

Tagungsband der
9. Österreichischen Präventionstagung

Soziale Ungleichheit und Gesundheit



Ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH



**Fonds Gesundes
Österreich**

1 Vorwort**Plenarvorträge**

- 2 – 4 Margaret Whitehead**, Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa: Warum sollen wir sie reduzieren und wie kann das gelingen?
- 5 – 9 Frank Lehmann**, Strategien und Erfahrungen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland
- 10 – 12 Marilena Korkodilos**, Strategien und Erfahrungen zur Verminderung von gesundheitlichen Ungleichheiten in England
- 13 – 16 Simone Weyers**, Closing the (health) gap – Erfahrungen und Empfehlungen aus einem EU-Projekt
- 16 – 18 Richard Wilkinson**, Kranke Gesellschaften: Ungleichheit und Gemeinwohl. Warum funktionieren manche Gesellschaften besser als andere?
- Workshops**
- 19 Workshop 1:**
- 19 – 21 Wolfgang Freidl**, Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Die Relevanz von individuellem Verhalten und gesellschaftlichen Verhältnissen
- 22 – 26 Christine Neuhold**, Gesundheitsförderung in steirischen Gesunden Gemeinden
- 27 – 30 Rainer Possert**, Wohnen am Grünanger – eine erfolgreiche soziale Intervention für eine „vulnerable“ Gruppe
- 30 – 33 Willibald J. Stronegger**, Gesundheitliche Ungleichheit – Verhalten oder Verhältnisse? Sozial-epidemiologische Modelle und Evidenz
- 34 Workshop 2:**
- 34 – 42 Klaus Vavrik**, Pränatale und frühkindliche Entwicklung als soziale Determinante der Gesundheit
- 42 – 45 Dr. Manuela Stötzel**, Strukturelle Voraussetzungen für einen verbesserten Schutz von Säuglingen und Kleinkindern: „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.
- 45 Workshop 3:**
- 45 – 46 Günther Kienast**, Altern – Lernen zwischen Lebenskrisen und Lebenschancen
- 46 Workshop 4:**
- 46 – 47 Birgit Babitsch**, Geschlecht, Gesundheit und soziale Benachteiligung
- 46 – 52 Hilde Wolf**, Gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang mit sozialer Lage
- 53 Workshop 5:**
- 53 – 56 Gabriele und Christian Bartuska**, Soziale Barrieren – emotionale Hindernisse in der Gesundheitsförderung
- 56 Workshop 6:**
- 56– 59 Bernhard Heinzmaier**, Kommunikation mit Angehörigen junger Zielgruppen in prekären Lebenslagen
- 60 Workshop 7:**
- 60 – 63 Christian F. Freisleben-Teutscher**, Theatermethoden in der Gesundheitsförderung
- 64 Liz King**: Ein Tanzexperiment
- 65 Kurze Lebensläufe**

Impressum



Mag. Christoph Hörhan
Leiter Fonds Gesundes Österreich

Liebe Leserin, lieber Leser!

Österreich hat ein im internationalen Vergleich hervorragendes Gesundheitssystem. Dennoch gibt es auch hierzulande - wie in allen europäischen Ländern - gesundheitliche Ungleichheit aufgrund der unterschiedlichen sozialen Lage der Menschen. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und niedrigem Einkommen – sterben früher, erkranken häufiger und leben ungesünder. Die Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zählt damit zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Aufgaben.

Besorgniserregend sind deshalb Befunde aus der Sozialepidemiologie, die auf eine weiter wachsende Kluft bei den Gesundheitschancen von ärmeren und wohlhabenderen Bevölkerungsgruppen verweisen. Dieser Trend kann letztlich sogar gesamtgesellschaftliche Folgewirkungen nach sich ziehen und den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft gefährden. Grund genug, die 9. Österreichische Präventionstagung des Fonds Gesundes Österreich der Thematik „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zu widmen, die Ursachen zu analysieren und Strategien zur Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit zu diskutieren.

Einig waren sich die Expert/innen und Teilnehmer/innen, dass die Gründe für soziale Ungleichheit vielfältig und miteinander verflochten sind. Die Initiativen der Gesundheitsförderung müssen folglich umfassend greifen – von der Stärkung des Einzelnen, über die Stärkung der Gemeinschaft, bis hin zur Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen. Diese Herausforderung kann nicht alleine vom Gesundheitssektor bewältigt werden, sondern bedarf einer bereichsübergreifenden Gesamtstrategie aller maßgeblichen politischen Kräfte („Health in all policies“). Die Gesundheitsförderung kann kein Patentrezept anbieten, aber durch die umfassende Sicht von Gesundheit unter Einbeziehung der sozialen Wurzeln in einem fächerübergreifenden Prozess eine tragende Rolle spielen

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen ganz spezifisch auf die unterschiedlichen, sozioökonomischen Gruppen Rücksicht nehmen. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass eine Intervention, die bei einer Gruppe wirkt, dies ohne weiteres auch bei allen anderen tut. Die große Bandbreite der Interventionsmöglichkeiten zu erkennen und daraus die wirksamsten und besten für einzelne Zielgruppen und Settings zu identifizieren, ist eine unserer großen, aktuellen Herausforderungen.

Dieser Tagungsband soll durch Dokumentation der vielfältigen Praxisbeispiele und wissenschaftlichen Grundlagen dabei unterstützen.

Mag. Christoph Hörhan
Leiter Fonds Gesundes Österreich

Wie können die gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa reduziert werden?

Plenarvortrag von Margaret Whitehead, Division of Public Health, University of Liverpool (UK)

In den europäischen Ländern sind nach wie vor große gesundheitliche Ungleichheiten vorhanden. Der wichtigste Grund, diese zu reduzieren, lautet: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Um die Unterschiede zwischen sozialen Gruppen künftig zu verringern, muss bei gesundheitsförderlichen Interventionen jeweils überprüft werden, in welchem Ausmaß sie dazu beitragen, dieses Ziel zu erreichen.

In den hoch entwickelten Ländern West- und Nordeuropas gibt es zwischen verschiedenen sozialen Gruppen nach wie vor große gesundheitliche Unterschiede. Je höher das Einkommen und das Bildungsniveau sind, desto besser ist tendenziell auch der Gesundheitszustand. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten haben wesentliche Auswirkungen.

Studiendaten aus den Niederlanden zeigen beispielsweise, dass die Mortalität und Morbidität in der Gesamtbevölkerung um 25 bis 50 Prozent reduziert werden könnte, wenn Menschen mit niedrigerer Bildung denselben Gesundheitslevel hätten wie jene mit Hochschulbildung. Die Lebenserwartung ist in den Niederlanden für Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status um fünf Jahre geringer als für jene mit einem hohen. Wenn die Erwartung an gesunden Lebensjahren betrachtet wird, beträgt dieser Unterschied sogar zwölf Jahre.

Für Spanien wurde errechnet, dass es pro Jahr in den ärmeren Regionen 35.000 Todesfälle weniger gäbe, wenn die Mortalitätsrate dort gleich niedrig wäre wie in den reicheren Regionen. In England wurde festgestellt, dass in den 1990er-Jahren in der niedrigsten von fünf sozialen Klassen rund fünfmal so viele Kinder und Jugendliche bis zu 15 Jahren durch Unfälle und Vergiftungen starben wie in der höchsten. Nicht zuletzt ist bekannt, dass in Großbritannien bei einer Unterscheidung nach sieben Berufsklassen in der untersten mehr als zweimal so viele Menschen von einem schlechten Gesundheitszustand berichten wie in der obersten (Drever F., Doran T., Whitehead M.: Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from the 2001 census. Journal of Epidemiology and Community Health. 2004 July; 58 (7): 590-6).

Warum sollten wir dies ändern?

Die Regierungen verschiedener Länder, die Europäische Union und die Weltgesundheitsorganisation WHO sind sich heute weitgehend darin einig, dass diese Ungleichheiten reduziert werden sollten. Dies wird meist damit begründet, dass so die Leistungsfähigkeit der Menschen gesteigert oder auch der soziale Zusammenhalt gestärkt werden kann. Der aus meiner Sicht bei weitem wichtigste Grund lautet jedoch: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Erst durch sie wird der Zugang zu weiteren Menschenrechten möglich. Die Tatsache, dass es derart große gesundheitliche Unterschiede gibt – und auch große Unterschiede bei den entscheidenden Determinanten für Gesundheit – ist mit Fairness und Gerechtigkeit nicht vereinbar.

Wie können wir dies ändern?

Wer die gesundheitliche Ungleichheit verringern will, sollte zunächst berücksichtigen, wodurch Gesundheit bestimmt wird. Neben Alter, Geschlecht und konstitutionellen Faktoren gibt es Determinanten auf vier Ebenen:

- den individuellen Lebensstil
- den Einfluss der Gesellschaft und lokaler Gemeinschaften
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen
- die sozioökonomischen, kulturellen und Umweltbedingungen.

Die Verfahrensweisen zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten können in viererlei Hinsicht erfolgen: Maßnahmen, die Individuen stärken sollen, werden kaum erfolgreich sein, wenn sie isoliert erfolgen. Initiativen, die Gemeinschaften stärken sollen, können horizontal, also innerhalb einer Gruppe, oder vertikal erfolgen – also den Zusammenhalt zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen verbessern. Letzteres erscheint erfolgversprechender, speziell falls die Ursachen für ein Gesundheitsproblem im weiteren sozioökonomischen Umfeld liegen.

Langfristige positive Auswirkungen sind von Interventionen auf der Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu erwarten. Solche Maßnahmen können in zahlreichen klassischen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens bestehen, etwa in Verbesserungen bei den Wohnbedingungen, der Wasserversorgung, den Arbeits- und Umweltbedingungen oder bei der Lebensmittelqualität sowie durch Gesundheitsbildung. Weiters kann es hier darum gehen, das psychosoziale Umfeld zu verbessern, sowie nicht zuletzt darum, den Zugang zur Gesundheitsversorgung speziell auch für benachteiligte Gruppen zu erleichtern. Nachhaltige Verbesserungen sind schließlich auch von makroökonomischen, ökologischen und kulturellen Veränderungen zu erwarten, zum Beispiel durch eine „gesündere“ Wirtschafts- oder Arbeitsmarktpolitik.

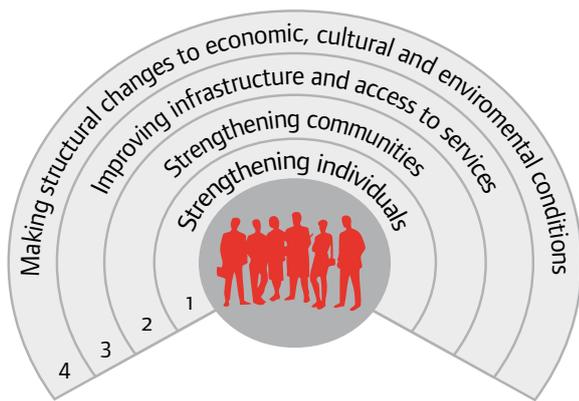
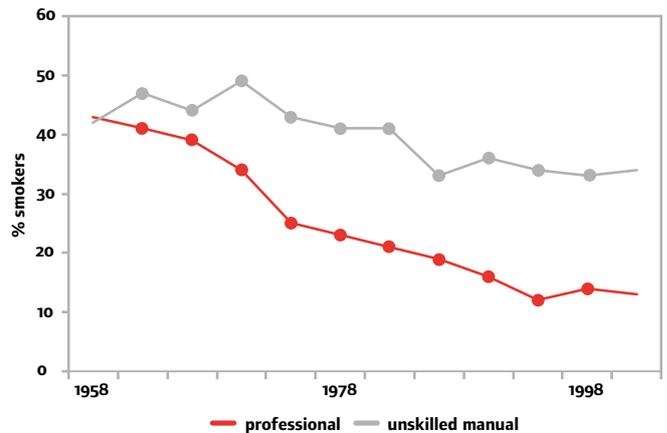


Abbildung 1: Policy Levels for Tackling Inequalities in Health

Ein Fallbeispiel

Der Tabakkonsum, bei dem zwischen verschiedenen sozialen Gruppen große Unterschiede zu beobachten sind, kann als Fallbeispiel dienen. Noch im Jahr 1958 war in Großbritannien der Anteil rauchender Frauen aus der höchsten von fünf sozioökonomischen Gruppen ungefähr gleich hoch wie in der niedrigsten. Bei den Frauen aus der Gruppe mit dem höchsten Einkommen ist dieser Anteil seither kontinuierlich stark gesunken. Bei den Frauen aus der Gruppe mit dem niedrigsten Einkommen hat sich der Anteil der Raucherinnen hingegen nur unwesentlich verringert. Im Jahr 2000 rauchten schließlich rund zweieinhalbmal so viele Frauen aus der ärmsten Schicht wie aus der reichsten.

Aus Studien wissen wir auch, dass verschiedene einzelne soziale Faktoren in engem Zusammenhang zum



Quelle: Wald & Nicolaides-Bauman, 1991; ONS, 2001

Abbildung 2: % of women smoking cigarettes in highest (professional) & lowest (unskilled manual) socioeconomic groups, Britain, 1958-2000

Rauchverhalten von Frauen stehen. Dazu zählen soziale Nachteile in der Kindheit, dass die schulische Ausbildung mit 16 Jahren oder jünger beendet wurde, eine Mutterschaft unter 21 Jahren sowie soziale Nachteile als Erwachsene. Für jeden einzelnen dieser Einflüsse gilt, dass die Betroffenen mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit Raucherinnen sind und mit relativ geringer Ex-Raucherinnen.

Vom letztgenannten Faktor Betroffene sind beispielsweise zu 63 Prozent Raucherinnen und nur zu 17 Prozent Ex-Raucherinnen. Umgekehrt sind Frauen, auf die keines der vier erwähnten Merkmale zutrifft, mit hoher Wahrscheinlichkeit Ex-Raucherinnen und mit relativ geringer Wahrscheinlichkeit Raucherinnen. Das Verhältnis beträgt hier 18 Prozent Raucherinnen zu 45 Prozent Ex-Raucherinnen.

Wie beeinflussen Interventionen Ungleichheit?

Um den Tabakkonsum zu regulieren, können auf verschiedenen Ebenen Maßnahmen gesetzt werden, beginnend bei der Kontrolle der Versorgungskette – vom Anbau bis zum Vorgehen gegen Schmuggler/innen. Weitere mögliche Interventionen umfassen die spezifische Gesetzgebung im Allgemeinen, die Preisgestaltung, Einschränkungen der Werbung für Tabakkonsum sowie Rauchverbote für öffentliche Plätze oder Gebäude. Außerdem können beispielsweise öffentliche Kampagnen für Raucherentwöhnung durchgeführt und

Beratungs- und Kursangebote gemacht werden.

Um den erwünschten Effekt zu erzielen, ist bei jeder einzelnen Maßnahme zu überprüfen, ob und inwieweit sie auf verschiedene sozioökonomische Gruppen einen unterschiedlichen Einfluss hat. Letztlich kann so festgestellt werden, mit welcher Kombination von Maßnahmen soziale Ungleichheiten mit der höchsten Wahrscheinlichkeit reduziert werden können.

Was insgesamt zu beachten ist

Wenn gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden sollen, so sind insgesamt vor allem folgende drei Punkte zu beachten:

- Die Gründe für soziale Ungleichheiten sind vielfältig und miteinander verflochten. Daraus folgt, dass auch Maßnahmen zur Reduzierung dieser Unterschiede ineinander greifen müssen – und zwar über alle gesellschaftlichen Sektoren und Ebenen der Intervention hinweg.
- Es ist notwendig, die gesamte Bandbreite an möglichen Interventionen zu kennen und zu wissen, wie effizient sie soziale Ungleichheiten verringern.
- Schließlich müssen wir Strategien zur Gesundheitsförderung entwickeln, die auf die spezifischen Strukturen und Bedürfnisse der unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen Rücksicht nehmen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Intervention, die bei einer Gruppe wirkt, das auch bei allen anderen tut.

Margaret Whitehead lehrt Public Health an der Universität Liverpool in Großbritannien. Sie ist dort auch Direktorin des „Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health“ der Weltgesundheitsorganisation WHO. Der Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit liegt seit rund 20 Jahren im Bereich soziale Ungleichheiten und Gesundheit. Die Expertin aus Großbritannien war maßgeblich an zahlreichen nationalen und internationalen Projekten beteiligt, die eine Verbesserung der Gesundheitschancen für die Gesamtbevölkerung zum Ziel hatten. Außerdem hat Margaret Whitehead mehrere wichtige Publikationen zu diesem Thema verfasst.

Strategien und Erfahrungen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland

Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

1. Ausgangslage und strategischer Ansatz in Deutschland

Wie in allen europäischen Ländern gibt es auch in Deutschland gesundheitliche Ungleichheit auf Grund der unterschiedlichen sozialen Lage der Menschen. Eine aktuelle Auswertung auf der Grundlage des sozioökonomischen Panels (1995 bis 2005, N=32.500) kommt zu dem Ergebnis, dass die Lebenserwartung von Männern (Frauen) zwischen der untersten und der obersten Einkommensgruppe um 11 Jahre (8 Jahre) zu Ungunsten der untersten Einkommensgruppe differiert. Frauen (Männer) haben in der untersten Einkommensgruppe eine Lebenserwartung in Gesundheit von 61 (57) Jahren, in der obersten Einkommensgruppe eine Lebenserwartung in Gesundheit von 71 (71) Jahren (Lampert et al. 2007). Ein sozialer Schichtgradient gesundheitlicher Ungleichheit wurde ebenso für Kinder und Jugendliche in allen Altersgruppen und für fast alle gesundheitsrelevanten Themen (z.B. Rauchen, sportliche Inaktivität, Fernsehen/Video länger als 3 Stunden pro Tag, Adipositas und psychische Auffälligkeiten) nachgewiesen (zusammengefasst in einer Sonderausgabe des Bundesgesundheitsblattes Mai/Juni 2007).

Dahlgren und Whitehead (1991) erklären diese Ungleichheit durch ein Zusammenwirken von generellen sozioökonomischen, kulturellen und Umweltbedingungen, direkt einwirkenden Lebens- und Arbeitssituationen (z.B. unmittelbares Arbeits- und Wohnumfeld), sozialen und gemeindlichen Netzwerken, individuellen Lebensstil sowie konstitutionellen Faktoren (sog. Schalenmodell). Mielck (2000) hat ein Erklärungsmodell vorgelegt, welches Wirkungspfade ausgehend von sozialer Ungleichheit (Unterschiede in Wissen, Macht, Geld und Prestige) über Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen und/oder Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten sowie Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung über Unterschiede im Gesundheitsverhalten hin zur gesundheitlichen Ungleichheit (Unterschiede in Morbidität und Mortalität) aufzeigt. Gesundheitliche Ungleichheit wiederum wirkt sich auf soziale Ungleichheit aus.

Bevölkerungsgruppen mit besonders großem Interventionsbedarf sind: Personen mit sehr niedrigem Einkommen, beruflichem Status und/oder Schulbildung, Personen, die in sozial benachteiligten Gebieten wohnen, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Erwachsene und Kinder in kinderreichen Familien, Menschen mit Migrationshintergrund und Wohnungslose (Mielck 2003). Die konkrete Situation in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine Bevölkerung von ca. 82 Mio. Bewohnerinnen und Bewohnern in 16 Bundesländern mit 12.300 Kommunen. Seit dem Jahr 2000 besteht eine Zuständigkeit auch der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention/Gesundheitsförderung (§ 20 Sozialgesetzbuch V). Es gibt eine Vielzahl staatlicher und nicht staatlicher Akteure/innen.

Um die in den Erklärungsmodellen dargestellten komplexen Einflussfaktoren sowie die Vielfalt der Akteure/innen in Deutschland adäquat zu berücksichtigen, wurde als Interventionsstrategie zur Lösung des Problems gesundheitlicher Ungleichheit im ersten Schritt der Netzwerkansatz gewählt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiierte daher den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, dem die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Wohlfahrt (Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz), Ärzteverbände und wissenschaftliche Institute auf Bundesebene angehören. Auf der Länderebene arbeiten alle Landesvereinigungen für Gesundheit, mehrere Länderministerien und weitere Krankenkassen zusammen in diesem Kooperationsverbund. Insgesamt haben sich inzwischen 50 Organisationen bereit erklärt, im Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zusammenzuwirken. Auf der kommunalen Ebene haben sich bisher ca. 1.400 Projekte gemeldet, die die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lagen unterstützen (zusammenfassend dargestellt bei Lehmann (2006), aktueller Stand unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Sowohl die Gesundheitsministerkonferenz als auch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen haben offiziell den Netzwerkansatz der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten befürwortet.

Die BZgA nimmt neben ihrer Koordinierungsfunktion für die Partner im Kooperationsverbund ebenso ihre Funktion der bundesweiten Realisierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wahr. Sie führt ihre Angebote insbesondere in sozial benachteiligten Gebieten durch (Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“, www.sozialestadt.de). Dies betrifft beispielsweise die Jugendaktion „Gut drauf“, die primäre Suchtpräventionskampagne „Kinder stark machen“, das Programm zum Aufbau von Lebensperspektiven für Jugendliche „Komm auf Tour“ und die Aktion zur Steigerung der Früherkennungsuntersuchungen „Ich geh zur U! und Du?“. Das seit Juli 2007 bei der BZgA eingerichtete Nationale Zentrum Frühe Hilfen (Trägerschaft BZgA und Deutsches Jugendinstitut (DJI)) richtet sich an Multiplikator/innen, die in verstärkter Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen werdende Eltern sowie Eltern von Säuglingen und Kleinkindern unterstützen, um Vernachlässigung und Misshandlung zu verhindern. Zum überwiegenden Teil sind auch hier sozial Benachteiligte angesprochen (weitere Informationen über die verschiedenen Maßnahmen der BZgA unter www.BZgA.de).

2. Entwicklung des Themas

Es ist nicht selbstverständlich, dass gesundheitliche Ungleichheit als gesellschaftliches Problem wahrgenommen wird, obwohl es vorhanden ist. So wurde in Deutschland lange Zeit davon ausgegangen, dass auf Grund des bestehenden Sozialversicherungssystems jeder Mensch einen guten Zugang zur medizinischen Versorgung hat und daher keine gesundheitliche Ungleichheit besteht. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat eine Neuorientierung stattgefunden:

- Die Landesvereinigungen für Gesundheit haben das Thema als erste ab 1995 aufgegriffen, z.B. durch die jährliche Durchführung des Kongresses „Armut und Gesundheit“ mit über 1.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Berlin.
- Seit 1998/99 gibt es darüber hinaus die Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes (aktuell wurde der 3. Armuts- und Reichtumsbericht veröffentlicht unter www.bmas.de).

- Seit dem Jahr 2000 ist im § 20 des Sozialgesetzbuches V der Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung formuliert und ein nationaler Gesundheitszieleprozess begonnen worden. Soziale Ungleichheit wird im nationalen Gesundheitszieleprozess als Querschnittsthema aufgegriffen.
- Seit 2001 hat die BZgA ihren Netzwerkansatz zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten begonnen und 2003 den genannten Kooperationsverbund gegründet. In den Jahren 2004 bis 2007 wurden in allen 16 Bundesländern gemeinsam von BZgA, Ländern und Krankenkassen in der Trägerschaft der Landesvereinigungen für Gesundheit regionale Netzwerke der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten („Regionale Knoten“) aufgebaut.
- 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten erstellt, in dem er die Strategien zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen beschreibt und den Ansatz des Kooperationsverbundes als einen von zwei gangbaren Wegen der Primärprävention für sozial Benachteiligte beschreibt.

3. Good Practice als Kern des Netzwerkansatzes

Im Gutachten des Sachverständigenrates (2007) wird zwischen einem deduktiven Ansatz und einem induktiven Ansatz als wirksame Strategien zur Primärprävention bei vulnerablen Gruppen unterschieden. Der deduktive Ansatz setzt bei der Identifizierung von Lebenswelten (Stadtteile, Quartiere, Schulen, Freizeiteinrichtungen usw.) an, in denen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit überproportional viele Menschen aus vulnerablen Gruppen erreicht werden können. In diesen Settings werden Interventionen organisiert, die erfahrungsgestütztes Lernen erlauben mit dem Ziel der Gesundheitsförderung (z.B. Projekte der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Schulen). Im Gegensatz hierzu besteht die Möglichkeit, an der Praxis der vielen tausend Sozialprojekte anzuknüpfen, die von einer Vielzahl öffentlicher und karitativer Träger in Deutschland betrieben werden, und mit diesen gemeinsam gesundheitsförderliche Interven-

tionen zu stärken und weiterzuentwickeln. Der induktive Ansatz nutzt die gegebenen Zugänge zu Menschen in schwierigen Lebenslagen für gezielte Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung ohne die soziokulturelle Authentizität der Projekte zu zerstören. In einem gemeinsamen Prozess der partizipativen Qualitätsentwicklung werden Erfahrung und Wissen für die Verbesserung von Zugängen und Interventionen in einem Austausch zwischen Akteure/innen der Gesundheitsförderung und des Wohlfahrtsbereichs vermehrt.

Konkret wurde wie folgt vorgegangen: Im beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ des Kooperationsverbundes, in dem führende Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Praxis vertreten sind, wurden Good Practice Kriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten konsentiert. Grundlage war der Forschungsstand zur Gesundheitsförderung und die Good Practice Kriterien des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ (dargestellt in Lehmann et al. (2007)). Good Practice Projekte sollten auf jeden Fall einen klaren Zielbezug (Gesundheitsförderung, Prävention) aufweisen und nachweislich die Gruppe sozial Benachteiligter erreichen. Darüber hinaus sollten weitere Kriterien guter Praxis erfüllt sein: Innovation und Nachhaltigkeit, ein wirksames Multiplikatorenkonzept, eine niedrigschwellige Arbeitsweise, die Partizipation der Zielgruppe, Empowerment, ein Settingansatz, ein integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung, Dokumenta-

tion/Evaluation und/oder eine günstige Kosten-Nutzen Ration. Diese Good Practice Kriterien haben mittlerweile in Deutschland zur Ausbildung eines praxisrelevanten Standards der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten geführt. Sie wurden als Förderkriterien im Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgenommen. Sie dienen sowohl als Orientierungsmarken im Prozess der partizipativen Entwicklung der Akteur/innen des Gesundheits- und Wohlfahrtsbereichs als auch zur Auswahl von Good Practice Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Bisher wurden über 70 Good Practice Projekte in einem differenzierten Auswahlverfahren identifiziert und auf der Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de veröffentlicht.

4. Beispiel für die Arbeit mit dem induktiven Ansatz (Good Practice) am Kriterium Partizipation

Die Partizipation ist eins von zwölf Kriterien der Guten Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Über die Steigerung von Partizipation wird Selbstwirksamkeit und soziale Einbindung erhöht. Durch die Steigerung von Selbstwirksamkeit und sozialer Einbindung wird die Gesundheit gefördert (z.B. Schwarzer (2004) für den Bereich der Gesundheitspsychologie). Was Partizipation in der konkreten Realisierung bedeutet, kann in neun Stufen operationalisiert werden (siehe Tabelle).

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	Vorstufe der Partizipation
Stufe 5	Einbeziehung	
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	Nicht-Partizipation
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Quelle: Wright, Unger (2007); siehe auch: BZgA 2003

Abbildung 3: Operationalisierung: Partizipation in der Gesundheitsförderung

18 von 75 identifizierten Good Practice Projekten auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de wurden als vorbildlich in Bezug auf das Kriterium Partizipation beschrieben. So unterstützt das Good Practice Projekt Eltern AG aus Sachsen-Anhalt Eltern von Kleinkindern, die z.B. in Supermärkten von sogenannten Mentor/innen angesprochen wurden, in der Entwicklung ihrer Erziehungskompetenz. Elemente der Partizipation bestehen darin, dass die Eltern ihre Treffen zunehmend selbst organisieren, die Treffen selbständig durchführen („Mentoren werden zu Paten“) und das Elternfeedback einbezogen wird in die Veränderung der Gesamtprojektgestaltung. Das Projekt führt im Idealfall zur Bildung von selbständigen Nachbarschaftsnetzwerken. Eltern, die zuvor keine sozialen Netzwerke mit anderen Eltern hatten, können sich selbständig im Rahmen ihrer neuen sozialen Kontakte austauschen (Stufe 9 der Partizipation: selbständige Organisation).

Ein weiteres Beispiel ist das Good Practice Projekt „Kietzdetektive“. Kinder werden am Stadtentwicklungsprozess beteiligt, gehen auf Erkundung, wo gesundheitsfördernde oder gesundheitsschädliche Einflussfaktoren im Stadtteil sind, analysieren den Handlungsbedarf und erarbeiten Lösungsvorschläge, die mit dem Stadtteilparlament diskutiert werden (Stufe 7 der Partizipation: teilweise Entscheidungskompetenz).

Durch den induktiven Ansatz kommt die Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zur Geltung. Partizipation als wichtiges theoretisch fundiertes Kriterium der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wird aus der Praxis heraus anschaulich, wird in der Praxis auch für andere Projekte besser realisierbar und verbreitet sich als machbarer Standard.

Ein erster Erfolg in Deutschland wurde durch das Good Practice Projekt „Schutzengel“ (u.a. aufsuchende Hebammenhilfe) erreicht. Das Good Practice Projekt „Schutzengel“ wurde in den Kinder- und Jugendaktionsplan des Landes Schleswig Holstein aufgenommen und ist nun empfohlen und gefördert in allen Landkreisen und kreisfreien Städten dieses Bundeslandes.

5. Kritische Bewertung der Netzwerkstrategie in Deutschland

Auf Grund der Komplexität von Einflussfaktoren auf

die Gesundheit bei sozial Benachteiligten kann in der Regel nicht auf Wirksamkeitsnachweise auf der Basis von randomisiert kontrollierten Studien (so genannte „proven“ Evidenz) zurückgegriffen werden. Hier hält das Institut of Medicine, Washington, USA, eine Promising-Evidenz für ausreichend (Smedley, Syme 2001). Es sollte eine theoretische Fundierung (im genannten Beispiel: Erfüllung des Good Practice Kriteriums Partizipation; Partizipation auf einer höheren Stufe ist gesundheitsförderlich) und eine empirische Evidenz (im genannten Beispiel hat die Evaluation ergeben, dass die Eltern tatsächlich profitiert haben) bestehen. Es ist daher immer kritisch zu hinterfragen, auf der Grundlage welcher Evidenz die Maßnahmen gerade im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wirksam sind.

Die Anwendung des Netzwerkansatzes auf sozial Benachteiligte in Deutschland hat Vor- und Nachteile: Vorteile sind, dass die Aufmerksamkeit der Akteur/innen für diese sonst vernachlässigten Zielgruppen geschärft wird, dass Mittel verstärkt eingesetzt werden und dass für die Gesundheitsförderung dieser schwierigen Zielgruppen die Fähigkeiten der Akteur/innen und der Netzwerke ausgebaut werden (Capacity building). Die Nachteile bestehen in der Gefahr eines „blaming“ der Zielgruppen und darin, dass der soziale Schichtgradient in der Gesamtbevölkerung durch Konzentrierung auf die untere Schicht aus dem Blick gerät. So gibt es nicht nur einen sozial bedingten gesundheitlichen Schichtgradienten zwischen Hauptschulen und Gymnasien, sondern auch einen zwischen Haupt- und Real- sowie zwischen Realschulen und Gymnasien. Außerdem könnte der Anreiz für eine „Health in all (HIA)-policy“ möglicherweise verringert werden, weil das „Kümmern“ um sozial Benachteiligte als Alibi benutzt wird, um erforderliche politische Entscheidungen zur positiven Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten z. B. in der Arbeitsmarkt- oder Wirtschaftspolitik nicht zu fällen.

Insgesamt wird jedoch die Netzwerkstrategie in Deutschland national und international sehr anerkannt, wie z.B. innerhalb des von der EU-Kommission unterstützten Projektes „Closing the gap“ mit 21 Partnerländern (Nachfolgeprojekt „DETERMINE“) (www.health-inequalities.eu).

Literaturverzeichnis

Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim: Verlag Peter Sabo

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies

Lampert, T. et al. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007, S. 11-18

Lehmann, F. (2006): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Lehmann, F. et al. (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 3. erweiterte und überarbeitete Auflage. Reihe Gesundheitsförderung KONKRET Band 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u. a.: Verlag Hans Huber

Mielck, A. (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Lehmann, F. et al. (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte - Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 22. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (www.SVR-gesundheit.de) Langfassung, S. 777 - 804

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen u. a.: Hogrefe

Smedley, B.D.; Syme, S.L. (2001): Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research. Washington D.C.: National Academy Press

Wright, M.; Unger, H. (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung - ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. In: Gesundheit Berlin e. V. (Hrsg.): Info-Dienst für Gesundheitsförderung. 7. Jahrgang, 3. Ausgabe

Strategien und Erfahrungen zur Verminderung von gesundheitlichen Ungleichheiten in England

Marilena Korkodilos, Beraterin für Public Health Medicine, Health Inequalities Unit, Department of Health, London (UK)

Schon im „Black Report“ von 1980 wurden die gesundheitlichen Ungleichheiten in England dokumentiert. In der Regierungspolitik wurde dieses Thema jedoch erst 17 Jahre später berücksichtigt. 2001 wurde dann ein nationales Aktionsprogramm zur Reduktion bestimmter Unterschiede bis 2010 beschlossen. Bei ersten Evaluationen zeigten sich keine messbaren Erfolge. Vor allem auf lokaler Ebene sind noch bessere Umsetzungsstrukturen notwendig. Neue Interventionsstrategien wurden entwickelt.

Das Interesse daran, wie sich soziale Unterschiede auf die Gesundheit auswirken, ist in England keineswegs neu. Schon im Jahr 1980 wurde im „Black Report“ festgestellt, dass das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheiten besorgniserregend sei. Das Dokument weist zudem darauf hin, dass die unteren Klassen während sämtlicher Lebensphasen einen im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustand hätten.

Der grundlegende Bericht ist nach seinem Herausgeber, dem Arzt Sir Douglas Black (1913 bis 2002), benannt. Im Detail wurde darin unter anderem hervorgehoben, dass zwischen 1970 und 1972 in England geschätzte 74.000 Todesfälle von Unter-75-Jährigen hätten vermieden werden können, wenn die Mortalitätsrate in den unteren sozialen Klassen V und IV ebenso niedrig gewesen wäre wie in der Klasse I. Von der genannten Zahl betrafen allein 10.000 vermeidbare Todesfälle Kinder und weitere 32.000 Männer zwischen 15 und 64 Jahren. Bei der Differenzierung nach sozialen Klassen wurden in den beiden untersten die ungelerten und angelernten Arbeiter/innen erfasst. Die oberste Klasse umfasste „Fachleute“ wie etwa Ärzte/innen, Anwälte/innen oder auch Buchhalter/innen.

