



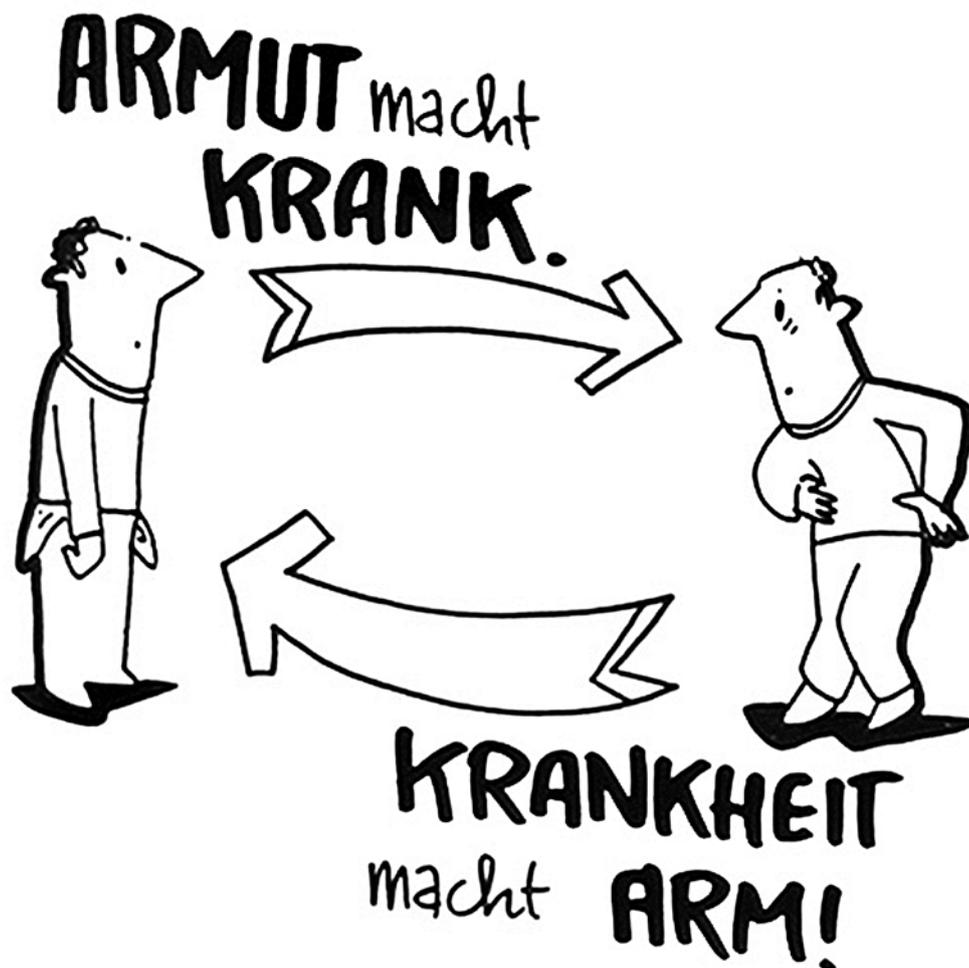
# Info\_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

1|17

Themenschwerpunkt Armut und Gesundheit



Grafik: Christoph Kellner (studio animanova) und Gabriele Schlipf (momiX)

## | Kurzmeldungen und Personalien

**Berlin hat eine neue Landesregierung.** Michael Müller wurde am 8. Dezember 2016 vom Abgeordnetenhaus zum Regierenden Bürgermeister von Berlin wiedergewählt. Auch die Senatorinnen und Senatoren wurden ernannt. Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ist Dilek Kolat (SPD). Staatssekretär Boris Velter (SPD) ist für den Bereich Gesundheit verantwortlich.

Quelle: [www.berlin.de/rbmskzl](http://www.berlin.de/rbmskzl)

**Neue Landesvereinigung PuGiS im Saarland gegründet:** Nach der Auflösung der alten Landesvereinigung LAGS hat ein breiter Kreis von Akteur\*innen nun einen neuen Verein ins Leben gerufen, „Prävention und Gesundheit im Saarland“, abgekürzt PuGiS. Zu seinen ersten Aufgaben gehört die Koordinierung des Programms „Das Saarland lebt gesund“ und die Trägerchaft der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit. Erster Vorsitzender ist Armin Beck.

**Gemeinsames Bündnis „Reichtum umverteilen – ein gerechtes Land für alle!“** kündigt Aktionsplan zum Bundestagswahlkampf an: Zum Bündnis gehören neben ver.di, attac, Arbeiterwohlfahrt (AWO) und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband auch die Nationale Armutskonferenz und der Deutsche Mieterbund sowie über 20 weitere bundesweit aktive Organisationen und Initiativen aus verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen.

Quelle: [www.der-paritaetische.de/nc/pressebereich](http://www.der-paritaetische.de/nc/pressebereich)

**Landesrahmenvereinbarungen in vielen Bundesländern unterzeichnet:** Nachdem das Präventionsgesetz im Sommer 2015 und Anfang 2016 die Bundesrahmenempfehlungen verabschiedet wurden, haben inzwischen viele Bundesländer auch die Landesrahmenvereinbarungen beschlossen. Eine Übersicht findet sich hier: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/dokumente-praeventionsgesetz](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/dokumente-praeventionsgesetz).

**RKI veröffentlicht die „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung“.**

In der Sonderausgabe des *Journal of Health Monitoring* wird die Version 1.0 der „Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung“ vorgestellt. Anhand von Leitlinien und Empfehlungen bietet sie eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten. Herausgeber der Publikation ist das Robert Koch-Institut.

Quelle: [www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

**Video: Was ist eine Präventionskette und wie baut man sie auf?**

Expertinnen und Experten aus zehn Bundesländern berichten im Film von eigenen Erfahrungen bei der Entwicklung einer integrierten kommunalen Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention. Ihr Ziel ist, allen Kindern und Jugendlichen ein gelingendes Aufwachsen zu ermöglichen und die erforderlichen Bedingungen in gemeinsamer Verantwortung zu gestalten.

Einsehbar unter: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?artikel2=1052](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?artikel2=1052)

**Petra Hofrichter übernimmt die fachliche Leitung der HAG:** Zum 1. Februar 2017 wurde Petra Hofrichter die fachliche Leitung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) übertragen. Zuvor hatte sie diese Position seit Mitte Januar 2016 kommissarisch inne. Seit 16 Jahren verantwortet die Soziologin den Arbeitsbereich „Soziale Lage und Gesundheit“. Sie hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg aufgebaut und ist ausgewiesene Expertin in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention.

Quelle: HAG aktuell

## In dieser Ausgabe

|  |    |
|--|----|
| Kurzmeldungen und Personalien                        | 2  |
| <b>Themenschwerpunkt Armut und Gesundheit</b>        |    |
| Mehr Traute. Mehr Solidarität                        | 4  |
| Herausforderungen in Brandenburg                     | 8  |
| Nudel-Box oder Verdi-Opern?                          | 10 |
| Wachsende gesundheitliche Ungleichheit europaweit    | 12 |
| AK kritisiert 5. Armuts- und Reichtumsbericht        | 14 |
| KGC – Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit  | 15 |
| Darum Suchtprävention in der Schule                  | 16 |
| Wettbewerbe  | 18 |
| Psychische Beeinträchtigungen als Armutsfaktor       | 19 |
| Geteilte Entscheidungsmacht?                         | 20 |
| Rezension:<br>Ethik in den Gesundheitswissenschaften | 22 |
| Rezension:<br>Soziale Spaltungen in Berlin           | 22 |
| <b>Termine / Veranstaltungen</b>                     | 23 |
| Impressum  | 24 |

## | Editorial

„Je größer die Unterschiede zwischen Arm und Reich, umso größer sind auch die sozialen Probleme. Ob es um Kriminalität, Gewalt, Drogenmissbrauch, Schwangerschaften im Kindesalter, um schlechte Gesundheit, Fettleibigkeit, den Bildungsstand oder die Lebenserwartung geht: Überall zeigt sich, dass »ungleiche« Staaten wesentlich schlechter dastehen. Und zwar nicht nur ein bisschen schlechter (Die Zeit vom 23.10.2010)“. Mit dieser Botschaft erregten Richard Wilkinson und Kate Pickett weltweit Aufmerksamkeit. Auf dem diesjährigen Kongress Armut und Gesundheit wird Richard Wilkinson den Kongress Armut und Gesundheit eröffnen. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit, die Thesen weiterführend „Im Gespräch“ zu diskutieren.

Beharrlich thematisiert der Kongress seit 22 Jahren, wie gesamtgesellschaftlich angegangen werden kann, was gesamtgesellschaftlich entsteht: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen – mit zunehmender Tendenz. 2017 wird diese Frage unter dem Leitthema der Solidarität diskutiert. Alles deutet darauf hin, dass der Abbau von Ungleichheiten der beste Weg zur Verbesserung unserer sozialen Lebenswelt und damit auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für alle ist.

Armut steht auch im Fokus der vorliegenden Ausgabe des *Info\_Dienstes für Gesundheitsförderung*. Zuletzt erregte die Entwurfsfassung des 5. Armuts- und Reichtumsberichtes die Gemüter. Viele Stellungnahmen (vgl. auch S. 14) formulieren Schwachstellen und Versäumnisse. Ebenfalls im März (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe) erscheint der aktuelle Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Dies zeigt, dass das Thema Armut zwar stärker in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Offen bleibt jedoch, ob auch die notwendigen politischen und gesellschaftlichen Konsequenzen gezogen werden.

Auf dem Kongress können diese und viele andere zentrale Public Health-Fragen mit mehr als 500 Referierenden in insgesamt 121 Panels diskutiert werden. Allen, die an seiner Vorbereitung beteiligt waren, gilt unser ausgesprochen Dank!

Wir wünschen Ihnen inspirierende, lebhaftige Diskussionen auf dem Kongress Armut und Gesundheit!

*Stefan Pospiech, Geschäftsführer von  
Gesundheit Berlin-Brandenburg*

# | Mehr Traute. Mehr Solidarität

## Susanne Gerull und Stefan Pospiech im Gespräch

*Susanne Gerull (SG) ist Professorin für Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit mit den Schwerpunkten Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und niedrigschwellige Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin. Sie vertritt die ASH in der Landesarmutskonferenz (lak) Berlin, ist Mitglied des SprecherInnenrats und Sprecherin der Fachgruppe „Armutsbegriff“. Sie blickt auf eine insgesamt 15-jährige Erfahrung als Sozialarbeiterin in der Wohnungslosenhilfe zurück. Der Diplom-Politologe Stefan Pospiech (SP) arbeitete zunächst in der Krankenpflege. Im Jahr 2004 begann er seine Mitarbeit bei der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, die damals noch Gesundheit Berlin hieß. Seit 2011 ist er Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Für den Info\_Dienst (ID) sprach mit Beiden Marion Amler.*

**ID:** Beginnen möchte ich das Gespräch mit einer Begriffsbestimmung von Armut. Frau Prof. Gerull, ich möchte Sie bitten, zunächst kurz zu schildern, was Armut in Deutschland bedeutet und welche Dimensionen es umfasst.

**SG:** Eine universelle Definition von Armut kann es nicht geben. Es kommt vielmehr darauf an, welche Intention ich damit verfolge. Eine Bundesregierung beispielsweise hat eine andere Definition von Armut als Sozialarbeiter\*innen oder auch Betroffene.

