andere), also eine umfassendere Gleichheit aller Menschen. Und insofern kann man die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auch als Erweiterung allgemeiner – das ist wichtig: nicht spezifischer – menschenrechtlicher Ansprüche begreifen.

Staaten sind – und damit gelangen wir hin zur kommunalen Ebene – verpflichtet, ihre wohlfahrtsstaatlichen Regelungen so zu gestalten, dass sie im weiteren Sinne barrierefrei sind. Nicht nur in den Gebäuden, sondern auch in den Köpfen. Das hat Konsequenzen für die „armen Akteure“ auf der kommunalen Ebene, weil sie plötzlich mit diesen Ansprüchen konfrontiert sind, ohne neue finanzielle Mittel. Es gibt also

brachiale normative Ansprüche hinter diesem Konzept und die kommunale Ebene muss diese umsetzen.

#### Von der Theorie in die Praxis

**Birgit Behrisch:** Und damit die Überleitung zur Praxis. Es gibt eine normative Diskussion des Inklusionskonzeptes in der Praxis und durch Praxis. Wenn man auf die kommunale Ebene schaut – und was dort als Strategie verhandelt wird – findet man ebenfalls sehr unterschiedliche Interpretationen. Eine sehr große Linie hat die Bundesregierung aufgemacht mit ihrem Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. Einen anderen speziellen Weg zeigt NRW auf: Dort wurde ein Auftrag an das ZPE zur Konzeption „Inklusives Gemeinwesen“ vergeben. In der kommunalen Strategie sollen v. a. Dienste für Menschen mit Behinderung ausgebaut werden: Stichwort Barrierefreiheit und politische Partizipation.

Eine dritte Strategie – und hier freue ich mich sehr auf den kommenden Beitrag – ist angegliedert an den kommunalen In-

dex für Inklusion in der Linie der Gemeinschaft für alle, der Pädagogik der Vielfalt.

### Inklusion als gesellschaftlicher Transformationsprozess

Wie kann man sinnvoll mit all diesen Widersprüchen umgehen und dahin kommen, Inklusion nicht immer als etwas Zukommendes zu begreifen, sondern als einen gesellschaftlichen Transformationsprozess? Nach Becker<sup>1</sup> ist Inklusion etwas, was Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft praktizieren. Oder – um aus einem anderen, nämlich dem postkolonialistischen Feld zu zitieren<sup>2</sup>: „Die Ausgeschlossenen sollen nicht einfach in das System eingeschlossen werden. Vielmehr sollen sie als Gleiche in einem neuen Ansatz der neuen politischen Ordnung partizipieren. Es ist nicht ein Kampf um Inklusion, sondern um Transformation.“

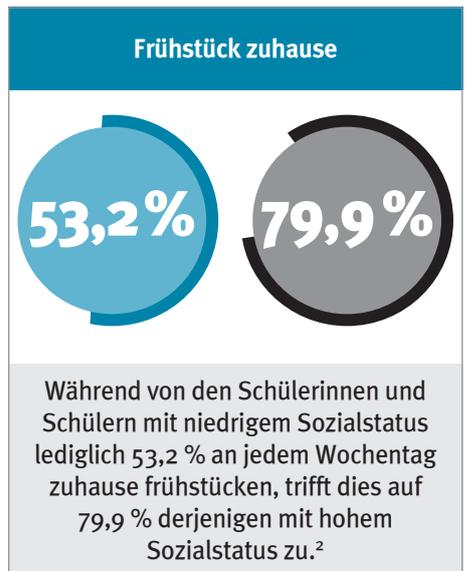
„Behinderung“ wird bislang viel zu medizinisch begriffen. Aber dieses Phänomen Behinderung ist ja vielmehr ein gesellschaftlicher Organisationsprozess, der ganz viele Fragen aufwirft: Fragen der

Funktionalität, der Normalität, der Un-/Vollkommenheit, der Teilhabe, der Ästhetik u. ä. Dem kann viel mehr entsprochen werden, wenn wir annehmen, dass dieses Phänomen gesellschaftsgestaltend ist.

### „OWI spannend“ – Oldenburg will Inklusion

**Susanne Jungkuntz:** In Oldenburg haben wir die Vision einer guten Teilhabe für alle Menschen, ob jung oder alt, behindert oder nicht, alteingesessen oder zugewandert, dünnes oder dickes Portemonnaie... Bei uns hat ein Ratsbeschluss die ganze Energie ausgelöst. Dieser kam aber nicht aus der Politik, sondern aus der Zivilgesellschaft und insbesondere dem Behindertenbeirat in der Stadt. Das war eine gute Grundlage. Aber auch aus der Verwaltung und der Politik erhielten wir Unterstützung. Das waren große Energien.

Den eigentlichen Kick-off bildete eine Fachtagung unter Teilnahme der Montag Stiftung (Inklusion vor Ort – Der Kommunale Index für Inklusion). Sie war die Keimzelle für zehn Arbeitsgruppen, mit denen wir zwei Jahre lang Konzepte erarbeiteten. Aus der Fachtagung folgten drei



unterschiedliche Prozesse, die dann von 2013 bis Ende 2015 von der Montag Stiftung intensiv begleitet wurden:

#### 1. Der schulische Prozess

Die AG Inklusion an Oldenburger Schulen überlegt ganz pragmatisch, wie sich Schulen inklusiv gestalten lassen. Es gibt in Oldenburg keine Schwerpunktschulen: alle Schulen sollen inklusiv arbeiten. Mittlerweile gibt es das Praxishandbuch in zwei-

<sup>1</sup> Becker, U. (2015). Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld: transcript.

<sup>2</sup> Dussel, E. (2013). 20 Thesen zur Politik. Münster: Lit.