Herausforderung für die Gesellschaft

Im Black Report wurde bereits gefordert, dass es in einem Land mit so großen Ressourcen wie Großbritannien eines der wesentlichsten gesellschaftlichen Ziele sein sollte, die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern. Dabei

wurde auch angemerkt, dass ein großer Teil des Problems nicht innerhalb des Gesundheitssystems zu bewältigen sei. Vielmehr handle es sich um eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft, speziell in den Bereichen Ökonomie, Ökologie und Bildung. Die in dem Bericht gegebenen Empfehlungen wurden jedoch auf politischer Ebene weitgehend nicht berücksichtigt.

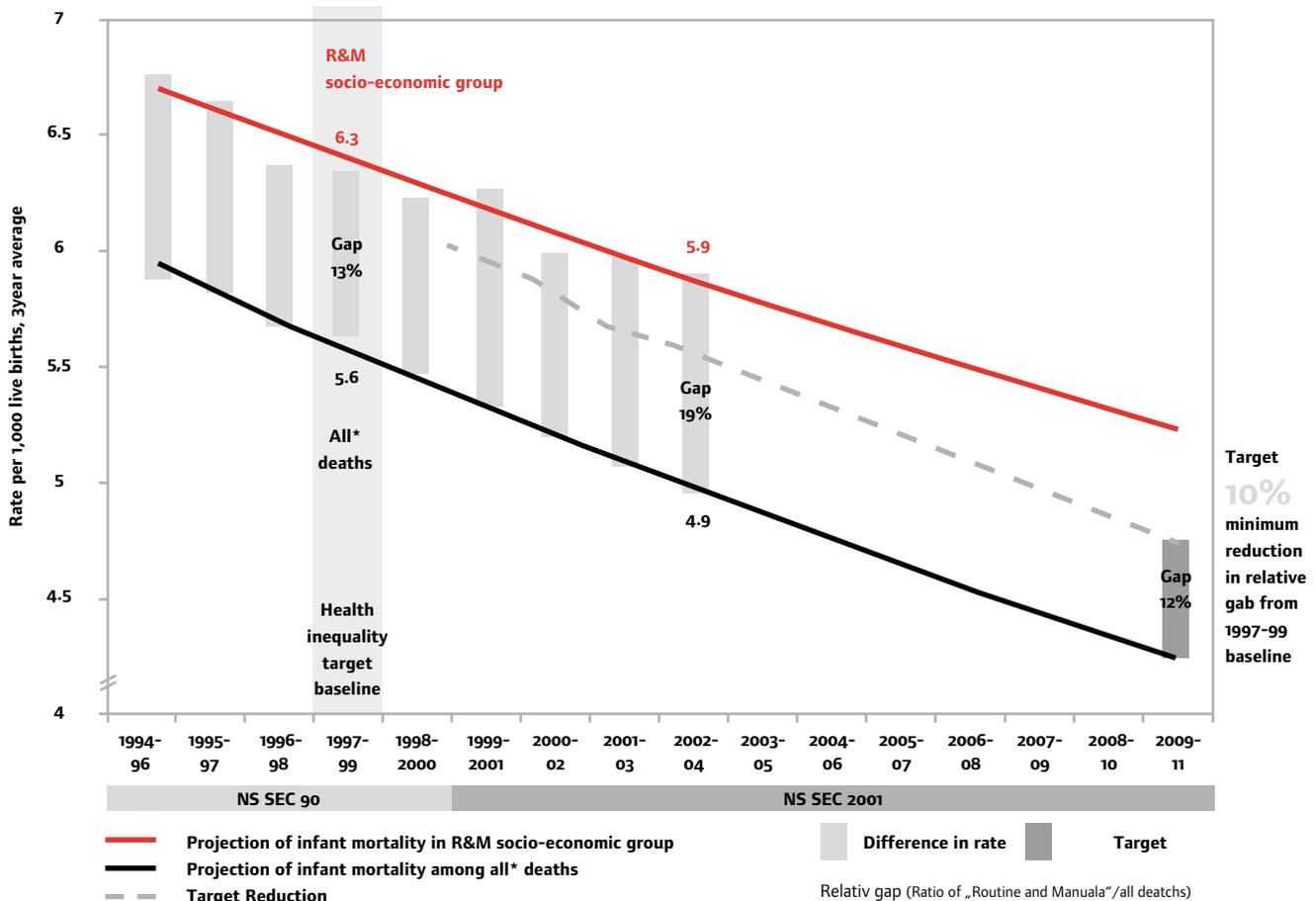
Vom „Black Report“ zum „Acheson Bericht“

Nach dem Regierungswechsel in Großbritannien im Jahr 1997 wurde die Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten zu einer nationalen Aufgabe erklärt. Sir Donald Acheson, der vormalige Chief Medical Officer der englischen Regierung, wurde als Leiter einer unabhängigen Untersuchungskommission eingesetzt. Der unter der Leitung des Mediziners und Epidemiologen herausgegebene Bericht kam im Kern zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie bereits der Black Report: Armut ist eine bedeutende Determinante von Gesundheit, und es bestehen wesentliche gesundheitliche Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten.

Der Acheson Bericht beeinflusste in der Folge wesentlich die Entstehung des Weißbuches „Saving Lives: Our Healthier Nation“. In dieser Publikation aus dem Jahr 1999 wurden Vorschläge zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten gesammelt. Weiters wurden die Gesundheitsinstitutionen auf lokaler Ebene aufgefordert, Pläne zu deren Umsetzung auszuarbeiten. 2001 wurde schließlich ein „Public Service Agreement (PSA) Target“ beschlossen – also eine konkrete Zielsetzung der Regierung in England. Diese bestand darin, dass bis 2010 gesundheitliche Ungleichheiten um zehn Prozent reduziert werden sollten, und zwar in zwei messbaren Teilbereichen.

Zwei konkrete Teilziele

Das erste Teilziel betraf die sozialen Unterschiede bei der Sterblichkeit von Kindern unter einem Jahr. Zwischen dem Durchschnitt der Bevölkerung und den sozialen Schichten der ungelerten Arbeiterinnen und Arbeiter hatte es bei diesem Messwert für die Dreijahresperiode von 1997 bis



*All relates to inside marriage and joint registrations outside marriage, not including „social class not specified“ for 1995 and 1999. Sole registration and unlinked births are excluded. Information on the father’s occupation is not collected for births outside marriage if the father does not attend the registration of the baby’s birth. Figures for live births are a 10% sample coded for father’s occupation.

Abbildung 4: Infant Mortality

1999 eine Differenz von rund 13 Prozent gegeben. Diese Zahl wurde als Ausgangspunkt gewählt, und es wurde angestrebt, sie um ein Zehntel zu reduzieren.

Das zweite Teilziel bezog sich auf die durchschnittliche Lebenserwartung in jenem Fünftel an Regionen mit den schlechtesten sozialen Indikatoren. Diese war in der Dreijahresperiode 1995, 1996 und 1997 für Männer um 2,57 Prozent niedriger als in der Gesamtbevölkerung, für Frauen um 1,77 Prozent. Dieser Unterschied sollte ebenfalls bis 2010 um zehn Prozent reduziert werden.

Das Problem anpacken

Dafür wurde ein nationales Aktionsprogramm entwickelt, das im Jahr 2003 in Form einer 74-seitigen Broschüre veröffentlicht wurde. Deren Titel lautet: „Tackling Health Inequalities“ – frei übersetzt also: „Das Problem der gesundheitlichen Ungleichheiten anpacken“. Das Aktions-

programm sieht unter anderem eine ressortübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Regierung vor. Dadurch sollen auch Maßnahmen ermöglicht werden, die mit der Gesundheit in Zusammenhang stehen, aber nicht direkt in den Aufgabenbereich des Gesundheitssystems fallen. Das Programm beinhaltet auch, dass Entwicklungen und Fortschritte kontinuierlich beobachtet und in regelmäßigen Abständen festgehalten werden sollen. Schließlich soll für beide Teilziele ein umfassender wissenschaftlicher Rückblick erfolgen.

Ein erster Zwischenbericht hat 2005 festgehalten, dass die soziale Ungleichheit bei der Säuglingssterblichkeit von 13 Prozent für den Zeitraum 1997 bis 1999 auf 19 Prozent für den Zeitraum 2002 bis 2004 gestiegen ist. Ähnlich verhält es sich mit dem zweiten Teilziel. Für Frauen aus sozial benachteiligten Regionen ist die Differenz ihrer Lebenserwartung zum Bevölkerungsdurchschnitt von 1,77

Prozent für den Zeitraum 1995, 1996 und 1997 auf 1,91 Prozent für den Zeitraum 2003, 2004 und 2005 angestiegen. Bei Männern hat sich der Unterschied von 2,57 auf 2,61 Prozent erhöht.

Was ist falsch gelaufen?

Eine Überprüfung auf der Ebene der lokalen Gesundheitseinrichtungen zeigte, dass die meisten keine gezielten Strategien zur Umsetzung des Programmes entwickelt hatten. Außerdem zeigten sich Mängel bei der Erhebung der Daten, die Fortschritte oder Rückschritte auf dem Weg zu den angestrebten Zielen hätten dokumentieren können. Weiters fehlte es auch an Personen, die bei den geplanten Aufgaben eine Führungsrolle übernommen hätten, sowie an externer Unterstützung.

Was könnte man anders machen?

Was sollte also verändert werden? Zunächst sollte der Schwerpunkt darauf gesetzt werden, die Zahl der vorzeitigen Todesfälle bei Erwachsenen in den sozial besonders benachteiligten Regionen zu reduzieren. In den Jahren 2003 bis 2005 gab es dort in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen 13.700 Todesfälle, die auf die im Vergleich zum Landesdurchschnitt höhere Mortalität zurückgeführt werden können.

Diese erschreckend hohe Zahl an vermeidbaren Todesfällen sollte fast zwingend für eine hohe Motivation zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten sorgen. Konkret kann das beispielsweise bedeuten, dass in den benachteiligten Regionen die Angebote zur Raucherentwöhnung verdoppelt werden, dass der Umfang der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten erweitert und dass die Krebs-Früherkennung verbessert wird.

Maßnahmen für das überregionale Ziel der Reduzierung der sozialen Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit tragen zusätzlich zur Verringerung der Differenzen bei der Lebenserwartung bei. Das kann im Detail zum Beispiel eine Verringerung der Zahl der Schwangerschaften von Unter-18-Jährigen durch präventive Arbeit mit Teenagern aus Risikogruppen umfassen. Weiters sollten Schwangeren aus den unteren sozialen Gruppen ebenfalls vermehrt Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sowie zur Gewichtsreduktion angeboten werden.

Lokale Partner/innen einbinden

Engagierte Partner/innen auf lokaler Ebene einzubinden und gemeinsam Modellprojekte zu planen und umzuset-

zen ist von zentraler Bedeutung. Auf Ebene des nationalen Gesundheitssystems wurden deshalb in England mehrere Werkzeuge und Unterstützungssysteme für lokale Akteur/innen entwickelt. Das umfasst beispielsweise ein Online-Tool mit dem Interventionen zur Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten detailliert geplant werden können. Weiters wurde das „National Support Team (NST) for Health Inequalities“ geschaffen. Dessen Mitglieder sollen dafür sorgen, dass Best Practice Modelle in den einzelnen Zielregionen bekannt und genutzt werden. Außerdem sollen sie bei Bedarf auch intensivere Unterstützung bei der praktischen Arbeit geben.

„National Health System (NHS) Health Trainers“ sollen künftig ebenfalls dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Sie sollen mit den Menschen vor Ort arbeiten und am besten selbst aus der jeweiligen lokalen Gemeinschaft stammen oder diese gut kennen. Die Health Trainer sollen sichtbar und für alle leicht zugänglich sein. Ihre Aufgabe besteht darin, mit den Menschen gemeinsam Gesundheitsziele festzulegen, zu motivieren, zu unterstützen und dabei zu helfen, Barrieren zu überwinden. Eine weitere unserer aktuellen Maßnahmen ist das Online-Quiz „Teen Life Check“, das Teenager dazu motivieren soll, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. In ähnlicher Weise wurde auch ein „Early Years Life Check“ sowie ein „Mid-Life Check“ entwickelt.

Fortschritte in der Ursachenforschung

Gesundheitliche Ungleichheiten sind das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von persönlichen Entscheidungen und seit langem bestehenden strukturellen Problemen. In England wurden entscheidende Fortschritte in der Erforschung der Ursachen für diese sozialen Unterschiede gemacht. Weiters wurden wirksame neue Formen der Intervention entwickelt, die dazu beitragen sollen, die Gesundheitsdeterminanten generell positiv zu beeinflussen und die festgesetzten Ziele zu erreichen.

Marilena Korkodilos hat 1994 ihren Abschluss an der London Medical School gemacht. Anschließend war sie im Bereich der Pädiatrie tätig und wurde Mitglied einer Kommission zur Erforschung der Ursachen für Totgeburten und frühkindliche Todesfälle. Seit 2005 arbeitet sie als Beraterin für Public Health Medicine der Health Inequalities Unit des britischen Gesundheitsministeriums in London.

Closing the (health) gap – Erfahrungen und Empfehlungen aus einem EU Projekt

Simone Weyers, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Einleitung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts sind viele Länder Europas reicher und gesünder als je zuvor. Und doch haben alle diese Länder innerhalb ihrer Bevölkerungen mit beträchtlichen Unterschieden im Gesundheitsbereich zu kämpfen. Menschen mit niedrigerem Bildungsstand, niedrigerem beruflichen Status oder geringerem Einkommen sterben tendenziell früher und sind auch anfälliger für die meisten Gesundheitsprobleme. Die Sterblichkeits- und Erkrankungsraten sind unter Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status fast immer erhöht.

Gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, stellt für die Gesundheitssysteme der europäischen Länder eine der größten Herausforderungen dar. Es ist jedoch bisher unzureichend beschrieben, ob und welche Strategien und Maßnahmen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten durchgeführt werden, wie soziale und politische Entwicklungen die gesundheitliche Schere beeinflussen und wie Strategien konzipiert sind, die diese erfolgreich verkleinern.

Zwischen 2003 und 2007 koordinierte die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) daher in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Europäischer Gesundheitsförderungsorganisationen 'EuroHealthNet' das EU-Projekt 'Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe' – Die gesundheitliche Schere verkleinern: Handlungsstrategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa. Nationale Gesundheitsförderungsorganisationen aus 22 europäischen Ländern leisteten dazu im Rahmen des dreijährigen Projektes einen Beitrag.

Die nationalen Organisationen für Gesundheitsförderung und Prävention sind besonders hierfür geeignet, da sie (1) in der europäischen Zusammenarbeit den Blick über den Tellerrand, also zu ihren europäischen Nachbarn und zur Europapolitik werfen können, (2) eine fachliche Mittlerposition zwischen der europäischen und

nationalen Fachebene einnehmen und (3) das Thema gesundheitlicher Ungleichheiten durch die Zusammenarbeit mit Organisationen und Institutionen aus anderen gesellschaftlichen Bereichen vor Ort positionieren und anwaltschaftlich begleiten.

Ziel von 'Closing the Gap' war es, Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zu identifizieren bzw. zu entwickeln und eine europäische Datenbank mit fundierten Informationen und vorbildlichen Projekten zu erstellen. Im Einzelnen beinhaltete dies folgende Module, die nachfolgend erläutert werden:

1. Konsens und Definition, was Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten für den Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet.

Zu Beginn unserer Zusammenarbeit musste man sich zunächst auf ein einheitliches Verständnis einigen. Was meinen wir eigentlich, wenn wir von Ungleichheiten sprechen, wie kommen Ungleichheiten in der Gesundheit zustande und welche Interventionschancen bestehen? Was bedeutet Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in der Praxis?

Hierbei ist ein gemeinsames Positionspapier entstanden, dass die folgenden Kernpunkte als Analyse- und Handlungsgrundlage definiert:

- der soziale Gradient beschreibt eine Systematik im Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit: je größer das Ausmaß gesellschaftlicher Benachteiligung (gemessen an Bildung, beruflicher Stellung oder Einkommen), umso schlechter die Gesundheit;
- neben dem eigenen Verhalten bestimmen soziale Bedingungsfaktoren (= Determinanten) die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen, wie z.B. Bildung, Arbeits- oder Wohnumfeld. Diese sozialen Bedingungsfaktoren sind auch entsprechende Ansatzpunkte für Interventionen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten;

- effektive Interventionen sollten sich an den sozialen Determinanten orientieren, idealerweise als Kombination gesamtgesellschaftlicher und individueller, auf das Verhalten der Menschen abzielender Maßnahmen.

2. Analyse, wie sich Europapolitik auf die gesundheitliche Schere auswirkt

Ein gemeinsamer Markt mit 450 Millionen Menschen kann durch vermehrte Mobilität, höheres Wirtschaftswachstum, niedrigere Preise, neue Beschäftigungschancen und damit einem höheren allgemeinen Lebensstandard zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Umgekehrt kann hierdurch die gesundheitliche Schere aber auch noch weiter auseinanderklaffen. Dann nämlich, wenn Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen von den Vorteilen dieses Markts (etwa dem Zugang zu Waren und Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen) weniger profitieren oder durch marktbedingte Preissteigerungen oder Zugangsbeschränkungen von bestimmten Dienst- und Versorgungsleistungen (Gas, Strom, Wasser) abgekoppelt werden. Auch die Harmonisierung der Zollsätze oder die Vereinheitlichung technischer und regulierungsbehördlicher Standards kann sich sowohl positiv als auch negativ auf gesundheitliche Ungleichheiten auswirken. In einzelnen EU-Mitgliedstaaten haben EU-Verordnungen etwa zur Festlegung der Größe von Gesundheitshinweisen auf Zigarettenpackungen oder in der Tabakwaren- und Lebensmittelwerbung zu höheren Standards im Gesundheitswesen geführt. In anderen Ländern hingegen, waren die durch die EU-Verordnungen festgeschriebenen Standards niedriger als die bisherigen nationalen Standards. Dies könnte die nationalen Maßnahmen zum Schutz der menschlichen Gesundheit in Frage stellen.

Die nationalen Gesundheitsbehörden und andere Akteur/innen mit einem Interesse an der Förderung der gesundheitlichen und sozialen Gerechtigkeit sollten die politische Entwicklung auf nationaler und EU-Ebene im Auge behalten, und dafür Sorge tragen, dass die Gerechtigkeit in Gesundheitsfragen nicht in den Hintergrund rückt und alle Chancen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten genutzt werden. Das Portal unterstützt diese Zielsetzung in der Rubrik EU-Politik durch die Bereitstellung von:

- Informationen zu vier Kernbereichen der EU-Politik: gemeinschaftliche Landwirtschafts-, Strukturfonds-, Binnenmarkt- und Sozialpolitik.
- Links zu weiteren wichtigen Politikfeldern, die Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten in den EU-Mitgliedstaaten haben könnten.
- Beispielen dafür, wie ausgewählte Politikbereiche gesundheitliche Ungleichheiten auf nationaler und lokaler Ebene beeinflussen.

Diejenigen, die mit den Institutionen und Gesetzgebungsverfahren der EU nicht vertraut sind, finden in dieser Rubrik außerdem eine Schlagwortliste sowie eine kurze Einführung in die politischen Entscheidungsprozesse der EU.

3. Analyse nationaler Strategien zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten; Entwicklung nationaler Handlungsstrategien

In Closing the Gap haben die 21 Projektpartner die nationalen Programme und Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten jeweils zusammengetragen. Dies wurde von interdisziplinär zusammengesetzten Expertengruppen in den Partnerländern unterstützt. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Regierungen der EU-Länder die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten anerkennen, zu den von der WHO formulierten Gerechtigkeitsprinzipien und Werten stehen und sich das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit politisch zu eigen gemacht haben. In vielen Ländern zählt der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu den Hauptzielen in der Gesundheitspolitik.

Allerdings wird die Frage, wie dieses Ziel zu verstehen und mit welchen Maßnahmen und Strategien es zu erreichen ist, von den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich beantwortet. Es zeigt sich, dass es kein Einheitsrezept für eine erfolgreiche gesundheitspolitische Strategie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten gibt. Schwerpunkte und Inhalte variieren mit den Besonderheiten der einzelnen Länder, die sich außerdem in sehr unterschiedlichen Phasen

der Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen befinden. Folgende Bausteine einer Erfolg versprechenden Strategie konnten trotz dieser Unterschiede gemeinschaftlich definiert werden:

1. Sichtbarkeit verbessern und Daten sammeln
2. Gleichen Gebrauch von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen
3. Schlüsselakteur/innen einbeziehen und Partnerschaften über Politikbereiche hinweg anregen
4. Health Impact Assessment Verfahren anwenden, welche Chancengleichheit einbeziehen
5. Ziele über gesundheitliche Chancengleichheit definieren sowie entsprechende Rollen und Verantwortlichkeiten
6. Kapazitäten zur Umsetzung etablieren
7. Akteur/innen vor Ort unterstützen
8. Maßnahmen upstream und downstream kombinieren
9. Wissenschaftliche Evidenz stärken
10. EU-Politik mitdenken

4. Datenbank lokaler Praxisbeispiele (Good Practice)

Was wird auf lokaler Ebene getan, um die Gesundheit Benachteiligter zu fördern und bestenfalls die gesundheitliche Schere zu verkleinern? Wie sind erfolgreiche Projekte konzipiert und wie kann man bewährte Strategien für Professionelle über eine Datenbank nutzbar machen?

Die Good Practice Datenbank enthält eine Auswahl an exemplarischen Interventionen, die veranschaulichen, was ‚vor Ort‘ zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten getan wird. Inhalt der Datenbank sind lokale Interventionen, die sich vorteilhaft bei der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten ausgewirkt haben. Die Einträge wurden in jedem Teilnehmerland anhand einer Reihe von Kriterien ausgewählt. Zu je-

dem Good Practice Beispiel wird eine Vielzahl von Informationen geliefert, darunter die Hauptziele der Intervention, die Zielgruppe, die Größenordnung, wie auf gesundheitliche Ungleichheiten eingegangen wird und warum die Intervention Vorbildcharakter hat. Die Beispiele wurden von den teilnehmenden Organisationen der europäischen Länder online eingegeben. In der Good Practice Datenbank lässt sich auf dreierlei Weise recherchieren: Volltextsuche, Suche nach Interventionen einzelner Länder, Detailsuche über Schlagwörter.

Neben dieser praktischen Darstellung der Projekte kann man die Projektsammlung vergleichend betrachten. Eine erste Datenanalyse zeigte beispielsweise, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit häufiger berücksichtigt werden als angenommen. So gibt es eine Vielzahl von Projekten, welche soziale Netzwerke einbeziehen oder Lebens- und Arbeitsbedingungen und hier besonders Aspekte wie Bildung, Gesundheitsdienste, Arbeitslosigkeit und Wohnumfeld. Erwartungsgemäß dominieren jedoch die klassischen, verhaltensbezogenen Interventionen das Feld. Hier zielen die Projekte häufig auf seelische Gesundheit, Ernährung, körperliche Bewegung oder Substanzmissbrauch ab.

4. Portal www.health-inequalities.eu



Abbildung 5: Das ‚Health Inequalities Portal‘

Die gesammelten Informationen werden Multiplikator/innen, Expert/innen und Entscheidungsträger/innen auf europäischer Ebene und in den Partnerländern über ein Internetportal zugänglich gemacht. Hier finden sich alle im Text genannten Ergebnisse und Dokumente (vgl. auch den Pfad About Determine/Previous Projects/Closing the Gap), außerdem Hinweise zu wei-

teren EU Projekten, Adressen der genannten Akteur/innen, relevante Publikationen aus Wissenschaft und Politik, Veranstaltungstermine und vieles mehr. Nutzer/innen des Portals können sich selber einbringen, indem sie auf Neuigkeiten hinweisen. Dieses Portal bildet somit einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Konkretisierung europäischer Gesundheitsstrategien.

Ausblick

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit keinem Einheitsrezept folgt, aber dass es Erfolg nahe legende Faktoren gibt. Bei der Herausarbeitung dieser Faktoren lohnt sich die europäische Zusammenarbeit. Diese wird gegenwärtig in Form des EU- geförderten Projektes ‚Determine‘ fortgesetzt.

Das EU-Projekt, welches zwischen 2007 und 2010 durchgeführt wird, hat sich zum Ziel gesetzt, das europäische Konsortium der European Partners for Equity in Health weiterzuentwickeln. Arbeitsschwerpunkt des vom Tschechischen National Institute for Public Health und EuroHealthNet geleiteten Projektes ist die Sichtung und Anwendung evidenzbasierter Ansätze, die sich auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit beziehen. Hierzu werden Übersichtsarbeiten verfasst und Pilotstudien durchgeführt. Dem Konsortium gehören Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen, Gesundheitsakteur/innen und Institute aus 26 Ländern an. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommt die Aufgabe zu, das Health Inequalities Portal weiterzuentwickeln, um so zentrale Informationen zum Thema socio-economic Determinants of Health bereit zu stellen.

Mehr Informationen unter
www.health-inequalities.eu

Warum funktionieren manche Gesellschaften besser als andere?

Richard Wilkinson, Division of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham Medical School (UK)

Das Ausmaß an sozialer Ungleichheit in einer Gesellschaft steht in direktem Zusammenhang zu verschiedenen sozialen und gesundheitlichen Indikatoren. Wenn ökonomische Unterschiede verringert werden, so kommt dies nicht nur benachteiligten Schichten zugute. In einer egalitären Gesellschaft werden offenbar die Lebensqualität und die sozialen Beziehungen der Gesamtbevölkerung verbessert.

Die Geburtenzahl bei Müttern unter 20 Jahren, die Zahl an adipösen Einwohner/innen und das Wohlbefinden von Kindern: Diese sind einige Indikatoren dafür, ob eine Gesellschaft insgesamt funktioniert oder „krank“ ist. Dieser Beitrag zeigt, dass diese und andere wesentliche soziale und gesundheitliche Merkmale in reichen Ländern umso ungünstiger ausgeprägt sind, je größer die soziale Ungleichheit ist. Letztere wird durch die Relation zwischen dem Fünftel der Bevölkerung mit dem höchsten und dem Fünftel mit dem niedrigsten Einkommen definiert.

Geburtenrate bei Teenagern

Mit dem Thema Geburten von Teenagern im Zusammenhang mit sozialen Unterschieden haben wir uns in einer Studie auseinandergesetzt, die 2005 in einer US-amerikanischen Fachzeitschrift erschienen ist (Pickett K.E., Mookherjee J., Wilkinson R.G.: Adolescent birth rates, total homicides, and income inequality in rich countries. American Journal of Public Health 2005; 95: 1181-3). Durch einen Vergleich von Daten aus 21 reichen Ländern wird in dieser Forschungsarbeit gezeigt, dass mit zunehmenden Einkommensdifferenzen in einem Land mit einer steigenden Zahl an Geburten durch 15- bis 19-Jährige zu rechnen ist.

So war beispielsweise Japan das Land mit den geringsten ökonomischen Unterschieden, und dort bekommen rund fünf von 1.000 Teenagern Kinder. Am anderen Ende des Spektrums finden sich die USA, wo die soziale Ungleichheit am größten ist. Die Zahl der 15- bis 19-jäh-

rigen Mütter ist dort rund zehn Mal so hoch wie in Japan. Österreich findet sich bei dieser Untersuchung bei beiden Messgrößen ungefähr im Mittelfeld.

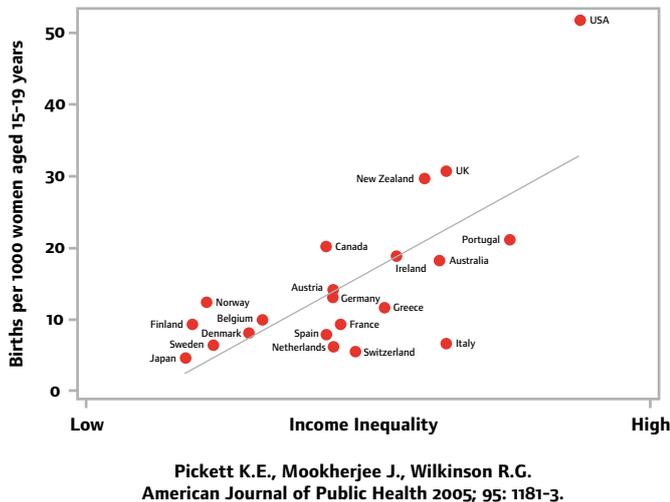


Abbildung 6: Teenage births & Inequality: rich countries

Größerer Hüftumfang durch größere Ungleichheit

Bei einer Untersuchung der Relation zwischen sozialen Ungleichheiten und Adipositas bei Frauen hat sich ebenfalls gezeigt: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Höhe der Einkommensunterschiede in einem Land und der Zahl an Frauen mit einem Body Mass Index über 30. Am meisten adipöse Frauen wurden wiederum in den USA verzeichnet (Pickett K.E., Kelly S., Brunner E., Lobstein T., Wilkinson R.G.: Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005, Aug. 59 (8): 670-4).

Mögliche Einflüsse auf Kinder

In einer Studie, die 2007 veröffentlicht wurde (Pickett K.E., Wilkinson R.G.: Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. British Medical Journal 2007, Nov 24, 335 (7629): 1080), haben wir uns damit beschäftigt, ob es einen Zusammenhang zwischen der Einkommensungleichheit in einem Land und dem Wohlbefinden der Kinder gibt. Letzteres wurde dabei nach dem „Index of Child Well-Being in Rich Countries“ des United Nations Children’s Fund (UNICEF) gemessen. Das Ergebnis war, dass es eine

negative Korrelation zwischen dem Gesamtindex für das Wohlbefinden von Kindern und dem Ausmaß an sozialer Ungleichheit gibt. Das heißt, je höher die Einkommensunterschiede in einem Land sind, desto schlechter ist tendenziell im internationalen Vergleich auch der Gesundheitszustand der Kinder nach dem UNICEF-Index.

Wenn die einzelnen Länder nach der durchschnittlichen Einkommenshöhe verglichen werden, so zeigen sich hingegen keine Zusammenhänge zum Wohlbefinden der Kinder. Das lässt den Schluss zu, dass das Wohlbefinden von Kindern in einem reichen Land eher von Reduktionen der sozialen Ungleichheit abhängt als von weiterem Wirtschaftswachstum.

Zu den untersuchten 23 Nationen zählte beispielsweise Schweden, wo bei geringen Einkommensunterschieden der beste Gesundheitszustand von Kindern verzeichnet wurde. Die USA waren auch bei dieser Erhebung das Land mit den größten Einkommensunterschieden. Der Gesundheitszustand der Kinder dort ist der viertschlechteste der erfassten Länder. Österreich liegt bei beiden Messgrößen wiederum ungefähr im Mittelfeld.

Weitere Auswirkungen von Ungleichheit

Anhand von entsprechenden Erhebungen lassen sich auch Zusammenhänge zwischen den Einkommensdifferenzen in verschiedenen Ländern und der Zahl an Menschen mit psychischen Erkrankungen, der sozialen Mobilität oder den Lese- und Rechenfähigkeiten der Schüler/innen zeigen. Letztlich lässt sich laut unseren vorläufigen Berechnungen auch ein Gesamtindex erstellen. Dieser zeigt, dass das relative Ausmaß der sozialen Ungleichheit in einem Land neben den bereits genannten sozialen und gesundheitlichen Messgrößen auch Bereiche wie Gewalt in der Gesellschaft, die Zahl der Inhaftierten, das Vertrauen in die Gesellschaft und die Lebenserwartung beeinflusst.

Kleine Unterschiede, große Wirkung

Es wurde immer schon davon ausgegangen, dass Ungleichheit eine Gesellschaft destabilisiert. Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen nun jedoch, dass bereits ein geringer Anstieg der Einkommensungleichheit im Ländervergleich mit wesentlichen Veränderungen bei gesundheitlichen und sozialen Indikatoren in Zusammenhang stehen kann. Aber warum reagieren wir Menschen offenbar so stark auf soziale Ungleichheit?

Eine mögliche Antwort besteht darin, dass größere Unterschiede tendenziell zu mehr Konkurrenzdruck und zu mehr Unsicherheit und Angst bezüglich der eigenen sozialen Position führen. In Gesellschaften mit höherer Ungleichheit gibt es auch mehr Vorurteile von höheren sozialen Schichten gegenüber niedrigeren. Die Ärmsten werden stigmatisiert. Je weniger egalitär eine Gesellschaft ist, desto höher ist weiters das Ausmaß an Diskriminierung von Minderheiten und von Frauen. Außerdem wird mehr Gewalt ausgeübt und das Vertrauen in die Gesellschaft und der Gemeinschaftssinn sind im Durchschnitt vergleichsweise gering ausgeprägt.

Distress durch große Statusunterschiede

In einer Gesellschaft mit ausgeprägten materiellen Unterschieden gibt es häufiger Situationen, in denen der Status oder das Selbstwertgefühl des Einzelnen bedroht ist. In einer weniger egalitären Gesellschaft müssen Menschen häufiger die Bewertung durch andere fürchten. Dass dies negative gesundheitliche Folgen haben kann, wurde in einer Meta-Analyse von 208 Laborstudien auch auf physiologischer Ebene nachgewiesen. Laut dieser Übersichtsarbeit ist die Kortisol-Ausschüttung dann besonders stark erhöht, wenn bei einer Aufgabe die Bedrohung vorhanden ist, dass deren Ergebnisse von anderen negativ beurteilt werden (Dickerson S.S., Kemeny M.E.: Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin* 2004, 130(3): 355–91). Weitere Faktoren, die Unsicherheitsgefühle und Angstzustände im Umgang mit anderen wesentlich erhöhen, sind ein kleines oder kaum vorhandenes soziales Netzwerk sowie schwierige frühkindliche Erlebnisse und Erfahrungen.

Mehr Lebensqualität durch mehr Egalität

Durch ein hohes Ausmaß an ökonomischer Ungleichheit in einer Gesellschaft werden also verschiedenste gesundheitliche und soziale Merkmale negativ beeinflusst. Davon sind wiederum die sozial benachteiligten Gruppen am stärksten betroffen. Wenn das Ausmaß an Ungleichheit reduziert wird, so kommt dies jedoch offenbar nicht nur diesen zugute. In einer Gesellschaft mit mehr Egalität verbessern sich sowohl die Lebensqualität als auch die sozialen Beziehungen für die Gesamtbevölkerung.

Richard Wilkinson unterrichtete an der London School of Economics. Danach wechselte er das Fach, studierte Epidemiologie und begann seine Forschungstätigkeit im Bereich der sozialen Determinanten für Gesundheit. In den dreißig Jahren seiner wissenschaftlichen Arbeit hat Richard Wilkinson eine maßgebliche Rolle bei der Schaffung von öffentlichem Bewusstsein für gesundheitliche Ungleichheiten gespielt. Er hat zahlreiche grundlegende Publikationen zu den Auswirkungen von sozioökonomischen Faktoren auf das Wohlbefinden verfasst.