Monetäre Einkommensarmut ist ein Schlüsselmerkmal für Armut und beeinflusst alle anderen Dimensionen. Aber Armut ist sehr viel mehr als das. Mehr als die Summe, die als Regelsatz beim ALG II gezahlt wird und mehr als die 60 Prozent-Regelung der EU: wer weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens hat, gilt als armutsgefährdet. In der Präambel der Satzung der Lan-

desarmutskonferenz (lak) Berlin – und so verstehe auch ich als Wissenschaftlerin in der Armutsforschung den Begriff – wird Armut als Kumulation von Unterversorgungslagen und sozialen Benachteiligungen definiert. In der Regel ist sie mit Einkommensarmut verbunden, aber ich denke zum Beispiel an einen älteren wohnungslosen Menschen, der auf der Straße lebt, psychisch krank und vollkommen sozial isoliert ist, aber aufgrund einer Erwerbsunfähigkeitsrente alle Grenzen von Einkommensarmut sprengt. Auch er ist arm.

Armut lässt sich nicht vollständig objektivieren. Zwar ist beispielsweise Arbeitslosigkeit ein ganz wichtiger Indikator für Armut, aber es gibt auch selbstbestimmte Arbeitslosigkeit. Also muss ich immer ganz individuell gucken. Einige Menschen leben zwar ganz bescheiden, empfinden sich aber nicht als arm. Deswegen kann ich mich dem Begriff auch nur nähern, indem ich den Blickwinkel kläre.



© suze/photocase

**SP:** Das ist auch für den Bereich der Gesundheitsförderung sehr interessant, denn im Präventionsgesetz beispielsweise werden vulnerable Zielgruppen benannt: ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten, behinderte Menschen, arbeitslose Menschen. Das sind Zuschreibungen, die riesige Bevölkerungsgruppen betreffen. Ohne den von Ihnen erwähnten individualisierenden Blick können wir Angebote, Maßnahmen oder auch politische Strategien gar nicht auf die Bedarfe herunterbrechen.

Wenn wir Projekte planen, tun wir das nicht, indem wir uns am Armutsbegriff und an der 60 Prozent-Regel orientieren. Sondern wir versuchen, in bestimmten Sozialräumen Bedarfe zu erheben, die die Menschen dort wahrnehmen, und uns daran zu orientieren. Deshalb finde ich die Loslösung vom „amtlichen Begriff“ sehr passend.

*„Armut wird als Kumulation von Unterversorgungslagen und sozialen Benachteiligungen definiert. Monetäre Einkommensarmut ist ein Schlüsselmerkmal. Aber Armut ist sehr viel mehr als das!“*

**SG:** Es gibt mindestens zwei Ebenen der Armutsbekämpfung. Es gibt einerseits eine politische und administrative Verantwortung, für politische Rahmenbedingungen zu sorgen. Dann gibt es auf der anderen Seite sogenannte Unterstützungsangebote. Und beides muss natürlich da sein! In meiner Studie zur Wohnungsversorgung ist dies sehr deutlich geworden. Natürlich ist es wunderbar, wenn ein sogenannter Sozialmakler eines freien Trägers einem wohnungslosen Menschen eine Wohnung organisiert. Aber eigentlich ist doch Wohnen ein Menschenrecht! Und eigentlich muss doch das Land Berlin die Rahmenbedingungen schaffen, dass jede\*r eine Chance auf eine Wohnung hat! Genauso sehe ich das in den Bereichen Arbeit, Bildung etc. Ansonsten ist Sozialarbeit nur systemerhaltend.

**SP:** Vor diesem Paradoxon stehen wir auch. Wir erreichen mit den Angeboten, wenn sie nicht auf die Bedarfe im Sozialraum ausgerichtet sind, ja zumeist andere Bevölkerungsgruppen, was wir unter dem Begriff „Präventionsdilemma“ zusammenfassen. Ein wunderbares Kitaprojekt wird – wenn die Familie z. B. in beengten Wohnverhältnissen und in existentiellen Notlagen lebt – nur in bescheidenem Ausmaß die Lebenslage der Kinder verbessern. Aber: Wir müssen uns trotzdem bemühen, die Lebenswelt gesundheitsförderlich zu gestalten, denn wir können nicht darauf warten, dass sich die Rahmenbedingungen verbessern.

**SG:** Ganz unterschiedliche Bereiche kommen ja – wenn Sie den Begriff Familie erwähnen – dort zusammen. Diese werden leider in Deutschland wie auch in Berlin total

“ Mit einer Rente von 750 Euro kann man auf keinen Fall gut leben, es reicht gerade zum Überleben. Von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bin ich praktisch ausgeschlossen. Ich würd gern mal schwimmen gehen oder ins Kino ... Das ist ausgeschlossen.

- Uwe, 55 Jahre ”

Zitat aus **LEBEN TROTZ ARMUT:**  
<https://youtu.be/Wu4lpUvCM5U>

versäult und für sich allein gedacht. Das ganzheitliche Denken muss auch in Regierungsverantwortung umgesetzt werden. Hier setzt die integrierte Armut- und Sozialberichterstattung an. Diesen Ressortblick der einzelnen Senatsverwaltungen habe ich nie verstanden.

**SP:** Diese Erfahrung machen wir auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene auch. Wir verfolgen mittlerweile den Ansatz, nicht ein Projekt nach dem nächsten in der Kommune zu implementieren. Vielmehr unterstützen wir die kommunal zuständigen Personen in ihrem Bemühen, gemeinsam eine integrierte kommunale Strategie zu entwickeln. Weil sonst zum Teil Fördermittel unspezifisch zum Einsatz kommen: die Verwaltung für Inneres fördert den Sport, Gesundheit entwickelt eine Bewegungsstrategie, Bildung muss das Thema dann auch noch einmal setzen... Wenn hier Koordination und Abstimmung fehlen, dann fließt wirklich viel Geld nebeneinander. Es gibt, gerade in Hinblick auf die erwähnten Programme, vielversprechende Ansätze der ressortübergreifenden Abstimmung, aber die Überwindung des Ressortdenkens ist ein dicker Brocken.

*„Ich würde mir wünschen, dass wir über den Armutsbegriff wieder zu einer Debatte kommen: „Was muss der Staat eigentlich leisten?““*

Mit dem Präventionsgesetz verbanden sich große Hoffnungen, doch stellte sich zunächst vielerorts Ernüchterung ein. Schwierig ist, dass die zusätzliche finanzielle Verantwortung allein an die gesetzlichen Krankenkassen übergeben wurde. Zehn Jahre mussten Krankenkassen den Wettbewerb lernen und haben dies im Bereich der Prävention auch genutzt. Jetzt sagt der Gesetzgeber plötzlich, im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung lasst ihr den Wettbewerb weg, konzentriert euch auf Chancengleichheit, arbeitet zusammen und setzt eure Mittel solidarisch ein. Dass das nicht so funktioniert, wie man einen Schalter umlegt, ist keine große



*Vielleicht sollte Gesundheitsförderung ihre Anstrengungen künftig stärker konzentrieren auf die Förderung von Solidarität und weniger auf den Verzehr von Salat.*

*- Bettina Schmidt, 2009*

„Gesundheit solidarisch gestalten.“ Unter diesem Motto findet der Kongress Armut und Gesundheit in diesem Jahr zum 22. Mal statt. Die Workshops und Panels kreisen um das Thema der solidarischen Ausgestaltung von Gesundheit. Dabei werden die Spannungsverhältnisse zwischen Eigenverantwortung, Wettbewerb, persönlicher Freiheit und Solidarität ausgelotet. Ganz bewusst distanziert sich das Konzept der Solidarität dabei vom Trend der „Gesundheitsoptimierung“, von der „reinen Verhaltensprävention“ und von der auf das Individuum zentrierten Perspektive auf Gesundheit und ihre Förderung. Mehr unter [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

Überraschung. Doch man darf die Hoffnung nicht verlieren: ein Strategiewechsel ist erkennbar. Dieser ist auch notwendig, denn sonst bleibt das Präventionsgesetz Symbolpolitik.

Sehen Sie – mit Ihrer Erfahrung in der Sozialarbeit – einen Abbau von Solidarität in unseren sozialen Sicherungssystemen?

**SG:** Da, wo strukturelle Rahmenbedingungen sich verschlechtern, wie auf dem Wohnungsmarkt, fabriziere ich natürlich eine Konkurrenz unter den benachteiligten Gruppen. Wir diskutieren das in der Wohnungslosenhilfe ganz intensiv: die Konkurrenz zwischen Wohnungslosen, Geflüchteten und Menschen, die aus der EU zu uns kommen, die eigentlich formal komplett zur Wohnungslosenhilfe gehören. Aber nicht nur die Einrichtungen haben viele Schwierigkeiten, alles zu leisten. Sie müssen außerdem aufpassen, ob sie ihren „Zweck“ bei den Zielgruppen noch erfüllen, um keine Schwierigkeiten zu bekommen. Aber auch die Konkurrenz, die unter Wohnungslosen und Geflüchteten entsteht, ist ganz ganz bitter. Wo geflüchtete Menschen Ausgrenzungserfahrungen von Wohnungslosen erleben. Es gibt einen Aufsatz in der „wohnunglos“ mit dem Titel „Die Polen essen uns die Suppe weg“ von Marie-Therese Reichenbach, die von diesen Haltungen berichtet. Da sehe ich schon auch eine politische und mediale Mitverantwortung. Das erinnert an die Zeiten der Einführung von Hartz IV, als die Politik sich rhetorisch mächtig aus dem Fenster gelehnt und Diskriminierungen selbst lanciert hat.

**SP:** Ich finde die Frage interessant, wie die Verantwortung für die öffentliche Daseinsvorsorge von staatlicher Seite her definiert wird. Die Wohnungspolitik ist ein gutes Beispiel: wie viele Kommunen haben in den letzten Jahren ihre kommunalen Wohnungsbestände verkauft und mieten jetzt für viel Geld bei kommerziellen privaten Anbietern Wohnraum zurück. Es war aber eine bewuss-

te politische Entscheidung: den Staat schlanker zu machen. Dasselbe sehen wir bei der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen. Dass nämlich der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) immer weiter abgebaut wurde, dass er die Pflichtaufgaben, die er laut Gesetz hat, angesichts eines großen Bedarfes beim Infektionsschutz, bei Impfungen etc., nicht mehr wahrnehmen kann. Da würde ich mir wünschen, dass wir über den Armutsbegriff wieder zu einer Debatte kommen: Was muss Staat eigentlich leisten?

**SG:** Das Wichtige ist, dass es in beide Richtungen geht. Von den benachteiligten Gruppen wird dann auch noch verlangt: „Nun seid ihr doch mal solidarisch!“ Um ein weiteres Beispiel aus der Wohnungslosenhilfe anzubringen: Es gibt in Deutschland einen Unterbringungsanspruch. Das ist rechtlich festgelegt. Wenn nichts anderes da ist, dann steht Wohnungslos – überspitzt formuliert – die Präsidentensuite im Adlon zu. Anstatt die Menschen abzuweisen und in den Tiergarten zu schicken. Das wird momentan mit Füßen getreten, weil Politik und Administration immer nur re-agieren auf solche Notsituationen.

Und das genau ist unser Ansatzpunkt bei einer integrierten Armuts- und Sozialberichterstattung: Wenn wir eine Datenbasis haben, bei der wir mit ganzheitlichem Blick gucken können, was es für Notlagen und Ressourcen es gibt, können wir vorausschauend und strategisch planen. Ansonsten rennen wir den Entwicklungen hinterher und dann kitten wir nur mit sozialer Arbeit und Gesundheitsversorgung. Und letztendlich kostet das alles dann auch noch sehr viel mehr.