Abschlussdiskussion, Podium (v.l.n.r.): Stephan Koesling, Klaus-Peter Stender, Werner Mall, Stefan Pospiech, Diana Golze und Hans-Bernhard Henkel-Hoving

ter Auflage, welches sich auch unter [www.oldenburg.de/inklusion](http://www.oldenburg.de/inklusion) findet.

## 2. Gesamtgesellschaftliche Inklusion

Wir diskutierten zunächst lange die folgenden Fragestellungen: Welche Werte sind von Bedeutung? Was haben wir bereits? Dann haben wir an unserer Vision gearbeitet. Erst danach haben wir die insgesamt 200 Maßnahmen festgelegt. Das mündete in unseren Aktionsplan ([www.oldenburg.de/inklusion/kommunaler-aktionsplan](http://www.oldenburg.de/inklusion/kommunaler-aktionsplan)). Die Runde der Sprecherinnen und Sprecher der Arbeitsgruppen hat uns als Stadtverwaltung darin unterstützt, diesen Prozess zu gestalten. Das hat eine Bodenhaftung erzeugt.

## 3. Inklusive Ausrichtung unserer Stadtverwaltung

Die Arbeitsgruppe „Inklusive Verwaltung Oldenburg“ wurde gegründet mit Vertreterinnen und Vertretern aus allen unseren Dezernaten. Im Sozialdezernat wurden z. B. alle Anträge auf freiwillige Leistungen dahingehend umgestaltet, als dass sie künftig begründen müssen, inwiefern sie die Inklusion Aller auch tatsächlich befördern. Ein zweiter Meilenstein: Alle Führungskräfte der Stadtverwaltung haben eine gemeinsame Erklärung „Pro-Inklusion“ unterzeichnet.

Die Steuerungsgruppe ist ein Herzstück des Prozesses. Sie beobachtet und nimmt Korrekturen vor. Teilnehmende sind u. a. eine Person aus dem Behindertenbeirat, aus dem Seniorenbeirat, eine Person mit Fluchterfahrung und zwei Jugendliche (+14), aus der Verwaltung: Vorsitz des Oberbürgermeisters, aus der Politik sowie die drei Ws: Wohlfahrt, Wirtschaft und Wissenschaft.

Im Netzwerk „Inklusion konkret“ sitzen ca. 60 Personen, die den Prozess seit der

**Cordula Breitenfeldt:** Die Zusammenführung der Eingliederungshilfe ist natürlich nur ein kleiner Teil des Gesamtprozesses, jedoch ein ganz wesentlicher. Er beinhaltet u. a. die Umstrukturierung des Sozialamtes: Seit dem 1. Juli 2015 heißen wir nicht mehr Sozialamt, sondern Amt für Teilhabe und Soziales, um nach außen deutlich zu machen, dass wir uns verändern wollen.

Ziel war es, die Eingliederungshilfe aus einer Hand zu gewährleisten. Wir haben uns für die Ansiedlung beim Sozialamt entschieden. Auch eine sozialräumliche Anbindung war uns wichtig. Es ist außerdem entschieden worden, dass auch andere Leistungen im Sozialraum angeboten werden sollten, um Bürgernähe herzustellen. Dazu gehören die Grundsicherung für alte Menschen und bei Erwerbsminderung und die Hilfe zur Pflege. Insgesamt ist unser Ziel, dass wir den Menschen im Zentrum sehen, dass wir die Menschen und Institutionen (Schulen, Kitas etc.) vorab beraten... Das gestaltet sich noch etwas holprig, da es sich um einen neuen Prozess handelt.

Entstehungszeit kritisch-konstruktiv begleiten, aber auch mit anpacken. Sie haben viele tolle, kreative Ideen, wie man das Thema Inklusion verbreiten kann. Z.B. inklusive Schrebergärten oder die eben angelaufene Wheelmap-Kampagne. Diese Aktivitäten strahlen ganz tief und weit.

Ein weiteres Beispiel: Wir haben das Thema „Toiletten für alle!“ entdeckt. Rollstuhlgerechte Toiletten müssen zusätzlich mit höhenverstellbarer Liege und einem Lifter ausgestattet werden, weil Menschen, die auf Pflegeassistenz angewiesen sind, sich derzeit auf dem Boden ver-



*Auf dem Markt der Möglichkeiten*

sorgen lassen müssen. Das müssen Sie sich einmal kurz vorstellen: Es ist absolut unwürdig! In England gibt es mittlerweile 800 solcher Toiletten, in Deutschland sieben, davon sechs in München. Wir wollen das norddeutsche Leuchtturmbeispiel werden.

### Drei Ratschläge – was können Kommunen für die Inklusion tun?

- **Ratschlag 1: Nicht für, sondern mit! Viele beteiligen und vielfältig beteiligen.** Und damit meine ich eine gute Beteiligungskultur: das Zuhören, Dranbleiben, Umsetzen, am besten gemeinsam mit den Menschen. Wir als Kommune sind verantwortlich dafür, den Rahmen zu schaffen. Ansonsten aber moderierend, nicht dominierend.
- **Ratschlag 2: Grundlegende inklusive Werte beherzigen.**
- **Ratschlag 3: Mit dem Index für kommunale Inklusion arbeiten.**

## Bundesteilhabegesetz

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat am 26. April 2016 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in die Ressortabstimmung sowie zur Länder- und Verbändebeteiligung gegeben. Mit dem sogenannten Bundesteilhabegesetz wird die Behindertenpolitik in Deutschland im Einklang mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen weiterentwickelt. Kernziele sind, mehr Selbstbestimmung und umfangreichere Teilhabe sicherzustellen sowie in Zukunft staatliche Leistungen wie aus einer Hand zu gewähren. Die Interessenverbände reagierten sehr kritisch.

Unter [www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Bundesteilhabegesetz/Stellungnahmen\\_BTHG/Stellungnahmen\\_node.htm?sessionid=CE6AB7AA44F262D778492D897403DA6A.1\\_cid360](http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Bundesteilhabegesetz/Stellungnahmen_BTHG/Stellungnahmen_node.htm?sessionid=CE6AB7AA44F262D778492D897403DA6A.1_cid360) können Sie verschiedene Stellungnahmen einsehen.

Auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2016 wurde das Bundesteilhabegesetz im Fachforum 77 diskutiert. Einen Dokumentationsbeitrag von Dr. Rolf Schmachtenberg finden Sie in der Online-Dokumentation des Kongresses unter [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de).

## Gesundheit ein Menschenrecht

**Bundesweites Bündnis zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland geht mit einer gemeinsamen Webseite online!**

Auf dem 20. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin 2015 gründete sich am 6. März 2015 ein bundesweites Bündnis zur Gesundheitsversorgung nicht bzw. unzureichend krankenversicherter Menschen in Deutschland.

Das Bündnis ging am 16. März 2016 mit einer gemeinsamen Webseite online und will mit diesem Angebot vor allem Betroffene unterstützen. Auf der gemeinsamen Homepage [www.gesundheit-ein-menschenrecht.de](http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de) können Menschen, die nicht ausreichend krankenversichert sind, schnell und unkompliziert Einrichtungen in ihrer Umgebung finden.

Mit Hilfe der Webseite möchte das Bündnis in Zukunft außerdem durch Informationen die Öffentlichkeit für Probleme sensibilisieren, Betroffene über ihre sozialen Rechte aufklären und konkrete politische, gesellschaftsstrukturelle Forderungen stellen.

Die zum Teil katastrophale Gesundheitsversorgungssituation von vielen, in Deutschland lebenden Menschen soll damit nachhaltig verbessert werden. Die Erfahrungen aus den letzten Jahren zeigen, dass es bundesweit immer mehr, sehr heterogen konzipierte, finanzierte und organisierte Initiativen, Vereine bzw. Versor-



Prof. Gerhard Trabert im Fachforum 115

gungsmodelle gibt, die von Armut, Ausgrenzung, sozialer Benachteiligung und Diskriminierung betroffene Menschen medizinisch, gesundheitlich und sozialrechtlich versorgen beziehungsweise beraten müssen.

Kennzeichen der Betroffenengruppen ist häufig ein fehlender Krankenversicherungsschutz, ein erschwerter Zugang zur medizinischen Versorgung im Gesundheitsre-

gelsystem als Auswirkung einer gesellschaftsstrukturellen Fehl-, Mangel- und Unterversorgung. Unter den Betroffenen sind insbesondere wohnungslose Menschen; nicht krankenversicherte, sich legal in Deutschland aufhaltende EU-Bürgerinnen und -Bürger (insbesondere aus Osteuropa); papierlose, illegalisierte Bürgerinnen und Bürger; im Rahmen der Verpflichtungserklärungsregelung legal in Deutschland lebende Flüchtlinge; Asylbewerberinnen und -bewerber; Haftentlassene und insbesondere auch Ältere, die privat versichert sind bzw. waren und die unverhältnismäßig hohen Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlen können.

Interessierte medizinische Einrichtungen für Betroffene können sich beim Verein Armut und Gesundheit in Deutschland ([nele.kleinehanding@armut-gesundheit.de](mailto:nele.kleinehanding@armut-gesundheit.de)) melden.

Nähere Informationen unter:  
[www.gesundheit-ein-menschenrecht.de](http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de)

Nele Kleinehanding und  
Prof. Dr. Gerhard Trabert



## Vernetzung, bundesweite Mindeststandards und systemische Integration

Das Themenfeld Flucht auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2016



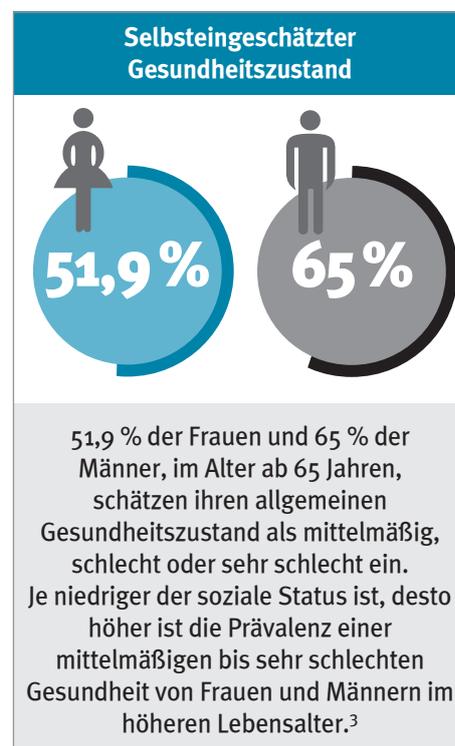
Podiumsdiskussion zum Themenfeld Flucht

### Vernetzung der Akteurinnen und Akteure

Viele lokale Akteurinnen und Akteure haben bereits große Leistungen bei der Aufnahme und Betreuung von Geflüchteten erbracht. Die vielen lokalen Lösungen basieren auf dem Engagement von Nichtregierungsorganisationen, der Ärzteschaft, vielen Freiwilligen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Um hier die Kräfte zu bündeln und zu systematisieren, wurde zur Vernetzung aufgerufen, um gemeinsam eine Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen gewährleisten und sicherstellen zu können. Dies war auch ein Ergebnis der Fachforen „Auftaktveranstaltung im Themenfeld Flucht“ und „Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden: Ansätze und Anforderungen an ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ auf dem diesjährigen Kongress.

Dr. Kayvan Bozorgmehr und Stefan Nöst von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg bildeten mit einer bundesweiten Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Strukturen, Prozesse und prioritären Bedarfe bei der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden von der Erstaufnahmeeinrichtung bis hin zur Folgeunterbringung in den

Gemeinschaftsunterkünften aus Sicht der Gesundheitsämter ab (Bozorgmehr K, Noest S, Thaiss HM, Razum O. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl 2016 - doi 10.1007/



(500103-016-2329-4). Als größte Herausforderung wurde die Koordination der verschiedenen Akteurinnen und Akteure des hiesigen Gesundheitssystems benannt. Es bedarf klarer Strukturen und standardisierter Verfahren für eine qualitative Gesundheitsversorgung.