Workshop 1:

Gesundheitliche Ungleichheit – Verhalten oder Verhältnisse

Die Relevanz von individuellem Verhalten und gesellschaftlichen Verhältnissen

Wolfgang Freidl

1. Soziale Ungleichheit und Lebensstil

Soziale Ungleichheit bezeichnet die ungleiche Verteilung wertvoller Ressourcen. Entscheidend ist, dass die Ungleichverteilung bestimmten sozialen Kriterien folgt und dass es sich um wertvolle Güter/Ressourcen handelt. Bei den betreffenden Ressourcen handelt es sich nicht nur um finanzielle, sondern auch um immaterielle (z.B. Prestige) und soziale Ressourcen (z.B. Bildung). Daraus ergeben sich Unterschiede in den Lebensbedingungen und Lebenschancen von Menschen. Vor- und Nachteile können bei ungleichem Zugang zu allgemein verfügbaren und sozial erstrebenswerten Gütern und sozialen Positionen entstehen. Durch ungleiche Machtverteilungen und Interaktionsmöglichkeiten sind Individuen, Gruppen oder Gesellschaften dauerhaft eingeschränkt oder bevorzugt. Diese Ungleichheit schließt somit Vor- und Nachteile zwischen verschiedenen Personen innerhalb einer Gesellschaft ein. Der Begriff Lebensstil (Life Style) dient dabei als Mittel um Individuen unter Gruppen zu subsumieren sowie den sozialen und Wertewandel über die Zeit besser erfassen und verstehen zu können. Lebensstil betont damit die Schichtspezifität von Verhaltensweisen in einer Gesellschaft (Hradil 1987, 1993, 2001).

Die Möglichkeiten zur Stilisierung stehen in Abhängigkeit vom Werte- und Normensystem einer Gesellschaft. Mit dem Umfang des gesellschaftlichen und materiellen Wohlstandes nimmt die Wahlfreiheit für einen Lebensstil zu. Bei Stilisierungschancen muss zwischen einem gesellschaftlichen und einem individuellen Aspekt unterschieden werden. In heutigen Gesellschaften hat die Oberschicht aufgrund des größeren materiellen Wohlstandes potenziell mehr Freiheit bei der Wahl des Lebensstils als die Unterschicht, der durch ihren geringen materiellen Wohlstand gewisse Lebensbedingungen aufgezwungen sind. Aus der Position des Individuums betrachtet ist die Stilisierungsmöglichkeit durch ver-

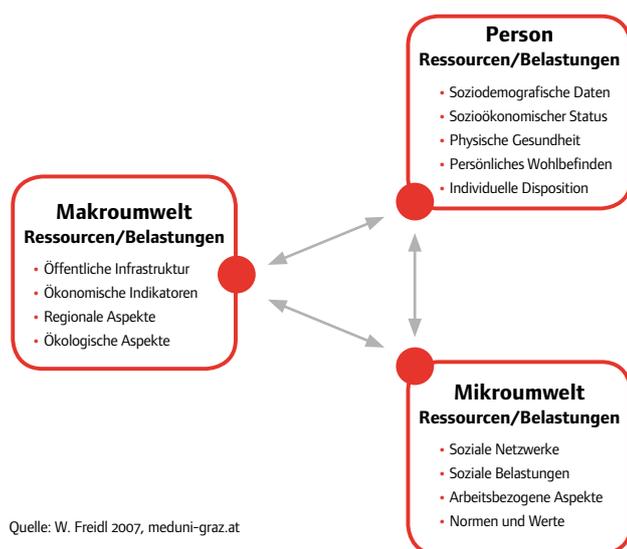
schiedene Aspekte beeinflusst. Das Alter der Person bestimmt sowohl den Bewegungs- und Aktionsradius als auch die Mobilität mit. Von sozialen Faktoren, wie Schichtzugehörigkeit und Bildung, aber auch von biologischen Faktoren, wie dem Geschlecht, Alter und dem Gesundheitszustand, werden die Stilisierungschancen determiniert (Müller 1989; Bourdieu 1982).

In der sozialwissenschaftlichen Analyse sind vier Dimensionen zu berücksichtigen, die den Rahmen des Lebensstil-Konzepts vorgeben:

1. das expressive Verhalten: z.B. Freizeitaktivitäten, Konsumgewohnheiten
2. das interaktive Verhalten: Formen der Geselligkeit, Heiratsverhalten, Mediennutzung
3. das werteorientierte Verhalten: Einstellungen, Religiosität, Wahlverhalten und
4. das kognitive Verhalten: Selbstidentifikation, Zugehörigkeit, Wahrnehmung der sozialen Welt

Gesundheitsverhalten bzw. Lebensstil und soziale Verhältnisse sind miteinander verschränkte Größen. Lebensstil definiert sich als eine Vergesellschaftung von Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen. Es handelt sich um eine Kombination typischer Verhaltensmuster, die durch das Selbstkonzept eines Individuums bestimmt werden. Die Theorie des Lebensstilkonzepts betrachtet einen ökonomischen und einen kulturellen Aspekt, ein materielles und ein ideelles Substrat. Gesundheitsverhalten und Lebensstil unterwerfen sich nicht der Beliebigkeit der individuellen Intention, sondern werden von gültigen Normen im Lebensraum, von sozialer Kontrolle (gesundheitsförderlich bzw. -schädigend), von infrastrukturellen Umgebungsbedingungen und von erlebten Stressfaktoren, die gewisse Verhaltensweisen fördern, determiniert.

Einerseits wird Lebensstil als übergeordneter Begriff definiert, der individuenbezogen ökonomische, strukturelle sowie wertbezogene Sachverhalte und damit auch relativ stabile Verhaltens- und Einstellungsformen subsumiert. Andererseits ist Lebensstil ein theoretisches Konzept, das die Mechanismen der Lebensorganisation mit Prozessen der Identitätsbildung und der sozialen Ungleichheit verknüpft. Lebensstile sind Ausdruck einer persönlichen Selbstdarstellung auf Basis der materiellen Lebensverhältnisse und ein Vehikel zur Sicherung von Identität. Die identitätsstützende Funktion ist dabei von besonderer Bedeutung, weil sich Menschen häufig am Signalcharakter demonstrativer Symbole erkennen und an Gruppen mit ähnlichen Lebensstilen orientieren (Abel 1997; Müller 1989).



Quelle: W. Freidl 2007, meduni-graz.at

Abbildung 7: Entwicklung von Lebensstil-Interaktion der relevanten Bezugssysteme

2. Gesundheitsförderung und Lebensstil

Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen und infrastrukturellen Ebenen an. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen. Im Speziellen wer-

den dabei die Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes/jeder Einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen, fokussiert. Aktuelle Konzepte, die sich stark an der Ottawa-Charta orientieren, verzichten auf das Postulat, es gäbe eine Wahrheit schlechthin über gesundheitsgerechtes Handeln. Die Vielfältigkeit von Wahrnehmungen, Empfindungen, Bewertungen, Wünschen und Zielen zum Thema Gesundheit wird zum Programm. Gesundheitsförderung integriert verschiedene Strategien der gesundheitsförderlichen Veränderung von Lebens- und Arbeitsbedingungen und solche zur Förderung gesundheitsbezogenen Handelns der Menschen. Gesundheitsförderung hat im Sinne der WHO einen emanzipatorischen Charakter (WHO, Ottawa-Charta, 1986; Bröskamp-Stone et al. 1998).

In dieses multifaktorielle, höchst komplexe Geschehen einzugreifen und Gesundheitförderliches zu tun, ist in der Tat eine Herausforderung. Die Abkehr von einer verhaltensorientierten Lebensstilmedizin hin zu einer sozialstrukturell orientierten Gesundheitsförderung ist der zentrale Punkt. Gesundheitsverhalten und Lebensstil können wohl nur im sozial kontextualisierten Setting debattiert werden. Dies gilt sowohl für die Forschung als auch für die Praxis der Gesundheitsförderung.

Um das Postulat der Chancengleichheit in den Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung zumindest annähernd zu erreichen, bedarf es großer gesellschaftspolitischer Anstrengungen. Bereits die Voraussetzungen sind in vielerlei Hinsicht ungünstig, weil die wirtschaftlich Benachteiligten, seien es Einzelpersonen, Minderheiten, Randgruppen oder Regionen, in ihren Lebensumständen (Wohn- und Arbeitsbedingungen, Möglichkeit zum Einkauf bestimmter Nahrungsmittel usw.) unter ungünstigeren gesundheitlichen Verhältnissen leben müssen. Dazu kommen schlechtere Ausbildungsmöglichkeiten und damit schlechtere Voraussetzungen für eine interessierte Teilhabe an gesundheitsbezogenen Programmen und Kampagnen. Unmittelbare existentielle Sorgen können dazu führen, dass das Bedürfnis nach Ablenkung und kurzfristiger Befriedigung längerfristige Erwägungen im Sinne des Präventionsgedankens in den Hintergrund drängen. Zusätzlich sind Programme der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung nicht selten so gestaltet, dass man sozial Benachteiligte dadurch nicht erreicht. Selbstverantwor-

tung für den Lebensstil einer Person kann nicht a priori angenommen werden.

Man kann annehmen, dass Verhalten nie unter völliger und freiwilliger Kontrolle der Einzelperson ist. Individuelles Verhalten ist als eine unzureichende Erklärung für gesundheitsschädigende Lebensweisen anzusehen, wenn man die schädigenden Einflüsse der physikalischen und sozialen Umwelt bedenkt. Die Veränderung von Umwelteinflüssen ist eine notwendige Bedingung zur Veränderung von individuellen Verhaltensweisen. Häufig ergibt sich aus sozialer Benachteiligung in verschiedenen graduellen Abstufungen ein Teufelskreis zwischen Armut, Ignoranz und schlechter Gesundheit. Politische Systeme sind in der Lage, durch die Eliminierung schädlicher Einflüsse – aus der sozialen und physikalischen Umwelt – unabhängig vom jeweiligen Individuum Bedingungen herzustellen, die die Risiken der Einzelpersonen reduzieren. Unter Berücksichtigung sozioökonomischer, soziokultureller und ökologischer Aspekte sind die individuellen Möglichkeiten der Person deutlich limitiert (Schrijvers et al. 1999; Stronks et al. 1996).

So können auch im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung selbst soziale Unterschiede im Gesundheitszustand entstehen oder noch vergrößert werden. Die vielfach ausgesprochene Forderung, die gesundheitliche Versorgung und die Vorsorge der Selbstverantwortung des Individuums und der Familie zu überlassen, berücksichtigt nicht, dass die Rahmenbedingungen zur Übernahme dieser Verantwortung in sozial benachteiligten Milieus nicht adäquat sind. Die proklamierte Selbstverantwortung für die Gesundheit würde hier ineffektiv bleiben. Als Ergebnis wird nicht nur die Schere der Sozialschichtunterschiede weiter geöffnet, sondern es wird auch die Schuld dafür noch zusätzlich den benachteiligten Menschen zugewiesen. Aus ethischer Sicht ist es deshalb unerlässlich, dass im Gesundheitswesen sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung die Situation aller Bevölkerungsteile, einschließlich der Benachteiligten und Randgruppen, berücksichtigt wird (Brown 1991).

Literaturverzeichnis

- Abel, T. (1997): Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheits-relevanter Lebensstile. In: R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik 57–58. Bern: Huber.
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. (1998). Gesundheitsförderung und Prävention. In: F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, 9/141–149.
- Hradil, S. (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske + Budrich.
- Hradil, S. (1993): Schicht, Schichtung und Mobilität. In: H. Korte & B. Schäfers (Hrsg.): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen 145–164.
- Hradil, S. (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. (8. Auflage). Opladen: Leske + Budrich.
- Brown, E.R. (1991): Community action for health promotion: a strategy to empower individuals and communities. *International Journal of Health Services*, 21/3, 441–456.
- Müller, H.-P. (1989): Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 41/1, 53–71.
- Schrijvers, C.T., Stronks, K., van de Mheen, H.D. & Mackenbach, J.P. (1999): Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4), 535–40.
- Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C.W.N. & Mackenbach, J.P. (1996): Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology Health Illness*, 18(5), 653–674.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1, iii–v.

Gesundheitsförderung in steirischen Gesunden Gemeinden

Christine Neuhold

Gemeinden und Regionen sind ein wichtiges Interventionsfeld, um die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung zu ermöglichen. In diesem Setting sind grundsätzlich Kleinkinder, karezierte Elternteile, Jugendliche in ihrer Freizeit, Ältere, Alte, Hausfrauen und -männer, Arbeitslose und Nicht-Erwerbstätige und andere Personengruppen erreichbar – sofern es gelingt, diese Gruppen zu aktivieren¹. Genau an diesem Punkt stellt sich die Frage nach der Erreichbarkeit und der Partizipation der oben genannten Gruppen, denn wenn sich gesundheitsfördernde Interventionen an alle Bevölkerungsgruppen richten, werden bestehende Ungleichheiten in den Gesundheitschancen eher vergrößert als verkleinert. Wo und wie wirkt Gesundheitsförderung im regionalen Setting, welche Gruppen profitieren am meisten, wo gibt es künftig verstärkten Handlungsbedarf?

Dazu wurde in zehn Gemeinden des steirischen Netzwerkes Gesunde Gemeinde der steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz (Styria Vitalis) eine Kohortenstudie zur Grundlagenforschung „Ein psychosozialer Gesundheitssurvey in Gesunden Gemeinden der Steiermark: zeitliche Verläufe und Evaluation von Gesundheitsförderung“² in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der medizinischen Universität Graz, gefördert durch die Mittel des Fonds Gesundes Österreich, durchgeführt.

Vorangegangene Grundlagenforschung zur Entwicklung und Erprobung der Indikatoren durch eine Gesundheitsindikatorenstudie³ und Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting: „Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte“⁴ wurde bereits vom Fonds Gesundes Österreich finanziert. Der psychosoziale Survey diente als Basis für die Longitudinalerhebung, in dem von den 27 befragten steirischen Gesunden Gemeinden in 10 Gemeinden eine Wiederholungsbefragung mittels persönlicher vollstrukturierter Interviews durchgeführt wurde.

In dieser Studie wurde die soziale und gesundheitliche Lage der Bevölkerung anhand von zwei Messzeitpunkten (t1: 1995–1998 und t2: 2002–2004) erhoben.

Ziel dieser Studie ist einerseits, die Dokumentation der zeitlichen Verläufe im Längsschnitt anhand der Deskription der Verteilung der Gesundheit nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage sowie durch allgemeine lineare Modelle den Gesundheitsgewinn der Bevölkerung im Verlauf der Zeit von fünf bis sieben Jahren zu messen, und andererseits aufgrund der angeschlossenen qualitativen Erhebung transparente Qualitäts- und Beurteilungskriterien für künftige gesundheitsfördernde Projekte im kommunalen Setting aufzuzeigen.

Das der Untersuchung zugrunde liegende Arbeitsmodell orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit und am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky. Psychologische und soziologische Konzepte von Gesundheit werden dabei integriert.

Hierarchisch geordnete komplexe Systeme, wie Makroumwelt, Mikroumwelt und die Person werden als interdependente Ebenen betrachtet. Aufgrund dieser wechselseitigen Abhängigkeit bedeutet jede Änderung auf einer Ebene auch eine Änderung auf einer anderen Ebene. Auf allen Systemebenen sind sowohl Ressourcen als auch Belastungen angesiedelt. Gesundheit und Gesundheitshandeln einer Person werden demgemäß von unterschiedlichen Systemen determiniert.

Die internen und externen Ressourcen spielen die wesentliche Rolle bei der Bewältigung (coping) von Belastungen. Interne Ressourcen sind auf der behavioralen innerpsychischen Ebene und externe Ressourcen im sozialen Feld (Makro- bzw. Mikroumwelt) angesiedelt. Makro- und Mikroumwelt geben gesundheitsrelevante soziale Verhaltensnormen für das Individuum vor. Die soziale Lage des Individuums hat zentrale Bedeutung, da sie ungleiche Lebenspositionen und eine ungleiche Ressourcenverteilung bedingt. Diese interagierenden Systeme determinieren Gesundheit und Gesundheitshandeln.

Gesundheit entsteht durch die Fähigkeit des Organismus, sein eigenes Verhalten und seine Physiologie zu regulieren, wobei der Informationsaustausch auf allen Organisationsebenen mitbestimmend ist⁵. Gesundheit kann als Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen auf allen Systemebenen gesehen werden.

Die Erhebung der quantitativen Daten erfolgte über ein persönliches Gesundheitsinterview, das sich aus folgenden vier Dimensionen zusammensetzte:

Die interviewten Personen gaben Auskunft über ihr gesundheitliches Befinden (subjektive Einschätzung der Gesundheit, Lebensqualität, gesundheitliche Beschwerden, Krankheiten, Arztbesuche etc.), das Gesundheitshandeln (allgemeines Gesundheitshandeln, physische Aktivität, Konsum von verschiedenen Nahrungsmitteln, Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Medikamente) und ihre internen Ressourcen (Kohärenzsinn, SOC, Zufriedenheit im Beruf, subjektiv erlebte soziale Gerechtigkeit) sowie externen Ressourcen (soziale Unterstützung, Strukturen in einer Gemeinde, subjektive wirtschaftliche Lage und Indikatoren der sozialen Schichtzugehörigkeit). Die Gliederung der Indikatoren folgt den Hauptkomponenten des Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit⁶⁻⁸.

Die prozessbegleitende Dokumentation war Aufgabe der Gemeinden bzw. wurde von Styria Vitalis angeleitet und unterstützt. Im Anschluss an die quantitative Zweitbefragung wurde eine qualitative Befragung mit den Schlüsselpersonen der Gemeinden durchgeführt. Die Ergebnisse aus dieser Befragung flossen in einen Qualitätskriterienraster bzw. eine Variablenliste ein, die für jede Gemeinde ausgefüllt wurde. Die daraus gewonnenen Informationen dienten zur weiteren Beurteilung der einzelnen Gemeinden, indem ein Interventionsindex gebildet wurde, der in den quantitativen Datensatz aufgenommen wurde. Die Intervention wurde damit als Indikator generiert und kategorisiert nach ‚umfangreiche Intervention‘ und ‚sehr umfangreiche Intervention‘.

Auf welchen Ebenen haben in diesem Zeitraum in den Gemeinden Interventionsprozesse stattgefunden? Als theoretischer Rahmen für die Interventionen in den Gemeinden dient das Determinantenmodell der Gesundheitsentwicklung nach Dahlgren und Whitehead (1991). Von besonderer Bedeutung sind im regionalen Setting die folgenden drei Interventionsebenen:

1) Rahmenbedingungen für gesunde Lebensbedingungen in der Gemeinde schaffen

Als wesentlicher Faktor hat sich hier die Verankerung von Gesundheit in den Gemeindestrukturen erwiesen, d.h. wenn es gelingt, eine relativ stabile Gruppe von Personen mit Leadership, Entscheidungs- und Managementkompetenzen sowie guter sozialer Akzeptanz aufzubauen, die sich in der Ge-

meinde für Gesundheitsförderung engagiert und damit mehr oder weniger Nachhaltigkeit gewährleistet. Aber auch die Bereitstellung von finanziellen und strukturellen Ressourcen sind weitere grundlegende Kriterien, um Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

2) Die Schaffung von sozialen und kommunalen Netzwerken

Kommunikations- und Kooperationskultur werden in formellen sowie informellen sozialen Strukturen aufgebaut. Je nach Bedarfslage werden Strukturpartner/innen gezielt eingebunden und Partnerschaften sowie Netzwerke entwickelt.

3) Gesundheitsverhalten und Lebensweise

Auf der Verhaltensebene liegt der Fokus auf dem gesundheitsrelevanten Verhalten von Individuen oder sozialen Gruppen, das durch soziale und gesellschaftliche Werte und Normen geprägt ist. Basisangebote auf dieser Ebene bilden Vorträge, Workshops und diverse Kursangebote, die einer regionalen Zielgruppenvielfalt entsprechen sollen und sich ebenso durch eine Themenvielfalt auszeichnen.

In den zehn Gesunden Gemeinden konnte sich im Untersuchungszeitraum in allen Gemeinden ein Gesundheits- bzw. Arbeitskreis etablieren, und jährliche Budgets für Gesundheit wurden seitens der Gemeinden bereitgestellt. Eine gesundheitsfördernde Infrastruktur konnte sich in den Gemeinden aufgrund des Projektes entwickeln, wie z.B. fixe Lauf- oder Walkinggruppen, Bioecke im Kaufhaus, gesundheitsbewusste Gaststätten, Rad- und Wanderwege, Spielplatz, Kommunikationszentrum und Ähnliches. Mitbewertet wurde die Themenvielfalt der in der Gemeinde durchgeführten Aktivitäten sowie die oben erwähnte Zielgruppenvielfalt, aber auch die Methodenvielfalt, mit der in der Gemeinde gearbeitet wurde, wie z.B. Kurse, Vorträge, Aktionstage, Kleinprojekte usw.

Die quantitativen Ergebnisse wurden nach den Subgruppen Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen zusammengefasst, um aufzuzeigen, welche Gruppen am stärksten profitieren, und um künftigen Handlungsbedarf zu lokalisieren. Ergebnisse des gesundheitlichen Befindens (allgemeine lineare Modelle) zeigen, dass sich

der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf bei den jüngeren Männern verbessert hat, während bei den anderen Alters-, Bildungs- und Einkommensgruppen sowie hinsichtlich der Intervention keine signifikanten Veränderungen festzustellen sind. Die Lebensqualität konnte signifikant im Verlauf der Jahre in verschiedenen Dimensionen verbessert werden. Wir sprechen dabei von einer leichten Steigerung der Alltagslebensqualität bei jüngeren als auch älteren Frauen und Männern, die sich in allen Bildungsschichten zeigt. Weiters besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen gesundheitsfördernden Maßnahmen (Intervention) und der psychischen Lebensqualität, der physischen Lebensqualität und der Lebensqualität im Alltag; alle drei Dimensionen haben sich in der Bevölkerung verbessert.

Hinsichtlich des Alters wird, wie vermutet, deutlich, dass jüngere Personen generell in einem besseren gesundheitlichen Zustand sind und sowohl in Bezug auf die psychische, physische und soziale Lebensqualität als auch hinsichtlich der Krankheiten und Beschwerden größere Gesundheitspotentiale aufweisen als ältere Menschen. Bezüglich des Geschlechts sind Frauen, vor allem ältere Frauen, in ihrer Gesundheit benachteiligt. Die psychische Lebensqualität ist signifikant höher bei Männern. Mit zunehmendem Alter werden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern größer, ältere Frauen klagen häufiger über körperliche Beschwerden und Krankheiten als ihre männlichen Altersgenossen. Bildungsspezifische Effekte zeigen sich im Hinblick auf die Gesundheit und die Lebensqualität. Mit zunehmend besserer Bildung gehen ein besserer Gesundheitszustand und eine höhere psychische Lebensqualität einher. Befragte mit mittlerem Ausbildungsstand weisen die höchste physische Lebensqualität auf.

Das monatliche Einkommen spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle in Bezug auf die Gesundheit. Personen aus der niedrigen Einkommensklasse sind deutlich durch einen schlechteren Gesundheitszustand, signifikant geringere psychische Lebensqualität und Alltagslebensqualität sowie hoch signifikant häufigeren Beschwerden und Krankheiten gegenüber jenen der höheren Einkommensklasse benachteiligt.

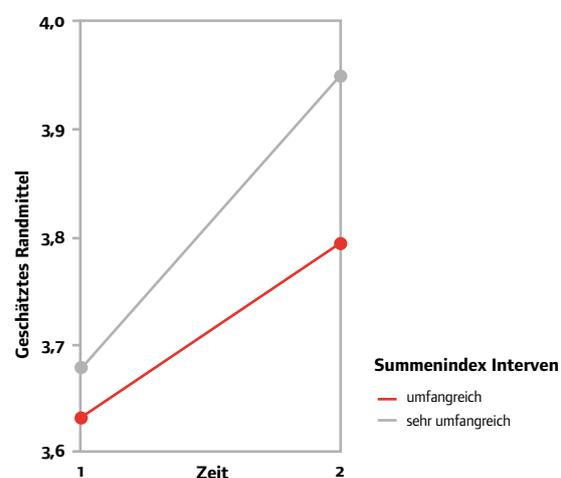
Erfreulich ist der Effekt der gesundheitsfördernden Intervention auf die Lebensqualität, die sowohl strukturelle als auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen beinhaltet. Es zeigt sich, dass die physische und soziale

Lebensqualität umso höher ist, je stärker die Intervention ausgeprägt ist.

Die Ergebnisse auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns zeigen teils deutliche Unterschiede zwischen den oberen Bildungs- und Einkommensgruppen und den sozial Schwächeren sowie zwischen den Altersgruppen und dem Geschlecht, die sich in manchen Fällen im zeitlichen Verlauf noch verstärkt haben.

Signifikant hat sich die körperliche Aktivität verändert, sie hat generell, also in allen Altersgruppen sowie Bildungs- und Einkommensschichten, zugenommen, bei Frauen jedoch stärker als bei Männern.

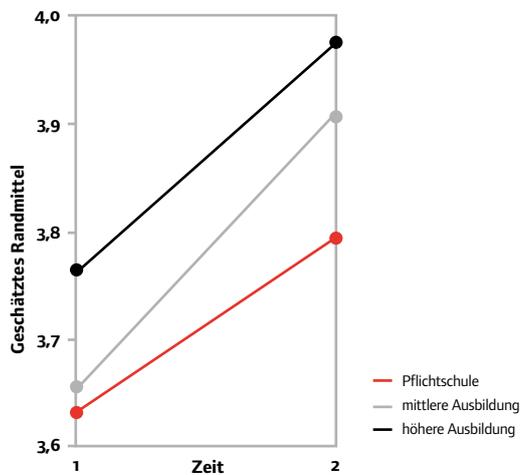
Aufgrund der Intervention in den vergangenen Jahren hat sich das allgemeine Gesundheitshandeln verbessert. Dies verdeutlicht der Interaktionseffekt zwischen der Zeit und der Intervention (Abbildung 8) bezüglich des Gesundheitshandelns; das Gesundheitshandeln steigt allgemein an, wobei der Anstieg bei sehr umfangreicher Intervention noch deutlicher ist.



(Wertebereich: 5 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert; Zeit: 1 = vorher, 2 = nachher)
*Geschätztes Randmittel

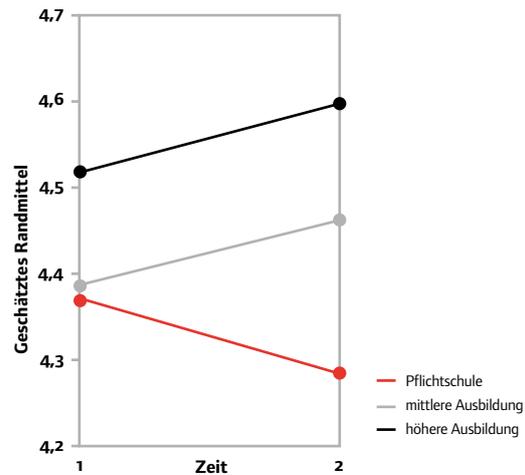
Abbildung 8: GR* des Gesundheitshandelns nach Intervention und Zeit

Bei Frauen ist das Gesundheitshandeln generell höher, wobei sich ein Bildungseffekt dahingehend zeigt, dass in dieser Gruppe das Gesundheitshandeln mit zunehmender Bildung steigt (Abbildung 9). Bei Männern gibt es keinen diesbezüglichen Bildungseffekt.



(Wertebereich: 5 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert; Zeit: 1= vorher, 2 = nachher)
 *Geschätztes Randmittel

Abbildung 9: GR* des Gesundheitshandelns nach Bildung und Zeit



(Wertebereich: 5 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert; Zeit: 1= vorher, 2 = nachher)
 *Geschätztes Randmittel

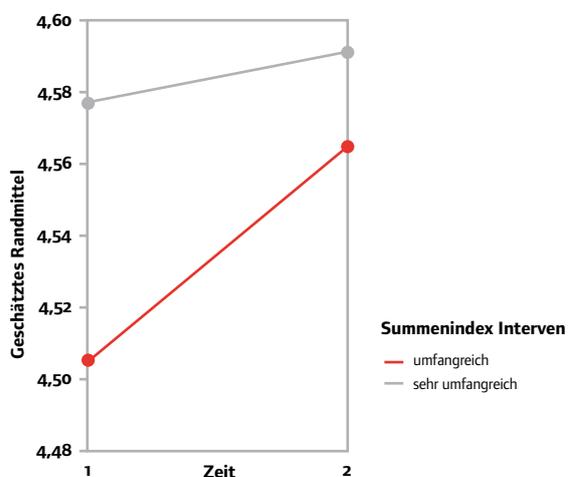
Abbildung 10: GR* der sozialen Integration nach Bildung und Zeit

Ähnliche Effekte sind auf der Ebene der internen Ressourcen, wie z.B. der subjektiv erlebten sozialen Gerechtigkeit, zu beobachten. Die externen Ressourcen, die die Ebene der Lebensverhältnisse spiegeln, konnten insgesamt entwickelt und ausgebaut werden.

Bei der sozialen Unterstützung, die eine wesentliche externe Ressource darstellt, gibt es Interaktionseffekte zwischen Zeit und Geschlecht in Hinblick auf die Dimensionen der emotionalen sozialen Unterstützung, der sozialen Integration und der gesamten sozialen Unterstützung. Die emotionale soziale Unterstützung ist bei Frauen gleich geblieben und bei Männern gestiegen. Es zeigt sich, dass junge Menschen besser integriert sind als ältere Menschen, hier besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen in den Dimensionen der praktischen sozialen Unterstützung, der emotionalen Unterstützung, der sozialen Integration und der gesamten sozialen Unterstützung.

Auch zwischen den Bildungsklassen gibt es einen hoch signifikanten Unterschied bei den Dimensionen der emotionalen sozialen Unterstützung, der sozialen Integration, der gesamten sozialen Unterstützung und der wirtschaftlichen Lage. Die Dimensionen der sozialen Unterstützung sind bei höheren Bildungsschichten höher ausgeprägt und nehmen mit geringer Bildung ab. Besonders deutlich zeigt sich, dass Menschen mit geringerer

Bildung schlechter integriert sind (Abbildung 10). Einen Unterschied hinsichtlich der Intensität der Intervention gibt es bei der Dimension der emotionalen sozialen Unterstützung und der gesamten sozialen Unterstützung zu beobachten (Abbildung 11). Alle Dimensionen sind bei sehr umfangreicher Intervention höher ausgeprägt. Daraus lässt sich schließen, dass gesundheitsfördernde Interventionen insgesamt zu einer besseren sozialen Unterstützung führen können.



(Wertebereich: 5 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert; Zeit: 1= vorher, 2 = nachher)
 *Geschätztes Randmittel

Abbildung 11: GR* der sozialen Unterstützung gesamt nach Intervention und Zeit

Wen erreicht nun kommunale Gesundheitsförderung? Kann die gesundheitliche Ungleichheit durch die Chancengerechtigkeit in der Intervention verringert werden, oder gelingt es nicht, benachteiligte Gruppen zu erreichen?

Die Ergebnisse der Studie zeigen Geschlechter-, Alters- sowie Bildungseffekte, die verdeutlichen, dass gesundheitsfördernde Interventionen nicht immer alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreichen und Gesundheitschancen ungleich verteilt sind. Vor allem ältere Menschen, im Speziellen oftmals Frauen und Benachteiligte in Schulbildung und Einkommen, profitieren von manchen Programmen wenig bis gar nicht, bis hin zu der Tatsache, dass durch Gesundheitsförderung die Unterschiede noch verstärkt werden. Es zeigt sich jedoch auch, dass vor allem strukturelle Maßnahmen die Alltags- sowie soziale Lebensqualität für alle Gemeindebewohner/innen insgesamt steigern können.

Für künftige gesundheitsfördernde Interventionen im regionalen Setting gilt es verstärkt Unterschiede in den Zielgruppen zu beachten, im Speziellen auf Altersspezifische Unterschiede, geschlechterbezogene Unterschiede, Unterschiede in der sozialen Lage sowie auch auf Menschen mit und ohne Behinderungen/Beeinträchtigungen.

Weiters liegt wesentlicher Handlungsbedarf in sämtlichen Sektoren (health in all) im Einfordern der politischen Verantwortlichkeit auf Gemeinde-, Landes- und Bundesebene, in der verstärkten Zusammenarbeit verschiedener Professionen im Gesundheits- und auch Sozialbereich. Im Konkreten heißt das für die Arbeit in den Gemeinden klare gemeindespezifische Projektziele im Sinne einer professionellen regionalen Gesundheitsförderung anzustreben und umzusetzen. Beginnend mit Bedarfs- und Bedürfnisanalysen hin zum Prozess der Befähigung und Kompetenzstärkung von Einzelnen oder Gruppen (auch Randgruppen) sowie initiierte Maßnahmen zur Stärkung sozialer Netzwerke und des sozialen Vertrauens und den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung einer gesundheitsfördernden Infrastruktur und damit verbesserten Lebensumwelten. Der Erfolg einer gesunden Gemeinde liegt in der Fähigkeit der Kommunikation und Kooperation innerhalb der sozialen Gemeindestruktur, die auch Benachteiligte einschließt.

- 1 Vgl. Reis-Klingspiegl, Pöchheim, Schlemmer (2005), *Community Readiness*, S. 33–39;
- 2 Neuhold, C. & Freidl, W. (2006): Ein psychosozialer Gesundheitssurvey in Gesunden Gemeinden der Steiermark: zeitliche Verläufe und Evaluation von Gesundheitsförderung. Forschungsbericht. Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.
- 3 Freidl, W. (1994): Gesundheitsförderung in der Gemeinde – Indikatoren für Qualitätsstandards. Forschungsbericht 94/1. Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.
- 4 Freidl, W. & Neuhold, C. (2002): Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt/Main: VAS.
- 5 Weiner, H. (1990): Auf dem zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 81–101.
- 6 Freidl, W. (1997): The impact of anomia in a demand resource model of health. *Social Science and Medicine*, 44/9, 1357–1365.
- 7 Freidl, W., Rásky, É., Stronegger, W.J. (1999): Operationalisation of demand/resource model of health: an explorative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 187–188.
- 8 Freidl, W., Stronegger, W.J., Rásky, É. & Neuhold, C. (2001): Associations of income with self-reported ill-health and resources in a rural community sample of Austria. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 106–114.

Wohnen am Grünanger – eine erfolgreiche soziale Intervention für eine „vulnerable“ Gruppe

Rainer Possert

Im Folgenden wird Gesundheitsförderung als Intervention von professionellen und Laien-HelferInnen für eine sozial benachteiligte (vulnerable)¹ Gruppe – die Bewohner/innen des Wohnquartiers Grünanger – beschrieben. Diese haben sich im so genannten „Round-Table-Grünanger“ organisiert, mit dem Ziel, eine den Bedürfnissen dieser Bewohner/innen entsprechende Wohnform nachhaltig zu sichern und ausreichend soziale Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Die Berichtsform ist der Einfachheit halber narrativ, die theoretischen Grundlagen von Gesundheitsförderung werden als bekannt vorausgesetzt. Ich habe, wo es sich vermeiden lässt, auf die Fachsprache verzichtet.