**SP:** Oft handelt es sich ja nicht um ein Erkenntnisproblem. Wir haben schon über Datenlagen gesprochen, wir haben über Rechtsansprüche gesprochen, die verankert sind. Nichtsdestotrotz werden entweder die Rechtsansprüche nicht erfüllt oder die Datensätze nicht zur Kennt-

nis genommen. Oder aber sie führen nicht in entsprechende politische Strategien. Was ist Ihr Ansatz? Wie kann man diesen Menschen und ihren Bedarfen mehr Gewicht verschaffen? Das ist ja immer das Anliegen des Kongresses Armut und Gesundheit: Themen auf die Agenda zu setzen, die sonst keine Lobby haben.

*„Natürlich können wir – Wissenschaft, Sozialarbeit, (durchaus auch bezahlte) Lobbygruppen, Wohlfahrtsverbände z. B. – auch Druck erzeugen. Es ist schade, dass da so wenig Traute vorhanden ist.“*

**SG:** Ganz politisiert würde ich sagen, dass Politik unter Druck gesetzt werden muss. Da vermisse ich manchmal in der Sozialen Arbeit das politische Mandat. Ehe ich das 15. Positionspapier schreibe, könnte ich auch überlegen, etwas zu tun, was Politik zum Handeln zwingt. Das gelingt bei anderen Gruppen besser. Menschen mit Behinderung zum Beispiel haben eine recht starke Lobby. Manche Benachteiligte wechseln evtl. auch in Lager, die wir nicht gern mit in unser Boot holen wollen. Aber solange kein Druck da ist, solange bestimmte Menschen aufgrund ihrer Armutserfahrung und aufgrund ihrer Erfahrung, dass sie doch nichts bewirken können, auch nicht wählen gehen ... Da muss Druck aufgebaut werden. Und natürlich können wir – Lobbygruppen, Wissenschaft, Sozialarbeit, durchaus auch bezahlten Lobbygruppen: Wohlfahrtsverbände usw. – auch Druck erzeugen! Es ist schade, dass da so wenig Traute vorhanden ist. Wenn die Wohnungslosenhilfe mal für eine Woche ihre Türen schließen würde ...

**SP:** Aus meinen eigenen Erfahrungen in der Krankenpflege weiß ich, dass Streiken sich sehr schwierig gestaltet, weil das Wohl der Patient\*innen immer an erster Stelle steht. Auch die Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit fühlen sich ihrem Klientel gegenüber ethisch sehr verpflichtet.

**SG:** Nun müssen ja nicht gleich alle Patient\*innen von der Herz-Lungen-Maschine abgekabelt werden und zum Roten Rathaus rollern [lacht]. Es gibt auch andere Möglichkeiten, zum Beispiel der Öffentlichkeitsarbeit. Alle zwei Jahre z. B. gibt es die Bundestagung der BAG Wohnungslosenhilfe. Die Abschlussveranstaltung 2015 wurde vor dem Brandenburger Tor abgehalten. Da haben wir einen Flashmob mit Wohnungslosen, mit Sozialarbeitenden und den Tagungsteilnehmenden gemacht. Und das war so beeindruckend! Hunderte von Menschen haben sich auf den Pfiff einer Trillerpfeife auf den Boden gelegt und Schilder hochgehalten. Mit diesem Bild waren wir überall in der Presse. Natürlich reicht eine einmalige Aktion nicht. Und natürlich ... ich schreibe gern Positionspapiere. Aber so etwas Leibliches, Handhabbares, wo die

Betroffenen einbezogen werden, ist wunderbar und oft viel wirksamer.

**SP:** Sollten sich Organisationen nicht stärker zusammenschließen, um den Druck auf vielen Schultern zu verteilen?

**SG:** Ein Zusammenschluss zwischen bezahlten Akteuren, NGOs und auch zivilgesellschaftlichen Gruppen wäre extrem fruchtbar. Aber auch dort gibt es mitunter Konkurrenz und nicht viel Solidarität, wenn zivilgesellschaftliche Gruppen sagen: „Ihr seid doch die hochbezahlte Wohnungsnotfallhilfe! Ihr seid nicht bei unseren Demos und ihr blockiert nicht die Zwangsräumung, sondern verfasst eine Broschüre in leichter Sprache, wie man sich beim Sozialamt seine Mietschulden übernehmen lässt.“ Aber ich glaube tatsächlich, dass dieser Zusammenschluss eine Lösung wäre, denn jede\*r Einzelne ist natürlich ohnmächtig und kann sich nicht weit aus dem Fenster lehnen.

**SP:** Das betrifft die Solidarität der Träger untereinander. Deshalb sind freiwillige Zusammenschlüsse wie die lak ein guter Weg, um eine solche Solidarität zu schaffen.

**ID:** Als abschließende Frage möchte ich gern noch von Ihnen erfahren, was Sie sich von der neuen Berliner Landesregierung erhoffen?

**SP:** Der Koalitionsvertrag liest sich nicht nur für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung vielversprechend. Gleichzeitig ist es natürlich das Eine, eine ganzheitliche Vision aufzuschreiben. Aber in der Umsetzung das Ressortdenken zu überwinden und vielleicht dem Nachbarressort, auch wenn es nicht von derselben Partei geleitet wird, einen Erfolg zu gönnen, das Andere. Durch Kooperation entsteht vielleicht der größere Gewinn für das Nachbar-Ressort. Und das politisch auszuhalten und nicht nur zu schauen, wie sich das eigene politische Mandat nutzen lässt, ... Wenn das wirklich ein neuer Politikstil würde – der momentan verspochen wird in dieser Regierung – das wäre gut.

**SG:** Auch ich bin vorsichtig optimistisch, obwohl ich nach der Holm-Affäre kurz bezweifelte, ob die Koalition überhaupt bis zum Sommer hält. Meines Erachtens ist der Koalitionsvertrag doch sehr viel konkreter als die früheren formuliert. Sehr konkrete Dinge wie „integrierte Armuts- und Reichtumsberichterstattung“ oder „Einführung einer Wohnungslosenstatistik“. Und das macht mich insofern optimistisch, als dass man natürlich damit eine ganz andere Handhabe hat. Dass einen die Macht des Faktischen mitunter in der praktischen politischen Arbeit umhaut, ist völlig normal. Aber was ich auf Facebook wahrnehme, und aus Gruppen, denen ich auch angehöre oder nahestehe, stimmt mich optimistisch.

## | Herausforderungen in Brandenburg

### Interview mit Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg



© BILDHAUS, Karoline Wolf

**Info\_Dienst:** Was sind für das Land Brandenburg die größten Herausforderungen im Zusammenhang mit Armut?

**Diana Golze:** Armut ist mehr als die Frage, ob jemand ein materiell gutes Leben führen kann. Die Folgen von Armut beeinträchtigen vor allem soziale Teilhabe und gefährden damit unser demokratisches Zusammenleben. Ganz besonders wichtig ist es natürlich, dass Kinder und Jugendliche möglichst unbeeinträchtigt durch die Auswirkungen von Armut gut und

gesund aufwachsen. Die sehr gute Gesundheitsberichterstattung des Landes belegt den Zusammenhang zwischen einer schwierigen sozialen Lage und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. So zeigen Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wesentlich häufiger Gesundheitsstörungen im Vergleich zu Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Die Anzahl der chronischen Erkrankungen ist im Vergleich etwa zweieinhalbmal so hoch. Auch Altersarmut wird eine immer größere Rolle spielen. Seit der Wende haben die Menschen in Ostdeutschland deutlich weniger als die Menschen in Westdeutschland verdient, viele haben gebrochene Erwerbsbiografien. Die Angleichung des Lohn- und Gehaltsniveaus im Osten kommt nur langsam voran. Ein Grund ist, dass die Tarifbindung in den ostdeutschen Ländern niedriger ist als im Westen. Das Land Brandenburg unterstützt mit der Sozialpartner-Richtlinie die Stärkung der Tarifbindung. Und wir fordern schon lange, dass der Bund endlich die vollständige Rentenangleichung Ost-West umsetzt. 27 Jahre nach der Wiedervereinigung kann man den Menschen in Ostdeutschland nicht mehr erklären, warum es immer noch zwei unterschiedliche Rentenwerte gibt. Höhere Gehälter und gerechte Renten tragen dazu bei, Altersarmut wirksam zu verhindern.

**Info\_Dienst:** Was können Sie auf der Landesebene tun?

**Diana Golze:** Die großen Weichen für eine gerechtere Verteilung des Wohlstands und eine wirkungsvolle Sozialpo-

litik werden auf der Bundesebene gestellt. Wir als Landesministerium sehen eine wesentliche Aufgabe darin, die zahlreichen Akteur\*innen im Land zu unterstützen, sich in ihren Arbeitsbereichen gegen die Folgen von Armut stark zu machen. Insbesondere unterstützen wir verschiedene landesweite Plattformen, die den Informationsaustausch fördern (ganz wichtig in einem Flächenland!) und auch dazu beitragen, gemeinsame Aktivitäten und Projekte auf den Weg zu bringen. 2015 haben wir dazu die Initiative „Starke Familien, starke Kinder“ – Runder Tisch gegen Kinderarmut ins Leben gerufen. Der Runde Tisch bringt von der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege über die Landesarmutskonferenz bis zu den Familienverbänden und den beiden großen Kirchen im Land starke Partnerinnen und Partner zusammen, um Erfahrungen auszutauschen, gute Beispiele kennen zu lernen und gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln. In diesem Rahmen begehen wir 2018 das Themenjahr „Kinderarmut und Gesundheit“ mit einer Menge Aktivitäten im ganzen Land. Bereits seit längerer Zeit arbeiten die Partner in den Bündnissen „Gesund Aufwachsen“ und „Gesund Älter werden“ daran, über Zuständigkeits-Grenzen hinweg Ansätze zu entwickeln und zu erproben.

**Info\_Dienst:** Gesundheit entsteht vor Ort – welche Möglichkeiten haben Sie, regionale Entwicklungen zu unterstützen?

*„Die Folgen von Armut beeinträchtigen vor allem soziale Teilhabe und gefährden damit unser demokratisches Zusammenleben.“*

**Diana Golze:** Die Kommunen im Land Brandenburg leisten bereits sehr viel und wir wollen sie unterstützen, dabei noch besser zu werden. Das Land fördert deshalb gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen die **Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)**, die auf Ebene der Landkreise den Aufbau integrierter kommunaler Strukturen („Präventionsketten“) unterstützt. In den beiden Modellregionen Märkisch-Oderland und Ostprignitz-Ruppin wurden diese Prozesse bereits angestoßen, weitere Landkreise und Kommunen kommen hoffentlich bald dazu. Während die Präventionsketten derzeit vor allem auf ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Ju-

gendlichen ausgerichtet sind, arbeitet die vom Land geförderte „**Fachstelle Altern und Pflege im Quartier**“ (FAPIQ) an der Verbesserung der Bedingungen für ein gesundes Älterwerden. Gemeinsam mit Landkreisen und Kommunen werden konkrete Lösungsansätze entwickelt, damit der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verschoben oder aber ganz vermieden wird und dass – falls es doch dazu kommt – pflegebedürftige Menschen möglichst lange und gut in ihrer vertrauten Umgebung leben können.