### Bundesweite Mindeststandards und ein standardisiertes Vorgehen vonnöten

Bundeseinheitliche Regelungen bei der verpflichtenden Erstuntersuchung (nach § 62 AsylVfG) wurden von den Gesundheitsämtern gewünscht. Die Autoren schlussfolgerten, dass es einer klaren Grenzziehung individualmedizinischer und bevölkerungsmedizinischer Interessenlagen bei der Erstuntersuchung bedarf. Einerseits müssen bevölkerungsmedizinisch relevante Krankheiten wie Tuberkulose und Scabies umgehend erkannt und behandelt werden. Andererseits sollten individualmedizinisch relevante Infektionskrankheiten, die für eine Unterbringung in den Gemeinschaftsunterkünften primär nicht relevant sind, mithilfe niedrigschwelliger Versorgungsangebote in den Erstaufnahmeeinrichtungen erkannt und behandelt werden.

Die Befragten der Gesundheitsämter gaben an, dass die Versorgung einzelner Gruppen nicht ausreichend sichergestellt ist. Vor allem Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen und schwerwiegenden chronischen Erkrankungen sind hiervon betroffen. Die Versorgung von Kindern asylsuchender Familien ist weniger sichergestellt als bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Für diese Gruppen sind zusätzliche bzw. zielgerichtete Maßnahmen erforderlich, um die möglichen Versorgungsmaßnahmen auch tatsächlich zu gewährleisten.

Die Autoren regen an, beim hiesigen Gesundheitssystem bundesweite Mindeststandards und ein standardisiertes Vorgehen, im Sinne von *Standardized Operating Procedures*, für die Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen einzuführen. In-

ternational sind solche Standards bereits üblich, wie z. B. das Sphere-Handbuch „Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe“. Mit der derzeitigen föderalen Regelung gehen wertvolle Ressourcen für die „Suche“ nach Lösungen, Ansätzen und möglichen Vorgehensweisen verloren. Insbesondere in den Erstaufnahmeeinrichtungen sei die bundesweite Umsetzung international gültiger Standards wichtig, um eine ausreichende Primärversorgung sicherzustellen. Viele gegenwärtige Herausforderungen sind für die Akteurinnen und Akteure unseres Gesundheitssystems neu. Deshalb sei es hilfreich, von internationalen Ansätzen zu lernen.

### Frühe Anbindung an die Regelversorgung und systemische Integration

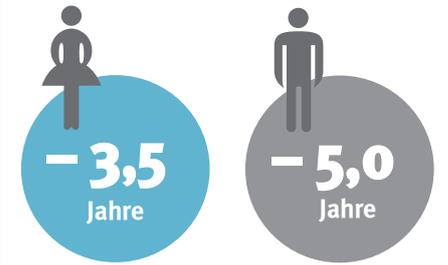
Dr. Kayvan Bozorgmehr und Prof. Razum von der Universität Bielefeld plädierten vor dem Hintergrund ihrer Auswertung der repräsentativen Daten des Statistischen Bundesamtes der Jahre 1994 bis 2013 für eine Umstellung der Regelversorgung nach dem Vorbild von Bremen und Hamburg (*Bozorgmehr K, Razum O, Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees. PLoS One 2015; 10: e0131483 - doi: 10.1371/journal.pone.*)

Dort erhalten Asylsuchende ohne Wartezeit eine Gesundheitskarte und damit besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Mit ihrer Studie konnten beide Wissenschaftler belegen, dass die Versorgung von Asylsuchenden in der Regelversorgung ohne bürokratische Hürden und ohne Leistungseinschränkungen mit niedrigeren Gesundheitsausgaben einhergeht. Hätten alle Asylsuchenden den regulären Zugang zum Gesundheitssystem gehabt, hätten die Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung der letzten 20 Jahre um circa 22 Prozent, und damit um mehr als eine Milliarde Euro, gesenkt werden können. (Anm. d. Red.: Wir berichteten im Info\_Dienst 2-2015.)

Damit die Integration von Asylsuchenden eine systemische Dimension annimmt, sei es zudem wichtig, dass das individuelle Krankheitsrisiko nicht auf der einzelnen Kommune als Kostenträger lastet. Ein bundesweiter Ausgleich für die mit unterschiedlichem Erkrankungsrisiko einherge-

henden Ausgaben sei Voraussetzung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, betonte Dr. Kayvan Bozorgmehr. Vor allem aus ethischen und menschenrechtlichen Gründen sei eine möglichst frühe Anbindung an die Regelversorgung und somit an eine umfassende Versorgung mit primärmedizinischen Maßnahmen geboten. Der Beitrag von PD Dr. Michael Knipper der Universität Gießen verdeutlichte, dass insgesamt ein dringend notwendiger politischer Gegenwind zur derzeitigen Distanzierung Deutschlands und Europas vom Menschenrechtsansatz vermisst wird. Einig ist man sich: **Gesundheit ist ein Menschenrecht.** Es darf einwanderungspolitischen Interessen nicht untergeordnet werden.