Beim Wohngebiet Grünanger handelt es sich um eine Holzbarackensiedlung im Grazer Bezirk Liebenau, dessen sozioökonomische Struktur vom ÖBIG 2006² als eine von Industrie und Gewerbe geprägte Zone mit eher geringer Wohn- und Freizeitattraktivität sowie mit überproportionalem Anteil niedrigerer sozialer Schichten beschrieben wird. Mit 69 % hat Liebenau einen deutlicher höheren Anteil an Pflichtschul- bzw. Lehre-Absolvent/innen, jedoch einen nur halb so hohen Akademiker/innenanteil wie die Stadt Graz insgesamt. Darüber hinaus leben in Liebenau anteilmäßig deutlich weniger Angestellte und Beamte/innen, jedoch deutlich mehr Arbeiter/innen als in der Stadt Graz bzw. in der Steiermark insgesamt. Eine vom Sozialmedizinischen Zentrum (SMZ) Liebenau durchgeführte Studie³ bestätigte den bekannten Zusammenhang zwischen Bildung/Einkommen einerseits und erhöhter Morbidität, subjektiver Einschätzung der Gesundheit, Häufigkeiten von Arztbesuchen, Medikamenteneinnahmen, Krankenstände und anderer Gesundheitsdeterminanten andererseits. Ein Großteil der in dieser Studie erfassten Menschen, die sich selbst als arm bezeichnen, lebt im Grünanger.

Der Grünanger selbst ist eine Holzbarackensiedlung in einer an der Mur gelegenen Grünzone, die im Jahre 1942, also während des Krieges, als Lager für Ausländer/innen und für so genannte „volksdeutsche Rück-

wanderer/innen“, vor allem aus der Bukowina, errichtet wurde.

Die Siedlung besteht derzeit aus 47 (2002/51) alten Einzel- und Doppelhäusern mit insgesamt 71 (79) Wohnungen und rund 100 Bewohner/innen. Die neuen Holzhäuser umfassen sechs Objekte mit 35 Wohneinheiten mit ca. 50 Bewohner/innen. Alte und neue Häuser befinden sich auf einem Areal von rund 50.000 m².

Jede Wohneinheit der alten Häuser verfügt über eine Wohnküche sowie einen separaten Raum mit Wohnflächen von 37 bis 50m². Alle alten Hütten verfügen über Fließwasser und WCs, einige Hütten haben keine Dusche, die Beheizung erfolgt meist mit Holz oder Kohle, was zu einer starken Immission an Schadstoffen führt. Die Liegenschaft befindet sich im Besitz der Stadt Graz, die Häuser werden vom Wohnungsamt verwaltet.

In der unmittelbaren Nachbarschaft befinden sich 157 Gemeindewohnungen in mehrgeschossigen Gebäuden, und sieben elfstöckige Hochhäuser mit Eigentumswohnungen und ca. 1000 Bewohner/innen. Insgesamt wohnen rund 2000 Bewohner/innen in der unmittelbaren Umgebung des Grünangers.

Durch die Lage im Grünen mit Baumbestand, in der Nähe befindliche Freizeitanlagen (Tennisplätze, Fahrradweg, Jogging-Strecke, Minigolf), gute Infrastruktur und sehr gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sowie Autobahnnähe ist der Grünanger eine für die Immobilienwirtschaft hochinteressante Region und war 1997 unmittelbar von der Zerstörung bedroht. Die entsprechenden Abrissbescheide für die Holzhäuser waren bereits durch den zuständigen FPÖ-Stadtrat ausgestellt worden. Dieser hatte bereits früher dafür gesorgt, dass eine andere subkulturelle Wohnform in Liebenau (Eichbachgasse 900)⁴ – eine seit dem Zweiten Weltkrieg bestehende Wohnwagensiedlung für Schausteller/innen und Roma – vernichtet wurde. In unmittelbarer Nähe der Standplätze wurde eine Kompostierungsstätte für die Stadt Graz errichtet. Auf Grund der Geruchsbelästigung und gesundheitlicher Gefahren (Pilze/Bakterien) war ein weiterer Verbleib für diese Personengruppe nicht mehr möglich.

Der zeitliche und inhaltliche Zusammenhang mit der „Säu-

berung⁴⁵ des Quartiers Eichbachgasse 900 und die Beunruhigung der Bewohner/innen des Grünangers durch Gerüchte über drohende Delogierungen führte auf Grund einer Initiative der Sozialarbeiterin und den Ärzten des SMZ zu einer Vernetzung der mit dem Grünanger befassten sozialen Einrichtungen und Laien-Helferinnen – der „Round Table Grünanger“ wurde gegründet.

In einem Brief des „Round Table Grünanger“ an Bürgermeister Alfred Stingl (SPÖ), welcher in seinem Antwortschreiben den vorgesehenen Abriss der Häuser grundsätzlich nicht in Frage stellte und lediglich eine „Wohnversorgung“ für die Bewohner/innen in Aussicht stellte, hieß es:

„Die dort befindlichen „Kremserhäuser“ werden bewohnt von alten, meist armen und teilweise betreuungsbedürftigen Menschen, Klienten des Sozialamtes, sonstigen sozial schwachen und individualistischen Familien und Einzelpersonen.

Wir wissen, dass viele der derzeitigen Grünanger Bewohner/innen nicht einfach ‚woanders eingliederbar‘ sind. Auf Grund ihrer Persönlichkeiten, ihrer sozialen Verwurzelung und ihrer finanziellen Verhältnisse ist es kaum vorstellbar, dass sie in irgendwelchen Gemeinwohnungen problemlos leben können. Wir sind uns leider sicher, dass selbst bei vorhandenen Alternativen für die Mehrheit der Bewohner/innen, die ohnehin am Rande ihrer sozialen Belastbarkeit und Integrationsfähigkeit leben, jede Veränderung eine neuerliche Entwurzelung und eine schwere, möglicherweise nicht tragbare Belastung bedeutet.“

Die Bewohner/innen selbst sammelten Unterschriften zum Erhalt des Grünangers und gründeten einen Verein mit dem Titel: „Initiative zur Bewahrung und Entfaltung pronatürlich gesinnten Lebensraumes durch/ für seine Bewohner und deren Freunde in Pflanzen-, Tier- und Menschenwelt“ und forderten u.a. einen Flohmarkt im Gelände des Grünangers, die Einrichtung von Werkstätten für althergebrachte Handwerkstechniken, die Errichtung eines Fotolabors, die Gründung eines „Musikforum Grünanger“, Aktivitäten zu Ernährungsfragen, eine gemeinsame Pflege der Grünflächen (Ziegen/Schafe) sowie die Errichtung einer Schwitzhütte. Diese Wünsche und Forderungen eines Teiles der Bewohner/innen sind im Sinne des klassischen Empower-

ment-Ansatzes deutlich genug, blieben jedoch zur Gänze unberücksichtigt.

Die Gemeinderatswahl 1998, die der KPÖ einen starken Stimmenzuwachs und den Stadtrat für Wohnungssangelegenheiten einbrachte, verbesserte die Situation der Bewohner/innen schlagartig, da die KPÖ im Wahlkampf für die Erhaltung des Grünangers eingetreten und nunmehr Ernest Kaltenegger als Stadtrat für die Bewohner/innen zuständig war.

In der Folge wurde die im SMZ beschäftigte Soziologin Mag. Saskia Dyk vom Amt für Wohnungsangelegenheiten und dem FGÖ mit der Studie „Wohn- und Lebensbedingungen marginalisierter Bevölkerungsgruppen“⁴⁶ beauftragt, um wissenschaftlich fundierte Aussagen zu erhalten. In dieser qualitativen Arbeit wurden 13 Bewohner/innen und 18 Expert/Innen befragt, die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Allgemeinen wird die Wohnqualität laut Einschätzung der Bewohner/innen und zur Überraschung vieler Expert/innen als sehr hoch eingeschätzt, bedingt durch die ausreichende Infrastruktur, die Innenstadtnähe und das Vorhandensein von Grünraum, z.B. Gärten rund um die Baracken. Deutlich wurde vor allem die soziale Funktion der Gärten, die einerseits Privatsphäre bzw. Gelegenheit zum Zurückziehen gewährleisten, andererseits auch genügend Raum zur Kommunikation bieten.
- Von vielen Bewohner/innen werden schwerwiegende Mängel an der Bausubstanz beschrieben, die sich gesundheitsschädigend (Kälte/Schimmel) auswirken können. Weiters kritisieren viele die mangelnde Behördentransparenz in Bezug auf Sanierungsarbeiten oder Wohnungsvergabe. Positive Erwähnung findet jedoch der unbürokratische Zugang zu den Mitarbeiter/innen des Wohnungsamtes bzw. zum Stadtrat für Wohnungsangelegenheiten – ihm wird auch eine gewisse Bürgernähe attestiert.
- Sowohl Bewohner/innen als auch Expert/innen beschreiben einen Rückgang sozialer Konflikte und heben ein allgemeines Klima der Toleranz sowie ausgeprägte soziale Netzwerke am Grünanger positiv hervor.

- Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung liegen auch in der weiteren Aktivierung der Bewohner hinsichtlich der Gestaltung ihres Wohnraums (Selbst- bzw. Mitbestimmung, transparente Informationsflüsse)

Seit der Bestand des Grünangers gesichert ist, liegt ein wesentliches Ziel der Arbeit des Round Table in der Sanierung der Bausubstanz, im Einbringen von Vorschlägen zur koordinierten Neubesiedlung der neuen Häuser, der allgemeinen Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität sowie in der Herstellung von tragfähigen sozialen Strukturen zwischen Bewohner/innen, Helfersystemen und umliegenden Siedlungen. Erreicht werden soll die Einbettung bzw. Integration des Grünangers in den Bezirk.

An den Besprechungen des Round Table nehmen nunmehr über einen Zeitraum von zehn Jahren neben dem Stadtrat für Wohnungsangelegenheiten oder dessen Büroleiter Beamten/innen des Magistrats (Wohnhausverwaltung, Jugendamt, Sozialamt), Vertreter/innen der drei Pfarren des Bezirkes, der Caritas und die beiden Ärzte des SMZ teil, fallweise Mitarbeiter/innen von Jugendbetreuungseinrichtungen oder anderer sozialer Dienste. Darüber hinaus ist die Sozialarbeiterin des SMZ für die Koordination, Vernetzung und Dokumentation des Round Table zuständig und erstellt jährlich im Rahmen der Subventionsabrechnungen für das Land Steiermark (Gesundheitsressort, Sozialressort) einen Bericht.

Die Teilnehmer/innen des Round Table sind mit anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vernetzt: Apotheken und Ärzt/innen (Drogen-Substitutionsprogramm), extramuralen psychiatrischen Einrichtungen, Jugendbetreuungseinrichtungen, Bezirksvorsteher/innen, der Hausverwaltung der neu errichteten Häuser und der „Gesundheitsplattform Liebenau“.

Innerhalb des Sozialmedizinischen Zentrums bestehen vielfältige Vernetzungen zu Bewohner/innen des Grünangers über die ärztliche Versorgung, Krisenintervention, die Hauskrankenpflege, Physiotherapie und Sozialarbeit, extramurale psychiatrische Betreuung und Drogensubstitution.

Die vielfältigen Themen des Round Table spiegeln vor allem elementare Bedürfnisse der Bewohner/innen wi-

der: Erhalt der Siedlung, Neubauten, Zugangsmöglichkeiten der alten Bewohner/innen in die Neubauten, Reparaturen der alten Häuser, Beheizung, Strom, Essen, Mietzuzahlungen, Delogierungsprävention, Jugend, Schulprojekt, Ökologie (Müll, Heizung, Autowracks), Krisenintervention, Einzelfallhilfe.

Ergebnisse des Round Table Grünanger:

1. Erhalt des Wohngebietes durch Vernetzung und Aufrechterhaltung des Diskurses⁸ über die Notwendigkeit dieses Quartiers⁹. Darüber hinaus wurde von zahlreichen sozialen Einrichtungen erkannt, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen auch Substandard-Wohnformen, sofern sie von ausreichendem Grünraum umgeben sind und soziale Unterstützung geleistet wird, eine Ressource darstellen.¹⁰
2. Neubau von sechs neuen zweigeschoßigen Häusern mit 35 neuen Wohnungen für ca. 50 neue¹¹ Bewohner/innen in den Größen von 33m² (ca. Euro 200 incl. BK) und 62m² (Euro 300 inkl. BK), d.h. der Grünanger wurde neu besiedelt. Obwohl die neuen Häuser weniger Grünraum pro Wohnung aufweisen als die alten Holzhütten, scheint die Architektur¹² (Wohnkomfort state of the art, gute räumliche und akustische Trennung der Wohneinheiten) in der Lage zu sein, Konflikte herabzusetzen. So wurden nach Auskunft des zuständigen Beamten des Magistrats noch bei keinem sozialen Wohnungsneubau so wenig Beschwerden (d.h. keine) registriert.
3. Nachhaltige Implementierung eines institutionenübergreifenden Netzwerkes für sozial benachteiligte Menschen auf unterschiedlichen Ebenen der Politik, Verwaltung, NGOs und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.¹³
4. Reduktion sozialer Stressfaktoren für die Bewohner/innen und damit Reduktion polizeilicher Einsätze im Wohngebiet.
5. Einigkeiten bei allen Grazer Parteien und zahlreichen Bürgerinitiativen¹⁴ zur Erhaltung des Grünangers.

Was sollte in Zukunft verbessert werden:

1. Partizipation der Bewohner/innen
2. Bestandsaufnahme des Gesundheitsstatus der Bewohner/innen in Korrelation zum Zustand der Wohnungen
3. Ausreichende Bereitstellung von finanziellen Mitteln zur weiteren Sanierung der alten Häuser
4. Anschluss an das sich in unmittelbarer Nähe befindliche Fernwärmenetz statt Feinstaubemission durch Holz und Kohleheizungen
5. Weiterführende Begleitforschung

Was waren die Voraussetzungen für den Erfolg:

- Vorhandenseins eines Zentrums vor Ort (SMZ)
- Einbettung in eine erkennbare, kongruente und nachhaltige Gesamtstrategie
- Vorhandensein eines Netzwerkes auf Grund früherer Aktivitäten
- Aktivierung der Bewohner/innen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Gesamtpolitische Voraussetzung
- Langfristigkeit: Zehn Jahre Round-Table Grünanger (ca. 30 Treffen)

Empfehlungen für Interventionsprojekte der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen⁵

- Stigmatisierung/Etikettierung vermeiden: Sensibilität im Umgang mit Terminologie und Themenwahl
- Paternalismus und victim-blaming vermeiden: Partizipation bei Problemdefinition, Planung, Entscheidungen, Empowerment
- Entmutigung durch „Projekte-Strohfeuer“ und durch Einzelaktionen vermeiden: Kontinuität und Nachhaltigkeit sichern
- Entmutigung durch unrealistische Ziele und Symptomorientierung vermeiden: realistische Ziele, alle Gesundheitsdeterminanten berücksichtigen, nicht nur die persönlichen
- Schwierige Lebenssituation und prioritäre Probleme berücksichtigen
- Lebenswelt-, Lebenslagen- und Alltagsorientierung umsetzen

Fußnoten siehe Seite 33

Gesundheitliche Ungleichheit – Verhalten oder Verhältnisse? Sozial-epidemiologische Modelle und Evidenz

Willibald J. Stronegger

1) Sozioökonomische Benachteiligung und Gesundheit: Der Schichtgradient

Sowohl die Mortalität (altersstandardisierte Sterberaten bzw. Lebenserwartung) als auch die Morbidität (Inzidenz u. Prävalenz) beinahe aller Krankheiten weisen umso schlechtere Werte auf, je tiefer die soziale Position einer Bevölkerungsgruppe ist. Dieser sogenannte Schichtgradient der Krankheit (bzw. Gesundheit) lässt sich mit erstaunlicher Stabilität in allen untersuchten Ländern der westlichen Welt und für die verschiedensten Zeiträume nachweisen. Die häufigsten Todesursachen wie Herzinfarkt, Krebs, Atemwegserkrankungen (Bronchitis etc.) und Unfälle zeigen das Sozialgefälle ebenso wie die häufigsten chronischen Krankheiten.

Nach einer aktuellen Untersuchung¹⁶ über Einkommensunterschiede in Deutschland beträgt bei Männern der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen der untersten Einkommensgruppe „Eink. unter 60 % des Medianeinkommens“ und der obersten Einkommensgruppe „Eink. über 150 % des Medianeinkommens“ etwa 14 Jahre. Bei Frauen beträgt der vergleichbare Unterschied immerhin noch 8 Jahre, er ist aber in allen Analysen deutlich kleiner als jener der Männer.

Es gibt keine aktuellen Abschätzungen für den österreichischen Mortalitätsgradienten, aus den wenigen vorliegenden älteren Analysen ist jedoch zu entnehmen, dass die Verhältnisse hierzulande eine vergleichbare Größenordnung aufweisen. Sie besitzen ein Ausmaß, das kaum als marginal qualifiziert werden kann.

2) Zur Erklärung des Schichtgradienten: Die schwedischen Analysen von Lundberg

Zu den elaboriertesten Analysen der Determinanten des Schichtgradienten, durchgeführt an einem umfangreichen Datenmaterial, zählt die Untersuchung von Lundberg¹⁷ (1991) in Schweden. Ausgewertet wurden

umfangreiche Angaben zu ökonomischen Bedingungen, Verhaltensweisen und psychosozialen Belastungen und Ressourcen bei einer Stichprobe von 6.174 Schweden im Alter von 15 bis 75 Jahren. Getrennt für die beiden Bereiche physische Krankheiten (inklusive Beschwerden) und psychische Krankheiten (psychiatrische Erkrankungen und psychische Beschwerden) wurde der (wechselseitig unabhängige!) Einfluss der potentiellen Erklärungsfaktoren auf den sozioökonomischen Gesundheitsgradienten berechnet. Welcher Anteil (in %) des Schichtgradienten, d.h. des Schichtgefälles, durch die einzelnen Faktoren erklärt werden konnte, zeigt die Tabelle 1.

schiede liefern. Dies ist insofern bemerkenswert, als in vielen Untersuchungen den typischen Verhaltensrisiken Tabakkonsum, Alkoholkonsum, mangelnde körperliche Bewegung und Übergewicht bzw. Fehlernährung erhebliche Gesundheitsrisiken zugeschrieben werden. Nach einer aktuellen dänischen Analyse¹⁸ führen Tabakkonsum, Alkoholkonsum und körperliche Inaktivität zu einem Verlust von jeweils durchschnittlich fünf Lebensjahren.

Das Problem bei den meisten derartigen Analysen ist jedoch, dass die Rolle des sozioökonomischen Status nicht berücksichtigt wird und in der Folge keine Unterscheidung zwischen den Verhältnisrisiken und den Verhaltens-

Gradient physischer Krankheiten und Beschwerden		Gradient psychischer Krankheiten und Beschwerden	
erklärender Faktor	% erklärt*	erklärender Faktor	% erklärt*
1. schwere oder gefährliche körperliche Arbeitsbedingungen	13,0	1. Armut in der Kindheit	20,2
2. Armut in der Kindheit	5,6	2. schwaches soziales Netz	3,2
3. starkes Risikoverhalten (Alkohol und Rauchen)	3,4	3. gegenwärtige relative Armut	2,8
4. psychisch belastende Arbeitsbedingungen	2,2	4. schwere oder gefährliche körperliche Arbeit	2,8

* „Netto“-Differenz der Standardabweichung des Schichtgradienten zwischen dem Modell ohne aktuellem Faktor und vollem Modell, bezogen auf die SD des Basismodells mit Alters- und Geschlechtskorrektur. Diese Differenz entspricht daher dem ausschließlich diesem Faktor zuzuschreibenden Anteil am Schichtgefälle wegen der Korrektur um alle anderen berücksichtigten Einflussgrößen.

Tabelle 1: Anteil erklärender Faktoren am Schichtgradienten nach Lundberg (1991)

Im Bereich der physischen Erkrankungen bilden die körperlichen Arbeitsbedingungen den gewichtigsten Einzel-faktor, gefolgt von den materiellen Bedingungen in der Kindheit. Erst an dritter Stelle (und mit geringem Gewicht) folgen die Risikoverhaltensweisen Tabak- und Alkoholkonsum. Etwas anders ist das Bild im Bereich der psychischen Krankheiten und Beschwerden, wo die materiellen Bedingungen in der Kindheit die mit Abstand größte Determinante bilden. Es ist überraschend, dass insgesamt gesehen nicht nur die Lebensbedingungen im Erwachsenenalter für den Schichtgradienten entscheidend verantwortlich sind, sondern auch den Kindheitsbedingungen eine bedeutende Rolle zukommt.

Bei genauer Betrachtung der Ergebnisse fällt zudem auf, dass Verhaltensfaktoren einen nur sehr marginalen Beitrag zur Erklärung der gesundheitlichen Schichtunter-

risiken möglich ist. Der indirekte verhältnisbedingte Anteil am Risikoverhalten wird dann allein dem Verhalten zugeschrieben, wodurch die gesundheitlichen Auswirkungen der durchschnittlich nachteiligeren Lebensbedingungen (z.B. bei Personen mit starkem Tabak- oder Alkoholkonsum) fälschlicherweise als eine ausschließliche Folge des frei gewählten Risikoverhaltens erscheinen.

Die Rolle der Kindheitsbedingungen

In einer weiteren Analyse¹⁹ untersuchte Lundberg die Bedeutung der Kindheitsbedingungen für die Gesundheit im Erwachsenenleben im Detail. Sowohl ökonomisch benachteiligte Lebensumstände wie Armut und eine große Anzahl von Kindern als auch schwierige soziale Bedingungen (unvollständige Familie durch Tod oder Trennung, konfliktreiches Familienleben) tragen zur Morbidität und Mortalität im späteren Leben bei.

Die Analyse legt nahe, dass die gesamte Kindheitsperiode (bis zum Alter von 16 Jahren) bedeutsam ist und soziale Probleme in der Familie während dieser Zeit eine größere Rolle spielen als ökonomische.

3) Nachteiliges Verhalten oder benachteiligte Verhältnisse? Die niederländische GLOBE Studie

Besonderes Interesse besteht an der Frage, inwieweit die Schichtunterschiede der Gesundheit von den nachgewiesenen starken Schichtunterschieden im gesundheitlichen Risikoverhalten erzeugt werden. Es wurde darum in großen Studien (z.B. Alameda County Study) immer wieder versucht, mittels Einbeziehung aller bekannten Risikofaktoren wie z.B. Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum, Bewegungsverhalten, Blutdruck usw. den Effekt des Schichtindikators zu erklären. Dabei zeigte sich, dass das Risikoverhalten zwar einen bestimmten Beitrag zum Schichtgradienten leistet, meist aber mindestens 2/3 des Gradienten unerklärt lässt.

So verringerte sich in der Whitehall-Studie (Marmot et al. 1984) das Mortalitätsgefälle bei koronaren Herzkrankheiten von einem Faktor 2,7 zwischen unterer Beamtenebene zur Führungsebene nach Berücksichtigung aller bekannten Risikofaktoren auf den Faktor 2,1. Es weist daher auch bei theoretisch gleichem Risikoverhalten die untere Beamtenebene ein mehr als doppeltes Sterberisiko an koronaren Herzkrankheiten auf als die Führungsebene. Ähnliche Resultate anderer Studien belegen, dass das Schichtgefälle überwiegend nicht dem Verhalten zuzuschreiben ist, wenngleich es einen Beitrag leistet.

Schließlich bleibt allerdings die Frage, inwieweit der Schichtgradient im Risikoverhalten nicht schon selbst eine Folge jener Schichtvariablen sein könnte, welche die nicht-verhaltensbedingten Ungleichheiten erzeugen. In einer unserer Arbeiten konnten wir demonstrieren, dass sowohl das gesundheitliche Risikoverhalten als auch das auf die Erhaltung der Gesundheit orientierte Gesundheitshandeln in den unteren sozioökonomischen Schichten schlechtere Werte aufweist²⁰. Die niederländische prospektive Kohortenstudie GLOBE²¹ ist bedeutsam, da sie simultan einerseits den Schichtgradienten und andererseits die Abhängigkeit des Risikoverhaltens von der Schicht – gewissermaßen als Verhaltensressource – untersucht. Man konnte damit zeigen, dass der

Modell 1: zu einfach!

Modell 2:

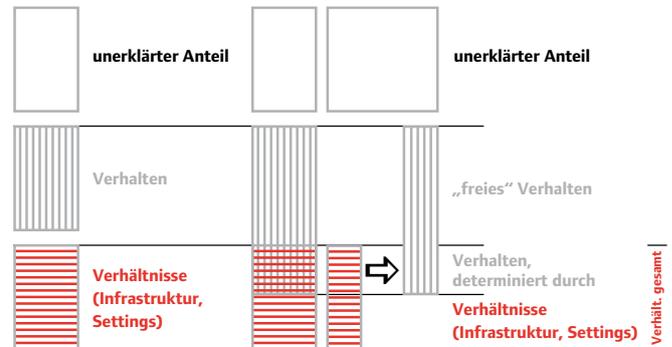


Abbildung 12: Basales Modell für die Erklärung des Schichtgradienten durch Verhalten und Verhältnisse, wie es der niederländischen GLOBE Studie zugrunde liegt

Mortalitäts-Schichtgradient (und ähnlich auch die Morbidität) zu durchschnittlich ca. einem Drittel direkt auf sozioökonomische Bedingungen und zu einem weiteren Viertel auf Verhaltensweisen, die durch diese Bedingungen bereits festgelegt werden, zurückzuführen ist. Der Anteil der direkten und indirekten materiellen Faktoren war dabei umso größer, je niedriger die Bildungsschicht war (vgl. Tabelle 2). Somit sind die bildungsschichtbezogenen Lebensbedingungen zu über 50 % für ein kürzeres oder längeres Leben verantwortlich!

Die bekannten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, soweit sie die Studienteilnehmer (äußerlich) frei wählen konnten, also gewissermaßen in „Eigenverantwortung“, waren für etwa ein weiteres Viertel der Sterblichkeitsgradienten verantwortlich. Selbst wenn dieses „frei“ gewählte Verhalten vollständig veränderbar wäre – was nach allen Erfahrungen sehr schwer realisierbar ist –, würden die Hauptursachen für Gesundheit und Krankheit unberührt wirksam bleiben.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass nicht nur das Risikoverhalten, sondern auch dessen Wirkungen von der Schichtzugehörigkeit abhängen. Je besser die Lebensbedingungen in einer Schicht sind, desto höher ist der Effekt gesunden Verhaltens! Der deutsche Gesundheitssoziologe Hagen Kühn formulierte daher die These, dass das dominierende Lebensstilkonzept nicht geeignet ist, den Schichtgradienten zu vermindern, denn: „Gerade wo es effektiv ist und gesundheitliche Verbesse-

Bildungs-kategorie	Schichtgradient (relatives Risiko)		Anteil der Faktoren am Gradienten*		
	Confounders (Modell 0**)	Confounders + Verhaltens-Faktoren (Modell 1***)	Unabhängiger Effekt der Verhaltens-Faktoren	Indirekter Effekt – Verhältnis-Faktoren	Direkter Effekt – Verhältnis-Faktoren
1 (hoch = Referenz)	1	1	?	?	?
2	1,28	1,13	29 %	25 %	21 %
3	1,48	1,25	25 %	23 %	29 %
4 (niedrig)	1,64	1,30	25 %	28 %	39 %

* Prozentuelle Veränderung im Modellvergleich (Modell 0) – (Modell 1 oder 2) / [Modell 0 -1].
 ** Modell 0 = korrigiert für Alter, Geschlecht, Zivilstatus, Religionszugehörigkeit und Urbanisationsgrad.
 *** Modell 1 = Bildungskategorie + confounders + Alkoholkonsum + Tabakkonsum + body mass index + physische Aktivität.

Tabelle 2: Anteil von Verhaltens- und Verhältnisfaktoren am Mortalitäts-Schichtgradienten nach Bildungskategorie, Südwest-Niederlande, 1991–1996 (n = 15451)

rungerungen zu verzeichnen sind, trägt es noch zur Vergrößerung der Ungleichheit bei. Und zwar überall dort, wo die Verbesserungen von objektiven und subjektiven Eigenschaften abhängig sind, die ihrerseits ungleich in der Gesellschaft verteilt sind.“²²

- 1) Vgl. Kaba-Schönstein Lotte: „Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten – Eine Herausforderung für gesundheitsfördernde Krankenhäuser“, URL: www.oengk.net/downloads/virtuellpub10/II-5_a_Kaba-Schoenstein.pdf, Stand 7. Juli 2008
- 2) Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG): Sozialepidemiologisches Kurzportrait Graz-Liebenau. 2006.
- 3) Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau: „Wie gesund ist Liebenau?“. 2001.
- 4) Zengerer, Maria: „Eichbachgasse 900: Leben in der ‚Zigeunersiedlung‘ am Rande der Stadt“. 2001.
- 5) Die Verwendung des Begriffes „Säuberung“ in diesem Zusammenhang entnimmt der Autor dem Slogan „Wir säubern Graz“ (von Bettler/Innen, Asylant/Innen...) der FPÖ aus dem Gemeinderatwahlkampf 2008, also 10 Jahre nach der Vertreibung der Roma und Schausteller.
- 6) Dyk, Saskia: „Raumpotentiale am Grünanger – Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung“. 2003.
- 7) Die Gesundheitsplattform Liebenau ist eine laufende Vernetzung von Bürger/Innen des Bezirks, Bezirkspolitiker/Innen, Multiplikator/Innen zu bezirkspolitischen Anliegen
- 8) In diesem Zusammenhang verweise ich bei der Verwendung des Begriffes „Diskurs“ auf wikipedia. Im Sinne Foucaults ist „Diskurs“ nicht mehr nur „Diskussion“, sondern eher so etwas wie sprachlich produzierter Sinnzusammenhang, der eine bestimmte Vorstellung forciert, die wiederum bestimmte Machtstrukturen und Interessen gleichzeitig zur Grundlage hat und erzeugt. Soweit „Diskurs“ mit „Diskussion“ gleichgesetzt wird, geht ihm ein entscheidender Bedeutungsaspekt verloren: die Eigenschaft, Realität zu erzeugen und zu strukturieren.
- 9) Siehe dazu auch SMZ Liebenau: Leitbild gesundes Liebenau. 2006.
- 10) Dyk, Saskia: „Raumpotentiale am Grünanger – Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung“. 2003.
- 11) Obwohl Bewohner/innen der alten Häuser die Möglichkeit hatten, sich um die neuen Wohnungen zu bewerben und auch anspruchsberechtigt gewesen wären, hat sich niemand beworben.
- 12) „Nein, es gab kein Anforderungsprofil in schriftlicher Form, aber wir haben uns durch die Beobachtung am Standort, Gespräche mit dem zuständigen Stadtrat, Wohnungsamt, Sozialarbeitern, dem Sozialmedizinischen Zentrum Liebenau nach und nach ein Bild machen können oder ein Bild gemacht, von dem wir glauben,

dass wir dann auch eine entsprechende Antwort auf die Probleme geben können.“ Auszug aus dem Interview mit Univ.-Prof. Arch. DI Hubert Riess, in Bruner/Geisler/Schöberl: „Vernetzte Planung als Strategie zur Behebung von Lern- und Diffusionsdefiziten bei der Realisierung ökologischer Gebäude“. URL: www.ifz.tu-graz.at/index_en.php/filemanager/download/1158/enderbericht_tritthart_2802.pdf, Stand 7. Juli 2008

- 13) „Neben den üblichen Handlungsträgern der Gesundheitsförderung sind als wichtige Akteur/innen die Sozial- und Gesundheitsdienste der Kommunen und der Wohlfahrtsverbände anzusehen. Die dort tätigen Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen sind bedeutsame Vertrauens- und Schlüsselpersonen. Sozial benachteiligte Menschen sind ihre traditionelle Hauptklientel. Sie können als Vertrauenspersonen und über bestehende Projekte der Gemeinwesenarbeit, der Sozialen Brennpunkte etc. den Zugang zu diesen Menschen und Gruppen erleichtern und vermitteln (vgl. Deneke/Kaba-Schönstein/Waller 2000). Aber auch Ärzt/innen, Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen sollten als potenzielle Vertrauenspersonen und Mediator/innen beteiligt werden.“ Kaba-Schönstein 2003, URL: www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1134&type=infotext, Stand 7. Juli 2008
- 14) Siehe Gesundheitsplattform und Leitbild gesundes Liebenau www.smz.at/index.php/article/articleview/13/1/24/
- 15) Kaba-Schönstein Lotte: „Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten – Eine Herausforderung für gesundheitsfördernde Krankenhäuser“, URL: www.oengk.net/downloads/virtuellpub10/II-5_a_Kaba-Schoenstein.pdf, Stand 7. Juli 2008
- 16) Lampert T., Kroll L.E.: Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Gesundheitswesen 68 (2006): 219–230.
- 17) Lundberg O: Causal explanations for class inequality in health—an empirical analysis. Soc Sci Med. 32(1991): 385–93.
- 18) Bronnum-Hansen H. Impact of selected risk factors on expected lifetime without long-standing, limiting illness in Denmark. Preventive Medicine 45 (2007), 49-53.
- 19) Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med 36 (1993): 1047–1052.
- 20) Stronegger W.J., Freidl W., Rásky É. Health behaviour and risk behaviour: socio-economic differences in an Austrian county. Social Science & Medicine, 44 (3), 423–426, 1997
- 21) Van Lenthe F.J., Schrijvers C.T., Droomers M., Joung I.M., Louwman M.J., Mackenbach J.P. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. European Journal of Public Health 14 (2004): 63-70. Stronks K. et al. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. Social Health Illness. 1996; 18:653-674. Schrijvers CT et al. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. Am J Public Health. 1999 Apr;89(4), 535–40.
- 22) VKühn H. :Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 19 (1993), S. 103–134.

Workshop 2:

Pränatale und frühkindliche Entwicklung als soziale Determinante der Gesundheit

Klaus Vavrik

Die nachhaltigen Risiken für Gesundheit und Entwicklung von Kindern haben – jedenfalls in Industriestaaten – einen grundlegenden Wandel erfahren. An Stelle der klassischen Infektions- und Mangelkrankungen sind zunehmend Lebensstilerkrankungen, zur Chronifizierung neigende Entwicklungsbeeinträchtigungen und psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen getreten.

Eine große internationale Veranstaltung im Mai 2006 in Berlin („Ein guter Start ins Leben“) hat daher einhellig folgende Leitsätze formuliert: „Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf die Gesundheit ihrer Kinder dringend angewiesen“, „Bestmögliche Förderung der Gesundheit von Anfang an gehört zu den Grundrechten aller Kinder“ und „Gesundheit ist in die Gesamtheit der Lebensumstände eingebettet“. Was bedeuten diese zweifellos richtigen Gedanken nun aber im lebenspraktischen Alltag? Welche Schlüsse bezüglich Kinder- und Jugendgesundheit müssen wir daraus ziehen?