**Info\_Dienst:** Wie sind die Perspektiven?

**Diana Golze:** Wir wollen die bereits genannten Aktivitäten weiter unterstützen und wichtige Kooperationen fördern. Natürlich sind jetzt alle Augen auf die Umsetzung des Präventionsgesetzes im Land gerichtet. Am 14. März wird die Landesrahmenvereinbarung von den Partner\*innen unterzeichnet. Damit wird hoffentlich für das Land eine neue Etappe wirkungsvoller Zusammenarbeit eingeläutet. Dabei wollen wir das Rad nicht neu erfinden, sondern an bereits bestehende und bewährte Strukturen anschließen. Wie auch in den anderen Prozessen wird es hier darum gehen, trägerübergreifend die vorhandenen Ressourcen so zu bündeln, dass die Menschen in einer schwierigen sozialen Lage den größtmöglichen Nutzen davon haben und gleichzeitig der jeweilige Beitrag der Partner\*innen sichtbar bleibt. Da bin ich sehr zuversichtlich.

**Herzlichen Dank für das Gespräch!**

*Die Fragen stellte Marion Amler.*



**Weitere Informationen:**

- Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg:  
[www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)
- Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA):  
[www.buendnis-gesund-aufwachsen.de](http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de)
- Bündnis Gesund Älter werden (BGÄw):  
[www.bgaw.de](http://www.bgaw.de)
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Brandenburg:  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg)
- Fachstellen Altern und Pflege im Quartier:  
[www.fapiq-brandenburg.de](http://www.fapiq-brandenburg.de)
- „Starke Familien – Starke Kinder“ – Runder Tisch gegen Kinderarmut:  
[www.starke-familien-starke-kinder.de](http://www.starke-familien-starke-kinder.de)



Ich war technischer Leiter in einer Computerfirma. Habe sehr gut verdient, dann einen Bandscheibenvorfall gekriegt und war 18 Monate krank und... Ja, dann hat die Firma zugemacht und dann natürlich arbeitslos. Arbeitslosengeld 1, das ging ja gerade noch so und dann kam der große Renner: HartzIV. Das war natürlich das ganz schlimme Loch, in das ich gefallen bin. Wie gesagt, dann konnte man sich fast gar nicht mehr bewegen, die sozialen Kontakte sind fast alle abgebrochen. Vorher hat man jedes Wochenende was mit Kollegen und Freunden gemacht, aber das war alles nicht mehr möglich. Da war man froh, dass man überhaupt überleben konnte mit dem Geld, das man gekriegt hat. Naja, die Frau noch krank, dialysepflichtig, Sonderernährung. Und dann kriegt sie noch einen Zuschuss von ein paar Euro, das aber für die Medikamente, die man zusätzlich noch zahlen muss. Das ist unvorstellbar, in was für ein finanzielles und soziales Loch man da hineinfällt.

- Jürgen



Zitat aus LEBEN TROTZ ARMUT: <https://youtu.be/Wu4lpUvCM5U>

# | Nudel-Box oder Verdi-Opern?

## Warum Teilhaben mit niedrigem sozioökonomischen Status extrem anstrengend ist und immer noch viel kostet

*Undine Zimmer über die Definition von kultureller Teilhabe von Menschen im geringen Einkommen und Transferleistungen. Auszug aus dem Vortrag zum Symposium Armut – Bildung – Gesundheit, gehalten am 08.11.2016 in Ulm*

Eigentlich kann bei uns in Deutschland doch jeder alles, auch ohne viel Geld: eine Bibliotheksmitgliedschaft kostet fast nix. Arbeitslosenvereine und Soziale Träger organisieren kostenlose Veranstaltungen. Über die Arte-Mediathek hat man sogar Zugang zu den Konzerten von Sir Simon Rattle. Geht es also wirklich um Teilhabe oder um gewusst wie?

Andererseits, hört man nicht, dass kulturelle Angebote, die sich an Einkommensschwache wenden, zu wenig genutzt werden? Interessieren sich denn jene, die es am dringendsten bräuchten – die Bildungsfernen, Schulverweigernden und Langzeitarbeitslosen – überhaupt für Kultur oder reicht ihnen doch das Privatfernsehen?

### Teilhabe oder Ausgrenzung?

Dem Kinositz ist es schnuppe, ob ich mein Geld für einen französischen Arthaus-Film oder einen Blockbuster ausbe. Der Gesellschaft ist es aber nicht egal, was „arme“ Menschen gucken. Geht es um die Finanzierung von Teilhabechancen für Einkommensschwache, werden sich Politiker\*innen je nach Haushaltslage uneinig: Ist kulturelle Teilhabe nun Luxus oder Notwendigkeit?

*„Sozialtickets und Ermäßigungen gelten meist für eine bestimmte Art kultureller Veranstaltungen, die nicht selten einem bürgerlichen Ideal von Kultur entsprechen. Wer zu ‚The Cure‘ wollte, wird sich nicht für Verdis ‚Troubadour‘ begeistern, weil es dafür Freikarten gibt.“*

Sozialtickets und Ermäßigungen gelten meist für eine bestimmte Art kultureller Veranstaltungen, die nicht selten einem bürgerlichen Ideal von Kultur entsprechen. Wer zu ‚The Cure‘ wollte, wird sich nicht für Verdis ‚Troubadour‘ begeistern, weil es dafür Freikarten gibt. Selten fragen wir diejenigen, denen wir Teilhabe ermöglichen möchten, was Teilhabe für sie bedeutet. Teilhabe woran genau? Wer geht mit? Kann ich mich blamieren? Was ziehe ich an und mit wem kann ich hinterher darüber reden?

Das sind wichtige Aspekte. Selbstwahrnehmung spielt eine wesentliche Rolle dabei, ob ein Erlebnis als Teilhabe-Erfahrung oder Ausgrenzungs-Erfahrung eingeordnet wird.

### Wer darf was?

Finanzielle Förderung kultureller Teilhabe bei armutsgefährdeten Lebenslagen bedarf immer einer Legitimation: Das Bildungs- und Teilhabepaket definiert, was als Teilhabe zu werten ist und was nicht (Sportverein 10 Euro im Monat geht, Kinobesuch einmal im Monat geht nicht). Andere Regeln werden von Fördervereinen oder sozialen Trägern aufgestellt. Ein kulturelles Angebot schließlich nutzen zu können, hängt – je nachdem, wo ich wohne – auch davon ab, ob ich überhaupt zu den richtigen Zeiten dorthin gelange und wie hoch die Fahrtkosten sind. Diese einzurechnen, wird gerne übersprungen. Schließlich soll ja jeder was zu seiner Teilhabe beitragen. Diese Rechnung geht aber weder bei Mindestlohn noch bei Transferleistungen auf.

### Herkunft

Wie ich meine Teilhabechancen empfinde, hängt wesentlich von meinem Elternhaus ab. Was ich durch Vorbilder, Erfahrungen (Reisen oder keine Reisen, Weihnachtsfeiern oder keine Weihnachtsfeiern, Sportverein oder Kirche, und so weiter) und Begegnungen als Vorwissen mitbekommen habe, prägt meine Verhaltensweisen in sozialen Räumen, Milieus und Situationen (Kindergarten, Schule, Vorstellungsgespräche, Arbeit, Konflikte). Normalerweise fühle ich mich dort am wohlsten, wo ich die Regeln beherrsche, die Hierarchie oder Rollenverteilung durchschaue und auch meine eigene Position kenne.

### Scham

Wer sein vertrautes Terrain verlässt, riskiert einiges. Zum einen die Entfremdung vom bekannten Umfeld. Er oder sie muss vertraute Verhaltensweisen ablegen, sich ungewohnte aneignen, wichtige Entscheidungen allein



Referierten über Armut, Bildung und Gesundheit: (v.li.) Prof. Dr. med. Frank Mader, Undine Zimmer, Iris Grimm, Magda von Garrel, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Manuela Dabitsch und Edmund Fröhlich. Foto: Sartor

treffen, Haltungen ändern, in Dinge investieren, die vorher als überflüssig galten, oder sich mehr anstrengen als andere. Sich Fürsprecher\*innen zu suchen, fällt bekanntlich denen viel leichter, die schon mit einem Netzwerk an Unterstützenden aufgewachsen sind. Alle anderen hält oft die Scham zurück. Der Anspruch, es allein schaffen zu müssen, oder die Erfahrung, dass man von anderen eh im Stich gelassen wird, sitzen tief. Wird das Gefühl „Ich kann nicht mithalten“ zu einer ständigen Verunsicherung, wird diese zu dauerndem existenziellem Grundstress. Wer sich dann keinen Yogakurs leisten kann, um die Nerven zu beruhigen, dem bleibt eben die Zigarette.

*„Wird das Gefühl ‚Ich kann nicht mithalten‘ zu einer ständigen Verunsicherung, wird diese zu dauerndem existenziellem Grundstress.*

*Wer sich dann keinen Yogakurs leisten kann, um die Nerven zu beruhigen, dem bleibt eben die Zigarette.“*

### Unvernunft oder Prävention?

Arbeitslosigkeit und Leben mit Armutsrisiko sind permanente Krisensituationen. Gerade in diesen Situationen ist es von besonderer Bedeutung, welche Handlungsfähigkeit Menschen sich selbst zuschreiben. Teilhabe kann von außen betrachtet manchmal unvernünftig aussehen. Für meinen Vater ist ein Nudelgericht vom Asia Imbiss kulturelle Teilhabe. Es ermöglicht ihm, in dieser Zeit nicht nur ein primäres Bedürfnis zu stillen (Hunger), sondern er tut dies auch im öffentlichen Raum. Dazu gönnt er sich einen Luxus, da er vorher nicht kochen und hinterher nicht abwaschen muss, was ihm beides sehr viel Mühe macht. Essen an Imbissen ist ein Ritual, welches er aus seiner Zeit als Taxifahrer bewahrt hat und das ihn wei-

terhin minimal mit dem Arbeitsleben verbindet, aus dem er nun auf Grund des Alters und der Behinderung ausgeschlossen ist. Parties, Schwimmen, ein Held werden, das alles geht nicht mehr, aber Frühlingsrollen in der Öffentlichkeit essen, geht. Mit ein paar Euro finanziert er sich so sein persönliches Präventionsprogramm. Nudel-Box und Verdi-Opern, beides ist manchmal Teilhabe.

Im Rahmen des Symposiums **„Armut – Bildung – Gesundheit“** am **08.11.2016** an der Hochschule für Gestaltung (HfG) Ulm, organisiert vom Fröhlich Management, diskutierten Akteurinnen und Akteure aus der Freien Wohlfahrtspflege, Pädagogik, Sozialen Arbeit und Gesundheitsmanagement über die Zusammenhänge von Armut, Bildung und Gesundheit bei der Bekämpfung von Ungleichheit.

An der Diskussion waren beteiligt:

- Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Gesundheitswissenschaftler und Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW)
- Magda von Garrel, Sonderpädagogin und Diplompolitologin
- Iris Grimm, Leiterin der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in Bayern
- Manuela Dabitsch, Regionalleiterin bei der Neuen Arbeit Ulm
- Undine Zimmer, Autorin und Arbeitsvermittlerin

*Undine Zimmer, Autorin und Arbeitsvermittlerin. Geboren 1979, studierte in ihrer Heimatstadt Berlin Skandinavistik, Neuere Deutsche Literatur und Publizistik. Sie schrieb nach Stationen u. a. bei der »Zeit« für verschiedene Publikationen. 2013 erschien ihr Buch »Nicht von schlechten Eltern. Meine Hartz-IV-Familie« im S. Fischer Verlag. Mehr unter undinezimmer.de*

# Wachsende gesundheitliche Ungleichheit europaweit

## EuroHealthNet startet Aufruf zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten

Es finden sich zunehmend mehr Hinweise darauf, dass in vielen Teilen Europas die gesundheitliche Ungleichheit zunimmt, die Verbindung zwischen sozioökonomischem Status und dem Gesundheitszustand demnach stärker wird. Zusätzlich nimmt die Kluft zwischen den Mitgliedsstaaten zu. Das ist nicht nur für Angehörige der Gesundheitsberufe, sondern auch für Regierungen und eine breitere Zivilgesellschaft beunruhigend – umso mehr, wenn man bedenkt, dass viele Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, leicht vermeidbar sind.