### Unterschiede in der Lebenserwartung älterer Menschen in Abhängigkeit vom Einkommen



Bei Frauen beträgt die Differenz in der ferneren Lebenserwartung ab 65 Jahren zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe 3,5 Jahre und bei Männern etwas mehr als 5 Jahre.<sup>3</sup>



Kongressteilnehmende finden sich im Lichthof der Technischen Universität Berlin ein

## Carola Gold-Preis 2016 für Prof. Lotte Kaba-Schönstein und Dr. Ellis Huber

Auf dem Kongress Armut und Gesundheit wurde die Auszeichnung zum vierten Mal verliehen



In der Kongress-Lounge versammeln sich die Gäste zur Preisverleihung

Die Vergabe des Carola Gold-Preises im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit soll einerseits Menschen auszeichnen, die sich um die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit verdient gemacht haben. Ein solches Engagement ist auch in einem reichen Land wie Deutschland noch immer nötig: Denn nach wie vor bestehen gravierende Unterschiede in der Lebenserwartung und Lebensqualität von sozial benachteiligten Menschen im Vergleich zu Bessergestellten. Armut ist und bleibt der bedeutendste Risikofaktor für die Gesundheit. Dass die Datenlage hierzu mehr als deutlich und der Handlungsbedarf groß sei, betont auch Juliane Zinke vom AWO-Bundesverband, die gemeinsam mit Stefan Pospiech die Preisverleihung eröffnet.

Zum anderen ist der Preis dafür gedacht, das Andenken an die frühere Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Carola Gold, zu ehren. Der Preis als stilisierter Kompass, der die Richtung vorgibt, versinnbildlicht Carola Golds Person, in der sich Mut und Kampfgeist vereinten. Mit Prof. Lotte Kaba-Schönstein und Dr. Ellis Huber werden 2016 zwei Menschen ausgezeichnet, die ebenfalls eine Kompass- und Lotsenfunktion im Feld der Gesundheitsförderung einnehmen.

### Lotte Kaba-Schönstein – „eine begnadete Vernetzerin“

Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen und Laudator für Lotte Kaba-Schönstein, gewährt dem Publikum zunächst Einblicke in das Leben der Preisträgerin. Geboren und aufgewachsen im Nordschwarzwald, absolvierte sie zunächst eine Ausbildung als Krankenschwester und arbeitete anschließend mit an Krebs erkrankten Menschen.

Der Erwerb von Wissen begleitete ihr ganzes Leben. In den 1970er Jahren absolvierte sie ein Studium der Sozialarbeit und arbeitete anschließend in der Gesundheits- und Familienfürsorge im Landkreis Kassel. Dort wurde sie für das Thema Chancengleichheit sensibilisiert. Anschließend studierte sie Sozialwissenschaften in Göttingen. 1997 erhielt sie eine Professur an der Fachhochschule Esslingen im Bereich soziale Arbeit und Gesundheitsförderung. Ihre Teilnahme an zahllosen, auch internationalen Konferenzen, so etwa an der Konferenz in Genf zum Thema Chancengleichheit (1989) oder der Sundsvall-Konferenz (1991), zeigt ihre nicht nachlassende Wissbegier. Nie verstand sie Gesundheitsförderung dabei als ein Projekt der

Nordhalbkugel, sondern immer als ein international relevantes Arbeitsfeld.

Als Prä-Google zu Gesundheitsförderungslinks bezeichnet Thomas Altgeld sie, als wandelndes Lexikon. Das drücke sich auch in ihrer Neigung aus, nie mit weniger als 5 bis 10 kg Papier im Gepäck zu reisen. „Sie ist eine der begnadetsten Vernetzerinnen, die ich kenne. Ebenso wie Carola. Mit ihr verbindet sie außerdem, dass sie die Arbeit mit nach Hause nimmt und dass sie – aufgrund ihrer Biographie – die verschiedensten Arbeitsbereiche kennt. Was sie wesentlich mit vorangebracht hat, war das Thema gesundheitliche Chancengleichheit in den Internationalen Fortbildungslehrgängen zur Gesundheitsförderung (BZgA/WHO/ZAG Lüneburg) sowie in Gesundheitliche Chancengleichheit. Außerdem ist sie seit den 1990er Jahren Mitglied der Redaktionsgruppe der (von der BZgA herausgegebenen) ‚Leitbegriffe der Gesundheitsförderung‘“.

Auch die Geehrte erinnert sich, nachdem sie Preis und Urkunde in Empfang genommen hat, an Carola Gold und daran, „mit wie viel Energie sie ihre Ziele verfolgte“. „Was mich mit ihr verbindet“, so Lotte Kaba-Schönstein über die Parallelen zwischen ihr und Carola Gold, „ist, dass wir gern lachen und arbeiten und planen.“ Und sie betont: „Es war mir immer wichtig, Gesundheit nicht zu individualisieren, Gesundheit für alle zu fordern.“ Schon in jungen Jahren in ihrer Arbeit in der Familienfürsorge habe es sie erschrocken, wie sehr sie schon kleinen Kindern die Auswirkungen gesundheitlicher Chancenungleichheit angesehen habe, z.B. an ihrer blass-grauen Haut und ihrem krausen, stumpfen Haar, verglichen mit ihren bessergestellten Altersgenossen. Diese Erfahrungen haben sie geprägt und nicht mehr losgelassen und ihre Arbeit vorangetrieben. Auch berufsbiografisch war es ihr dabei stets ein großes Anliegen, die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren und Berufe voranzutreiben. Gesundheit verstand sie immer auch als politische Frage.

## Ellis Huber – „Provokateur und Integrator“

Anschließend tritt Prof. Rolf Rosenbrock (Vorstandsvorsitzender von Gesundheit Berlin-Brandenburg und des Paritätischen Gesamtverbandes) ans Rednerpult, um den zweiten Preisträger des Abends zu würdigen: Dr. Ellis Huber. 1979 war er ihm erstmals im damaligen West-Berlin begegnet, in der Vorbereitung des Gesundheitstages 1980, der maßgeblich durch Ellis Huber vorangetrieben wurde. Der Gesundheitstag hatte insgesamt 12.000 Teilnehmende, ein sagenhafter Erfolg. „Da ist beim Kongress Armut und Gesundheit noch viel Luft nach oben!“ Dieser Gesundheitstag stellte, so Rosenbrock, den Urknall der modernen Gesundheitsbewegung in Deutschland dar: Die Akademisierung von Public Health stünde ebenso wie der Kongress Armut und Gesundheit in dieser Tradition.