Umweltbedingungen formen die Entwicklung von Kindern und die Ausprägung von bestimmten Fähigkeiten im Rahmen ihrer potentiellen Möglichkeiten in enormem Ausmaß. Die aktuelle neurobiologische Forschung hat hierbei ein weites Feld eröffnet, in welchem deutlich wird, wie frühkindliche Erfahrungen – und hier vor allem jene mit primären Bezugspersonen – ihr Abbild sowohl in der Entwicklung und Steuerung von Gehirnfunktionen als auch auf der Ebene der hormonellen Regulation bis hinein in den genetischen Code hinterlassen.

Als erste und basale Erfahrungsmatrix ist die frühkindliche Bindungserfahrung daher eine zentrale Determinante und Prädiktor für die weitere Entwicklung von Lebensstil und Persönlichkeit und somit der späteren psychischen wie somatischen Gesundheit.

Überlebensstrategie Habilitation

Die bedeutendste Eigenschaft des Menschen – darin sind sich Wissenschaftler/innen mittlerweile einig – ist seine Fähigkeit zu lernen und sich der Umwelt anzupassen bzw. sich dieser angepasst zu verhalten! Für diese Fähigkeit der sogenannten „Habilitation“ ist der Mensch auf Grund seiner biologischen Ausstattung ganz besonders geeignet, so wie etwa Fische zum Schwimmen und Vögel zum Fliegen. Sie unterscheidet ihn am stärksten von allen anderen Lebewesen dieser Erde und hat ihn befähigt, nahezu alle Lebensräume dieser Welt zu erobern. Sie ist die Grundlage dafür dass sich Kinder in Alaska oder Afrika, im modernen Großstadtleben oder im australischen Busch überall der jeweiligen Umwelt angemessen entwickeln können.

1. Neurobiologische Grundlagen der Entwicklung

Die Neurobiologie hat hierfür das aktuelle Schlagwort der „neuronalen Plastizität“ geprägt. Frühere Vorstellungen sahen unser Gehirn als Organ, wo jede spezifische Aufgabe streng an einem bestimmten Ort lokalisiert bzw. repräsentiert ist. Diese Vorstellung wurde mittlerweile abgelöst vom Verständnis eines dynamischen Organs neuronaler Netzwerke.

Anatomisch besteht das menschliche Gehirn im Wesentlichen aus Nervenzellen (Neuronen), den Verbindungen zwischen ihnen (Dendriten) sowie den Stütz- oder Gliazellen. In der 20. Schwangerschaftswoche hat der Mensch die maximale Zahl an Nervenzellen. Bis zur Geburt werden 70–90 % (!) dieser Zellen wieder abgebaut. Es gibt also in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft einen enormen Filter, der bestimmt, welche Neuronen letztlich fürs Leben behalten werden und welche nicht. Vermutlich werden aus der riesigen Zahl von phylogenetisch gespeicherten Möglichkeiten nur jene behalten, die für die Weitergabe „markiert“ worden sind, d.h. evolutionär Sinn machen, und solche, die in der Frühschwangerschaft aktiviert wurden. Bei der Geburt sind jedenfalls ca. 10^{10}

Nervenzellen allein im Kortex (Großhirnrinde) vorhanden. Das weitere Wachstum des Gehirns wird nunmehr vor allem durch die „Verdrahtung“, d.h. durch die Entstehung neuronaler Netzwerke, bedingt. Jede einzelne Nervenzelle kann mit bis zu 10.000 anderen Neuronen Verbindungen eingehen, woraus sich die Anzahl der möglichen Verbindungen mit 10^{14} (1.000.000.000.000.000) berechnet.

Diese Vernetzung und Verdrahtung ist anfangs nur im allernötigsten Ausmaß angelegt und nur ganz lose verbunden. Dadurch ist der menschliche Säugling am Beginn seines Lebens nur mit ganz wenigen Kompetenzen ausgestattet und extrem ohnmächtig. Doch dieser scheinbare evolutionäre Nachteil, der auch zur Bezeichnung „physiologische Frühgeburt“ geführt hat, entpuppt sich später als sein größter Vorteil. Er ermöglicht jene unglaubliche Anpassungsfähigkeit an unterschiedlichste Lebens- und Umweltbedingungen.

Das Verhalten von Tieren wird oft nur von ganz wenigen Komponenten gesteuert. Kleine Krokodile können von Geburt an schwimmen, fressen und kämpfen; ein Frosch wird immer, wenn er Hunger hat, auf jedes Objekt vor seinem Maul blitzschnell von der ersten Stunde seines Lebens an reagieren, etc. Es sind weitgehend vorprogrammierte, instinktgeleitete und im weiteren Leben wenig modifizierbare Verhaltensweisen.

Die Entwicklung des Gehirns beim Menschen – und damit die Steuerung von Lernen und Verhalten – ist hingegen wesentlich komplexer. Sie ist ein nutzungsabhängiger (d.h. erfahrungs- und anwendungsorientierter), sich selbst organisierender und durch die Interaktion mit der Außenwelt gelenkter Prozess. Dieser folgt einigen mittlerweile gut erforschten Prinzipien, welche im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Das Prinzip der Nutzungsabhängigkeit

In der englischsprachigen Literatur wird dieses neurobiologische Gesetz plakativ mit „use it or lose it“ bezeichnet bzw. „use depended plasticity“ genannt. Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Der Homunkulus des prämotorischen Kortex eines neugeborenen Kindes ist in seiner Form kein Zufall und kein vorprogrammierter Plan, sondern das Ergebnis des intrauterinen Übens – also vorgeburtlicher Erfahrungen. Die Regionen rund um Zunge, Mund und Schlund sind am stärksten ausgeprägt

und haben die größten Repräsentanzen, weil sie für das Überleben postpartal umfassend und differenziert funktionieren müssen. Kinder mit einer z.B. fehlenden Extremität bilden hingegen keinerlei neurologische Repräsentanz für dieses fehlende Glied aus. Unser Gehirn ist ein System, welches nur durch konkrete Erfahrung und Aktivität lernt und sich daran selbst gestaltet. Was hier exemplarisch für die Motorik deutlich gemacht wird, gilt in gleicher Weise für alle anderen Entwicklungsachsen (Perzeption, Kognition etc.; siehe Spitzer 2005) bis hin zur Persönlichkeitsentwicklung.

Die „große Zeit“ der neuronalen Plastizität beginnt jedoch erst mit der Geburt. Es ist der Zeitpunkt, wo Milliarden Synapsen bereit sind, sich zu verschalten. Es braucht nur noch entsprechende Erregungsmuster, welche dann als Erfahrungen und Vorbilder abgebildet werden. Ein repräsentatives Beispiel hierfür ist die Sprachentwicklung. Auf der Erde gibt es etwa 8.000 Sprachen, die alle aus ca. 70 lautsprachlich kleinsten Einheiten – den Phonemen – gebildet werden. Ein neugeborenes Kind ist sprachlich ein absoluter Universalist und kann alle Phoneme gleich gut unterscheiden. Im Alter von ca. 10 – 12 Monaten werden allerdings nur mehr die Laute der Muttersprache unterschieden. Eine andere Sprache kann ab dann nur mehr sehr mühsam und mit hohem Aufwand akzentfrei gelernt werden. Für das Ausbilden solcher spezifischer neuronaler Verschaltungen gibt es offensichtlich typische, „kritische“ Zeitfenster, was auch Konrad Lorenz mit seinen Graugänsen und dem Phänomen der Prägung deutlich gemacht hat. Auch Singvögel kommen z.B. ohne ausgeprägtes Gesangszentrum auf die Welt, und nur wenn der Vater zum richtigen Zeitpunkt engagiert und fröhlich singt, kann auch der Sohn dies erlernen. Es braucht ein aktives Vorbild im richtigen Moment, um den prinzipiell ungerichteten Befehl zur Verdrahtung zu lenken.

Das Prinzip von Wachstum und Umbau

Derart nutzungsabhängig erfolgen auch andere Wachstums- und Umbauvorgänge im Gehirn: Beim Erlernen der Blindenschrift wächst jenes Areal messbar, das den rechten Zeigefinger repräsentiert. Das gilt ebenso für die akustische Landkarte des Trompeters oder je nach Berufsjahren auch für das Ortsgedächtnis zuständige Gehirnareal von Londons Taxifahrer/innen. Dieser Vorgang ist aber leider auch in umgekehrter Rich-

tung möglich. Erschreckend sind diesbezüglich die frühen Forschungen von Rene Spitz (1946, 1949), welcher aufgezeigt hat, dass chronische Deprivationserfahrung bei Waisenhauskindern ohne jegliche andere Erkrankung zu einem durchschnittlichen IQ von ca. 70, deutlich kleineren Gehirnvolumina, allgemeiner Wachstumsretardierung und schweren Persönlichkeitsentwicklungsstörungen geführt hat. Frühkindliche Deprivation hat somit enorme Auswirkungen auf die kognitiven Entwicklung und den allgemeinen Gesundheitszustand der betroffenen Kinder.

Das Prinzip von Mustererkennung und Antizipation

Wiederkehrende Erfahrungen bahnen neuronale Netzwerke und werden so „vom Trampelpfad zum Waldweg, über die Straße bis zur Autobahn im Gehirn“. Diese Fähigkeit der Musterbildung hat zwei Seiten. Sie macht evolutionsbiologisch Sinn, denn es wäre viel zu aufwendig, jedes mehrmals auftauchende Objekt oder jede wiederkehrende Situation des Lebens neu analysieren und einordnen zu müssen. Unser Gehirn setzt eine Wahrnehmung daher nicht Stück für Stück zusammen, um sie schließlich jedes Mal aufs Neue zu „erkennen“, sondern geht den genau umgekehrten Weg und bildet Verallgemeinerungen, Prototypen, Schablonen etc., eben Muster, um diese bei Bedarf rasch Wieder-zu-Erkennen.

Abbildung 1:

Luat einr Stduie der Cambrdige Unievrstität speilt es kenie Rlloe in welcehr Reiehnfogle die Buhcsrbaen in eniem Wort vorkmomen, die eingzie whcigtige Sache ist, dsas der ertse und der lettze Buhcstbae stmimen.

Der Rset knan in eienm völilegn Duchrienanedr sein und knan trtozedm prboelmols gelseen wreden. Das ist, wiel das menchsilche Ague nihct jeedn Buhcstbaen liset. Ertsuanlcih, nihct?

Dies ist einerseits wie gesagt vielfach ökonomisch und hilfreich. Die Folge daraus ist aber auch, dass Vorerfahrung und die daraus entstehende Erwartung die Wahrnehmung enorm verzerren können. Wenn sich diese Wahrnehmungslenkung dann noch mit Emotion verbindet, sprechen z.B. die Individualpsycholog/innen von

„tendenziöser Apperzeption“. Unser Handeln orientiert sich nicht daran, wie die Welt objektiv ist, sondern daran, wie wir sie entsprechend unserer Erfahrungen wahrnehmen und „glauben“ („innere Bilder“, Hüther 2005).

Solche einmal gebildeten Muster und Überzeugungen sind im Laufe des Lebens sehr hartnäckig und nur mehr schwer veränderbar. Bei geringer neuronaler Erregung und wenig Stress sind sie oft noch relativ flexibel und mit Varianz verwendbar. Je höher jedoch der Stress steigt, desto geringer werden die Entscheidungsmöglichkeiten. Bei hoher Anspannung oder Überforderung setzt schließlich ein Notprogramm ein, welches oftmals nur mehr eine einzige spezifische Reaktion zulässt. Auch der Lebensstil und das grundsätzliche Gesundheitsverhalten werden in solchen Mustern geprägt.

Das Prinzip der dialogischen und interaktiven Gehirnentwicklung

Wie kommen diese „Muster“ aber nun hinein in unser Gehirn? Wie ist der Weg von der Wahrnehmung der äußeren Welt zur Entstehung innerer Bilder? Wie kommt es zur Ausbildung von Innenrepräsentanzen?

Dies erklärt sich durch die so genannten Spiegelneuronen (Bauer 2005). Wenn eine Person eine Bewegung ausführt und eine andere ihr dabei zusieht, so ist nachweisbar (etwa mittels funktionellem MRI), dass bei beiden Personen nahezu dieselben Hirnareale aktiv sind. Spiegelneuronen bilden ein neuronales System, das die Außenwelt vollkommen automatisch in uns abbildet, ohne dass wir diese extra analysieren müssten. Dies bietet sich als Erklärung für das bereits früh auslösbare Imitationsverhalten von Säuglingen (z.B. Zunge herausstrecken und grimassieren), für die ansteckende Wirkung des Gähnens oder die Erfolge des mentalen Trainings von Spitzensportler/innen bis hin zur professionellen Nutzung im Rahmen der psycho-analytischen Deutung sowie der Übertragung und Gegenübertragung an. Spiegelneuronen ermöglichen Internalisierung und bilden somit den Kern des am Vorbild orientierten Lernens.

Das Prinzip der Selbstorganisation (Synergetik)

Aus dem bisher Gesagten könnte man annehmen, dass der Mensch lediglich einfachen Umweltimitationen und -reaktionen unterliegt. Doch das menschliche Gehirn ist ein sich selbst organisierendes Organ mit der Fähigkeit des

freien Willens. Es werden im Laufe des Lebens zwar Muster entwickelt, welche sich als Handlungsanleitungen für verschiedene Situationen als sinnvolle oder notwendige Überlebensreaktionen herausstellen. Doch grundsätzlich ist das Gehirn nicht deterministisch aufgebaut, und in jedem situativen Grundmuster gibt es eine Menge von Wahlmöglichkeiten (Ausnahme vgl. Kap. 4, Trauma).

Um dieses Prinzip der Selbstorganisation zu beschreiben, ist hier leider nicht der Platz und die Möglichkeit. Prof. Haken hat in den 1980er-Jahren hierfür den Begriff der Synergetik geprägt und in die Neurowissenschaften eingebracht, welcher das Funktionieren von nicht linearen, komplexen Systemen mit vielerlei Einflussgrößen und Ebenen beschreibt. Ein Bild dafür ist z.B. das Fließen eines Baches oder auch das flexible aber doch regelhafte Funktionieren von Schwärmen. Nicht-Vorhersehbares und Nicht-Planbares passiert und die „Entscheidung“ darüber, wie das System auf eine Anforderung oder Veränderung der Umwelt reagiert, trifft es im Rahmen der vielen theoretischen Möglichkeiten und je nach Stressbelastung und daher unterschiedlichem „Freiheitsgrad“ selbst.

Das Prinzip der neurohumoralen Steuerung: Motivations- und Aversionsssysteme

Die Effektstärke des Lernaktes (gleichsam der „Kitt“ zwischen den Synapsen) wird durch die affektive Besetzung – d.h. durch die Ausschüttung von entsprechenden Hormonen – bestimmt. Positive Erfahrungen, wie geliebt, kompetent oder etwas Besonderes zu sein, werden durch einen ganzen Cocktail von Botenstoffen vermittelt und belohnt. Der Lernerfolg (Stolz, Zufriedenheit, Freude, Entspannung etc.) bildet wiederum den Boden für die weitere Stabilisierung von Verdrahtungen und stimuliert neues neuronales Wachstum.

Alle Komponenten der „Stresshormonachse“ hingegen beeinflussen die Entwicklung und Reifung des Gehirns negativ. Sie destabilisieren neuronale Verbindungen, führen zum Zellabbau und hemmen die Lernmöglichkeiten erheblich. Reizüberflutung und frühkindliche psychosoziale Stressbelastungen können ein noch unreifes Gehirn überstimulieren und überfordern. Stresshormone führen dann zu „Chaos“ im Frontalhirn, welches zuständig für Antrieb, Impulskontrolle und Handlungsplanung ist, und „dann gerät das Kind in einen Teufelskreis aus überstark entwickeltem Antriebssystem und unzureichend

entwickelter Impulskontrolle“ (Hüther 2005).

Kognitive Inputs alleine können neue Muster nicht tief genug prägen und neu strukturieren. Neues Verhalten muss (korrigierend) erfahren und erlebt werden, um sich zu verankern.

2. Genetik und Verhalten

Neue Erkenntnisse zeigen, dass auch der genetische Bauplan sich viel lebendiger und dynamischer verhält als früher angenommen. So ist aus Tierexperimenten bekannt, dass Mäuse nach Frühdeprivation (sie werden standardisierte Zeiten von der Mutter separiert und erleben dadurch frühen psychosozialen Stress) eine Erhöhung des Stresshormons Cortisol aufweisen. Dies ist eine natürliche biologische Reaktion, welche auch bei Menschenbabys auslösbar und über das Speichelcortisol messbar ist. Wird diese Deprivation chronifiziert (z.B. täglich 20 Minuten über mehrere Wochen), so behalten diese Probandentiere den höheren Stresshormonspiegel ihr ganzes weiteres Leben lang bei! Damit verbunden ist auch eine übermäßige Neigung zu verstärkten Arouselreaktionen (Panikattacken, Impulsivität, Irritabilität etc.). Ganz besonders bemerkenswert ist aber, dass dieser erhöhte basale Cortisolspiegel auch in der nächsten Mäusegeneration noch nachweisbar ist, obwohl diese selbst gar keine Deprivationserfahrung gemacht hat! Der entsprechende Modus der gesteigerten Genexpression hat sich offensichtlich vererbt (Francis et al. 1999). Dies bedeutet, dass eine psychosoziale Erfahrung sich innerhalb einer einzigen Generation im genetischen Code etablieren kann.

Andere Ergebnisse aus Tierexperimenten zeigen, dass Rattenbabys von Müttern, die während der Schwangerschaft wiederkehrende Stresserfahrung gemacht hatten, verstärkte Irritabilität und Schreckhaftigkeit nach der Geburt zeigten. Bei Frühadoption dieser Rattenbabys zu nicht gestressten Müttern mit gutem Pflegeverhalten kam es zur Rückbildung des Verhaltens und der entsprechenden Gehirnfunktionen aber auch zu stabilen Veränderungen in der DNA der kindlichen Gene (Weaver et al. 2004)! Frühkindliche psychosoziale Stresserfahrung hat demnach nachhaltige Auswirkungen auf die neuronale Regulation und bis hinein in den genetischen Code (Moles 2004). Auch wenn Tierversuche nicht unkritisch auf Menschen übertragen werden dürfen, so liefern sie doch wichtige Hinweise auf mögliche Tendenzen.

In diesem ersten Teil des Beitrags wurde also vor dem Hintergrund der neurobiologischen Grundlagenforschung beschrieben, welche Fähigkeiten der Mensch zur Verfügung hat und welche Modi Gehirn, Genetik und hormonelle Steuerung benutzen können, um die Anforderungen des Lebens zu bewältigen. Der wesentlich prägende Faktor bleibt das reale Alltagserleben von Kindern und deren Möglichkeit, Erfahrungen einer guten und gesunden Lebensführung zu machen. Diese zentrale Prämisse der transgenerationalen Gesundheitsförderung wird nunmehr im nächsten Kapitel beleuchtet.

3. Das Bindungssystem

Die wohl wichtigste bio-psycho-soziale Verbindung zwischen den Generationen ist das Bindungssystem. Nach Bowlby (1975) stellt es ein primäres und genetisch verankertes, motivationales System dar, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird und Überleben sichernde Funktion hat.

Kinder werden also mit einem angeborenen Bedürfnis nach Bindung geboren. Durch Angst und Trennung (z.B. wenn der Säugling sich verlassen fühlt, unbekannte Situationen oder fremde Menschen als bedrohlich erlebt, an körperlichen Schmerzen leidet oder sich von inneren Regungen überwältigt fühlt) wird das Bindungssystem und entsprechende Verhaltensweisen (Weinen, Klammern) aktiviert. Durch körperliche Nähe und affektive Resonanz der Bindungsperson wird das Bindungsbedürfnis bzw. die Stressreaktion wieder beruhigt. Die primäre Bindungsperson wird der sichere emotionale Hafen für den Säugling.

Dem Bindungssystem der Kinder steht das Pflegesystem der Erwachsenen gegenüber; beide ergänzen sich wechselseitig. Auch das Pflegesystem ist tief biologisch verwurzelt, was man an vielen physiologischen Reaktionen der Bindungsperson (Aktivierung vegetativer Systeme beim Schreien des Säuglings, Hormonausschüttung etc.) beobachten kann. Diese emotionale Bindung ist der Schlüssel zum Funktionieren von Elternschaft und zum körperlichen und psychischen Überleben des Säuglings. Sie hat daher zutiefst existenzielle Bedeutung.

Wen der Säugling als Bindungsperson auswählt und wie gut die Bindungsqualität ist, darüber entscheidet die Fein-

fähigkeit in der Interaktion. „Feinfühligkeit“ bedeutet, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu reagieren (Ainsworth 1977, Brisch 2002). Dies geschieht unzählige Male im Alltag eines Säuglings, wobei zu jenen Bezugspersonen eine sichere Bindung entwickelt wird, die im Pflegeverhalten seine Bedürfnisse feinfühlig zu regulieren und zu befriedigen verstehen. Die zentralen Beziehungsregulatoren hierfür sind Wärme, Rhythmus, Konstanz und Resonanz. Gelingt Bindung in einer konstanten und Sicherheit gebenden Weise, dann kann aus dieser äußeren Balanciertheit und Geborgenheit das innere Selbst- und Weltbild einer „sicheren Bindung“ entstehen. Werden hingegen die Bedürfnisse in der Interaktion mit der Bezugsperson unzureichend, qualitativ unpassend oder inkonsistent beantwortet, dann entwickelt sich das Bild einer „unsicheren Bindungsbeziehung“.

Das Bindungsbedürfnis des Kindes steht nun wiederum in wechselseitiger Abhängigkeit mit seinem Erkundungsbedürfnis. Wenn das Bindungsbedürfnis hinreichend erfüllt ist, kann der Säugling neugierig die Umwelt erkunden. Andernfalls ist er zu sehr damit beschäftigt, Sicherheit herzustellen. Eine sichere Bindung ist somit Voraussetzung dafür, dass ein Kind seine Umgebung lebendig erforschen und sich selbst effektiv und handelnd erfahren kann.

Die biologische Bedeutung des Bindungssystems ist neben der Sicherung des Überlebens auch jene, ein affektives inneres Regulationssystem aufzubauen. Am Anfang des Lebens ist für den Säugling jedes Erleben gepaart mit großer Erregung (hohes Stressniveau, geringe Differenzierung). Das Erleben von Feinfühligkeit, Empathie und Dialog vermitteln die Erfahrung von Urvertrauen („sicherer Hafen“), Affektdifferenzierung („Ich kann Gefühle erkennen und unterscheiden.“), Affektregulation („Ich kann meine Gefühle steuern“) und Affektabstimmung („Ich kann Gefühle zeigen und mit der Umwelt kommunizieren“) (Vavrik 2007). Für solche Lernprozesse (vgl. Kernstock-Redl 2007) legt die frühe Bindungserfahrung den Grundstein.

Sichere Bindung bedeutet also für das weitere Leben einen Schutzfaktor bei Belastungen und mehr Bewältigungsmöglichkeiten bei inneren und äußeren Stresszuständen. Kinder mit einer solchen Grunderfahrung wer-

den schneller und beständiger zu selbstständigen und autonomen Persönlichkeiten („mastery“). Sie können sich leichter Hilfe holen, zeigen mehr prosoziales Verhalten, mehr Einfühlungsvermögen in andere Menschen, mehr Beziehungsfähigkeit, mehr Kreativität, Flexibilität und Ausdauer sowie bessere Gedächtnisleistungen und Lernerfolge.

Unsichere Bindungserfahrungen hingegen sind ein Risikofaktor bei späteren Belastungen. Kinder mit unsicheren, d.h. distanzierten oder verstrickten Beziehungsmustern, haben vermehrt Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung („helplessness“). Sie zeigen weniger Bewältigungsmöglichkeiten, einsames Problemlösungsverhalten, vermehrt Rückzug aus gemeinschaftliche Aktivitäten, weniger Beziehungen, mehr Rigidität im Denken und Handeln und schlechtere Gedächtnisleistungen und Lernen.

Die individuelle Bindungserfahrung und der sich daraus entwickelnde Bindungsstil ist somit eine – wie aus neurobiologischer Sicht ausgeführt – grundlegende Matrix für den weiteren Weltbezug und die Fähigkeit der Selbstregulation. Sie kann als Risiko- oder Schutzfaktor für das ganze restliche Leben gewertet werden (Brisch 2003), insbesondere für das Verhalten in sozialen Situationen sowie beim besonders gesundheitsrelevanten Thema der Selbstfürsorge.

4. Traumatisierung und generationsübergreifende Auswirkungen

Außerordentlich schwerwiegend negative Folgen auf die Bindungssicherheit und damit auch auf die Entwicklung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitsgefühl haben Traumata. Opfer oder Zeug/in von Misshandlung oder Missbrauch, von körperlicher oder psychischer Gewalt, extremer Vernachlässigung, schweren Verlusterlebnissen oder Ähnlichem geworden zu sein, löst extremen Stress und neurobiologische Notprogramme aus. Hilflosigkeit, Selbstkontrollverlust, Verlust des „sicheren inneren Hafens“ und damit der gesicherten emotionalen Basis der Persönlichkeit können Folgen sein und führen dazu, dass eine traumatische Erfahrung von betroffenen Menschen als verheerend und katastrophal erlebt wird. Danach ist für viele „nichts mehr so, wie es einmal war“.

Psychotraumata in ihrer engen Definition (vgl. Riedesser 2003) werden hirnrnorganisch völlig unterschiedlich zu dem

oben beschriebenen Aufbau von neuronalen Netzwerken verarbeitet. Sie werden nicht in komplexen Mustern und über die (bewusstseinsnahe) Großhirnrinde verschalten, sondern speichern einzelne Sinneseindrücke des schrecklichen Erlebens „wie ein zersplitterter Spiegel“ ab. Solche belastenden Erinnerungsfragmente können später durch Hinweisreize (sgn. Trigger wie z.B. ein Geräusch, ein bestimmter Blick, eine Berührung etc.) immer wieder auch in real völlig „harmlosen“ Situationen ausgelöst werden. Das kann zu Überflutungszuständen und Flash-backs mit Angst- und Panikattacken oder heftigen aggressiven Reaktionen führen, welche für die Umgebung und zumeist auch für den/die Betroffene/n selbst situativ vollkommen unpassend und unverständlich bleiben. Die Bruchstücke des traumatischen Erlebnisses sind einer späteren kognitiven Bearbeitung kaum zugänglich und behalten oftmals auch noch nach Jahren ihre ursprüngliche Erlebnisqualität bei.

Traumareaktionen betreffen in erster Linie die traumatisierte Person selbst, haben in der Regel aber auch transgenerationale Auswirkungen: Das Nähesuchen des Säuglings in der Nacht könnte z.B. für eine Mutter die unbewusste Erinnerung an einen sexuellen Übergriff und damit eine heftig aversive Reaktion auslösen, ohne dass ihr selbst dieser Zusammenhang verstehbar ist. Das Weinen eines Kindes könnte für einen Vater der Trigger einer ehemaligen Misshandlung seiner selbst oder von Geschwisterkindern sein. Hoher Stress wäre die Folge und führt zu dem Wunsch, dieses Weinen ganz schnell beenden zu wollen. Daraus kann z.B. extreme Verwöhnung, aber auch neuerliche Misshandlung der nächsten Generation, entstehen. Diese Vorgänge beruhen in solchen Fällen auf unbewussten Notprogrammen und müssen von den Betroffenen in ihrer Ursache verstanden werden, um gesteuert und verhindert werden zu können.

Erst wenn die versprengten Fragmente aus den verschiedenen „Gedächtnis-Ebenen“ zusammen mit der unspezifischen Erregung in Verbindung gebracht werden, können sie als komplexe Erinnerung abgespeichert und einer weiteren Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Andernfalls werden solche Traumatisierungen generationsübergreifend fatal wirksam: das Trauma wird reinszeniert und wiederholt sich in der nächsten Generation aufs Neue. Treffen schwere Traumatisierungen auf ein noch unreifes Gehirn des Kleinkindes, so strukturiert sich dieses als ge-

santes „traumatoplastisch“ (Besser 2006). Ein noch in der Ausformung begriffenes Gehirn automatisiert Überlebensreaktionen wie z.B. ein schnelles Anfluten von Erregung und Angst (= Stressreaktion mit Flucht- oder Kampfpulsen) und Dissoziation (= Notmechanismus des „Abschaltens“ und der Wahrnehmungsverzerrung). Darauf greift es später reflexartig oft schon bei kleinen alltäglichen Anlässen zurück.

4. Bindungsrepräsentation und Gesundheitsverhalten – Transgenerationale Chance durch Verhältnisprävention

Die Folgen des Wissens aus all diesen Teilbereichen sind weitreichend. Die Erfahrungen aus frühen Bindungsbeziehungen beeinflussen die weitere Lebensgestaltung nicht nur auf einem emotionalen Niveau, sondern bis tief hinein in die Entwicklungs- und Regulationsvorgänge des Gehirns, der hormonellen Steuerung und des genetischen Codes. Dies betrifft die grundlegenden Fähigkeiten vegetativer und kognitiver Stressverarbeitung, also Belastungen und Herausforderungen des Lebens zu bewältigen, das Erlernen bzw. Entwickeln von Lebensstil, Vorlieben, Eigenschaften etc., kurzum von Gewohnheiten und Persönlichkeitsentwicklung in umfassendem Sinn. Desorganisierte Bindungsmuster bzw. Bindungsstörungen mit dem emotionalen Ballast von ungelösten Traumata im Hintergrund bedingen oft ein Scheitern in den grundsätzlichen Lebenszielen wie dem Aufbau guter Beziehungen, sicherer Arbeitsstrukturen, gesunde Lebensführung oder persönlichem Glück.

Die über neuro-psychologische Mechanismen mit Bindung und Trauma verbundenen Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen sind mannigfaltig. Die Bandbreite reicht von Selbstregulationsstörungen wie frühkindliche Interaktionsstörungen (Fütter-, Schlaf-, Schreiprobleme) und Unruheverhalten (z.B. ADHS), Störungen der Affektregulation (Angst, Zwang, Depression) und des Sozialverhaltens über Problemen im Bereich Lernen und Gedächtnis bis hin zu Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Borderline-Entwicklung, Suchtverhalten und dissoziativen Störungen. Etwa 15 % aller Jugendlichen in Industriestaaten werden heute als psychiatrisch auffällig bezeichnet (Ziegert 2002). Aber auch eine Vielzahl der als somatische Stressfolge- oder Lebensstilerkrankungen gewertete Krankheitsbilder wie Hypertonie, Fehlernäh-

rung mit allen Stoffwechselfolgen wie z.B. Adipositas und Diabetes, Magen-Darmerkrankungen, Bewegungsmangel etc. bis ins Erwachsenenalter hinein müssen vermehrt in Zusammenhang mit Bindung und Trauma gesehen werden. Die Folgen für das Individuum selbst sind weitreichend. Der Verlust oder Gewinn für die Gesellschaft, also für das, was Prof. Gehmacher „Sozialkapital“ (2006) nennt, ist dabei noch gar nicht beachtet. Wissenschaftliche Arbeiten bestätigen eindrucksvoll diese Annahmen indem sie z.B. eine transgenerationale Depressions- und Angsterkrankungsrate von ca. 60 % aufzeigen und eine deutliche Reduktion der kindlichen Psychopathologien bei erfolgreichen Maßnahmen im Familiensystem bzw. Ansteigen dieser Rate bei Scheitern (Weisman et al. 2005 u. 2006).

Resümee

Die konkreten, v.a. psychosozialen, Umweltbedingungen, und innerhalb derer im Besonderen die Elternschaft, haben eine eindeutige Schlüsselfunktion bezüglich der Entwicklung von Lebensstil und (Gesundheits-)Verhalten. Transgenerationale Lernen ist somit der Boden für die Ausbildung von Schutz- oder Risikofaktoren sowie von Resilienz oder Vulnerabilität der Persönlichkeit (Resch 1996, Welter-Enderlin 2006). In der Diktion der Gesundheitsförderung wird dieses Wissen in Begriffen wie „Settingansatz“ oder „Verhältnisprävention“ transportiert (vgl. Ottawa Charta 1986, www.fgoe.org). Insbesondere die pränatale und frühkindliche Bindungsentwicklung sowie die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse sind wesentliche Determinanten späterer Gesundheit. Alles, was Elternschaft unterstützt und stärkt, hat somit direkte Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der nächsten Generation. Es wäre vermessend, zu glauben, mit Hilfe dieses Wissens nun die Menschheit „im Grundsätzlichen“ ändern zu können. Möglich ist es aber, die Aufmerksamkeit und Mittel für Gesundheitsmaßnahmen diesem Wissen entsprechend zu lenken.

Es braucht hierfür eine Kindergesundheitspolitik mit nachhaltiger Public-Health-Verantwortung, welche sich als Querschnittsmaterie über alle Ressorts, insbesondere Gesundheit, Bildung und Soziales, versteht. Und es braucht – entsprechend dem Wissen über die enorme Anpassungsfähigkeit von Kindern – ein stetes Überprüfen und Gestalten unserer gesellschaftlichen Bedingungen auf ihre Kindgerechtigkeit (z.B. eine „Kinderverträglichkeitsprü-

fung“ aller gesetzlichen Maßnahmen ähnlich der Umweltverträglichkeitsprüfung).

Dies sind langfristige und programmatische Pläne. Kurzfristiger könnten und sollten folgende Ziele erreicht werden, für die es konkrete Maßnahmen zu setzen gilt:

1. Kinder- und Jugendlichengesundheit sollte politisch priorisiert und die Betroffenen als eine mit allen notwendigen Mitteln in ihrer Gesundheit zu unterstützende Zielgruppe erkannt werden (z.B. vermehrte Finanzierung von Gesundheitsförderungsprogrammen für Kinder und Jugendliche, keine Selbstbehalte bei Kinder- und Jugendlichentherapien etc.)
2. Der Fokus von Diagnostik, Therapie und Gesundheitsförderung soll vermehrt auch auf die psychosozialen Belastungsfaktoren der Elternwelt gerichtet bzw. darum erweitert werden. Maßnahmen hierfür wären z.B.
 - Behandlungsfinanzierung nicht nur des/der kindlichen Inpatienten/-patientin sondern auch der Eltern-Mitbetreuung;
 - Programme, welche Stressreduktion und Stressmanagement der Eltern zum Ziel haben und damit die Lebens- und Lernfelder der Kinder positiv verändern und einen kindgerechten Lebensstil fördern;
 - Unterstützung von Eltern in Zwangs- oder Notlagen (Existenzsorgen, Paarkrisen, Gewalt etc.) um unkontrollierbare und für das Kind nachteilige Stress- und Überforderungssituationen zu verhindern, aber auch rascher Einsatz von nachgehenden familienunterstützenden oder -ersetzenden Angeboten, wenn die elterlichen Möglichkeiten erschöpft sind und diese für das Kindeswohl notwendig erscheinen;
 - Ressourcen und Responsivität sowohl in Elternschaft (z.B. SAFE-Programme, Brisch 2007) als auch in Betreuungssystemen (Kindergarten, Schule etc.) stärken.

Alle diese Maßnahmen sollten aus Gründen der Ökonomie und der Wirksamkeit so früh wie möglich einsetzen.