*„As the leading European partnership for improving health, equity and well-being we call on international, national and local leadership to rejuvenate health promoting values and efforts. The 30th anniversary of the WHO Ottawa Charter, the UN 2030 Agenda and the potential EU Pillar of Social Rights are all important opportunities to step up action and commitment across policies and to foster sustainable health promoting systems and societies.“*

*Nicoline Tamsma, EuroHealthNet's President*

Die wachsenden Ungleichheiten haben gesellschaftliche Folgekosten, sowohl, was die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden anbelangt, als auch bezogen auf ökonomische Verluste und hohe Gesundheits- und Sozialkosten. Diese Probleme sind komplex und tief verwurzelt, dennoch gibt es Lösungsansätze. Mit der zunehmenden Zuspitzung der Situation wächst auch der Wunsch nach Veränderung.

Im Januar 2017 veröffentlichten 30 Organisationen, von EuroHealthNet geleitet, einen Aufruf zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten. Europäische Institutionen und Mitgliedsstaaten werden darin aufgefordert, die zentrale Rolle zu berücksichtigen, die Gesundheit und gesundheitliche Gerechtigkeit bei der Schaffung einer starken und nachhaltigen sozialen Marktwirtschaft spielen. Auch rufen sie dazu auf, gesundheitliche Ungleich-

heiten zukünftig prioritär zu behandeln und Gleichheit als Indikator der Systemleistung zu betrachten. Einige spezifische Empfehlungen wurden ebenfalls formuliert.

■ Gesundheitliche Chancengleichheit sollte als strategisches Ziel definiert werden, wobei der Fortschritt an zuvor festgelegten Indikatoren gemessen wird. Dies erfordert eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit als bislang.

■ Die ressortübergreifende Zusammenarbeit muss auf EU- und nationaler Ebene verbessert werden, um eine nachhaltige und ganzheitliche Entwicklung zu gewährleisten, die alle sozioökonomischen Gruppen einschließt.

■ Alle Menschen müssen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Dies erfordert einen besonderen Fokus auf solche Vorschriften, Rechtsvorschriften und Strategien, die derzeit den marginalisierten Gruppen den Zugang erschweren. Zugangsbeschränkungen verletzen individuelle Rechte und erhöhen die Gesundheitskosten.

■ Das Prinzip des universellen Zugangs gilt auch für Angehörige der Gesundheitsberufe. Die Arbeit aller Akteure in Gesundheitssystemen muss evaluiert werden; sie müssen Zugang zu den notwendigen Kenntnissen und Schulungen haben, um personenzentrierte Dienste bereitzustellen. Sie benötigen auch die Fähigkeit, Ungleichheiten zu erkennen und anzugehen, da sie eine wesentliche Rolle bei der Überbrückung von Sektoren spielen.

■ Ein stärkerer Fokus auf Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Gesundheitskompetenz ist erforderlich, der insbesondere die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen adressiert. Gesetzgebungsmaßnahmen, die bevölkerungsweit Krankheiten verhindern und dabei nachweislich die gesundheitlichen Ungleichheiten verringern, sollten weiter ausgebaut werden: so z. B. Nichtraucher-

## REJUVENATE: 10 steps we can take to achieve the 2030 Agenda

We suggest these top ten approaches by which we make our diverse contributions to achieving the Sustainable Development Goals, plus measure progress on health and wellbeing in the coming decade. We call them our 'REJUVENATE' framework for health promotion:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|   | 1. BE <b>RESPONSIVE</b><br><i>adapt to challenges and use opportunities;</i>                |   | 6. BE <b>ETHICAL</b><br><i>promote fair standards in all we do;</i>                       |
|   | 2. BE <b>EQUITABLE</b><br><i>address the 'causes of the causes';</i>                        |   | 7. BE <b>NEW</b><br><i>create and implement new ideas</i>                                 |
|   | 3. BE <b>JOINED-UP</b><br><i>build partnerships and governance across sectors;</i>          |   | 8. BE <b>ACTIVE</b><br><i>practice inclusive engagement</i>                               |
|   | 4. BE <b>UPDATED</b><br><i>act smartly to influence 21st century realities;</i>             |   | 9. BE <b>TECHNOLOGICAL</b><br><i>understand and apply technical and digital advances;</i> |
|  | 5. BE <b>VALUE DRIVEN</b><br><i>develop values and the right to health in new contexts;</i> |  | 10. BE <b>ECOLOGICAL</b><br><i>sustain and protect our environments;</i>                  |

Rejuvenate framework for health promotion. Darstellung aus dem EuroHealthNet Health Promotion Statement

schutzgesetze oder eines Mindestpreises pro Alkoholeinheit.

- Um Ungleichheiten richtig zu beurteilen und die Wirksamkeit von Interventionen zu bewerten, muss in vergleichbare Daten auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene investiert werden, die Geschlecht, sozioökonomischen Status, Migrationsstatus und nationale oder ethnische Herkunft berücksichtigen. Auch in die Analyse dieser Daten durch Gesundheitsbehörden muss investiert werden.
- Vieles kann auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene getan werden, aber die europäischen Institutionen verfügen über Politik- und Finanzmechanismen, die die Situation positiv beeinflussen können.
- In diesem Jahr finden große Entwicklungen innerhalb der europäischen Politik statt: Die Europäische Säule sozialer Rechte identifiziert gemeinsame Grundsätze, Bedürfnisse und Herausforderungen der Beschäftigungs- und Sozialpolitik unter den Staaten der Eurozone. Die gesundheitlichen Ungleichheiten müssen von vornherein mit berücksichtigt werden, ebenso wie ihre Auswirkungen auf die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen.

Die vollständige Erklärung, das Hintergrundpapier und weitere Informationen über gesundheitliche Ungleichheiten finden Sie auf der EuroHealthNet-Website <http://eurohealthnet.eu> und unter <http://health-inequalities.eu>. Interessierte Gremien sind dazu eingeladen, Anregungen und Ergänzungen einzubringen.

EuroHealthNet ist die Europäische Partnerschaft zur Verbesserung von Gesundheit, Gerechtigkeit und Wohlbefinden. Zu ihren Mitgliedern zählen öffentliche Institutionen auf allen politischen Ebenen Europas. Das Netzwerk arbeitet mit seinen Mitgliedern und den europäischen Institutionen zusammen, um eine evidenzbasierte und wirksame Gesundheitspolitik zu entwickeln und umzusetzen, die Gesundheit in allen Politikbereichen zu verankern (Health in all Policies) und den Wissensaustausch und die Entwicklung zwischen Organisationen und grenzübergreifend zu gewährleisten.

Alexandra Latham  
EuroHealthNet

# | Sicht der Betroffenen fehlt

## Nationale Armutskonferenz (nak) kritisiert Armuts- und Reichtumsbericht

Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung ist noch gar nicht offiziell erschienen und hat doch bereits heftige Diskussionen ausgelöst. Auch die Nationale Armutskonferenz (nak) kritisiert den Bericht. Sie hat seine Erarbeitung als Mitglied des Beraterkreises begleitet und die Sichtweisen von Betroffenen eingebracht. Im derzeit vorliegenden Berichtsentwurf findet sich die Betroffenenperspektive jedoch nicht wieder.

### #stopkinderarmut

Mit dieser gemeinsamen Online-Kampagne machen Wohlfahrts- und Sozialverbände um die Nationale Armutskonferenz (nak) gemeinsam mit Familien- und Kinderrechtsorganisationen seit dem 6. Dezember 2016 auf das drängende Problem der Kinderarmut in Deutschland aufmerksam.

Die Petition kann unter dem folgenden Link von Einzelpersonen unterzeichnet werden:

<https://weact.campact.de/p/kinderarmutbekaempfen>.

Der Armuts- und Reichtumsbericht wird von der Bundesregierung erstellt. Er soll die wirtschaftliche und soziale Lage der Bürger\*innen in Deutschland und politische Handlungsoptionen darstellen. An der Erstellung des Berichts sind auch Verbände beteiligt, die sich mit dem Problem der Armut befassen. Zusammen mit dem Bundesarbeitsministerium hat die Nationale Armutskonferenz im Oktober 2015

einen Workshop mit Menschen mit Armutserfahrungen und Ministeriumsmitarbeiter\*innen organisiert. Im Ministerium diskutierten die Teilnehmenden die Fragen:

- Was sind die Ursachen von Armut?
- Was bedeutet Armut für die Betroffenen?
- Welchen Beitrag leisten staatliche und nichtstaatliche Unterstützungsangebote bei der Bewältigung eines Lebens in Armut?

Leider werden die zentral diskutierten Themen des Workshops – wie die Kritik an Sanktionen oder Fehler von Jobcentern bei der Leistungsgewährung – im Bericht nicht aufgegriffen. Die Nationale Armutskonferenz tritt für die

Einbeziehung Betroffener in die Entwicklung von Strategien und politischen Maßnahmen zur Armutsbekämpfung ein. Das Fehlen dieser Perspektiven und von Betroffenenwissen im Armuts- und Reichtumsbericht ist daher äußerst kritisch zu bewerten.

Ein alarmierendes Ergebnis des Berichts ist, dass sozial Benachteiligte seltener zur Wahl gehen als Menschen mit hohem Einkommen. Dadurch wächst der politische Einfluss Besserverdienender auf politische Entscheidungen. Geringverdienende und von Armut Betroffene hingegen nehmen ihre politischen Einflussmöglichkeiten oftmals nicht wahr. Die Ergebnisse einer Studie des Osnabrücker Soziologen Armin Schäfer, die dieser für den Armuts- und Reichtumsbericht erstellt hat, gehen sogar noch weiter: Er spricht von einer Schiefelage in politischen Entscheidungen. Bei diesen werden deutlich häufiger die Interessen Besserverdienender berücksichtigt. Im Bericht werden diese Befunde jedoch lediglich in entschärfter Form dargestellt. Dabei wäre es wichtig, Fragen nach dem Zusammenhang sozialer Ungleichheit und politischen Entscheidungen zu diskutieren. Nicht zuletzt auch, weil sich diese Entwicklungen schädlich auf unsere Demokratie auswirken.

*Anna-Katharina Dietrich,  
Geschäftsführerin der Nationalen Armutskonferenz*

Die vollständige Stellungnahme der nak können Sie unter [www.landesarmutskonferenz-bw.de/?attachment\\_id=2611](http://www.landesarmutskonferenz-bw.de/?attachment_id=2611) einsehen.

Eine Übersicht weiterer Stellungnahmen finden Sie unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/entwurf-des-5.-armuts-und-reichtumsberichtes-vorgelegt](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/entwurf-des-5.-armuts-und-reichtumsberichtes-vorgelegt)

Zum Zeitpunkt des Erscheinens des Info\_Dienstes stand noch nicht fest, inwiefern die Kritikpunkte in der finalen Version des Berichtes Berücksichtigung finden.