Rolf Rosenbrock beschreibt Ellis Huber als immer fairen Kooperationspartner und guten Zuhörer. Er berichtet von ihrer gemeinsamen Teilnahme als Sachverständige an der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1987-1989), ein Meilenstein auf dem Weg zur Verabschiedung des Präventionsgesetzes. 1987 bis 1999 war Huber Präsident der Ärztekammer Berlin: eine provokante Stimme (Rosenbrock: „Das war schön!“), zugleich aber auch ein großer Integrator. Den Kongress Armut und Gesundheit hat

er – gemeinsam mit Prof. Trabert – initiiert und auf den Weg gebracht. Insofern kann er als einer der vielen Väter des Kongresses gelten.

Ellis Huber reist bei seinen Dankesworten zurück in die Kindheit, zurück in das Dorf seiner Eltern in Süddeutschland. Er berichtet vom Vater, der Handwerker war. Von ihm lernte er den Umgang mit Bohrmaschine und Gewindeschneider. „Das hat mir später als Arzt sehr geholfen!“ fügt er scherzhaft hinzu. Auch berichtet er davon, wie er sich als katholischer Bauernsohn einer Laufbahn als Pfarrer entziehen konnte, da seine Eltern trotz ihres geringen Einkommens hohe Beträge in den selbstbestimmten Ausbildungsweg des Sohnes investierten.

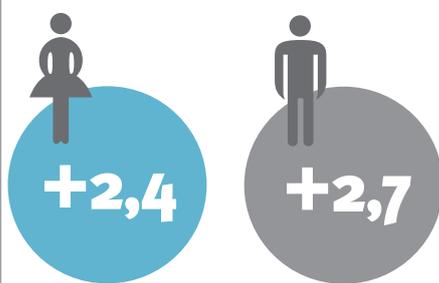
Auf die Gesundheitstage zurückblickend betont er, dass es nicht darum ging, Fürsorge für die Armen zu betreiben. Vielmehr sollten ihnen die Mittel zur Gestaltung ihrer Lebenswelt an die Hand gegeben werden. Zugleich ist das Überwinden von Grenzen – zwischen Experten und Laien, zwischen den Professionen oder zwischen Gesundheitsförderung und Medizin – ein wesentliches Anliegen seiner Arbeit, mit einem beständigen Fokus auf Interdisziplinarität, Ressourcenorientierung, Empowerment und sozialer Verantwortung. Darum ginge es auch dem Kongress Armut und Gesundheit, der immer wieder Mut und Zuversicht vermittele. In diesem Sinne beschließt Ellis Huber seine Ausführungen: „Ich nehme den Preis als Ausdruck eurer aller Leistung und in diesem Sinne mit Herzklopfen und Freude entgegen!“

### Hintergrund

Seit 2012 wird der Carola Gold-Preis an Menschen verliehen, die sich in herausragender Weise für die Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit einsetzen. Preisträgerinnen und -träger der vergangenen Jahre waren Eva Göttlein und Heinz Hilgers (im Jahr 2013), Ingeborg Simon und Dr. Andreas Mielck (im Jahr 2014) sowie im vergangenen Jahr Dr. Jenny De la Torre Castro und Klaus-Peter Stender. Der Carola Gold-Preis wurde gemeinsam vom Vorstand von Gesundheit Berlin-Brandenburg und dem Steuerungskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufen. Ausgelobt wird der Preis von den Landesvereinigungen für Gesundheit(-sförderung) sowie dem AWO Bundesverband.



### Mortalitätsrisiko im Verhältnis zum Einkommen



Frauen und Männer, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegen, haben ein um das 2,4- bzw. 2,7-fache erhöhtes Mortalitätsrisiko im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe. Infolgedessen erreicht in der niedrigen Einkommensgruppe ein deutlich geringerer Anteil der Frauen und Männer das 65. Lebensjahr.<sup>1</sup>

# Kongress Armut und Gesundheit 2016

## Persönliches



Maren Janella bei ihrer Abschlussrede

### Rückblick

116 Veranstaltungen, zwei Kongresstage, 2.300 Teilnehmende, davon über 500 inhaltlich Beteiligte: Der Kongress Armut und Gesundheit 2016 hat erneut sämtliche Rekorde gebrochen.

Natürlich kann und sollte diese Entwicklung als Indikator dafür genutzt werden wahrzunehmen, von welch starkem Interesse die Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit inzwischen ist. Natürlich kann und sollte es als positive Weiterentwicklung gewertet werden, dass Themen wie Ökonomie, Stadtentwicklung oder Digitalisierung inzwischen ebenso im Kongressprogramm zu finden sind wie die notwendigen, eher klassischen zielgruppenspezifischen Fragestellungen. Natürlich kann und sollte es als Erfolg gewertet werden, dass durch ein sich kontinuierlich erweiterndes Netzwerk diese Breite an Themen inzwischen abgebildet werden kann und immer neue Akteurinnen und Akteure hinzukommen.

Wir haben den diesjährigen Kongress aber auch als eine Art Bewährungsprobe erlebt: Wie viele Veranstaltungen gleichzeitig sind den Teilnehmenden und Mitwirkenden noch zumutbar? Wie viele Teilnehmende können den Kongress eigentlich maximal besuchen? Ist uns der Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik

wirklich gelungen? Was kann das Kongressteam (noch) leisten?