Dem Philosophen Hans Jonas ist es gelungen, diese gesamte Thematik in einen Satz zu fassen: „Wie wir mit den Kindern heute umgehen, das wird die Welt von morgen prägen.“

Literaturverzeichnis

- Ainsworth M.D.S. (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann K.E. (Hrsg.): Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: Geist und Psyche. Kindler: München.
- Bauer J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe: Hamburg, München.
- Bowlby J. (1975): Bindung: eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler: München.
- Besser L. (2006): Curriculum Psychotraumatologie, ZAP-Wien.
- Brisch K.H. et al. (Hrsg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Brisch K.H., Hellbrügge T. (Hrsg.) (2003): Bindung und Trauma, Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Brisch K.H. (2007): Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch SAFE-Sichere Ausbildung für Eltern. Psych. in Österr. Vol 1: 62–68
- Francis D. et al. (1999): Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Responses in the Rat. Science, Vol 286: 1155–8
- Gehmacher E. et al. (Hrsg.) (2006): Sozialkapital – neue Zugänge zu gesellschaftlichen Kräften. Mandelbaum Verlag Wien.
- Haken H., Schiepek G. (2005): Synergetik in der Psychologie. Hogrefe: Göttingen.
- Hüther G. (2005): Die Macht der inneren Bilder. Vandenhoeck&Ruprecht: Göttingen.
- Hüther G. (2005): ADHS – Abschied vom alten neurobiologischen Modell. Ars Medici 17: 776–82

Kernstock-Redl H. (2007): Wie kommt der Zornaffe von der Palme. G&G: Wien.

Moles A. et al. (2004): Deficit in Attachment Behavior in Mice lacking the μ -opoid Receptorgene. Science, Vol 304: 1983–6

Resch F. (1996): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz: Weinheim.

Riedesser P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB: Stuttgart.

Spitz R.A. (1946): Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child, 1, 47–53.

Spitz R.A., Wolf K.M. (1948): Somatic Consequences of Emotional Starvation in Infants (Somatische Folgen emotionaler Deprivation bei Säuglingen) Film W 624 des IWF.

Spitzer M. (2002): Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum, Heidelberg: Berlin.

Vavrik K. (2007): Traumaverarbeitung und Persönlichkeitsentwicklung. Vortrag auf der Jahrestagung der Öster. Ges. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie: Salzburg.

Weaver I.C. et al. (2004): Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neuroscience Vol 7(8): 847–54.

Weissmann M. et al. (2005): Families at High and Low Risk for Depression. Arch.Gen.Psy. Vol. 62: 29–36.

Weissmann M. et al. (2006): Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology. JAMA Vol 295, No. 12: 1389–1398.

Weissmann M. et al. (2006): Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. Am. J. Psych. 163: 1001–1008.

Welter-Enderlin R., Hildenbrand B. (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer: Heidelberg.

Ziegert B. et al. (2002): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis. Dtsch Ärztebl 99(43).

Strukturelle Voraussetzungen für einen verbesserten Schutz von Säuglingen und Kleinkindern: „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ - Das Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland)

Manuela Stötzel

Wesentliche Grundlage des Aktionsprogramms ist der Koalitionsvertrag, in dem die regierungsbildenden Parteien das Projekt „Frühe Förderung für gefährdete Kinder – Prävention durch Frühförderung“ vereinbart haben. Im Rahmen des Programms sollen frühe Hilfen für gefährdete Kinder und soziale Frühwarnsysteme entwickelt werden, um Risiken für Kinder frühzeitig zu erkennen und damit einer Kindeswohlgefährdung vorzubeugen¹:

„Kinder mit sozialen und gesundheitlichen Risiken brauchen Förderung von Anfang an. Dazu müssen Hilfen für sozial benachteiligte und betroffene Familien früher, verlässlicher und vernetzter in der Lebenswelt bzw. dem Stadtteil verankert werden. Das Wächteramt und der Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft müssen gestärkt und soziale Frühwarnsysteme entwickelt werden. Jugendhilfe und gesundheitliche Vorsorge sowie zivilgesellschaftliches Engagement sollen zu einer neuen Qualität der Frühförderung in Familien verzahnt werden. Gerade für sozial benachteiligte Familien müssen die klassischen „Komm-Strukturen“ vieler Angebote zielgruppenbezogen verbessert und neue „Geh-Strukturen“ entwickelt werden.“

Mit dem Projekt wollen wir erreichen:

- eine Verbesserung des Kinderschutzes durch Aufbau von Frühwarnsystemen und frühen Hilfen,
- eine Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement,
- eine Verstärkung des Schutzauftrages des Staates,
- eine Stärkung der Erziehungsverantwortung.

Wir stellen für die Umsetzung des Projekts 10 Mio. Euro in den nächsten fünf Jahren bereit und werden:

- Modellprogramme initiieren, fördern, begleiten und evaluieren,
- ein Servicebüro beim Bund einrichten, das Aktivitäten in den Ländern, zum Beispiel die Einrichtung von Eltern-Kind-Zentren, koordiniert, begleitet, evaluiert, die Umsetzung entsprechender Programme in den Ländern anregt und den Erfahrungstransfer sicherstellt,
- neben dem Servicebüro auf Bundesebene die wissenschaftliche Begleitung und Programmevaluation finanzieren.“²

Mit dem auf dieser Grundlage im Bundesfamilienministerium konzipierten Programm soll der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wirksam vorgebeugt werden. Ziel ist es, Risiken für Kinder möglichst frühzeitig zu erkennen und die Erziehungskompetenz ihrer Eltern zu verbessern. Im Fokus des Programms stehen vor allem Kinder bis zu etwa drei Jahren sowie Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen. Um die Zielgruppe wirkungsvoll zu erreichen und fachlich kompetent lückenlos begleiten zu können, müssen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe eng miteinander verzahnt werden.

Die Umsetzung des Programms erfolgt in enger Abstimmung mit den Ländern und den Kommunen. Beschlüsse der Jugendministerkonferenz wie auch der Gesundheitsministerkonferenz haben in den vergangenen Jahren immer wieder für den verstärkten Aufbau präventiver gesundheitsbezogener und psychosozialer Hilfen sowie für eine systematische Vernetzung der Systeme plädiert³. So existieren in verschiedenen Regionen Deutschlands bereits seit längerer Zeit einzelne lokal begrenzte Projekte und Modelle zur Unterstützung der Entwicklung und zu einem besseren Schutz in der frühen Kindheit, an deren Erfahrungen der Bund angeknüpft hat. Um Stärken, Schwächen und offene Fragen dieser bereits erprobten Ansätze zu eruieren und weitere Projekte sowie deren wissenschaftliche Begleitung gezielt fördern zu können, hat das Deutsche Jugendinstitut im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Kurzevaluation durchgeführt⁴.

Ansatzpunkte im Kontext der Geburt – Verantwortung im Gesundheitssystem und in der Jugendhilfe

Der Begriff „Frühe Hilfen“ hat im Aktionsprogramm eine Bedeutung in mehrfacher Hinsicht. Frühe Hilfen sind zunächst deshalb wichtig, weil Säuglinge und Kleinkinder besonders häufig von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen sind⁵. Darüber hinaus weisen entwicklungspsychologische Erkenntnisse deutlich darauf hin, dass die ersten Lebensmonate und -jahre eines Menschen von prägender Bedeutung für das gesamte weitere Leben sind. Schließlich können Hilfen dann besonders gute Erfolge zeigen, wenn sie frühzeitig ansetzen und Schädigungen gar nicht erst entstehen (Prävention). Wenn also Risiken für die kindliche Entwicklung bereits während der Schwangerschaft erkannt werden können, besteht eine Chance, diese Entwicklungen von Anfang an günstig zu beeinflussen und so zu verhindern, dass sich aus Risiken manifeste Gefährdungen entwickeln.

Das frühe Erkennen von Risiken ist also eine ganz entscheidende Voraussetzung für die Einleitung von Hilfen. Risiken können jedoch wiederum nur erkannt werden, wenn potenzielle Hilfeempfänger überhaupt vom System erreicht werden. Dafür bietet die Zeit der Schwangerschaft und die Phase rund um die Geburt eine gute Gelegenheit, da die allermeisten Frauen in dieser Phase Kontakt zum Gesundheitssystem suchen (Gynäkologie, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Geburtskliniken, Kinderkliniken, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Pädiatrie). Dadurch besteht nicht nur ein nahezu lückenloser Zugang, sondern Einschätzungen zu möglichen Risiken und Gefährdungen für das Kind werden in diesem eher medizinisch ausgerichteten Kontext kaum als diskriminierend empfunden. Auch für psychosoziale Hilfen sind Eltern in dieser besonderen Zeit in der Regel sehr aufgeschlossen – auch wenn ihr persönlicher Lebensweg bisher durch schwerwiegende Belastungen gekennzeichnet war.

Aus diesem Zusammenhang resultiert die herausragende Bedeutung verbesserter Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Die Systeme erreichen Eltern und Kinder in jeweils unterschiedlichen Lebenslagen und verfügen über spezifische Kompetenzen, die sich für ei-

nen verbesserten Schutz von Kindern wirksam ergänzen können und müssen. Während das Gesundheitssystem die medizinische Versorgung und Risikoerkennung gewährleistet, sind zur Identifikation psychosozialer Risiken, für eine differenzierte Gefährdungseinschätzung und zur Abklärung des spezifischen Hilfebedarfs die Kompetenzen der Kinder- und Jugendhilfe notwendig. Zur ganzheitlichen Sicherung des Kindeswohls in physischer und psychosozialer Hinsicht müssen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe deshalb eng und systematisch miteinander verzahnt werden. .

Anforderungen an ein soziales Frühwarnsystem

Das formulierte Ziel des Aktionsprogramms, insbesondere Familien in belastenden Lebenssituationen zu erreichen, setzt ein systematisches Erkennen relevanter Risikofaktoren und damit einen möglichst umfassenden und breiten Zugang zur Zielgruppe voraus. Nur Ansätze, die diesen zentralen Schritt realisieren, schaffen damit eine geeignete Grundlage, um Risiken und Gefährdungen für die kindliche Entwicklung möglichst früh zu erkennen und geeignete Hilfen anbieten zu können. Der Zugang zu Familien bereits während der Schwangerschaft oder im Geburtskontext kann wie beschrieben über vielfältige Institutionen des Gesundheitswesens, aber selbstverständlich auch über Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, (Berufs-)Schulen, Kindertageseinrichtungen oder Personen aus dem sozialen Umfeld einer Familie (z. B. Nachbarn) erfolgen.

Fallanalysen und empirische Studien belegen, dass im Umfeld von gegen Kinder ausgeübter Gewalt bestimmte Risiken beobachtet werden können⁶. Zu nennen sind beispielsweise frühe Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern, sehr junge Mutterschaft, niedriges Bildungsniveau, unzureichende Wohnbedingungen, Armut oder wenig soziale Unterstützung. Dabei erhöht insbesondere die Häufung mehrerer Risikofaktoren das Gefährdungspotenzial sprunghaft und muss als ein deutliches Warnzeichen bewertet werden. Neben dem Auftreten vielfältiger Risiken gibt es auch einzelne Risikofaktoren, die bereits ein erhebliches Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl hervorrufen und erhöhte Aufmerksamkeit erfordern (z. B. eigene Gewalterfahrungen der Eltern, psychiatrische Erkrankungen der Eltern). Das Gefährdungspotenzial im Einzelfall ist jedoch stets spezifisch

und durch geeignete Instrumente abzuschätzen. Dabei sind auch die Betroffenen selbst unbedingt einzubeziehen (sog. Clearing), um nicht nur Aufschluss über gefährdende Momente zu erhalten, sondern auch Ressourcen zu identifizieren. Risikofaktoren sind stets zu den Belastungen und Ressourcen der betreffenden Familie in Bezug zu setzen.

Nur auf dieser Grundlage können eine systematische Bewertung des Gefährdungspotenzials und eine Spezifizierung des Hilfebedarfs erfolgen. Darüber hinaus ist das Einbeziehen vorhandener Ressourcen eine wichtige Voraussetzung dafür, Familien zur Mitarbeit und Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren. Für den Erfolg einer Hilfe ist es elementar, dass auch die Familien ihren Hilfebedarf akzeptieren und am Prozess mitwirken. Diese Motivationsarbeit stellt besondere fachliche Herausforderungen an die entsprechenden Berufsgruppen und darf nicht unterschätzt werden.

Aus dem gemeinsam mit der Familie ermittelten Bedarf resultieren die Entwicklung einer passgenauen Hilfe oder eines Arrangements mehrerer Hilfen. Das Angebot von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie auch der Gesundheitshilfe ist so vielfältig, dass ein wesentlicher Schritt in der Ermittlung wirklich auf die spezifischen Bedürfnisse einer Familie abgestimmter Hilfen liegt. Diese reichen von der Vermittlung spezifischen Wissens zur Säuglingspflege über gezielte Angebote zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung sowie Elterkurse zu verschiedensten Themen bis hin zu ambulanten oder stationären Maßnahmen wie sozialpädagogische Familienhilfe oder Einrichtungen für junge Mütter.

Während des Hilfeprozesses ist es erforderlich, die Einschätzungen zur Bedarfslage der Familie und die Eignung der Hilfe kontinuierlich zu überprüfen. So kann es notwendig werden, die Hilfen entsprechend anzupassen, wenn sich diese als ungeeignet erweist oder veränderte Lebensumstände der Familie eine Modifikation erfordern. Ein zentraler Bestandteil eines sozialen Frühwarnsystems ist es, das Kind und seine Familie auch nach erfolgreicher Vermittlung einer offensichtlich gut angenommenen Hilfe nicht aus dem Blick zu verlieren (Monitoring).

Schließlich liegt eine zentrale Herausforderung für Be-

teiligte auf allen Ebenen darin, die beschriebenen Elemente in vorhandene Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe zu verankern. Nur so kann langfristig und über politische Initiativen hinaus der Schutz von Kindern erreicht werden. Um dafür geeignete Strukturen und Kooperationsformen zu entwickeln und relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ins Leben gerufen. Letztendlich stehen aber insbesondere politische Entscheidungsträger in Bund, Ländern und Kommunen gemeinsam in der Pflicht, sich kontinuierlich für die Ziele des Aktionsprogramms zu engagieren.

www.oecd.org/dataoecd/2/33/2380903.pdf;
www.socialcap.at/download/Jugend_ohne_SozialkapitalKim71026.pdf
www.hauner.klinikum.uni-muenchen.de/download/SAFE13.pdf
www.fruehehilfen.de

¹⁾ <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend/fruehehilfen.html>

²⁾ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, Kap. VI: Familienfreundliche Gesellschaft, Zeile 4789–4817.

³⁾ Vgl. JMK-Beschluss vom 12./13.5.2005: „Kinder und Gesundheit – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, JMK-Beschluss 18./19.5.2006 und GMK-Beschluss vom 29./30.6.2006: „Kinder- und Gesundheit“, JMK-Beschluss vom 18./19.5.2006: „Familien stärken – Kinder schützen“, JMK-Beschluss vom 24.11.2006: „Kinderschutz stärken, Familien fördern“, JFMK-Beschluss vom 31.5./1.6.2007: „Qualitätsmerkmale und Rahmenbedingungen eines wirksamen Kinderschutzes in Deutschland“.

⁴⁾ <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=93900.html>

⁵⁾ Vgl. für eine Übersicht <http://www.fruehehilfen.de/1995.0.html>

⁶⁾ Vgl. dazu – mit weiteren zahlreichen Nachweisen – beispielsweise: Kindler, H. & Lillig, S. (2005): Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken. *IKK-Nachrichten*, 1–2/2005, 10–13; Offe, H. (2007): Methoden zur Beurteilung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 2, 236–240.

Workshop 3: Gesundheitsressourcen und Sozialkapital im Alter

Altern – Lernen zwischen Lebenskrisen und Lebenschancen

Günther Kienast

Ausgehend von einem ganzheitlichen Bild des Menschen (Geist/Vernunft – Körper – Seele/Spiritualität) und dem Lebenslauf-Modell von Bernard Lievegoed werden unterschiedliche Bilder vom Alt-Werden aufgezeigt bis hin zu Bildern des Alt-Seins in den Medien (damit also in der veröffentlichten Meinung), in denen vorrangig das Altersbild mit der „Maske des Jungseins“ vorherrscht.

Die zweite Basis des Impulsreferates ist ein dynamischer Lernbegriff, bei dem die Notwendigkeit von Beziehungen für gelungene Lernprozesse im Zentrum steht – was seit Kant philosophisch bereits erkannt und durch verschiedenen Befunde der Gehirnforschung in letzter Zeit wieder hoch aktuell ist.

Darauf aufbauend werden Themen behandelt wie:

- Entwicklung von Ressourcen im ganzheitlichen Sinn so früh als möglich, um im Alter tatsächlich Ressourcen für ein dann noch erfülltes Leben zu haben
- Strategien zur Bewältigung der Angst vor dem Altern
- die möglichen Freuden des immer Älter-Werdens ohne „falsche“ Illusionen
- Aspekte der Beziehungs-„Arbeit“ im Älter-Werden (zwischen den Generationen – zwischen Gleichaltrigen)

Im abschließenden Teil der Ausführungen soll auf die verschiedenen Wohn- und unterstützenden Begleitformen für ältere Menschen unter den Aspekten „ganzheitliche Ressourcennutzung“ und „Lebensqualität“ eingegangen werden:

- Ältere Menschen als Konsumgruppe in den unterschiedlichsten Lebensbereichen und möglicher Nutzen für ihre Lebensqualität
- ambulante Unterstützungs- und Betreuungsformen als Hilfe bei der Erhaltung bzw. Wiedergewinnung von Lebensqualität
- teilstationäre und stationäre Unterstützungs- und Betreuungsformen als ressourcenorientierte Hilfe für Lebensqualität im höheren und hohen Alter

Workshop 4:

Geschlecht, Gesundheit und soziale Benachteiligung

Birgit Babitsch

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit ist evident. Die Ergebnisse weisen übereinstimmend auf einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Mortalität bei Menschen in den unteren im Vergleich zu den oberen Statusgruppen hin. Auch zeigen sich Unterschiede zwischen den Statusgruppen in den Belastungen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen, im Gesundheitsverhalten sowie in der medizinischen Versorgung, wobei insbesondere zum Letztgenannten nur wenige Studien vorliegen.

Geschlecht wirkt als horizontale Dimension auf alle Lebensbereiche und stellt damit auch für die Gesundheit und den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit eine zentrale Kategorie dar. Eindeutlich konnte national wie international gezeigt werden, dass Frauen und Männer sich nicht nur erheblich in der Morbidität bzw. Mortalität sowie in den Entstehungsprozessen von Erkrankungen und in den Krankheitsverläufen unterscheiden, sondern auch insofern, welchem gesellschaftlichen Wandel diese geschlechtsspezifischen Differenzen unterliegen. In Bezug auf den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit zeigt sich bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung jedoch ein uneinheitliches Bild. Die Ergebnisse verweisen auf einen stärkeren, gleichen und auch schwächeren sozialen Gradienten bei Frauen im Vergleich zu Männern. Als mögliche Erklärungsfaktoren wurden verschiedene Aspekte, wie die Messung sozialer Ungleichheit, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Belastungen, Risiken und Ressourcen, unterschiedliche Auswirkung sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen und Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Mortalität und Morbidität sowie zeitliche Trends angeführt; eine abschließende Klärung steht jedoch noch aus.

Im Rahmen des Vortrages wird zunächst eine Darstellung sozialer Benachteiligung unter einer geschlechter-

differenzierten Perspektive vorgenommen und darin vulnerable Gruppen identifiziert. In Bezug auf die klassischen Indikatoren sozialer Ungleichheit, wie Bildung, berufliche Stellung und Einkommen, bestehen bis dato noch immer Benachteiligungen auf Seiten der Frauen, die Ausdruck struktureller Geschlechterungleichheit sind. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht, Gesundheit und sozialer Benachteiligung wird an einem Erklärungsmodell (Babitsch 2005) erläutert, für spezifische Risikokonstellationen von Frauen und Männern konkretisiert und an empirischen Ergebnissen verdeutlicht. Abschließend werden konkrete Handlungsanforderungen vorgestellt.

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang mit sozialer Lage

Hilde Wolf

Diese Frage im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern ist nach wie vor ungeklärt. In der Praxis wird deutlich, dass Frauen und Männer vor dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisations-erfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastung umgehen. Dennoch wird geschlechtsspezifischen Zusammenhängen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit ebenso wie sozioökonomischen Einflussbedingungen erst in jüngster Zeit vermehrte Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitswissenschaften, Praxis und Politik geschenkt.

Über die Ursachen der sozialen Unterschiede in der Sterblichkeit gibt es bisher nur wenig gesicherte Ergebnisse. Die Hypothesen reichen von benachteiligenden pränatalen und frühkindlichen Einflüssen auf den Gesundheitszustand (und in weiterer Folge auf die Lebenserwartung in den unteren sozialen Schichten) über soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und im Zugang zu Gesundheitsdiensten bis hin zu Unterschieden in den Arbeitsbedingungen und im Risiko von Arbeitslosigkeit. Sozial benachteiligte Menschen haben häufig weniger Erholungsmöglichkeiten und in einer schwierigen ge-

sundheitlichen Situation weniger sozialen und finanziellen Rückhalt. Viele Aspekte – die schulische und berufliche Ausbildung, die familiäre Situation, die Stellung im Beruf und die Höhe des zur Verfügung stehenden Einkommens – müssen also in ihren Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation berücksichtigt werden.

In den letzten 20 Jahren bekam die Zielsetzung, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, zunehmend Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitsförderung und gesundheitspolitischer Programme. Dabei wurde jedoch offensichtlich, dass jene „vulnerablen“ Zielgruppen, die besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und somit großen Bedarf an gesundheitsfördernden Interventionen haben, gerade die sind, die für Gesundheitsförderung am schwersten zu erreichen sind. Dazu gehören Migrant/innen, Alleinerzieher/innen, Menschen mit Behinderungen, Ältere etc. – und innerhalb dieser Gruppen haben Frauen und Männer wiederum unterschiedliche Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt.

Die wenigsten Konzepte und Programme sind bislang zielgruppenspezifisch auf schwer erreichbare Gruppen hin ausgerichtet. In der Praxis führt dies dazu, dass mittels „neutraler“ Konzeption der meisten Angebote vor allem jene Zielgruppen angesprochen werden, die ohnehin aufgrund ihres höheren Bildungsstandes bereits ein höheres Interesse an Gesundheitsthemen mitbringen.

Konzepte des Diversity Managements können nach Altgeld (2006) bei der Entwicklung innovativer Methoden hilfreich sein. Übertragen auf den Bereich der Gesundheitsförderung bedeute diese eine genauere Definition von Zielgruppen und eine stärkere Berücksichtigung ihrer Diversität. Dabei müssen Unterschiede im Hinblick auf kulturelle Herkunft, Geschlecht, Alter, Religion, Behinderung, aber auch sozialer Status stärker berücksichtigt werden. Im vorliegenden Beitrag wird auf Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Benachteiligung vor allem im Hinblick auf notwendige geschlechtsspezifische Differenzierungen eingegangen.

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang mit sozialer Lage

Auch in Ländern mit hohen Standards in der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Sicherung sterben sozial benachteiligte Menschen früher und sind häufiger krank. Dies trifft für Frauen und Männer zu, allerdings gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Mittlerweile ist es gesundheitswissenschaftliches Basiswissen, dass sich Männer und Frauen in ihrer gesundheitlichen Lage sowie in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen und Ressourcen unterscheiden. Dieses Faktum sollte bei allen Forschungen und Interventionen berücksichtigt werden (Mielck 2002). Die Frage, ob Männer oder Frauen das kränkere Geschlecht sind, ist jedoch dabei falsch gestellt – Frauen und Männer weisen aus verschiedensten Gründen unterschiedliche Krankheitsprofile auf (Marschewsky-Schneider 1997).

Gesundheitliche Lage im Geschlechtervergleich

Bei beiden Geschlechtern stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der Mortalität an erster Stelle. Diese gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen und sind in den sogenannten westlichen Ländern für etwa 45 % der Gesamtmortalität verantwortlich (Freidl et al. 2003). Die Risikofaktoren werden dabei in ‚unabänderliche‘ Faktoren einerseits (z.B. genetische Faktoren, Alter usw.) und Lebensstil-bedingte Faktoren andererseits unterteilt. Zu letzteren zählen etwa Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht.

Bei näherer Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigt sich übereinstimmend, dass die Lebenserwartung von Frauen in Österreich um etwa sechs Jahre höher ist als jene von Männern. Dieses Faktum alleine betrachtet ließe darauf schließen, dass bei Männern ein erhöhter Handlungsbedarf im Bereich gesundheitsfördernder Maßnahmen besteht. Allerdings ist der Sachverhalt bei näherer Betrachtung komplexer: Man spricht vom „Geschlechter-Paradox“ der Gesundheitswissenschaften (Kolip 1998), wonach Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung haben, aber im Hinblick auf die Zahl der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre keinen Vorteil haben. Die so genannte „health expectancy“ ist somit für Frauen und Männer annähernd gleich.

Befragt man Frauen nach ihrem Gesundheitszustand, äußern diese insgesamt häufiger gesundheitsbezogene Beschwerden, sie berichten außerdem häufiger über psychische Probleme. Hier spielt die Lebenssituation von Frauen eine wesentliche Rolle, da diese in deutlich höherem Ausmaß von Armut betroffen sind. In Österreich sind laut Statistik Austria (2007) am stärksten von manifester Armut betroffen: Alleinerziehendenhaushalte (13 %), alleinlebende Pensionistinnen (12 %) und andere weibliche Single-Haushalte (12 %). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „Feminisierung der Armut“ und der sprichwörtliche Zusammenhang, wonach Armut krank macht, ist wissenschaftlich hinreichend erwiesen.

Am Beispiel der Prävalenz von Diabetes zeigt sich, dass der soziale Gradient bei Frauen wesentlich stärker zum Tragen kommt als bei Männern. Einem Wiener Gesundheitsbericht zufolge sind Frauen der untersten Einkommensklasse zu 15,4 % von Diabetes betroffen, Männer lediglich zu 7,6 %. Obwohl hier das meist höhere Lebensalter bei Menschen mit geringem Einkommen eine Rolle spielt, sind die Geschlechterdifferenzen doch sehr deutlich. (Freidl et al. 2001).

Im Hinblick auf die kürzere Lebenserwartung von Männern werden als Erklärungsmodelle meist angeführt: ein ungesünderer Lebensstil, gesundheitsschädigeres Verhalten sowie eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Schmeiser-Rieder et al. 1999). Hierbei zeigen sich die Folgewirkungen von gängigen Männlichkeitsbildern, welche einen sorgloseren Umgang mit dem eigenen Körper nahe legen. In der Jugend erworbene Einstellungen zu Gesundheit oder Ernährungsgewohnheiten bleiben oft ein Leben lang bestehen und erhöhen somit das Risikopotential.

Im Hinblick auf Geschlechterdifferenzen im Bereich psychischer Gesundheit kam eine Wiener Studie zu dem Schluss, dass „durchgängige Bildungs- und Einkommensunterschiede hinsichtlich des Auftretens psychischer Beschwerden eher bei Frauen zu beobachten sind“ (Urbas 2004). Je niedriger die Bildung und das Einkommen, desto häufiger findet sich demnach bei Frauen ein hohes Ausmaß psychischer Beschwerden. Ein wichtiger Indikator für die psychische Befindlichkeit ist bei-

spielsweise das Auftreten von Schlafstörungen. Im Rahmen des Berichts zur psychischen Gesundheit in Wien wurden Geschlechterdifferenzen dahingehend sichtbar, dass Frauen in jeder Bildungsschicht in höherem Ausmaß als Männer über Schlafstörungen berichten, in der Kategorie der Pflichtschulabsolvent/innen jedoch am deutlichsten: 24,7 % der Frauen im Vergleich zu 8,8 % der Männer leiden unter Schlafstörungen.

Subjektiver Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein

Im Hinblick auf das subjektive Erleben des Gesundheitszustandes beurteilen Frauen diesen durchwegs negativer als Männer, wobei der soziale Gradient noch verstärkend wirkt. So fühlen sich Frauen der untersten Einkommensschicht gesundheitlich besonders schlecht, bei Männern spielt der Einfluss der sozialen Schicht eine vergleichsweise geringere Rolle (Freidl et al. 2001). Im selben Bericht wurde auch das Gesundheitsbewusstsein von Frauen und Männern im sozialen Kontext erhoben. Dabei hat sich gezeigt, dass in der Gruppe der Pflichtschulabsolvent/innen 78 % der Frauen angaben, „sehr“ bzw. „ziemlich“ auf die eigene Gesundheit zu achten, bei Männern waren dies lediglich 59 %.

Der Lebensstil bzw. das gesundheitliche Handeln korreliert bei beiden Geschlechtern sehr hoch mit Ausbildung, Einkommen sowie beruflichem Status. So zeigt sich beispielsweise im Bereich des Nikotinkonsums nach wie vor ein weitaus größerer Prozentsatz an männlichen Raucher/innen, ein Trend, der in letzter Zeit zurückgeht. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wird hier jedoch ein Zusammenhang zur Bildung deutlich: je höher die Bildung, desto geringer der Raucher/innenanteil (Freidl et al. 2003).

Körperliche Aktivität hängt vor allem beim weiblichen Geschlecht ebenfalls sehr stark mit sozioökonomischen Faktoren zusammen. 39,5 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss geben an, nie körperliche Bewegung auszuüben, bei Frauen mit Hochschulabschluss sinkt dieser Wert auf 10,2 %. Hier kommen mit Sicherheit Alterseffekte zum Tragen, jedoch ist die Diskrepanz zu Männern sehr deutlich: 17,0 % der männlichen Pflichtschulabsolventen üben keinen Sport aus, im Vergleich zu 11,5 % der Hochschulabsolventen (Freidl et al 2003).

Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Gesundheitsförderung

Frauen nehmen häufiger als Männer Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch, sie nützen auch gesundheitsfördernde Interventionen in einem wesentlich größeren Ausmaß. So besuchen Frauen beispielsweise häufiger Kurse zur Entspannung oder Stressbewältigung, zur Wirbelsäulengymnastik sowie zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion. Die Krankenkassen in Deutschland registrieren bei diesen Angeboten einen Frauenanteil von 80 bis 90 % (Kolip et al. 2002). Dies wirft die Frage nach einem zielgruppenspezifischen Zuschnitt von Gesundheitsangeboten auf, denn das mangelnde Interesse von Männern an solchen Angeboten wird vielfach beklagt. Frauen lassen sich offenbar leichter für Gesundheitsthemen gewinnen, die Angebote zementieren aber das Geschlechterverhältnis, indem sie Frauen auf die Rolle derjenigen verweisen, die sorgsam im Umgang mit ihrem Körper sind und sich für gesundheitliche Belange interessieren. Dazu gilt hier für beide Geschlechter, dass mit derartigen Angeboten Angehörige sozial benachteiligter Schichten in eher geringerem Maße zu erreichen sind.

Studien belegen, dass selbst in der Zielgruppe sozial benachteiligter Männer ein ausreichender Wissensstand um wesentliche Gesundheitsrisiken vorhanden ist, jedoch nur zu einem kleinen Teil verhaltensändernd wirksam wird. Einer aktuellen Bremer Untersuchung zufolge (Jung 2006), ist nicht das Wissen alleine, sondern erst ein Motivierungsbündel geeignet, bei Vertreter/innen der Zielgruppe nachhaltige Verhaltensänderungen zu ermöglichen. Die zeitliche Nähe zu einer Krankheitserfahrung an sich oder einer nahestehenden Person, eine Betonung des Autonomiebedürfnisses und der Freiwilligkeit bei gleichzeitiger Unterstützung durch medizinische Autoritäten bzw. Lebenspartner/in gehören zum effektiven Motivierungsbündel vor allem für Männer.

Herkömmliche Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung laufen also Gefahr, den bestehenden „gap“ zwischen arm und reich im Hinblick auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten noch zu vergrößern, da damit vor allem Personen der mittleren und oberen sozialen Schichten anzusprechen sind. Es braucht daher neue Zugangswege, um sozial benachteiligte Menschen zu erreichen.

Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung am Beispiel des Instituts für Frauen- und Männergesundheit

Erst seit relativ kurzer Zeit findet eine wissenschaftliche Beschäftigung mit Interventionen der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Gruppen statt. Als erwiesen gilt jedoch bereits, dass aufsuchende Arbeit und ganzheitliche, integrierte Programme, die möglichst viele Bereiche einbeziehen, notwendig für die Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen sind.

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung erscheint dazu besonders geeignet, sozial benachteiligte Menschen in ihrem Alltag und in ihrer Lebenswelt zu erreichen.

Im Hinblick auf Geschlechtergerechtigkeit, ist es dabei wichtig, zielgruppenspezifische, differenzierte Programme zu entwickeln, die Frauen und Männern in ihrem Lebensumfeld „abholen“, in denen beispielsweise der Mehrfachbelastung von Frauen Rechnung getragen wird (z.B. obligate Kinderbetreuung) oder bei Männern verstärkt berufsspezifische Settings Berücksichtigung finden.

Im Wiener Raum widmet sich das Institut für Frauen- und Männergesundheit der Gesundheitsförderung aus dem Blickwinkel von „Gender“ bzw. „Diversity“. Gemeinsam erproben die beiden Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd sowie das Männergesundheitszentrum MEN dabei neue Zugangswege und Methoden.

Die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd (FEM steht für Frauen – Eltern – Mädchen) stehen in Wien seit Anfang der 1990er-Jahre für niederschwellige, ganzheitliche, alters- und kulturunabhängige Frauengesundheitsförderung.

Der Aufgabenbereich von FEM Süd fokussiert im Besonderen gesundheitliche Bedürfnisse und Anliegen von sozial benachteiligten Frauen, wie Alleinerzieherinnen, Frauen mit geringer Qualifikation und/oder geringem Einkommen sowie insbesondere Migrantinnen. Mittels Implementierung im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital, in einer Region Wiens mit sozial schwächerer Wohnbevölkerung sowie aufsuchenden und niederschweligen

Strategien, werden Gesundheitsförderung und Prävention Zielgruppen zugänglich gemacht, die normalerweise aufgrund zahlreicher Barrieren nicht erreicht werden.

Diesem Umstand Rechnung tragend gibt es Beratungs- und Informationsangebote auch in diversen Fremdsprachen (v. a. Türkisch, Bosnisch, Serbisch und Kroatisch). In einem multikulturellen Team stehen u. a. Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Pharmazeutinnen und Gynäkologinnen für Frauen zur Verfügung, wobei die Arbeitsweise durch Flexibilität, unbürokratisches Vorgehen und Kurzfristigkeit charakterisiert ist, um Hemmschwellen abzubauen.