# Einsatz für mehr Gesundheit für alle

## Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit werden aufgestockt

Im Oktober 2016 konnte ein Meilenstein für den Strukturaufbau soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung in Deutschland vermeldet werden: Der GKV-Spitzenverband hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) qualitativ und quantitativ weiterzuentwickeln. Die KGC können nun in allen Bundesländern personell erweitert werden und die im jeweiligen Land vorrangigen Aufgaben im Themenfeld soziale Benachteiligung und vulnerable Zielgruppen zuverlässig übernehmen. Die Beauftragung ist Teil der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Seit mehr als zehn Jahren setzen sich die KGC – anfänglich unter dem Namen Regionale Knoten – für die Weiterentwicklung der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung ein. Die GKV trägt der Bedeutung der KGC schon seit 2010 Rechnung, indem dies die einzigen stetigen Personalstellen sind, die gemäß „Leitfaden Prävention“ aus GKV-Mitteln gefördert werden.

Die KGC sind die maßgebliche Arbeitsstruktur des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern. Mit ihren vielfältigen Aktivitäten – Qualifizierungen, Tagungen, Arbeitskreisen, Beratungsprozessen – konnten sie sich als zentrale Kompetenz- und Vernetzungsstellen etablieren. Sie greifen in Absprache mit ihren Förderern, insbesondere GKV, Landesgesundheitsministerien und der BZgA, aktuelle Schwerpunktthemen auf. Oft sind sie auch „Spürhund“ für besondere Problemlagen. Überall und in allen Handlungsfeldern steht die soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung vor ähnlichen Herausforderungen:

- insbesondere sozial benachteiligte Menschen mit den Angeboten überhaupt zu erreichen.
- sie an der Ausgestaltung von Angeboten zu beteiligen.
- gesundheitsförderliche Maßnahmen nachhaltig zu verankern.

Hierin unterstützen die KGC Einrichtungen, freie Träger und Koordinierende, beispielsweise in Kommunalverwaltungen. Wie setzen sie das um?

### Die KGC bringen Wissenschaft, Praxis und Politik zusammen

Die KGC gehen mit Veranstaltungen und Fachtagungen an die Öffentlichkeit. Sie zeigen Handlungsbedarfe und Probleme in der Praxis auf, erarbeiten Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten Zielgruppen und stellen erfolgreiche Praxisangebote vor. Dabei ist der Austausch zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis zentral.

Ein konstanter Schwerpunkt der Arbeit der KGC ist die Vernetzung mit anderen gesundheitsrelevanten Institutionen sowie über den engeren Gesundheitsbereich hinaus, d.h. mit Stadtentwicklung, Jugend, Bildung etc.

### Die KGC stärken die Qualität

Die Weiterentwicklung der Qualität gesundheitsfördernder Angebote wird vor allem über die Datenbank des Kooperationsverbundes und die Good Practice-Auswahl, aber beispielsweise auch über die Begleitung von Wettbewerben und Stärkung von Gesundheitszieleprozessen unterstützt.

In mehreren Bundesländern werden Qualifizierungsreihen zu Themen wie Partizipation oder Evaluation angeboten. Der „Institution“ KGC ist es maßgeblich zu verdanken, dass Qualitätsmaßstäbe wie der Setting-Ansatz oder die Präventionskette mittlerweile gut etabliert sind und an vielen Orten erprobt und umgesetzt werden.

### Die KGC schaffen Aufmerksamkeit

Den KGC gelingt es, die Anliegen der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung in die Öffentlichkeit zu bringen und so eine stärkere Sensibilisierung für das Thema Gesundheitsförderung und für den Bedarf, der insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen besteht, zu erreichen.

Gerade der Start einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Kommunen, wie er von den KGC mit den „Werkstätten Gesunde Kommune“ unterstützt wird, ist häufig ein guter Anlass, die lokale Presse und darüber auch die Bewohner\*innen „mitzunehmen“.

*Stefan Bräunling,  
Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes  
Gesundheitliche Chancengleichheit*

## | Darum Suchtprävention in der Schule ...

**Zeitgemäße Suchtprävention sollte im Zusammenhang mit Ansätzen der Gesundheitsförderung konzeptioniert werden und dabei Erkenntnisse zur Entstehung und Bekämpfung sozialer Ungleichheit berücksichtigen. Schule kann in diesem Anspruch ein wichtiges Setting sein, um aus dem „Präventionsdilemma“ herauszukommen und gerade benachteiligte Zielgruppen mit Präventionsangeboten systematisch zu erreichen.**

### **Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung in der Präventionsarbeit**

In der Gesundheitsentwicklung in reichen Industrienationen wie Deutschland zeichnet sich eine Ungleichverteilung der Chancen für ein langes, gesundes Leben ab. Um dem entgegenzuwirken, muss bei sozial benachteiligten und hierbei insbesondere bei bildungsfernen Gruppen ein gesundheitsförderliches Verhalten verstärkt werden. Allgemein kann eine präventive Strategie nur dann erfolgreich sein, wenn die Chancen für ein langes, gesundes Leben für alle angeglichen werden und über Primärprävention bessere Lebensbedingungen geschaffen werden (Altgeld et al. 2006).

Bei differenzierter Betrachtung der Gesundheitsentwicklung in Deutschland nach sozialem Status lässt sich feststellen, dass die sozial benachteiligten Gruppen ein statistisch doppelt so hohes Risiko aufweisen, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, als die besser situierten Bevölkerungsgruppen (ebd.).

Die Dimensionen der „gesundheitlichen Ungleichheit“ liegen hierbei im Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Soziale Benachteiligung bildet sich im Zusammenhang mit der Gesundheit über das Einkommen, das Bildungsniveau, die arbeitsweltbezogenen bzw. schulischen Einflüsse, die Arbeitslosigkeit und den Migrationshintergrund ab (Lampert et al. 2011).

Gesundheit und soziale Benachteiligung korrelieren demnach negativ. Es wird deutlich, dass Prävention nur dann wirksam sein kann, wenn sie sich an die Lebenslage der Zielgruppen orientiert, die durch Einkommen, Status, Wohnort, Bildung, Beruf, Beziehungsnetze usw. definiert sind (Altgeld et al. 2006).



© Sydra Productions/forolia

Ein Problemfeld der Prävention liegt jedoch darin, die benachteiligten Gruppen und Schichten auch tatsächlich erreichen zu können (Altgeld et al. 2006). In der Praxis verhält es sich so, dass insbesondere diejenigen, die die Präventionsangebote am wenigsten nötig haben, diese weitaus häufiger nutzen (Hartung et al. 2011). Dieses Phänomen der schwierigen Erreichbarkeit der Bedürftigen wird in der Literatur als „Präventionsdilemma“ (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005: 178) oder „prevention paradox“ (WHO 2008: 107) bezeichnet und darf als große Herausforderung für jegliches Präventionsprogramm gesehen werden.

Um die Erreichbarkeit der unterversorgten Gruppen zu steigern, müssen die Settings der Präventionsangebote derart angelegt werden, als dass sie für die sozial benachteiligten Eltern, Kinder und Jugendlichen relativ gut erreichbar sind. Als besonders geeignetes Setting ist hier der Lebensraum Schule zu nennen. Schule ist ein Setting, in dem alle jungen Menschen in Deutschland erreicht werden können und das über viele Jahre in einem besonders sensiblen Lebensabschnitt, der Jugendphase. Wird Präventionsarbeit dabei über die gesamte Schulzeit systematisch angelegt, trägt dies dazu bei, im Sin-

ne entwicklungsbegleitender Arbeit die Nachhaltigkeit der Präventionsbemühungen zu stärken. Zudem sind die präventiven Strategien in den Schulen direkt mit der lebensweltlichen Umgebung vernetzt, wo sie besonders erfolgreich sind (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005).

### Lebenskompetenzförderung als Basis der Suchtpräventionsarbeit

Inhaltlich ist der Ansatz der Lebenskompetenzförderung als Basis der Suchtpräventionsarbeit zu sehen. In diesem wird davon ausgegangen, dass es bestimmter psychosozialer und interpersoneller Kompetenzen bedarf, um selbstbestimmt handeln zu können, Gruppenprozessen bzw. Gruppendruck standzuhalten oder soziale Beziehungen aufzubauen. Diese Kompetenzen wiederum tragen evidenzbasiert zur Verringerung des Belastungspotentials für Kinder und Jugendliche bei und fördern den sozialen Zusammenhalt. Auf diese Weise werden die Kinder und Jugendlichen aus benachteiligten Milieus besser ausgestattet, gesundheitsförderliche Handlungskompetenzen zu erwerben (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005). Da diese Maßnahmen alle Schülerinnen und Schüler gleichermaßen erreichen, können diejenigen, welche nicht über zielführende Bewältigungsstrategien verfügen, gefördert werden, ohne bloßgestellt oder gar stigmatisiert zu werden. Diejenigen, die bereits über Lebenskompetenzen verfügen, werden zudem in ihrer Haltung gestärkt und über Teamübungen kann das Klassengefüge verbessert werden. Lebenskompetenzen sind hierbei Fertigkeiten, die es den Jugendlichen ermöglichen, mit den Herausforderungen des alltäglichen Lebens effektiv und konstruktiv umzugehen, sich selbst kennen und mögen zu lernen und Empathie zu entwickeln (Bühler 2004). Weitere Aspekte, die in der Lebenskompetenzförderung vermittelt werden, sind das kritische und kreative Denken, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit gesunde Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich sollen die Jugendlichen darin gefördert werden, ihre Entwicklungsaufgaben konstruktiv zu bewältigen.

Präventive Projekte und Programme sind nach wie vor wirksamer, wenn sie interaktiv konzipiert sind und soziale Einflüsse sowie Bewältigungsstrategien mit einbeziehen (Lehmkuhl 2003; Bühler 2009). Neben der Stärkung der sozialen Kompetenzen und der Förderung der

” *Lebenskompetenzen sind Fertigkeiten, die es den Jugendlichen ermöglichen, mit den Herausforderungen des alltäglichen Lebens konstruktiv umzugehen, sich selbst kennen und mögen zu lernen und Empathie zu entwickeln. Weitere Aspekte sind das kritische und kreative Denken, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit gesunde Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich sollen die Jugendlichen darin gefördert werden, ihre Entwicklungsaufgaben konstruktiv zu bewältigen.* “

Selbstwirksamkeit müssen speziell in der Suchtprävention zudem substanzspezifische Themen aufgegriffen werden (Bühler 2009). Es reicht nicht aus, lediglich die Lebenskompetenzen zu stärken (das wäre Gesundheitsförderung), ohne gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen den Bezug zu den gesellschaftlichen und individuellen Risiken herzustellen (das ist Prävention). In den Angeboten der Suchtprävention sollte im Feld der stoffgebundenen Suchtformen zudem über die Substanzen, ihre Wirkungen und mögliche Folgen des Konsums informiert werden. Hierbei sollte differenziell entsprechend der Entwicklungstypen auf die Jugendlichen eingegangen werden. Das bedeutet konkret, frühzeitig, spätestens beim Übergang in das Jugendalter, mit der Suchtprävention zu beginnen und die substanzbezogenen Themen mit den Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen in Verbindung zu bringen. Den Schülerinnen und Schülern müssen Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben werden, sodass der Substanzmissbrauch als (Schein-)lösung überflüssig wird (Bühler 2004).