### Feedforward

Der Kongress erhebt seit Anbeginn den Anspruch, aktuelle gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen abzubilden und adäquat aufzugreifen. Das Kongressjahr 2016 war hier in vielerlei Hinsicht ein ganz Besonderes. Noch nie waren wir mit solch einer Fülle an Entwicklungen und Themen gleichzeitig konfrontiert. Natürlich: Ein Mehr an Veranstaltungen, Themen und Teilnehmenden macht nicht automatisch ein Mehr an Qualität und Ergebnissen. Aber: ein Mehr in allen diesen Feldern schafft ein Mehr an Grundlage. Diese Grundlage ist und war aus unserer Sicht dringend notwendig, um die Entwicklungen um den Kongress Armut und Gesundheit herum adäquat abzubilden. Der Kongress versteht sich seit Anbeginn als Plattform, viele seiner Besucherinnen und Besucher sowie Mitwirkende als Lobbyisten von/für Menschen in schwieriger sozialer Lage. Die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen haben die entsprechenden Anpassungen notwendig gemacht. Der Kongress Armut und Gesundheit 2016 hat diese konsequent abgebildet: in 116 Veranstaltungen, einem begleitenden Rah-

menprogramm, mit über 500 inhaltlich Beteiligten und an zwei Tagen.

Die Bewährungsprobe ist geglückt. Sie macht jedoch zukünftige Konsequenzen notwendig:

- „Mehr Qualität“: Das Kongressprogramm wird bereits seit einigen Jahren durch einen breiten Expertinnen- und Expertenkreis mitgestaltet. Diese partizipative Vorgehensweise wird für das kommende Kongressjahr weiter ausgebaut.
- „Was hat das mit Armut zu tun?“, Die Auswahlkriterien zur Aufnahme in das Kongressprogramm, bezogen auf das Kernthema „Armut und Gesundheit“, werden erneut verschärft.
- „Wie soll ich mich da entscheiden?“, Mit der Umsetzung von 116 Veranstaltungen war die Belastungsgrenze erreicht. Im kommenden Jahr wird es wieder weniger Veranstaltungen geben.
- „Ist der Kongress Wissenschaftskongress oder sozial-politische Bewegung?“, eine Plattform für Beides (und mehr)!

### Ausblick

Der kommende Kongress Armut und Gesundheit findet am 16. und 17. März 2017 an der Technischen Universität Berlin statt. Für die Eröffnungsrede konnten wir Prof. Richard Wilkinson, Professor emeritus für social epidemiology der University of Nottingham und (Mitbe-)Gründer des Equity Trusts gewinnen. Gemeinsam möchten wir diskutieren, wie Solidarität und Gesundheit in Wechselbeziehung zueinander stehen und welchen Beitrag Public Health für eine solidarische(re) Gestaltung des Gesundheitswesens und weiterer gesundheitsrelevanter Politikbereiche leisten kann. Das Motto des kommenden Kongresses lautet „Gesundheit solidarisch gestalten“.

Diskutieren Sie gerne mit! Nähere Informationen finden Sie unter:

[www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de).

Maren Janella  
Projektleiterin  
des Kongresses Armut und Gesundheit

## Termine

Weitere Termine auch unter [www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de) und [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Kontakt für Veranstaltungen (falls nicht anders angegeben): Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: 030 - 44 31 90 72; [presse@gesundheitbb.de](mailto:presse@gesundheitbb.de)

## Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Kind und Familie

Datum: Fr., 2. September 2016

Zeit: 10.00 – 12.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle Gesundheit

Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock

[www.gesundheitbb.de/Kind-und-Familie.1354.o.html](http://www.gesundheitbb.de/Kind-und-Familie.1354.o.html)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung

Datum: Di., 6. September 2016

Zeit: 15.00 – 17.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle Gesundheit

Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock

[www.gesundheitbb.de/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung.1133.o.html](http://www.gesundheitbb.de/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung.1133.o.html)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Bewegung und Ernährung

Datum: Mi., 14. September 2016

Zeit: 15.00 – 17.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle Gesundheit

Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock

[www.gesundheitbb.de/Veranstaltungen-von-Gesundheit-Berlin-Brandenburg.1456.o.html?&no\\_cache=1&tx\\_systematrixeve\\_pi1\[EVE\\_ID\]=681](http://www.gesundheitbb.de/Veranstaltungen-von-Gesundheit-Berlin-Brandenburg.1456.o.html?&no_cache=1&tx_systematrixeve_pi1[EVE_ID]=681)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Altern und Gesundheit

Datum: Mo., 26. September 2016

Zeit: 15.00 – 17.30 Uhr

Ort: Geschäftsstelle Gesundheit

Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock

[www.gesundheitbb.de/Altern-und-Gesundheit.641.o.html](http://www.gesundheitbb.de/Altern-und-Gesundheit.641.o.html)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Migration und Gesundheit

Datum: Mi., 28. September 2016

Zeit: 15.00 – 17.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle Gesundheit

Berlin-Brandenburg e. V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, 4. Stock

[www.gesundheitbb.de/Migration-und-Gesundheit.1355.o.html](http://www.gesundheitbb.de/Migration-und-Gesundheit.1355.o.html)

## Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

### Kongress

#### Demografiemerkmal 2016

Datum: Do. und Fr., 1. und 2. September 2016

Zeit: 9.00 – 18.00 Uhr

Veranstalter: Gesundheitsstadt Berlin

Ort: Hotel InterContinental Berlin, Budapester Straße 2, 10787 Berlin

[www.der-demografiemerkmal.de](http://www.der-demografiemerkmal.de)

### Konferenz

#### Quartiersmanagement in der Sozialen Stadt

Datum: Di., 20. September 2016

Veranstalter: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

Ort: Alte Börse Marzahn, Zur Alten Börse 59, 12681 Berlin

[www.bbsr.bund.de](http://www.bbsr.bund.de)

### Konferenz

#### BZgA-Bundeskonferenz 2016 „Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere Menschen in der Kommune - Herausforderungen und Chancen“

Datum: Fr., 30. September 2016

Veranstalter: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Bundesministerium für Gesundheit

Ort: Mercure Hotel MOA Berlin, Stephanstr. 41, 10559 Berlin

[www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/?uid=409435027c7588233faab1006fa43306&id=anmelde\\_maske3](http://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/?uid=409435027c7588233faab1006fa43306&id=anmelde_maske3)