Mittels aufsuchender Methoden wird Kontakt zu sozial benachteiligten Mädchen und Frauen in ihrer Lebenswelt aufgenommen, beispielsweise in Deutschkursen, Jugend- und Nachbarschaftszentren, Moscheen, oder aber auch an öffentlichen Plätzen, bzw. bei berufstätigen Frauen in Niedriglohnbranchen (z. B. Reinigungskräften) auch am Arbeitsplatz. Die Erfahrung hat gezeigt, dass am Anfang jeder Maßnahme „Vertrauensbildung“ steht – ist diese geglückt, sind Frauen dieser Zielgruppe sehr wohl für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu gewinnen. Wichtig ist es, diese Angebote partizipativ und den Bedürfnissen dieser Frauen entsprechend zu entwickeln und umzusetzen.

Neben einem großen Informationsbedürfnis im Hinblick auf verschiedenste Gesundheitsthemen, zeigt sich dabei vor allem Interesse an Aktivitäten im Gruppenzusammenhang, die Spaß machen, Frauen aus der Isolation „holen“ und in nur geringem Maße „problemorientiert“ sind. So konnten schon zahlreiche Aktivitäten wie „Gesundheitstage“, Bewegungskurse, aber auch umfassende Gesundheitsförderungsprojekte, wie beispielsweise ein interkulturelles Ernährungs- und Bewegungsprojekt („Nach Herzenslust – Favoritner Frauen leben gesund“), umgesetzt werden.

Für den Bereich der mänderspezifischen Gesundheitsförderung dient das 2002 gegründete Männergesundheitszentrum MEN als niederschwellige Anlaufstelle und steht allen Männern und Burschen in deren individuellen Lebenslagen und Lebensweisen zur Verfügung – unabhängig von Alter, Bildung, sexueller Orientierung sowie kultureller, religiöser oder ethnischer Zugehörigkeit.

Der Zusammenhang von männlicher Sozialisation und gesundheitlichen Störungen, mÄnnerspezifischen BewÄltigungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen sowie mÄnnlicher Körperlichkeit und psychischer Aspekte wird in den Angeboten berücksichtigt. Das MEN dient der Impulsgebung, Förderung und Beratung im Hinblick auf gesundheitsbewusste Lebensstile von MÄnnern, insbesondere jener von Migranten und sozial benachteiligten MÄnnern.

In den genannten Bereichen werden vielfÄltige AktivitÄten und Initiativen gesetzt, wie etwa Kurs- und Programmangebote für spezielle MÄnnerzielgruppen, MÄnnergesundheitstage, Burschengesundheitstage, Workshopangebote für Jungen, Selbsthilfegruppen, Fortbildungen für Multiplikator/innen u. a. m.

Handlungsempfehlungen für Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Gender und Diversity

Fasst man die Ergebnisse der einschlägigen Publikationen sowie Erfahrungsberichte aus der Praxis zusammen, so ergeben sich eine Reihe von Empfehlungen für Interventionsprojekte der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Frauen und MÄnner.

Im Folgenden eine AufzÄhlung wesentlicher Kriterien ohne Anspruch auf VollstÄndigkeit:

- Frauen- bzw. mÄnnergerechte Rahmenbedingungen (z.B. Kinderbetreuung, FlexibilitÄt, Setting Arbeitsplatz)
- Lebenswelt-, Lebenslagen- und Alltagsbezug
- Nicht-stigmatisiertes Setting (Kindergarten, Schule, Betrieb)
- Vertrauenspersonen („key persons“) als Vermittler/innen nützen
- Ganzheitliche, interdisziplinÄre Programme
- Aufsuchende, dezentrale Angebote
- Kostenlose bzw. -günstige Angebote
- Anpassung von Angeboten auf Bedürfnisse und Kompetenzen der Nutzer/innen (Partizipation)
- Empowerment
- Realistische Zielsetzung und Ressourcenplanung
- Sozialer Charakter im Vordergrund (Gruppenangebote)
- „Wohlfühl- und Spaßfaktor“ statt Problemorientierung

Um Frauen und MÄnner in sozial benachteiligten Lebenslagen für Lebensstilinterventionen zu motivieren, ist jedenfalls ein intensiver persönlicher sowie ressourcenbasierter Einsatz unabdingbar. Für das Gelingen eines Projektes sind persönliche Einladungen der Personen aus der Zielgruppe (z.B. durch Arzt/innen, Vertrauenspersonen) sowie ein kontinuierlicher persönlicher und enger Kontakt mit den Personen aus der Zielgruppe (unter vier Augen, kleine Gruppen etc.) wichtige Erfolgsfaktoren. Die normalerweise „üblichen“ Zugangswege, wie Medieneinschaltungen, Einsatz von Flyern, Websites etc. sind bei sozial benachteiligten Frauen und MÄnnern nur bedingt zielführend.

Schlussfolgerungen

Mittlerweile besteht auf allen Ebenen Konsens über die Notwendigkeit, sozial ungleiche Gesundheitschancen abzubauen und verstÄrkte Anstrengungen zur Gesundheitsförderung mit und für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu unternehmen. Die RealitÄt in Österreich ist allerdings, dass es zahlreiche AnsÄtze, Initiativen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung gibt, die meisten aber vor dem Problem stehen, dass eine lÄngerfristige Absicherung kaum gewÄhrleistet ist. Somit gelingt der Übergang von der Projekt- zur Regelfinanzierung nur selten, und eine Nachhaltigkeit wird schwer möglich.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Differenzierung in Gesundheitsförderung und PrÄvention ist zudem noch ein weiter Weg zu beschreiten. Der Faktor „Geschlecht“ sollte allen Vorhaben in diesem Bereich zugrunde liegen, ebenso gilt es, alle gesundheitsrelevanten Daten und Interventionsergebnisse unter diesem Blickwinkel zu betrachten. Der Begriff des „Gender Mainstreaming“ ist in aller Munde, im Bereich der Gesundheitsförderung allerdings bislang wenig umgesetzt – entsprechende Maßnahmen sind zu entwickeln, da neben dem gesundheitlichen Selbstkonzept das Geschlechtsrollenkonzept bei der Akzeptanz von Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle spielt.

Schließlich besteht darüber hinaus Handlungsbedarf im Hinblick auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Hier ist die Ebene der politischen EntscheidungstrÄger/innen weiterhin gefordert. Denn neben den „biologischen“

Dispositionen liegt eine Reihe von „schützenden“ Faktoren einem guten Gesundheitszustand zugrunde, wie beispielsweise gute Ausbildung, kontinuierliche Berufstätigkeit, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ein stabiles soziales Netz.

Das heißt also, dass neben „zielgruppengenaue“ Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Entwicklungen notwendig sind, damit im Sinne der WHO-Definition zur gesundheitlichen Chancengleichheit Jede/r eine faire Chance erhält, sein/ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen.

Literaturverzeichnis

Altgeld, Th. (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. In: Th. Altgeld, B. Bächlein, Ch. Deneke (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main. S. 49–72.

Jung F. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung für Männer – Zugangsmöglichkeiten zu Arbeitern. Gesundheitsamt Bremen.

Kolip, P. (1998): Frauen und Männer. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, J. Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch. München. S. 506–516.

Kolip, P., Hurrelmann, K. (2002): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern. S. 13–31.

Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern. S. 387–402.

Maschewsky-Schneider, U. (1997): Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Weinheim.

Schmeiser-Rieder, A., Kunze, M. (1999): Wiener Männergesundheitsbericht. Hrsg. v. der Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion Wien.

Freidl, W., Stronegger, W.-J. & Neuhold, Ch. (2001): Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Hrsg. v. der Stadt Wien.

Freidl, W., Stronegger, W.-J. & Neuhold, Ch. (2003): Lebensstile in Wien. Hrsg. v. der Stadt Wien.

Statistik Austria (2007): Frauen und Männer in Österreich. Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden. Hrsg. v. Bundeskanzleramt, Wien.

Urbas, E. (2004): Psychische Gesundheit in Wien. Hrsg. v. der Stadt Wien.

Workshop 5:

Gesundheitsförderung theoretisch und praktisch – was jede/jeder im Alltag selbst anwenden kann

Soziale Barrieren - emotionale Hindernisse in der Gesundheitsförderung

Gabriele und Christian Bartuska

Viele Studien zeigen (wie Prof. R. Wilkinson ausführlich belegt), dass es eine eindeutige soziale Hierarchie des Gesundheitszustandes in allen untersuchten Populationen gibt. Je niedriger die soziale Position, umso schlechter die Gesundheit. Was sind die Ursachen?

Der sozioökonomische Status, d.h. Einkommen, gesellschaftliche Stellung, Bildung, soziale Einbettung und Anerkennung, bestimmt Gesundheit weit mehr als oft angenommen wird, d.h. individuelle Veränderungsmöglichkeiten sind nicht sehr groß, wenn Zeit, Geld und Kraft fehlen. Je größer das ökonomische Gefälle in einer Gesellschaft ist, umso mehr unterscheiden sich Lebensstil, Sprache und Weltbild der einzelnen Schichten. Sie scheinen quasi in sich geschlossene Systeme zu bilden, was die Kommunikation untereinander erschwert. Gibt es dann Bildungs- und andere Angebote für „die da unten“, stoßen sie oft auf Abwehr, Ängste, Stolz und Scham. Die reale soziale Hierarchie wird wie jede Hierarchie oft als demütigend empfunden und ist somit ein Hindernis für offene Kommunikation und Transfer. Auch das abweichende Vokabular, die andere Sprache, stellt eine wichtige soziale und emotionale Barriere dar, die die Verständigung erschweren und Kommunikation behindern kann. Wo gibt es da Möglichkeiten anzusetzen außer den bereits beschriebenen Versuchen, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu ändern?

Gefühle wie Angst, Scham, Hilf- und Hoffnungslosigkeit wurzeln oft in frühen Erfahrungen von Ablehnung, Überforderung, Minderwertigkeitsgefühl. Je früher ein Mensch so negativ geprägt wird, umso nachhaltiger sind die Wirkungen wie geringes Selbstwertgefühl und die Erwartung zu versagen. Bestätigen dann Umwelt, Schule und Arbeitssituation (bzw. die Unmöglichkeit, Arbeit zu finden) dieses negative Selbstbild, ist nach den Ergebnissen der Hirnforschung der Weg zu Distress und daraus resultierenden Schäden für die Gesundheit quasi gebahnt, „vorprogrammiert“; denn anders als früher an-

genommen wurde, ist eine tragfähige, unterstützende Beziehung zu Mutter/Vater oder anderen liebevollen Menschen unabdingbar für die gesunde kindliche Entwicklung. Intellekt und Emotionen verkümmern sonst nachweislich (s. J. Bauer: „Prinzip Menschlichkeit“. Hoffmann und Campe: Hamburg 2007, S. 21 ff.)

Das macht verständlich, wieso Eltern, die am wenigsten Zeit und Kraft für oft viele Kinder erübrigen können, selbst überfordert sind und abgewertet werden, ihren Kindern noch weniger Unterstützung bieten können als sozial besser abgesicherte. Auch Kindergärten und Schulen, die diesen Prinzipien Rechnung zu tragen versuchen (Montessori, Waldorf etc.) sind oft privat, d.h. sozialen Randgruppen kaum zugänglich. Wo also kann Gesundheitsförderung ansetzen?

Ein sinnvoller Weg kann nur sein zu lernen, gleichberechtigte Beziehungen zu entwickeln, in denen Kompetenzen beider Gruppen genützt werden können (Welches Wissen um Gesundheit gibt es in sozialen, ökonomischen Randgruppen, welche Hindernisse, es zu nutzen?). Ohne das Bedürfnis der Betroffenen, etwas zu lernen und sich zu verändern, kann Gesundheitsförderung nicht funktionieren.

Dieser Zugang zur Gesundheitsförderung kann unseres Erachtens auf den Ergebnissen der Hirnforschung (Neurobiologie) aufbauen, speziell der Nutzung im pädagogischen Bereich. Wie J. Bauer, Prof. für Innere Medizin und Psychotherapie, u.a. in seinem Buch „Lob der Schule“ (2007) darlegt, funktioniert Lehren und Lernen nur in einer Beziehung, an einem Ort, wo sich alle Beteiligten wohlfühlen, wo sie „Lust am Lernen“ entwickeln können (S. 7 ff.).

Als wesentlicher Antrieb zum Lernen (zur Gesundheit) werden Freude, Lust und Bewegung gesehen, die aktive, selbstbestimmte Herstellung eines neuen Gleich-

gewichts. Das impliziert neue Lehr- und Lernmodelle; denn negative Gefühle wie Angst, Scham etc. lassen sich nicht „wegrationalisieren“, sie beeinflussen und behindern kognitive Lern- und Entscheidungsprozesse.

Was ist also zu tun, um Menschen in dem Alter zu erreichen, wo Lernen noch ein ungetrübtes, natürliches Bedürfnis sein kann, wenn die Bedingungen günstig sind?

Es ist hinreichend erwiesen, dass Lernen unter Druck, mit Abwertung, Beschämung, Angst und Stress nicht funktionieren kann. Prof. Manfred Spitzer schreibt (ZEIT ONLINE 39/2003, S. 38 [www.zeit.de/2003/39/Neurodidaktik] unter der Überschrift „Warum wir es uns gar nicht leisten können, das Lernen nicht wissenschaftlich zu untersuchen“) unter anderem: „...dass der emotionale Zustand, in dem neutrale Fakten gelernt werden, darüber entscheidet, in welchen Bereichen des Gehirns diese gespeichert werden. Lernt man zum Beispiel Wörter in positivem emotionalem Kontext, werden sie im Hippocampus gespeichert, bei negativen Emotionen dagegen im Mandelkern.“ Weiters: „Der Hippocampus bewirkt das langfristige Speichern von Informationen in der Gehirnrinde. Die Funktion des Mandelkerns ist es hingegen, bei Abruf von assoziativ in ihm gespeichertem Material den Körper und den Geist auf Kampf und Flucht vorzubereiten. Wird der Mandelkern aktiv, steigen Puls und Blutdruck, und die Muskeln spannen sich an: Wir haben Angst und sind auf Kampf oder Flucht vorbereitet, eine in Anbetracht von Gefahr sinnvolle Reaktion.“ Das Problem ist dann aber, dass beim Verwenden dieser Lernerfahrung die Angst mit abgerufen wird, Stress und Angst aber eng machen und die Kreativität behindern, auf Kampf oder Flucht ausgerichtet sind. Mit anderen Worten: Wenn man mit Angst lernt, wird man beim Nützen des Gelernten nicht nur keine Freude daran haben, sondern immer auf Abwehr sein und damit seiner Gesundheit schaden.

In dieselbe Richtung weisen die Forschungen des Neurobiologen Prof. Michael Gershon („Der kluge Bauch“. Goldmann: München 2001) über das Bauchhirn (enterales Nervensystem, beinhaltet ca. ein Zehntel der Nervenzellen des Zentralnervensystems), das nur bei Wohlbefinden und Angstfreiheit gut arbeitet, „verdaut“. Gleichzeitig steuert es auch ca. 70 % aller menschlichen

Immunzellen und ist damit ganz wesentlich für Gesundheit zuständig.

Offensichtlich gibt es dementsprechend förderlichen „Lernraum“ in unseren Schulen nur sehr eingeschränkt, und wenn, dann in erster Linie für Kinder gebildeter Eltern, während ein Teil der Jugendlichen, „vor allem jene aus der nicht privilegierten, nicht bildungsbürgerlichen Mehrheit der Bevölkerung – in einer Situation heranwachsen, in der kaum jemand Interesse an ihrer schulischen und persönlichen Entwicklung zeigt und in der sie zunehmend – dies gilt insbesondere für männliche Heranwachsende – in eine Stimmung von Aussichtslosigkeit, Zynismus, Verachtung und Gewalt geraten“ (Bauer, a.a.O., S.10) – eine weitere Beschreibung der oben erwähnten sozialen Barrieren. Repräsentative medizinische Studien belegen (Bauer, a.a.O., S. 12 ff.) die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme.

Menschen, die nicht in guten Beziehungen Akzeptanz und Unterstützung erfahren haben, können nicht erfolgreich sein, sie entwickeln entweder psychische oder körperliche Symptome oder suchen Ersatzreize (Fernsehen, Computerspiele und Erfolge in der „peer group“ über Alkohol, Gewalt etc., a. a.O. S.21 ff.). denn in diesen Ersatzreizen gibt es angenehme Erfahrungen, die jeder Organismus sucht und zu seiner Entwicklung braucht (s. Fischer-Bach/Hilbig/Keetman „Neurobiologische Erkenntnisse zur Verhaltensentstehung und ihre Bedeutung für pädagogisches Handeln“, in Zeitschrift f. Körperpsychotherapie, Heft 48, Wien 2008, S. 6 ff.)

Stress und emotionale Belastungen beeinträchtigen bekanntermaßen die Gesundheit, erhöhen nicht nur die Anfälligkeit für Erkältungskrankheiten, sondern haben auch einen negativen Einfluss auf den Verlauf von Herz-erkrankungen, Tumoren, Diabetes, Asthma etc., wie J. Bauer in seinem Buch „Das Gedächtnis des Körpers“ (2004) beschreibt. Hierbei bezieht er sich ausdrücklich auf Stress durch belastende zwischenmenschliche Beziehungen, die eine gesunde Entwicklung von frühester Kindheit an beeinträchtigen, und er weist auf die Bedeutung einer möglichst stressarmen Schwangerschaft für die Entwicklung eines Kindes hin (S. 48).

Diese Untersuchungen belegen eindrucksvoll unsere Erfahrungen aus über dreißigjähriger psychotherapeu-

tischer Praxis, wie sehr früheste Erfahrungen im Gedächtnis (Körper) quasi „eingebrennt“ sind, aber auch bei Erwachsenen in einer positiven, akzeptierenden Beziehung „umgelernt, uminterpretiert“ werden können. Was bedeutet das für die Gesundheitsförderung?

Will ich Menschen erreichen, sie dazu bringen, gesundheitsschädigendes Verhalten aufzugeben, zu Gunsten einer gesunden Lebensweise, muss ich erst einmal guten Kontakt finden bzw. herstellen oder ermöglichen und ihre Lebensbedingungen kennenlernen, verstehen. Wird dabei Druck, Ablehnung und Angst vermittelt, was oft unabsichtlich, unwissentlich passiert, sind die Erfolgsaussichten gering.

Daher scheint es eminent wichtig zu sein – wie ja bereits oft erprobt – Kontaktmöglichkeiten aufzubauen über gemeinsame Projekte, die an Interessen und Stärken der Zielgruppe anknüpfen können, denn es geht darum, Menschen zu erreichen, die einerseits viel Abwertung erlebt haben und noch erleben, überarbeitet, überfordert und oft sehr misstrauisch sind aufgrund negativer Vorerfahrungen.

So können z.B. Betreuungsangebote, die Eltern entlasten und dabei entstehende Kontakte zu Kindern und meistens Müttern ein Einstieg sein, positive Erfahrungen zu vermitteln, Vertrauen zu gewinnen.

Das impliziert einen weiteren wichtigen Aspekt: Wie ist es möglich für von außen Kommende, sozial Überlegene, teils Akademiker/innen, die in der jeweiligen Zielgruppe geltenden tradierten „Regeln“ kennenzulernen und zu verstehen, um akzeptiert zu werden?

Dies erfordert unseres Erachtens viel Wissen, Einfühlungsvermögen und vor allem Achtsamkeit, Respekt, Geduld und auch Unterstützung im Sinne von Supervision, Verarbeitung frustrierender, bedrückender Erfahrungen, um nicht ebenfalls „Burnout“ zu erleben. Denn sicher nicht zufällig gehören Lehrer/innen und vermutlich auch Sozialarbeiter/innen zu den in dieser Hinsicht gefährdetsten Berufen (a.a.O. S. 202 ff.).

Sehr wichtig ist in diesem Sinne die Vorbildwirkung der Helfer/innen: Wer selber Schwierigkeiten hat, ebenfalls überlastet ist, kann keine gesunden Alternativen

vermitteln. Das heißt jedoch keinesfalls, dass Schwächen nicht gezeigt werden dürfen. Gerade hier kann die Vorbildwirkung, wie man mit Problemen umgeht, hilfreich sein.

Angebote zur Gesundheitsförderung können also aus vielerlei Gründen an sozialen und emotionalen Barrieren scheitern. Verhaltensmuster und Einstellungen werden oft über Generationen tradiert (siehe z.B. Anne Ancelin-Schützenberger: „Oh, meine Ahnen“. Carl-Auer, Heidelberg 1995), sind also nicht leicht zu ändern. Jedoch ist auch in höherem Alter ein Um- und Neulernen durchaus möglich und sinnvoll, wie M. Spitzer (a.a.O.) beschreibt: „Zweifelloso gehört das Lernen im Alter zu den gesellschaftlichen Herausforderungen schlechthin. Ältere Menschen lernen zwar langsamer als junge, dafür haben sie jedoch bereits sehr viel gelernt und können dieses Wissen dazu einsetzen, neues Wissen zu integrieren. Daher haben ältere Menschen im Grunde beim Lernen einen Vorteil!Wer schon viele Probleme gelöst hat, kann neu auftauchende Schwierigkeiten besser einordnen, er hat einen Erfahrungsschatz, der nicht umsonst so heißt.“

Hier gilt es also bei Erwachsenen anzusetzen: Wo ist Entlastung möglich? Gibt es Bereitschaft, sich auf Hilfsangebote einzulassen, den eigenen Erfahrungsschatz besser zu nutzen und zu erweitern? Oder ist die Angst vor Veränderung, vor erneuten Verletzungen größer? Auch in diesem Bereich gilt die Kernaussage unseres Vortrags: „... fest steht aber, dass das jeweils hervorgebrachte Verhalten dem bestmöglichen Überleben des jeweiligen Menschen dient, also stets von einer positiven Intention getragen ist“ (Fischer/Keetmann: „Die Konzeption der Leipziger Interdisziplinären Forschungssymposien vor dem Hintergrund neurowissenschaftlicher Erkenntnisse“, in: Lernen im Netzwerk. Hrsg. von H. Adam u.a., Leipzig: Leipziger Universitätsverlag 2001, S. 43–66).

Wenn ich die Beweggründe meines Gegenübers verstehen lerne, öffnen sich oft Wege, Angst zu überwinden oder zu lösen und neue Erfahrungen zuzulassen, aber solche Lernprozesse brauchen viel Zeit und beiderseitige Akzeptanz, gemeinsame Schritte von Lehrenden und Lernenden. Das kann, wie unsere Erfahrung zeigt, oft ein sehr berührender und eindrucksvoller Prozess

sein, wenn Aufatmen, Entspannung und angenehme Erfahrung möglich werden, unseres Erachtens eine unabdingbare Basis für Gesundheit.

Gesundheit in diesem Sinne heißt nicht nur Heilung oder Besserung von Krankheit, sondern erhöhte Lebensqualität, Lebensziele neu zu definieren und sich selbstbewusster mit Schwierigkeiten auseinandersetzen zu können.

Werden diese neuen Chancen der Gesundheitsförderung nicht genutzt, kommen immense Kosten auf unsere Gesellschaft zu (Stichwort „Überalterung“). Auch für die Prophylaxe von Demenzerkrankungen sind die Ergebnisse der Hirnforschung sehr interessant: Distress und Mangel an unterstützenden Beziehungen schädigen das Gedächtnis offensichtlich nachhaltig, also sollte jeder unterstützende Schritt – wie oben beschrieben – diese Gefahr reduzieren.

Workshop 6:

Kommunikation mit Jugendlichen in prekären Lebensumständen und deren Angehörigen

Bernhard Heinzlmaier

Die Welt, in der wir leben und die wir Erwachsene gemacht haben, ist für viele Jugendliche nicht wirklich attraktiv. Im Gegensatz zu früher, als sich junge Menschen noch nach dem Abenteuer „Erwachsensein“ sehnten, ist in der heutigen Zeit das Hinauszögern des Erwachsenwerdens angesagt. Verantwortung zu übernehmen ist nicht mehr „in“. Der mit dem Erwachsenenstatus verbundene Verantwortungszugewinn wird nicht als positive Erweiterung des persönlichen Möglichkeitsraumes gesehen, im Gegenteil. Das Mehr an Selbstverantwortlichkeit, das die Gesellschaft dem Erwachsenen zugesteht und das den Erwachsenenstatus in früheren Tagen gegenüber dem lediglich teilautonomen Jugendstatus positiv privilegierte, wird nun als Zumutung empfunden. Der Held des Buches „Wie man leben soll“ von Thomas Glavinic bringt diese verantwortungs- und autonomieskeptische Grundhaltung der (post-)modernen Jugend auf den Punkt: „Erwachsen zu sein bedeutet nicht, freie Entscheidungen treffen zu dürfen. Erwachsen sein bedeutet, freie Entscheidungen treffen zu müssen.“

Woran liegt es nun, dass es für so viele unserer heutigen Jugendlichen so wenig erstrebenswert erscheint, an unserer (post-)modernen Welt aktiv und verantwortlich teilzunehmen?

Das Kernproblem unserer postmodernen Gesellschaft ist wohl ihre Instabilität. Nichts hat in dieser Welt lang Bestand. Was heute wichtig, unverzichtbar, „in“ und „total angesagt“ ist, ist morgen schon wieder „out“. Alles ist möglich, aber meist nur für ganz kurze Zeit. Neues entsteht, wird bejubelt, um bald wieder so schnell zu verschwinden, wie es gekommen war. Permanente Veränderung ist das Grundgesetz unserer Gegenwart. Eine Gesellschaft der permanenten und raschen Veränderung fordert einen flexiblen Menschen, einen Menschen, der es gelernt hat, sich ohne Reue und großen Trennungsschmerzen vom Alten zu lösen, für den Bewegung, Ab-

wechslung und ständige Veränderung keine Zumutung, sondern Erfüllung bedeutet.

Naturgemäß können in einer Gesellschaft der permanenten Veränderung, in der die Dinge mit hoher Geschwindigkeit passieren, nur die Besten wirklich mithalten und Erfüllung finden. Die postmoderne Hochgeschwindigkeits-, Erlebnis- und Leistungsgesellschaft ist eine Gesellschaft der gut ausgebildeten, jungen und hungrigen Leistungseliten. Für ältere Menschen, die den Zenit ihrer Leistungsfähigkeit bereits überschritten haben, aber auch für die mit wenig Bildungs- und Sozialkapital ausgestatteten unteren sozialen Schichten werden in ihr die Räume immer enger. Für sie sind die Leistungsanforderungen zu hoch und ist die Geschwindigkeit zu schnell. Belastet von der ständigen Angst, nicht mehr mithalten zu können, führen sie ein Leben unter permanentem Druck und Stress.

Ist für die Leistungseliten der sich täglich erweiternde Möglichkeitsraum und die permanente Veränderung der Rahmenbedingungen des Lebens eine tolle Herausforderung, aus deren Bewältigung sie Lebenssinn und Selbstbewusstsein beziehen, sind Instabilität und der Zwang zur Flexibilität für das bildungsferne Prekariat der tägliche Horror. Die (post-)moderne Gesellschaft: für die einen die Chance zur Selbstverwirklichung und Selbstbestätigungen, für die anderen der tägliche Blick in einen drohenden Abgrund.

Keine Frage, die Stimmung in den sozialen Randlagen der Gesellschaft ist depressiv und resigniert. Hoffnungslosigkeit hat sich dort ausgebreitet. Die Zukunft haben dort wenige im Blick, vielmehr regiert die Lust am Augenblick. In der Hoffnungslosigkeit eignet sich das erfüllte Leben bestenfalls im Hier und Jetzt. Gegenwartsschrumpfung nennt die Wissenschaft dieses Phänomen. Auch in den mittleren sozialen Lagen ist ein sorgenloses Leben weniger denn je möglich. Die Angst vor dem sozialen Abstieg geht auch dort um. Der einzige Unterschied zwischen den Unteren und den Oberen besteht darin, dass die unten den Kampf bereits aufgegeben haben, während die oben den Stein noch täglich den Berg hinaufzurollen versuchen, d.h. die Herausforderungen des Lebens in der flexiblen Leistungsgesellschaft täglich von Neuen annehmen. Wenn wir also vom Prekariat reden, dann reden wir von einer Gesellschaftsschicht, deren Angehörige mehr oder

weniger resigniert am unteren Ende der Statushierarchie leben. Sie beschäftigen sich nicht mit der Zukunft, weil sie mit dieser wenig Hoffnung verbinden. Ihr Leben ereignet sich im Hier und Jetzt der Gegenwart, den Blick ständig auf die oberen sozialen Schichten und ihren Konsum gerichtet. Dementsprechend ist die einzige Hoffnung dieser Menschen der glückliche Zufall, z.B. ein Lottogewinn, der sie aus dem Jammertal der kulturellen und sozialen Exklusion heraus in die bunte Konsum- und Statuswelt der Mittelschichten katapultieren könnte.

Wenn wir uns die Entwicklung der Werte und Einstellungen der Menschen im Verlauf der letzten 20 Jahre vergegenwärtigen, so sehen wir die Renaissance eines materialistischen Wertesets, das wir in dermaßen ausgeprägter Form zuletzt in der Nachkriegszeit erlebt haben. Der Neo-Materialismus bewirkt, dass unter den (post-)modernen Menschen Werte wie Sicherheit, Eigentum, Konsum, Karriere und Status wieder eine herausragende Rolle spielen. Aussteigen und Systemkritik sind wenig angesagt. Um Statussymbole und Sicherheit zu bekommen, nimmt man nicht Alles, aber Vieles in Kauf. Dementsprechend ist die Anpassungsbereitschaft hoch wie selten zuvor.

Noch stärker als die Mittelschichten sind die unteren sozialen Schichten von diesem Retro-Wertewandel betroffen. Für sie zählt in erster Linie Handfestes, und das sind Geld, Sicherheit, Konsum und Statussymbole.

Unter den handfesten materiellen Dingen findet sich auch der menschliche Körper. Insbesondere für das Prekariat ist dessen statusbildendes Potential besonders zentral, weil es ihnen in der Regel, im Gegensatz zu höheren sozialen Schichten, an anderen hochwertigen Statussymbolen mangelt. So wird beispielsweise die niedere Stellung in der Berufs- und Bildungshierarchie durch die Gestaltung und Präsentation eines attraktiven Körperbildes zu kompensieren versucht. Idealtypisch sehen wir eine solche Strategie der Statusbildung über die Kultivierung und demonstrative Präsentation des eigenen Körpers bei der Unterschichtjugendkultur der so genannten „Krocha“. Demonstrative Körperkultur heißt für die „Krocha“ unter anderem mindestens zweimal die Woche ins „Soli“ (Solarium), regelmäßiger Besuch des Fitnesszentrums und Erwerb relativ teurer

Markenklamotten, die körperbetont getragen werden, um den trainierten Körper, der zudem häufig auch gepierct und tätowiert ist, entsprechend stilgerecht öffentlich präsentieren zu können.

Hinzu kommt, dass Menschen, die in prekären Verhältnissen leben, in hohem Maße von staatlichen Institutionen enttäuscht sind. Sie fühlen sich von diesen alleine gelassen und weisen deshalb eine hohe Institutionen-Distanz und -Skepsis auf. Gleichzeitig sehen wir aber, dass genau diese Menschen, die aufgrund enttäuschter Hoffnungen den großen staatlichen Institutionen distanziert gegenüberstehen, eine große Bereitschaft haben würden, sich den Reglements und Strukturen derselben zu unterwerfen, würden sich diese für ihre Probleme interessieren und sich ihnen zuwenden. Im Gegensatz zu den individualisierten Mittelschichten, die das „stahlharte Gehäuse“ (Max Weber) der Institutionen als beengend und einschränkend erleben, würden die – durch die immer instabiler und flexibler werdenden Welt – verunsicherten unteren sozialen Schichten eher dazu neigen, das harte Institutionengehäuse als Ort von Schutz und Sicherheit zu akzeptieren.

Ein letzter Punkt sei der Analyse noch hinzugefügt, bevor wir zur Formulierung der Konsequenzen für die Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen für Menschen in sozio-kulturellen Randlagen kommen. Es betrifft die Frage nach der Wahl der adäquaten Kommunikationskanäle und der formalen Gestaltung von Kommunikationsmitteln.

Das Medienverhalten randständiger Sozialschichten unterscheidet sich teilweise gravierend vom gesellschaftlichen Mainstream. So nutzen prekäre Sozialschichten bildzentrierte Medien überdurchschnittlich stark. Zudem zeigt sich bei ihnen die Tendenz zum passiven, oft eskapistisch motivierten Medienkonsum. Es werden Laid-Back-Medien und Medienprodukte, die eine vorübergehende Alltagsflucht ermöglichen, bevorzugt. Reflexiven Programmen, in denen auf Diskussion und Erwidern angelegte Aussagesätze dominieren, wird kaum Beachtung geschenkt, besonders dann, wenn dort politische Themen behandelt werden. Ebenso werden Programme, die hochkulturelle Inhalte privilegieren, gemieden. Im Gegensatz dazu findet man hohe Akzeptanz für bildzentrierte Kommunikation, Programme, die in

emotionalisierender Art und Weise Einzelschicksale thematisieren (Infotainment), an Showbusiness gebundene Aufstiegsstrategien inszenieren (Castingshows), nationale und internationale Sportereignisse ins Bild rücken, und für Serien und Filme, die stark ästhetisierte Abenteuer- und Actionerlebnisse sowie emotional überzeichnete Beziehungsdramen zum Gegenstand haben.

Welche Anforderungen ergeben sich nun aufgrund dieser Analyse der Werte, Einstellungen und kulturellen Orientierungen von gesellschaftlich exkludierten oder von Exklusion bedrohten Schichten, will man sie kommunikativ erreichen. Mehrere Dinge sind in gleicher Weise zu beachten.

1. Menschen des Prekariats sind in einem noch höheren Ausmaß materialistisch orientiert und damit auch mit materiellen Nutzenangeboten motivierbar als die gesellschaftlichen Mittelschichten. Aus diesem Grund ist es unumgänglich, dass alle Maßnahmen und Aktionen, die man für sie entwickelt, ein persönliches, individuell abrufbares Nutzenversprechen beinhalten. Vor allem Menschen aus gesellschaftlichen Randzonen sind nur dann gewinnbar, wenn man deutlich machen kann, was ihnen die Teilnahme an spezifischen Aktionen für einen materiellen oder ideellen (Status-) Zugewinn bringt. Nur wer die individuelle Nutzenfrage klar und eindeutig beantworten kann, wird mit Kampagnen für diese Menschen erfolgreich sein.
2. Insgesamt betrachtet dominiert unsere Medien das Bild. Bildzentrierte Kommunikation ist, alle sozio-kulturellen Differenzierungen übergreifend, der Schlüssel zum Erfolg. In exkludierten gesellschaftlichen Randlagen dominieren bildzentrierte, symbolische, nicht argumentative Kommunikationspraktiken, Alltagskommunikation und Medienrezeption noch weitaus stärker als in der gesellschaftlichen Mitte. Bei allen Kommunikationsmaßnahmen sind daher Medien zu bevorzugen, die das bewegte Bild privilegieren (elektronische Medien), zudem sollte bei der Gestaltung der Kommunikationsmittel generell auf die persuasive Wirkung des Bildes gesetzt werden. Die zentralen Botschaften einer Kampagne müssen über das Bild transportiert werden, sprachlichen Texten kann nur unterstützende, verstärkende oder differenzierende Funktion zukommen.
3. Die Menschen des Prekariats fühlen sich häufig von den Institutionen des Staates alleine gelassen. Sie

sind enttäuscht, weil sie das Gefühl haben, dass sich dort niemand wirklich für ihr Schicksal interessiert. Aus diesem Grund ist das Image der Institutionen in dieser Gesellschaftsgruppe besonders schlecht. Das muss man bedenken, wenn man als Institution auf gesellschaftliche Randgruppen zugehen möchte. Als erster Schritt wird es deshalb notwendig sein, durch vertrauensbildende Maßnahmen und kommunikative Vorleistungen, eine tragfähige Gesprächsbasis herzustellen.