#### Literatur bei den Verfassern

*Henning Fietz, M.A., Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung Delmenhorst;  
Prof. Dr. Knut Tielking, Hochschule Emden/Leer;  
Hauke Wald, M.A., Hochschule Emden/Leer*

## Bewegt und mobil älter werden

Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde im Programm „Älter werden in Balance“ mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. 2015/2016 erstmalig ein Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune“ durchgeführt – mit dem zentralen Ziel, kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen stärker als bislang in die Öffentlichkeit zu rücken und zu würdigen. Schwerpunktthema des Wettbewerbs war die Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen. Betreut wurde der Wettbewerb vom Deutschen Institut für Urbanistik.

Der Wettbewerb ist auf eine breite Beteiligung gestoßen. Insgesamt wurden 94 Beiträge eingereicht. Mitgemacht haben Städte, Gemeinden und Landkreise aus dem gesamten Bundesgebiet. Hierbei stellten kreisangehörige Kommunen die stärkste Teilnehmergruppe.

Eine Jury aus Wissenschaft und Praxis ermittelte aus den Wettbewerbsbeiträgen die neun Preisträger. Für die prämierten Wettbewerbsbeiträge stellte die BZgA ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung. Die Preisverleihung fand am 25. April 2016 in Berlin statt. Für die Gruppe der „Kreisfreien Städte“ wurden die Stadt Köln (Platz 1), die Landeshauptstadt Stuttgart (Platz 2) und mit zwei dritten Plätzen die Landeshauptstadt Dresden und die Stadt Heidelberg ausgezeichnet. Für die Gruppe der „Kreisangehörigen Städte und Gemeinden“ erlangte die Gemeinde Dötlingen den ersten Platz, die Stadt Gladbeck Platz 2 und die Stadt Rödental den dritten Platz. Für die Gruppe der „Landkreise“ wurden der Landkreis Havelland (Platz 1) und der Kreis Euskirchen (Platz 2) ausgezeichnet.

### Bestellung der Wettbewerbsdokumentation

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Maarweg 149–161, 50825 Köln  
E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de), Fax: +49 221 8992-257  
Bestellnummer: 60582381

Die Beiträge der Preisträger\*innen und aller anderen Teilnehmenden sowie die Wettbewerbsdokumentation können online abgerufen werden unter [www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de](http://www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de).

Christa Böhme, [boehme@difu.de](mailto:boehme@difu.de),  
Dr. Bettina Reimann, [reimann@difu.de](mailto:reimann@difu.de)

## Innovative Suchtprävention vor Ort

Bereits zum siebten Mal hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände sowie des GKV-Spitzenverbandes den bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ ausgeschrieben. Das Thema des 7. Wettbewerbs lautete „Innovative Suchtprävention vor Ort“. Der Wettbewerb wurde erneut vom Deutschen Institut für Urbanistik begleitet.

### Bestellung der Wettbewerbsdokumentation

BZgA, Maarweg 149-161, 50825 Köln  
E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de), Fax: 0221/8992-257  
Bestellnummer 33962000

Internetportal zum Wettbewerb

<https://kommunale-suchtpraevention.de>

Download der Wettbewerbsdokumentation

<https://kommunale-suchtpraevention.de/7-wettbewerb-2015-2016/dokumentation.html>

Die BZgA stellte für die Prämierung der Beiträge ein Preisgeld von 60.000 Euro bereit. Zusätzlich wurde vom GKV-Spitzenverband ein Sonderpreis in Höhe von 10.000 Euro zum Thema „Mitwirkung von Krankenkassen bei innovativen kommunalen Aktivitäten zur Suchtprävention“ ausgelobt.

68 Städte, Gemeinden und Landkreise haben am Wettbewerb teilgenommen. Elf von ihnen wurden am 22. Juni 2016 in Berlin für ihre vorbildlichen Aktivitäten prämiert. Bei den „Kreisfreien Städte“ wurden der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (Platz 1), die Freie Hansestadt Bremen (Platz 2) und die Stadt Dessau-Roßlau (Platz 3) ausgezeichnet. Für die Gruppe der „Kreisangehörigen Städte und Gemeinden“ erlangte die Gemeinde St. Leon-Rot aus Baden-Württemberg den ersten Platz und die rheinland-pfälzische Ortsgemeinde Insheim Platz 2. Bei den Kreisen wurden der Landkreis Offenbach (Platz 1), die Landkreise Neustadt und Tirschenreuth gemeinsam mit der Stadt Weiden (Platz 2) sowie die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald und Görlitz mit jeweils einem dritten Platz ausgezeichnet. Der Sonderpreis des GKV-Spitzenverbandes ging mit je einem ersten Platz an die Freie und Hansestadt Hamburg und den Landkreis Neckar-Odenwald.

Christa Böhme, [boehme@difu.de](mailto:boehme@difu.de)

## Psychische Beeinträchtigungen als Armutsfaktor

Trotz umfangreicher Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind deren Teilhabechancen insbesondere auf dem Arbeitsmarkt nach wie vor sehr eingeschränkt. Oft führen psychische Beeinträchtigungen zum Arbeitsplatzverlust oder ist schon der Zugang zu Schul- und Berufsabschlüssen nicht ausreichend. Viele Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen beziehen ALG II, Grundsicherung nach dem SGB XII oder Erwerbsunfähigkeitsrente und haben dabei meist auch nur einen mangelhaften Zugang zu Beschäftigungsangeboten.

Neben diesen Faktoren führen Regelungen zur Kostenbeteiligung bei Unterbringungs- oder Betreuungsverfahren sowie bei Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII) dazu, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörige ihr Einkommen oder Vermögen für die in Anspruch genommene Unterstützung einsetzen müssen.

Dauerhaft führt dies dazu, dass viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf Transferleistungen angewiesen sind und meist am Existenzminimum leben.

Gesetzliche Neuregelungen wie das Bundesteilhabegesetz, welches am 1.1.2017 in Kraft getreten ist

([www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2016/bthg-verabschiedet.html](http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2016/bthg-verabschiedet.html)), versuchen hier Abhilfe zu schaffen. Wie viel diese Veränderungen wirklich zu einer Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beitragen, wird sich zeigen müssen.

Bundesweit gibt es ein Netz an Beschwerdestellen, an die sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei Beschwerden bezogen auf die psychiatrische Versorgung wenden können ([www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de)).

In Berlin hat die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP) im Februar 2011 eröffnet und seitdem in über 2.500 Beschwerden Menschen zu ihren Rechten und Handlungsmöglichkeiten beraten. Bezogen auf den finanziellen Hintergrund erreichte die BIP in hohem Maße eine ökonomisch eingeschränkte bzw. sozial schwache Klientel. Ein ausführlicher Bericht über die Erfahrungen und Entwicklungen der ersten fünf Jahre, in dem anhand von vielen Beschwerdebeispielen detailliert auf die Anliegen der unterschiedlichen Zielgruppen eingegangen wird, kann auf der Homepage heruntergeladen werden oder in Papierform bestellt werden ([www.psychiatrie-beschwerde.de](http://www.psychiatrie-beschwerde.de)).

Petra Rossmanith,  
Projektleiterin der BIP Berlin

„ Ich habe zwar mein Leben lang gearbeitet und drei Kinder großgezogen, aber man hat früher als Frau auch nicht so viel verdient. Im Moment geht's mir gar nicht gut. Mit diesem Hartz IV sowieso nicht. Zum Beispiel habe ich schon ein paar Mal für eine Diät Geld beantragt, wegen meinem Diabetes und meinem Herzen, aber das wurde nie genehmigt. Ich bin zwar jetzt befreit, aber für die Befreiung muss man ja vorher einen gewissen Betrag bezahlen und da muss ich immer gucken, ob ich den Betrag überhaupt kriege, denn das eine Medikament allein kostet schon 200 Euro. .... Ich wünsche mir, dass für die Kranken doch ein bisschen mehr gemacht wird, auch arbeitsmäßig. Ich würde gerne noch mal arbeiten...“

- Rosalie, Anfang 60

Zitat aus LEBEN TROTZ ARMUT: <https://youtu.be/Wu4lpUvCM5U>

## | Geteilte Entscheidungsmacht?

### Partizipation als Forschungsstil erproben

Partizipation ist in der Gesundheitsförderung und Prävention „gute Praxis“ und gilt als Schlüsselkriterium für die zielgruppengerechte Gestaltung von Angeboten. Auch in der Gesundheitsforschung ist Partizipation mit der Hoffnung verbunden, den Forschungsprozess – von der Definition der Fragestellung, über die Erhebungsmethode und den Feldzugang bis hin zur Interpretation der Daten – mit denjenigen durchzuführen, die sich seltener zu Wort melden, aber von den erforschten Themen profitieren sollen. Mit Hilfe partizipativ gewonnener Erkenntnisse soll so ein Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit geleistet werden. Gegenüber anderen Formen der Beteiligung strebt Partizipation eine maximale Mitgestaltung aller an der Forschung Beteiligten an, d.h. die sonst der Wissenschaft vorbehaltenen Entscheidungen zu Fragen rund um die Forschung werden gemeinsam getroffen.

#### ElfE – Eltern fragen Eltern

Das Forschungsprojekt „ElfE – Eltern fragen Eltern“ als eines der fünf Teilprojekte des Forschungsverbundes PartKommPlus wendet sich an Eltern mit Kindern im Kita-Alter. Es arbeitet in zwei Untersuchungsgebieten, die sich durch ihre Einwohnerzahl, aber vor allem auch durch die Verfügbarkeit von Initiativen und Angeboten für Eltern und Kinder unterscheiden: Der Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf und die Kommune Lauchhammer im Landkreis Oberspreewald-Lausitz. Herzstück von ElfE ist, dass mit den Eltern gemeinsam (Peer-Forschung) die Frage erforscht wird, wie die Entwicklung von Kindern in der Kita-Zeit so unterstützt werden kann, dass davon alle Kinder profitieren. Dass dies bislang nicht ausreichend glückt, zeigt sich regelmäßig in den Einschulungsuntersuchungen, in denen teils sogar zunehmende soziallagenbezogene Unterschiede in Bezug auf die sprachliche, motorische und soziale Entwicklung von Kindern deutlich werden.

In beiden Untersuchungsgebieten wurden im Laufe des ersten Jahres Lenkungsgruppen mit zahlreichen kommunalen Akteur\*innen, auch Elternvertreter\*innen aufgebaut und erste Fokusgruppendifkussionen für die in-



© Britta Willim

haltliche und methodische Präzisierung des Projektes durchgeführt.

Gleichzeitig wurden – soweit vorhanden – zu verschiedenen Initiativen und Einrichtungen im Stadtteil bzw. der Kommune persönliche Kontakte aufgebaut, um so besonders diejenigen für die Beteiligung an der Forschung zu gewinnen, die sonst nicht „hörbar“ sind. In beiden Kommunen konnten interessierte Eltern (mehrheitlich Mütter) an der Forschungsarbeit bei ElfE gewonnen werden. Dabei erwies sich insbesondere der Zugang zu den Eltern über im Stadtteil angesiedelte Initiativen (z. B. Familientreffpunkte, Migrationszentren) als erfolgreich.