## Veranstaltungen von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Fachtagung

#### Gesundes Aufwachsen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Brandenburg gemeinsam gestalten - Herausforderungen, Ansätze, Perspektiven

Datum: Di., 20. September 2016

Veranstalter: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg in Kooperation mit dem Bündnis Gesund aufwachsen in Brandenburg

Ort: Potsdam

[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

## Veranstaltungen im Bundesgebiet

### Wettbewerb

#### 6. Niedersächsischer Gesundheitspreis 2016

Bewerbungsschluss: 5. August 2016

Veranstalter: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zusammen mit dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, der AOK Niedersachsen, der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und der Apothekerkammer Niedersachsen

[gesundheitspreis-niedersachsen.de/gesundheitspreis-2016](http://gesundheitspreis-niedersachsen.de/gesundheitspreis-2016)

### Tagung

#### 23. Robert-Koch-Tagung

Datum: Do. und Fr., 8. und 9. September 2016

Veranstalter: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG AFS) zusammen mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. sowie dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt

Ort: Leuphana Universität Lüneburg, Scharnhorststraße 1, 21335 Lüneburg

[www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/569-23-robert-koch-tagung](http://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/569-23-robert-koch-tagung)

## Save the date!

Schon jetzt möchten wir Sie herzlich einladen, am Kongress Armut und Gesundheit 2017 teilzunehmen!

**16. und 17. März 2017**  
Technische Universität Berlin

Die Satellitentagung zum kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ wird traditionell einen Tag zuvor, am 15. März 2017, ausgerichtet.

[www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

## Gesundheit als Lebensprojekt

In seinem Buch „Gesundheit als Lebensprojekt – Die Dynamik der Salutogenese“ beschreibt Rüdiger-Felix Lorenz das von Aaron Antonovsky entwickelte Konzept aus verschiedenen Perspektiven. Der Sammelband enthält neun ausgearbeitete Fassungen von Vorträgen, die zwischen 2005 und 2015 anlässlich der Kongressreihe „Armut und Gesundheit“ gehalten wurden. Der Autor gestaltet – ebenfalls seit 2005 – die fachliche Koordination des Forums „Salutogenese“ auf dem Kongress.

In seiner Einleitung skizziert Rüdiger-Felix Lorenz zunächst (S. 13 ff.) gängige Gesundheitsmodelle, die Gesundheit reduktionistisch als individuelles und ausschließlich körperbezogenes Geschehen bzw. negativ als die Abwesenheit von Krankheit beschreiben. Entsprechend ist auch unser Gesundheitssystem vornehmlich „ein Krankheits- oder Reparatursystem“ (S. 31). Ein biografisches Kapitel zur Person Aaron Antonovskys leitet über zum Konzept der Salutogenese, welches – anders als zuvor vorgestellte Ansätze – die Ressourcen von Menschen in den Mittelpunkt stellt. Themen wie Resilienz und das persönliche Kohärenzgefühl spielen darin eine wesentliche Rolle.

Die daran anknüpfenden Beiträge setzen Salutogenese etwa in Bezug zu Edvard Munchs Schöpferkraft (S. 109 ff.), zur Bedeutung sozialer Beziehungen (S. 67 ff.), zu Amartya Sens Konzept der Verwirklichungschancen (S. 129 ff.) und zu Prochaskas Transtheoretischem Modell (S. 139 ff.). Wer wissen will, wie dies alles mit der Salutogenese zusammenhängt, dem sei die Lektüre des Bandes wärmstens ans Herz gelegt.



Immer wieder scheint zwischen den Zeilen die Begeisterung des Autors für das Thema hindurch, etwa in seinen abschließenden Worten (S. 168): „Was ich am Salutogenese-Konzept besonders wertschätze, ist die Dimension des Vertrauens. Wenn wir uns auf andere Menschen verlassen können, wenn wir uns ihnen anvertrauen können, dann generieren wir in wechselseitiger Bezogenheit immer wieder das Vertrauen, in sich selbst zu vertrauen. Bietet diese Dimension im sozialen Miteinander nicht an sich schon eine Qualität, die Gesundheit ermöglicht?“

Das Konzept der Salutogenese regt einen lösungsorientierten Perspektivwechsel an, der die Ressourcen von Menschen und die Prozesshaftigkeit von Gesundheit in den Blick nimmt und immer wieder auch aufzeigt, welche Potenziale eben dieser Blickwechsel in der vor allem soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bietet.

*Rüdiger-Felix Lorenz (2015), „Gesundheit als Lebensprojekt – Die Dynamik der Salutogenese“. Akademische Verlagsgemeinschaft München, 1. Auflage. ISBN: 978-3-86924-961-2*

## Impressum

**Herausgeber und Verleger:**  
Gesundheit Berlin-Brandenburg,  
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 **abbestellen** oder eine **Adressänderung** angeben möchten, schreiben Sie bitte an sekretariat@gesundheitbb.de.

**Redaktion:**  
Stefan Pospiech (V. i. S. d. P.),  
Marion Amler, Anika Bitonto, Nicole Böhme, Kerstin Hocke, Maren Janella, Lena Kückels

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

**Auflage:** 4.000

**Satz und Layout:**  
Connye Wolff, www.connye.com

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

**Copyright:**  
Gesundheit Berlin-Brandenburg, Juni 2016  
E-Mail an: redaktion@gesundheitbb.de  
ISSN 1614-5305

**Bildnachweise:**  
alle Fotos: André Wagenzik  
Titel Seite 2: Robert Koch-Institut  
Grafik Seite 14-15: Christoph Kellner  
(studio animanova) und Gabriele Schlipf (momik)  
Grafik Seite 15: Christoph Kellner  
Titel Seite 28: Akademische Verlagsgemeinschaft