4. Für enttäuschte Menschen ohne Selbstvertrauen eignet sich das Leben im Hier und Jetzt. Weil sie nicht das Gefühl haben, ihre Zukunft selbst mitbestimmen und mitbeeinflussen zu können, ist ihr Blick nicht planend nach vorne gerichtet. Lebenssinn und Erfüllung liegen in der unmittelbaren Gegenwart. Diese Grundhaltung ist gerade für die Gesundheitskommunikation eine bedeutende Restriktion, liegt doch der Benefit für gesundes Verhalten in der Regel weit in Zukunft. Aus diesem Grund ist es wichtig, den Menschen auch ein Nutzenversprechen zu kommunizieren, das unmittelbar im Hier und Jetzt oder zumindest in der nahen Zukunft Relevanz hat.
5. Der Körper ist die zentrale Quelle des Selbstbewusstseins besonders für Jugendliche und junge Menschen des Prekariats. Menschen, die sich selbst gegenüber ihrer Umwelt als macht- und einflusslos empfinden, wenden sich oft verstärkt dem eigenen Körper als das einzige Objekt zu, das ihnen gehorcht, auf das sie unmittelbar Einfluss nehmen können. Zudem ist die körperliche Attraktivität auch die einzige persönliche Leistung, für die sie Anerkennung bekommen. Aus diesem Grund ist es angezeigt, körperschonendes und gesundes Verhalten immer im Zusammenhang mit gutem Aussehen zu bringen. Nur wenn die Belohnung für ein gesundes Leben einen Zugewinn an körperlicher Attraktivität bewirkt, wird man exkludierte Jugendliche für ein gesundes Leben begeistern können.
6. Die Erlebnisgesellschaft eignet sich auf Events. Events sind alle Sinne bestürmende Ereignisse, auf denen vor allem Emotionen mobilisiert werden. Events überzeugen nicht durch Argumente, Events überzeugen, indem sie unmittelbar auf die Sinne einwirken. Moderne Kommunikation ist Eventkommunikation.

Dementsprechend darf sich Gesundheitskommunikation nicht länger alleine auf den rationalen Überzeugungsdiskurs beschränken. Wer die Menschen unserer Zeit effizient erreichen und überzeugen will, muss seine Marken und Botschaften auf den großen Events positionieren und dort mit emotionaler Energie aufladen. Die großen Musik- und Sportevents sind, auch wenn es um Gesundheitskommunikation geht, dafür durchaus geeignete Orte.

Workshop 7:

Gesundheitsförderung auf die Bühne bringen: Werkzeuge aus Theater und Kabarett für die Arbeit im Feld sozialer Benachteiligung

Christian F. Freisleben-Teutscher

Ein Ansatz, der Partizipation gezielt fördert sowie viele Werkzeuge für die Planung, Umsetzung und Reflexion von Projekten in der Gesundheitsförderung liefert.

Mag. Christian F. Freisleben-Teutscher

Der Autor hat in Wien Kommunikations-, Politik- und Theaterwissenschaft studiert, eine Fortbildung zu Medienpädagogik und eine Ausbildung mit den Schwerpunkten Selbsterfahrung und Gruppenführung in der Männerarbeit absolviert. Er ist seit über 17 Jahren als Journalist, Trainer und Referent mit den Schwerpunkten Umwelt-, Sozial- und Gesundheitsbereich tätig. Ein zentrales Thema ist die bewusste Wahrnehmung von Kommunikation und Möglichkeiten, diese aktiv mitzugestalten.

1. Ansätze aus dem Statuen- und Forumtheater

Entwickelt wurden die Methoden von Augusto Boal, der sie sowohl als Werkzeug des Empowerment von Menschen einsetzt, die „an den Rändern der Gesellschaft leben“, als auch im Feld alltäglicher Beziehungen bzw. bei Rollenkonflikten zwischen Männern und Frauen.

Gefördert wird die Auseinandersetzung mit konkreten, alltäglichen Situationen. Entscheidend ist für Boal, dass der/die Zuschauer/in nicht passiv, nicht Objekt ist, sondern selbst Subjekt, zum/r Protagoniste/in der Handlung wird. Methoden aus dem Theater ermöglichen aus Boals Sicht „nicht nur eine Beschäftigung mit der Vergangenheit, sondern auch mit der Gegenwart und der Zukunft.“ Er fordert: „Schluss mit dem Theater, das Realität nur interpretiert, es ist Zeit, sie zu verändern!“

Ganz wesentliche Grundsätze sind dabei: „Jede/r kann Theater spielen“ und „Bühne ist überall!“.

Für Boal haben Methoden aus dem Statuen- und Forum-

theater auch ein therapeutisches Potenzial, wobei sie selbst aber keine Therapie sind und es auch deutliche Unterschiede zu den Ansätzen aus der Aufstellungsarbeit gibt. Sichtbar gemacht werden können Bedürfnisse, gegenseitige Erwartungen, Abläufe in verschiedenen sozialen Umfeldern, Strukturen zwischenmenschlicher Beziehung. Methoden aus dem Forum- und Statuentheater unterstützen dabei, diese aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und vor allem auch neue Verhaltensmuster in einem geschützten Rahmen auszutesten. „Sie ermöglichen auch einen Zugang zu bisher versteckten oder nicht ausgelebten Ressourcen und Talenten“, ist sich Boal sicher.

Gefördert und unmittelbar erlebbar wird die Fähigkeit, sich selbst im Handeln zu beobachten und die Chancen der Veränderungen im Verhalten im Spiegel der anderen Mitspieler/innen zu erleben. Die Spannung zwischen „ich bin“ und „ich könnte sein“ wird greifbar und konkrete Schritte können ausgetestet werden. Es wird möglich, „zu agieren und sich dabei selbst zu beobachten, zu sprechen und sich dabei selbst zuzuhören.“ Dabei ist auch „asoziales“ Verhalten, sonst nicht Erlaubtes, möglich.

Für Boal ist ein zentraler Aspekt, dass letztlich in jedem Dialog, der dargestellt wird, visualisierte Abläufe aus kleinen Einheiten wie der Familie, der Abteilung eines Büros oder scheinbar banalen Ereignissen des Alltags dahinter liegende Strukturen wahrnehmbar und damit veränderbar werden.

2. Ansätze aus dem Improvisationstheater und Kabarett

Boal arbeitet sehr viel mit freier Improvisation, der auflockernde Übungen vorangehen, die auch die gegenseitige Kommunikation intensivieren. Ausgangspunkt des „Improvisationstheaters“ sind die schon teils im Mimus im

antiken Griechenland vorzufindenden Grundprinzipien der Commedia dell'arte: Im 16. Jahrhundert zogen Komödianten von Stadt zu Stadt, bauten aus einigen Brettern eine „Bühne“ und improvisierten mit sehr wenigen Requisiten über Handlungsausgangspunkte, die oft auch vom Publikum kamen oder spontan auf aktuelle Ereignisse der Stadt abgestimmt wurden. Die Methode der intensiven Einbindung des Publikums gab es schon in den Mysterienspielen des Mittelalters. In den 1960er- und 1970er-Jahren wurde das Improvisationstheater mit neuem Leben erfüllt, wesentliche Protagonist/innen sind Viola Spolin und Keith Johnstone.

Das Besondere an diesem Ansatz: Ausgangspunkte sind sehr rudimentäre Beschreibungen – auch durch das Publikum vorgegeben – des Wo, Wer und Was zu denen mit verschiedensten Methoden frei improvisiert wird. Dabei geht es nicht um „richtiges“ oder „fehlerfreies“ Spielen sondern eben um die Qualität spontaner Interaktion. Diese unterstützt den Zugriff zur eigenen Intuition und zum Mut auf den vielfältigen Bühnen des Lebens zu agieren – auch vor und mit ZuschauerInnen.

3. Kombination der Ansätze

Die Kombination von Methoden und Herangehensweisen aus Forum- und Statuentheater bzw. Improvisationstheater sowie Kabarett ist letztlich naheliegend. Gemeinsam ist ihnen, dass es darum geht, Dingen, Ereignissen, Abläufen oder auch Beziehungen bewusst Raum zu geben:

- Sie werden aus dem „normalen“ Kontext herausgelöst und in neue Zusammenhänge oder Umgebungen gestellt.
- Wahrnehmung oder Darstellung aus der Perspektive von jemand anderen.
- Es wird verhüllt, was sonst sichtbar ist oder Einblicke in sonst Unsichtbares (bzw. nicht Hörbares, Spürbares, Riechbares, Schmeckbares) ermöglicht.
- Es wird verfremdet, um Zusammenhänge darzustellen und damit veränderbar zu machen.
- Gefördert wird ein stärkerer Zugriff auf die Kräfte von Intuition und Kreativität.

4. Weitere Einsatzmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung

In der Vorbereitungs- und Planungsphase von Projekten & Veranstaltungen zur Analyse und Visualisierung bzw. zur Weiterentwicklung der:

- Ausgangssituation (inkl. dem zentralen Themenfeld „Lebensstil“) in einer bestimmten Zielgruppe bzw. Themen, die bei dieser „anstehen“
- Wünsche und Erwartungen bzw. Ängste und Vorbehalte (z. B. gegenüber einem bestimmten Thema, einem Projektträger usw.)
- möglichen verschiedenen Bestandteile des Projekts/der Veranstaltung und ihren Auswirkungen auf die Situation der Zielgruppe sowie auf Rahmenbedingungen
- „Bausteine“, die Vertreter/innen aus der Zielgruppe bzw. dem Projekt-/Veranstaltungsteam in das Vorhaben einbringen können

In der Umsetzungsphase:

- als aktivierende, sehr niederschwellige Methode der partizipativen Einbindung von Zielgruppen
- als zentrales Element und „Motor“ einer dialogorientierten Präsentation von (Zwischen-)Ergebnissen bzw. komplexen Zusammenhängen
- als Werkzeug für die bewusste Analyse und Gestaltung der Kommunikation und Zusammenarbeit im Projekt- bzw. Veranstaltungsteam
- als Werkzeug für Menschen, die sich für Gesundheit interessieren, bzw. Menschen, die von Krankheit betroffen sind, um Bedürfnisse und Wünsche ausdrücken und aus neuen Perspektiven betrachten bzw. weiter entwickeln zu können.

5. Literatur

Augusto Boal: Theater der Unterdrückten, Übungen und Spiele für Schauspieler und Nicht-Schauspieler, Suhrkamp.

Augusto Boal: Der Regenbogen der Wünsche, Schibri-Verlag.

Thomas Haug: Das spielt (k)eine Rolle! – Theater der Befreiung nach Augusto Boal als Empowerment-Werkzeug im Kontext von Selbsthilfe ibidem-Verlag.

Keith Johnstohn: Theaterspiele. Spontaneität, Improvisation und die Kunst des Geschichtenerzählens Alexander Verlag.

Gunter Lösel, Theater ohne Absicht. Impuls Theater Verlag.

Viola Spolin: Improvisationstechniken für Pädagogik, Therapie und Theater, Verlag Junfermann.

Radim Vlcek: Workshop Improvisationstheater. Übungs- und Spielesammlung für Theaterarbeit. Ausdrucksfindung und Gruppendynamik.

6. Praxis

6.a. Statuentheater

Ausgangspunkt: Spiegel

Ich spiegle Bewegungen meines/meiner PartnerIn (nicht interpretieren!). Dann Wechsel. Dann erfolgt der Wechsel zwischen Spiegel/Gespiegelten fließend.

Variante 1: konvex/konkav (also z. B. eine/r steckt Bauch raus, andere/r zieht Bauch ein usw.)

Variante 2: Zerrspiegel: Die Vorgabe wird übertrieben, diese Übertreibung wird wieder übertrieben usw. Wenn keine Idee mehr: neuer Impuls durch einen der beiden.

Variante 3: gespiegelt wird nicht Körperliches, sondern die Gefühle, die ich wahrnehme bzw. Attribute der Person, die ich erkenne (wofür steht die?)

Variante 4: Kleingruppen: machen Tätigkeit (z. B. Frisör), zweite Gruppe spiegelt

Statuen bauen

Beginn in Paaren: Ich gestalte meine Partner/in nonverbal zu einer Statue, in dem ich Arme, Beine und Kopf in bestimmte Positionen bringe.

Variante 1: Partner/in nimmt Statuenposition ein, der/die andere tastet ihn/sie ab und versucht, die selbe Position einzunehmen. Oder: Blinde werden von anderen errichteten Statuen geführt und versuchen dies.

Variante 2: Blindenführer/innen stellen Blinde zu einem Bild auf – dann stellen sie selbst im Raum das selbe Bild dar, jede/r Blindenführer/in übernimmt Position seines/ihrer Blinden. Leiter/in führt Blinde zur Gruppe der Blindenführer/innen, wo jede/r seinen/ihren Führer/in finden muss. In einem weiteren Schritt kann ich dann mit mehreren Personen Statuen bauen (z. B. zu Themen wie Familie, ein Team, ... oder auch zu Gefühlen wie „Glück“ – jede/r stellt es anders dar!). Am Schluss stelle ich mich dann selbst in das Bild. Die nicht „eingebauten“ Personen teilen mit, was sie „wahrnehmen“ (wichtig ist, das hier nicht gewertet wird, sondern beobachtet). Ein weiterer möglicher Schritt ist dann, dass alle Teilnehmer/innen des Bildes, eigenständig ihre Position nach eigenen Wünschen verändern, der/die Statuenbauer/in aber in der gleichen Haltung bleibt. Konstruiert werden können auch Ist-Zustände, z. B. einer Situation, in der ich mich ohnmächtig fühle, und ein „Wunschzustand“ sowie ein Übergangsbild. Diese Statuen können in einem weiteren Schritt auch kurzzeitig „belebt“ werden, improvisieren also eine kurze Sequenz bis zu einem nächsten Statuenbild.

Variante Statuen: zu zweit eine Statue bauen. Dritter: „Wahrnehmung“ und tauscht eine/r der beiden aus und setzt dadurch, passenden, kommentierenden usw. Akzent

6.b. Forumtheater

Grundmethode

Ein guter Ausgangspunkt ist dabei wieder eine Statue, die von dem/der Protagonist/in aufgebaut ist, dabei informiert er/sie die Schauspieler/in wer sie sind, über zentrale Charakterzüge bzw. über das Setting. Gemeinsam

wird dann eine Situation miteinander durchgespielt – die Erfahrung zeigt, dass hier keinerlei Proben in Hinblick auf „perfekte“ Texte nötig sind.

Dann wird die Szene nochmals von vorne gespielt und jede/r Zuschauer/in kann jederzeit „Stop“ sagen und ein anderes Verhalten vorschlagen. Dabei übernimmt er/sie die Rolle einer konkreten Person auf der Bühne. Jederzeit kann die Handlung „zurückgedreht“, also wieder andere Varianten ausgetestet werden. Ein wichtiger Schritt kann dabei sein, dass der/die Handelnde der Situation mit einem/einer der „Unterdrücker/innen“ die Rolle tauscht.

Bild & Gegenbild

1. Phase: Gruppe teilt sich in zwei Hälften: in Personen, die von einer Situation erzählen möchten, in der sie Ohnmacht / Unterdrückung erlebt haben, und in Zuhörende. In Paaren zusammenfinden und erzählen – Zuhörende schließen die Augen und fragen nach (Anregungen des/der Spielleiter/in: zu Ort des Geschehens, dortige Atmosphäre, Stimmung der Handelnden, Vor- und Nachgeschichte usw.).

2 Phase: Ein Paar stellt sich Rücken an Rücken in den Raum. Jede/r baut aus Teilen der vorhanden Teilnehmer/innen (Achtung, es müssen Beobachter/innen übrig bleiben!) die Situation aus seiner/ihrer Sicht – lässt aber Hauptperson zunächst raus, stellt sich dann an diese Position.

3. Phase: Beobachter/innen teilen Wahrnehmungen über die Unterschiede der entstandenen Bilder mit. Zuletzt kommen auch Erzähler/in und Zuhörer/in zu Wort.

4. Phase: Die 3 Wünsche. Die beiden entstandenen Bilder gehen wieder kurz in verschiedene Bereiche des Raumes. Erzähler/in und Zuhörer/in haben die Möglichkeit, 3 Wünsche in den Bildern umzusetzen. Zusammenkommen: Gab es Unterschiede/Parallelen zu den Wünschen? Unterschiede in den Auswirkungen? Möglichkeit: Auch die anderen Mitspieler/innen können dann jeweils einem Wunschimpuls folgen.

Bild der Bilder

Kleingruppen bilden Statuen zu einer Situation, in der Ohnmacht/Unterdrückung erfahrbar war. Alle Mitglieder

der Kleingruppe erhalten die Chance, einmal der/die Protagonist/in zu sein. Vorstellen der verschiedenen Bilder im Plenum.

Aufgabe: Eine gemeinsame Statue bilden, in der zentrale Elemente aus allen Bildern vorkommen. Jede/r Teilnehmer/in soll sich mit diesen identifizieren können oder etwas Erlebtes wiedererkennen bzw. zumindest eine Resonanz spüren.

Dynamisierung des Bildes der Bilder:

1. Innerer Monolog aller Teile des Bildes (Zeitlimit je 2 bis 3 Minuten)
2. Dialog mit anwesenden oder nicht anwesenden Partner/innen ohne Bewegung
3. Nur Bewegung in Zeitlupe durch den Raum: Wünsche visualisieren

LIZ KING: EIN TANZEXPERIMENT

Tanz ist uns allen angeboren. Bewegung, Wiederholung und Rhythmik sind unsere ersten Aufgaben, um die Welt meistern zu lernen. Als Kindern erfreuen wir uns an diesen angeborenen, sich immer wandelnden und neu zu uns sprechenden Informationen des Körpers über uns selbst.

In vielen Kulturen wird den heranwachsenden Menschen die Verbindung zu dieser ursprünglichen körperlichen Intelligenz und Kreativität abgeschnitten, um den körperlichen und posturalen Idealen der jeweiligen Gesellschaft zu entsprechen. Ein System von Regeln formt den Körper und seine gewünschte Artikulation.

Um das „Kind im Tanz“ wieder zu finden, habe ich über lange Zeit in Workshops mit professionellen Tänzer/innen und nicht im Tanz tätigen Menschen Methoden gesucht, um diese uns angeborenen Rhythmen und Bewegungen wieder zu aktivieren.

Meine Arbeitsweise fokussiert auf ein zentrales Thema: jene Hemmungen abzubauen, die uns als ästhetische Ikonen oder schichtspezifische Körpervorstellungen beherrschen.

Nach einem ca. 5-minütigen Warm-Up im Kreis mit kleinen Bounces und einfachen Bewegungen, um uns als Workshop-Gemeinschaft zu konstituieren, schließen wir die Augen und richten unsere Aufmerksamkeit auf das Fließen der Energie im Körper. Dies erzeugt eine neue Körperempfindung, die kritische Selbstbeobachtung beginnt zu verschwinden.

Wir legen uns auf den Boden und erlauben der körpereigenen Intelligenz zu arbeiten. Nicht mit dem Kopf, sondern mit dem Körper wird gedacht. Reflexe und Rhythmen bestimmen den Ablauf des Geschehens. Die anfangs langsamen Bewegungen, um in sich hineinhören zu können, werden schneller, komplexer und verdichten sich zu einem intuitiven körperlichen Selbstgespräch.

Wir stehen mit offenen Augen wieder auf. Von nun an arbeiten wir miteinander in der Gruppe mit Berührungen, Gleichgewichtsspielen und mit Partner/innen.

Diese Lehrmethode hat einen natürlichen gemeinsamen Nenner, auf den sich alle Teilnehmer/innen beziehen: den körperlichen Selbstbezug mit geschlossenen Augen, der eine authentische und nicht kulturell oder schichtspezifisch definierte Körpererfahrung erzeugt. Diese Erfahrung zeigt den Teilnehmer/innen, wie einfach es eigentlich ist, sich auf sich selbst ohne soziale Etikettierung zu beziehen. Ich habe zum Beispiel in einer Gruppe mit afrikanischen, tschetschenischen und afghanischen Asylwerber/innen zusammen mit Österreicher/innen aus verschiedenen sozialen Schichten gearbeitet und sie waren überrascht, wie viele Barrieren abgebaut wurden. Die Teilnehmer/innen entdeckten, wie ähnlich ihre körperliche Gestik der Selbsterfahrung ist, wenn man mit dieser Methode arbeitet.

Ich habe mit dieser Methode über längere Zeiträume in verschiedenen Environments mit sozial privilegierten oder unterprivilegierten Gruppierungen oder gesellschaftlichen Randgruppen gearbeitet. Eine Steigerung des Ausdrucks ging einher mit einer Art Stärke, die entsteht, wenn wir lernen, unserem Körper auf eine neue Art zu vertrauen.

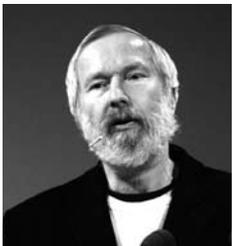
Lebensläufe



Drⁱⁿ. Birgit Babitsch, MPH

WS 4

Promovierte 2004 in den Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität Berlin, nachdem sie bereits das Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und das Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Duisburg-Essen abgeschlossen hatte. Sie ist wissenschaftliche Assistentin am Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin Charité – Universitätsmedizin Berlin und verfasste diverse Publikationen.



Christian Bartuska

WS 5

Psychotherapeut, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Lebens- und Sozialberater, Studium der Chemie und Psychologie, Ausbildung in Core Energetics.



Mag^a. Gabriele Bartuska-Thiede

WS 5

Dipl.-Psychologin, Psychotherapeutin, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, geboren 1952 in der BRD. Arbeit mit sozialen Randgruppen, Frauenhausinitiative und Familienberatungsstelle (1977–1985), Fortbildung und Supervision in Gesprächspsychotherapie. Lehrtherapeutin und Arbeit in freier Praxis seit 1986, gemeinsam mit Christian Bartuska Praxis für somatische Psychotherapie und Gesundheitsvorsorge.



Dr. Wolfgang Freidl

WS 1

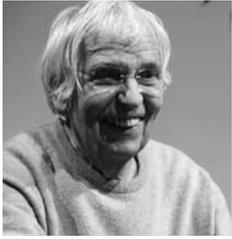
Ao. Univ.-Prof. Dr., Supplender Vorstand am , Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe; Studium der Psychologie und Soziologie, Universitätsassistent an den Universitätskliniken für Psychiatrie und Neurologie, ab 1993 am Institut für Sozialmedizin, 1997 Habilitation für das Fach Sozialmedizin an der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz zum Thema Gesundheitsressourcen; ca. 17 Jahre universitäre Lehrtätigkeit. Arbeitsschwerpunkte: Sozialepidemiologie, regionale und internationale Gesundheitssurveyforschung, Medizinsoziologie, Gesundheitssoziologie, Gesundheitsförderung, Evaluation, Ethik im Gesundheitswesen.



Mag. Christian F. Freisleben-Teutscher

WS 7

Journalist, Trainer & Berater, abgeschlossenes Studium Kommunikationswissenschaften und Fächerkombination aus Theater- und Politikwissenschaft an der Universität Wien. Grundkurs Medienpädagogik am Medienzentrum der Stadt Wien (vier Semester). Ausbildung als Männerreferent (fünfteiliger Kurs der Katholischen Männerbewegung). Seit über 16 Jahren Tätigkeit als Journalist (Schwerpunkte: Gesundheit, Soziales, Umwelt, Mann-Sein). Seit über 14 Jahren Tätigkeit als Berater, Trainer und Referent im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Umweltbereich sowie seit fünf Jahren zum Themenfeld Mann-Sein.



Prof. Dipl. Ing. Ernst Gehmacher

WS 2

Studium der Landwirtschaft, Soziologie und Psychologie in Wien. Er war 30 Jahre im IFES Institut für empirische Sozialforschung – als wissenschaftlicher Leiter und später als Geschäftsführer, gründete 1996 BOAS Büro für die Organisation angewandter Sozialforschung GesmbH und 1999 abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung. Im Auftrag des Bildungsministeriums tätig im OECD-Programm „Measuring Social Capital“. Forschungsschwerpunkte in den Themenbereichen Modellierung sozialer Systeme, Policy Research, Methodologie der Umfrageforschung, Bildungsforschung, Medienforschung.



Bernhard Heinzlmaier

WS 6

ist Mitbegründer und seit 2003 ehrenamtlicher Vorsitzender des Instituts für Jugendkulturforschung. Hauptberuflich leitet er die tfactory-Trendagentur in Hamburg. Darüber hinaus lehrt Bernhard Heinzlmaier an der Werbe-Akademie in Wien. Weitere Lehraufträge im Rahmen des „Internationalen Journalismus-Zentrums“ des Departments für Wissens- und Kommunikationsmanagement der Donau-Universität Krems sowie der Popakademie in Mannheim. Arbeitsschwerpunkte: Praxiskonzepte für die kommunale Jugendarbeit und Jugendpolitik, Freizeitforschung, jugendkulturelle Trends, Zielgruppenkommunikation, Lifestyleforschung.



Dr. Günther Kienast

WS 3

Nach seiner Zeit als Lehrer im Grundschulbereich baute er das Österreichische Institut Bildung und Wirtschaft (Berufsforschung) mit auf, und seit 1990 das ZENTAS – Zentrum für Alternswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung an der NÖ Landesakademie. Derzeit leitet Dr. Kienast den Bereich Politik und Verwaltung an der NÖ Landesakademie und ist freiberuflicher Erwachsenenbildner und Organisationsentwickler. Beschäftigt sich mit Alternswissenschaften in allen gesellschaftspolitisch relevanten Bereichen.



Liz King

Tanzexperiment

Geboren in Salisbury, England, erhielt Liz King eine Ballettausbildung an der Royal Ballet School, London. Liz King arbeitet als Choreografin und Tänzerin mit dem Ensemble TanztheaterWien, das in kurzer Zeit auf Grund seines spezifischen Stils, einer Dialektik zwischen der klassischen Form und dem Einbruch des Unerwarteten, internationale Beachtung erfuhr, und leitet 4 Jahre lang das Ballett der Volksoper Wien. Seit 2003 leitet Liz King Workshops im Bereich Dance in Community, u.a. in einem Favela Projekt in Rio de Janeiro und in Wien mit Asylwerber/innen. 2005 erfolgte die Gründung von D.ID/Dance Identity in Pinkafeld. Dieses Projekt widmet sich vor allem der Weiterbildung von Post Graduates in Dance mit Movement Research Projekten.



Drⁱⁿ. Marilena Korkodilos

Plenum

Dr. Marilena Korkodilos ist Beraterin für Public Health Medicine. 1994 schloss sie ihr Medizinstudium am University College London ab. Danach arbeitete sie in der Pädiatrie, in weiterer Folge war sie pädiatrische Leiterin des Projekts 27/28 der Confidential Enquiry into Stillbirth and Deaths in Infancy (Vertrauliche Untersuchung von Todgeburten und frühem Kindstod). 2002 nahm Dr. Korkodilos am Eastern Deanery Public Health Training Scheme (Trainingsprogramm für öffentliche Gesundheit) teil; ihr spezielles Interesse galt dabei der Gesundheit von Mutter und Kind. 2005 wurde sie zur regionalen Einheit für gesundheitliche Ungleichheiten des Gesundheitsministeriums berufen und leitet dort die Gruppe zur Reduzierung von Ungleichheiten der Säuglingssterblichkeit (PSA).



Dr. med. Frank Lehmann, MPH

Plenum

Promovierte 1983 zum Dr. med., war Entwicklungshelfer und Arzt in Benin/Westafrika; leitete 1990 bis 1996 ein interdisziplinäres Gesundheitsförderungsinstitut und absolvierte parallel den Zusatzstudiengang Public Health in Düsseldorf. Seit 2001 ist Dr. Lehmann Referatsleiter des Referates „Aufgabenplanung und -koordination, Projektablaufplanung, Task force-Aufgaben“ und betreut den Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



Mag^a. Drⁱⁿ. Christine Neuhold

WS 1

Sport- und Gesundheitswissenschaftlerin, Leitung der Abteilung „Gesunde Gemeinde“ bei Styria vitalis mit den Arbeitsschwerpunkten Konzeption und Evaluation in der regionalen Gesundheitsförderung. Mehrjährige wissenschaftliche Projektmitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz im Bereich der Gesundheitsförderung, Gesundheitssurveys, Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten. Lektorin für Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Pinkafeld.



Dr. Rainer Possert

WS 1

Langjähriger Obmann des Sozialmedizinischen Zentrums (SMZ) Liebenau, Arzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin, Akupunktur, psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Supervisor, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Medizin-Universität Graz.



Mag. Dr. Willibald Julius Strongegger

WS 1

Mag. Dr. rer. nat., ao.Univ.-Prof. am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz; Ausbildung: HTL Elektrotechnik, Studium der Mathematik (Schwerpunkt Statistik), Assistent am Institut für Biostatistik der Universität Innsbruck, seit 1993 Univeristäts Assistent am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Graz, 1996 Promotion in Statistik an der Universität Innsbruck, 1999 Habilitation im Fach Sozialmedizin an der Universität Graz. Arbeitsschwerpunkte: Bevölkerungsgesundheit, Epidemiologie, Biopolitik, Sozialmedizin.



Drⁱⁿ. Manuela Stötzel

WS 2

Absolvierte das Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin (Schwerpunkt Rechtspsychologie) und promovierte 2004 an der Medizinischen Fakultät der Universität. Seit 2001 übt sie die Tätigkeit der psychologischen Sachverständigen in Familiensachen und Strafsachen für das Institut Gericht & Familie Service GbR in Berlin aus. Seit 2006 ist Dr. Stötzel Vorstandsvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche e. V. und wissenschaftliche Referentin des Deutschen Jugendinstituts e. V. in München. Dienstsitz in Berlin als Schnittstelle zum Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, wissenschaftliche Beratung des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“.



Prim. Dr. Klaus VAVRIK

WS 2

Arzt f. Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- u. Jugendheilkunde, Facharzt f. Kinder- u. Jugendneuropsychiatrie, Psychotherapeut (VIP, KIP, traumaspezifische Psychotherapie), leitet das Sozialpädiatrische Ambulatoriums Fernkorngasse in Wien, hat Lehraufträge an der Paracelsus-Universität, an der Universität für Musik und darstellende Kunst und an der Medizinischen Universität Graz. Prim. Vavrik ist Vorstandsmitglied des „Centre of applied epidemiology and health policy vienna“ (CAEHP), betreut diverse Projektarbeiten u.a. zu Lebensqualitätsforschung, leitet die Arbeitsgruppe „Entwicklung und Sozialpädiatrie“ in der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- u. Jugendheilkunde und ist Vorstandsmitglied der „Österreichischen Liga für Kinder- u. Jugendgesundheit“.



Drⁱⁿ. Simone Weyers

Plenum

Studierte Soziologie, Psychologie und Neuere Geschichte an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf, promovierte 2006 an der Philosophischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, war wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität und ist seit 2004 Referentin bei der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA, im Referat für Internationale Beziehungen.



Univ.-Prof. Dr. Margaret Whitehead

Plenum

Ist WH Duncan Professor of Public Health an der Universität Liverpool in Großbritannien, wo sie auch Direktorin des Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health der Weltgesundheitsorganisation ist. Seit 20 Jahren konzentriert sich ihre Tätigkeit auf den Bereich soziale Ungleichheiten und Gesundheit. Dabei war sie maßgeblich an mehreren Projekten in Großbritannien und an internationalen Projekten beteiligt; von 1997–1998 war sie Mitglied der unabhängigen britischen Untersuchungskommission "Inequalities in Health" sowie mehrerer WHO Arbeitsgruppen für Gleichheitsfragen. Sie ist Gründungsmitglied der 15 Nationen umfassenden Global Health Equity Initiative (Initiative für gesundheitliche Gleichheit in der Welt), die von der Rockefeller Foundation und von SIDA finanziert wird. Derzeit ist sie Mitglied in zwei Europäischen Netzwerken, deren Ziel das Lernen aus internationalen Erfahrungen im Umgang mit Ungleichheiten ist: Ein Netzwerk befasst sich mit Möglichkeiten der Evaluation von Auswirkungen komplexer Interventionen auf Ungleichheiten, ein zweites mit den Auswirkungen von politischem Handeln und politischen Gegebenheiten auf gesundheitliche Ungleichheiten.



Univ.-Prof. Dr. Richard Wilkinson

Plenum

Nach mehreren Jahren verschiedener, auch ehrenamtlicher, Tätigkeiten sowie einer abgebrochenen Ingenieurlehre unterrichtete Richard Wilkinson Wirtschaftsgeschichte an der London School of Economics. Sein erstes Buch „Poverty and Progress“ (Armut und Fortschritt) beschäftigt sich mit der Theorie von Innovation und langfristiger Wirtschaftsentwicklung. Danach wechselte er das Fach, studierte Epidemiologie und arbeitete kurze Zeit für das British National Health Service. Dann begann seine Laufbahn in der Forschung im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheit und den sozialen Determinanten für Gesundheit. Heute ist er Professor für Sozialepidemiologie an der medizinischen Fakultät der University of Nottingham sowie Gastprofessor am University College London.



Mag^a. Hilde Wolf

WS 4

Studierte Psychologie an den Universitäten Wien und Salzburg, machte eine postgraduale Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin. Sie war von 1992 bis 1997 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Seit 1998 ist sie Mitglied des wissenschaftlichen Beirats in der Fortbildungsakademie des Berufsverbands Österreichischer Psychologinnen und Psychologen. Seit 1999 leitet Hilde Wolf das Frauengesundheitszentrums FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital (SMZ Süd) mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsförderung für Migrantinnen und sozial benachteiligte Frauen. Seit 2000 ist sie Vorstandsmitglied am Institut für Frauen- und Männergesundheit.



Gedruckt nach der Richtlinie des
Österreichischen Umweltzeichens
„Schadstoffarme Druckerzeugnisse“
Ing. Christian Janetschek · UWNr. 637



Für den Druck dieses Produktes wurde
PEFC-zertifiziertes Papier verwendet

IMPRESSUM

Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:
Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH

Redaktionelle Leitung:
Helga Klee

Tagungskonzept:
Mag. Eva Rohrer

Textierung:
Mag. Dietmar Schobel

Lektorat:
Mag. Anja Brunner

Gestaltung: pacoMedienwerkstatt,

Druck: Druckerei Janetschek