#### Erste Forschungsphase

Seit März 2016 haben nun in Marzahn-Hellersdorf zwei Forschungsteams und in Lauchhammer ein Forschungsteam die Arbeit aufgenommen. Im Fokus der ersten Forschungsphase (bis Juli 2016) standen die

## PartKommPlus

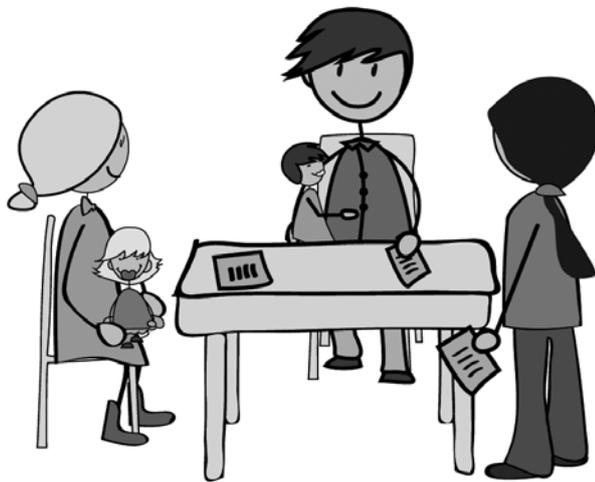
PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen – geht der Frage nach, wie die kommunale Gesundheitsförderung partizipativ, d. h. gemeinsam mit den relevanten Akteur\*innen und Adressat\*innen gestaltet werden kann. Der Forschungsverbund wird von 2015-2018 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Präventionsforschung“ (Förderkennzeichen 01EL1423A-H) gefördert. In fünf Teilprojekten forschen Partner\*innen seit dem Frühjahr 2015 in insgesamt acht Kommunen in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen und Niedersachsen. Der Forschungsverbund ist ein Projekt des „Netzwerks Partizipative Gesundheitsforschung“ (PartNet).

Weitere Informationen finden Sie unter <http://partkommplus.de>.

Aufnahme und Diskussion der Fragestellungen, die sich aus der Perspektive der Eltern in Verbindung mit der Kita-Zeit stellen. Dabei zeigte sich innerhalb und sogar zwischen den Forschungsteams eine hohe Übereinstimmung: „... wir (haben) alle dieselben Ideen, wir kommen ja irgendwo auf eine Meinung“.

Aus diesen Themen der Eltern wurde dann von jedem Forschungsteam eine Fragestellung für den Forschungsprozess abgeleitet. Im Untersuchungsgebiet Lauchhammer, wo zunächst nur zwei Mitforschende gewonnen werden konnten, wurden diese Themen in einen Fragebogen überführt, der im Rahmen eines Kinderflohmärkts eingesetzt wurde. Auf diese Weise konnte ein breiterer Elternkreis zu ihren Fragestellungen/Themen befragt und außerdem neue Mitforschende gewonnen werden. Die erste Forschungsphase wurde außerdem genutzt, methodische Fragen wie z. B. „Was bedeutet forschen?“, „Was ist eine forschende Haltung?“, „Was sind Peers?“, „Was ist Partizipation?“ zu klären. Für die zweite Forschungsphase seit September 2016 steht nun die Datenerhebung mit der anschließenden Auswertung an.

Der Prozess der ersten Phase wurde gemeinsam in den Forschungsteams reflektiert und ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Beteiligung an dem Forschungsprozess seitens der Eltern auch mit der Erwartung an eine Veränderung der Praxis verbunden ist. So formulierte



© Britta Willim

eine Teilnehmende aus der Forschungswerkstatt: „Mir gefällt besonders gut, dass ich in einen Prozess eingebunden bin (...), wo wir aktiv was dazu beitragen können, dass sich etwas verändert.“ Am Ende des Prozesses wird sich zeigen, inwiefern nicht nur der hohe Anspruch der partnerschaftlichen Gestaltung des gesamten Forschungsprozesses eingelöst werden konnte, sondern ob es außerdem gelingt, mit den erarbeiteten Ergebnissen auf die Praxis des Kita-Alltags einzuwirken.

*Ina Schaefer, Prof. Dr. Gesine Bär, Ulrike von Haldenwang  
und die Mitglieder des Verbundes von ElFe*

## | Ethik in den Gesundheitswissenschaften

Mit „Ethik in den Gesundheitswissenschaften“ haben Peter Schröder-Bäck und Joseph Kuhn ein Handbuch veröffentlicht, das zur kritischen Auseinandersetzung mit Fragen der Ethik anregt und zugleich die ethischen Legitimationsvoraussetzungen von Gesundheitswissenschaften reflektiert. Der umfassende Sammelband bietet Forschenden sowie Praktiker\*innen einen guten Überblick. Dank seines einführenden Charakters bildet er aber auch für Studierende einen guten Einstieg.

Das Buch ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen zur Ethik in den Gesundheitswissenschaften erörtert. So liefert etwa Oliver Rauprich einen Beitrag zur Frage nach der Gesundheitsgerechtigkeit. Lohnend ist auch der Artikel von Heinz Rothgang über Gesundheitsökonomik und Ethik, der diskutiert, ob sich ethisches und ökonomisches Handeln gegenseitig ausschließen. Dagmar Borchers stellt in ihrem Beitrag Ethiktools in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Praxis vor. Manfred Wildner und Herbert Zöllner beleuchten die Ethik staatlichen Handelns im Dienst der Bevölkerung.

Der zweite Teil greift unterschiedliche Beispiele konkreter, ethischer Reflexion in Forschung und Praxis auf. So fasst Thomas Lampert etwa verschiedene Untersuchungen zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Deutsch-

land zusammen und weist auf die Notwendigkeit einer umfassenden politischen Handlungsstrategie hin. Aus aktuellem Anlass ist auch der Artikel von Judith Wenner und Oliver Razum zu ethischen Fragen der Migrant\*innengesundheit interessant. Georg Marckmann beschäftigt sich demgegenüber mit der Diskussion um die allgemeine Impfpflicht. Insgesamt überzeugt der Sammelband mit seinen 35 Artikeln vor allem aufgrund der multidisziplinären Betrachtungsweise. Seine zentrale Botschaft lautet: „Ethik ist immer auch ein Dialog – ein explizierter Rechtfertigungsprozess, in dem versucht wird, gute Gründe für gutes und richtiges Handeln zu finden und gegebenenfalls gegeneinander abzuwägen“ (S. 10).

Christopher Böhm

Peter Schröder-Bäck und Joseph Kuhn (Hrsg. 2016), „Ethik in den Gesundheitswissenschaften – eine Einführung“. Beltz Juventa, 1. Auflage. ISBN: 978-3-7799-1577-5



## | Soziale Spaltungen in Berlin



„Ausgerechnet Berlin“, so heißt es in der Einleitung des Buches, die „Hauptstadt des reichsten Landes Europas, ist die ärmste Hauptstadt in Europa, verglichen mit der durchschnittlichen nationalen Bevölkerung.“ Die Kehrseite der Medaille sei „die Konzentration von Einkommen, Vermögen und damit auch Lebenschancen bei einer geringen Zahl von Superreichen“ (7). Diese soziale Spaltung wird in den einzelnen Kapiteln für verschiedene Themenfelder ausbuchstabiert: behandelt wird

neben Armutsentwicklung und Gesundheit (115) auch die soziale Spaltung durch ungleiche Bildungschancen (87), Wohnungspolitik und Gentrifizierung (51), prekäre Arbeitsverhältnisse (139) und die Vielfalt Berlins (31). Aber auch die überalterte und personell ausgedünnte Berliner Verwaltung wird thematisiert (15), ebenso wie die Welle zivilgesellschaftlicher Hilfsbereitschaft angesichts des wachsenden Zustroms geflüchteter Menschen (43).

Ulrich Bochum/Jeffrey Butler/Klaus Kohlmeyer/Stephanie Odenwald. Soziale Spaltungen in Berlin 180 Seiten | VSA: Verlag Hamburg | Gefördert durch die Eberhard-Schulz-Stiftung | 2016 | EUR 9.80 | ISBN 978-3-89965-682-4

# | Termine und Veranstaltungen

## Arbeitskreise von Gesundheit Berlin-Brandenburg

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Kind und Familie

Datum: Fr., 5. Mai 2017  
von 10.00 bis 12.00 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Berlin  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit

Datum: Mo., 15. Mai 2017  
von 15.00 bis 17.30 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Berlin  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Bewegung und Ernährung

Datum: Mi., 17. Mai 2017  
von 15.00 bis 17.00 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Berlin  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Migration und Gesundheit

Datum: Mi., 7. Juni 2017  
von 15.00 bis 17.00 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Berlin  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

### Arbeitskreistreffen

#### Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung

Datum: Di., 20. Juni 2017  
von 15.00 bis 17.00 Uhr  
Ort: Geschäftsstelle Berlin  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

## Veranstaltungen in Berlin-Brandenburg

### Konferenz

#### Kommunen in der alternden Gesellschaft. Empfehlungen des Siebten Altenberichts der Bundesregierung

Datum: Di., 4. April 2017  
von 10.00 bis 16.45 Uhr  
Veranstalter: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
Ort: Hotel Pullman Berlin Schweizerhof, Berlin  
[bmfsfj-veranstaltungen.bafza.de](http://bmfsfj-veranstaltungen.bafza.de)

#### 5. BZgA-Bundeskonferenz Präventionspotenziale im hohen Alter – Ansätze der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung

Datum: Mi., 5. April 2017  
Veranstalter: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ort: Ludwig Erhard Haus, Berlin  
[www.gesund-aktiv-aelter-werden.de](http://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de)

#### 10. Gesundheitsforum Jung bleiben durch Bewegung und Sport

Datum: Sa., 29. April 2017  
von 9.30 bis 15.30 Uhr  
Veranstalter: LSB Berlin  
Ort: Gerhard-Schlegel-Sportschule des Landessportbundes Berlin  
[www.lsb-berlin.net](http://www.lsb-berlin.net)

## Veranstaltungen im Bundesgebiet

### Fachtagung

#### Bewegung schafft Begegnung – Fachtagung zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung

Datum: Mo., 27. März 2017  
Veranstalter: Universität Osnabrück, Institut für Sport- und Bewegungswissenschaften  
Ort: Osnabrück  
[www.nifbe.de/das-institut/veranstaltungen](http://www.nifbe.de/das-institut/veranstaltungen)

#### 16. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag europe@DJHT

Datum: 28. bis 30. März 2017  
Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe  
Ort: Düsseldorf, bundesweit  
[www.jugendhilfetag.de/djht-europa](http://www.jugendhilfetag.de/djht-europa)

### Kongress

#### Gesundheit für alle

Datum: 3. bis 5. Mai 2017  
Veranstalter: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), BVÖGD, BZÖG, GHUP  
Ort: München  
[www.lgl.bayern.de/aus\\_fort\\_weiterbildung](http://www.lgl.bayern.de/aus_fort_weiterbildung)

**Herausgeber und Verleger:**

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

Wenn Sie den Info\_Dienst abbestellen oder eine  
Adressänderung angeben möchten, schreiben Sie  
bitte an sekretariat@gesundheitbb.de.

**Redaktion:**

Stefan Pospiech (V. i. S. d. P.),  
Marion Amler, Christopher Böhm, Stefan Bräunling,  
Jennifer Dirks

Auflage: 3.000

**Satz und Layout:**

Connye Wolff, www.connye.com

**Druck:**

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

ISSN 1614-5305

**Bildnachweise:**

Titel: Christoph Kellner (studio animanova) und  
Gabriele Schlipf (momik)  
S.4: suze/photocase.de  
S.6: André Wagenzik  
S.8: BILDHAUS, Karoline Wolf  
S.16: Sydra Productions, Fotolia  
S.20-21: Britta Willim

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