

Strategien und Erfahrungen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland

Prof. Dr. Elisabeth Pott, Dr. Frank Lehmann, MPH
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Vortrag im Rahmen der 9. Österreichischen Präventionstagung
„Soziale Ungleichheit und Gesundheit“
15. / 16. November 2007 in Wien

Gliederung

- I. Ausgangslage und strategischer Ansatz in Deutschland
- II. Entwicklung des Themas
- III. Good Practice als Kern der Netzwerkstrategie
- IV. Kritische Bewertung

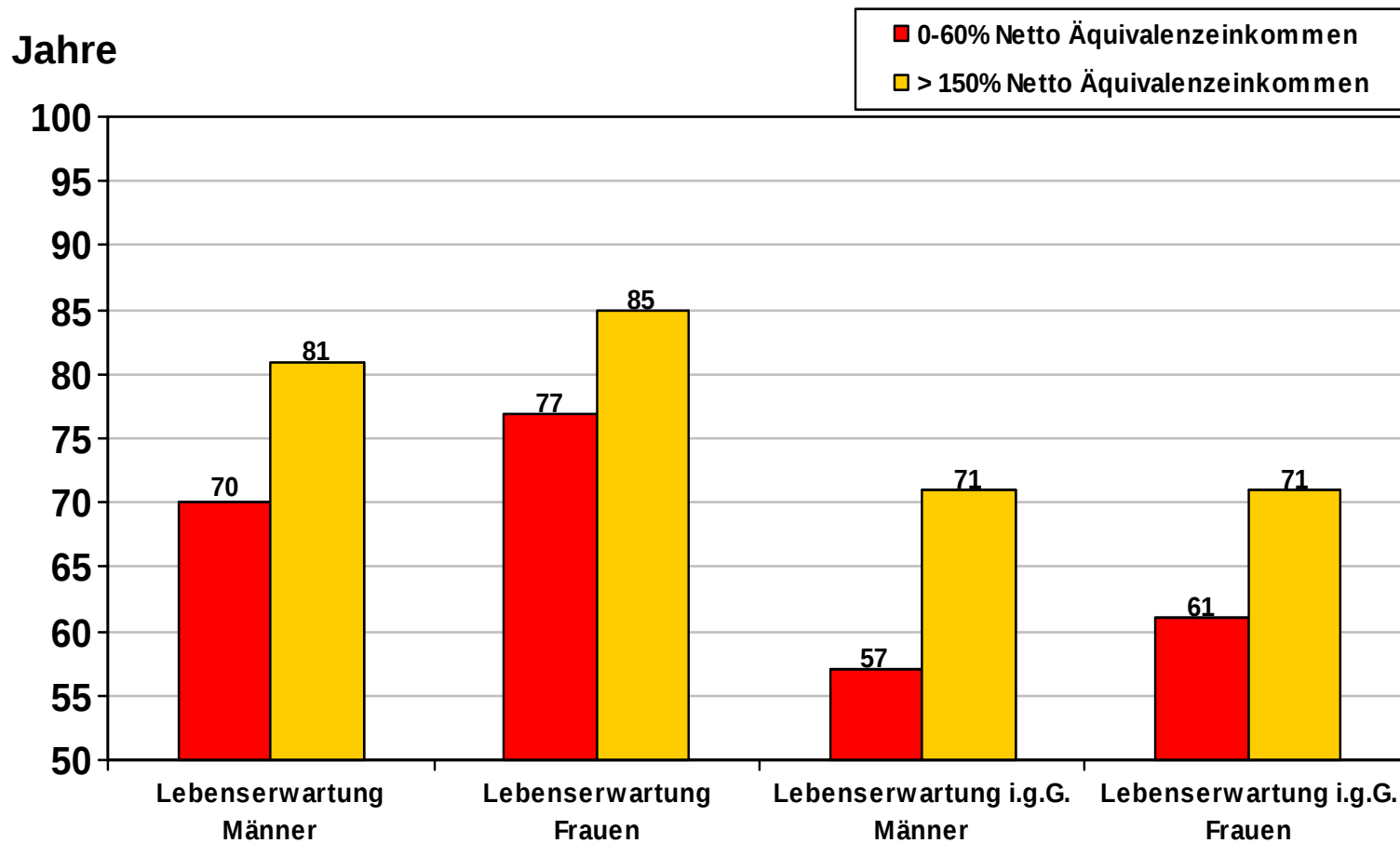
I. Ausgangslage und strategischer Ansatz in Deutschland



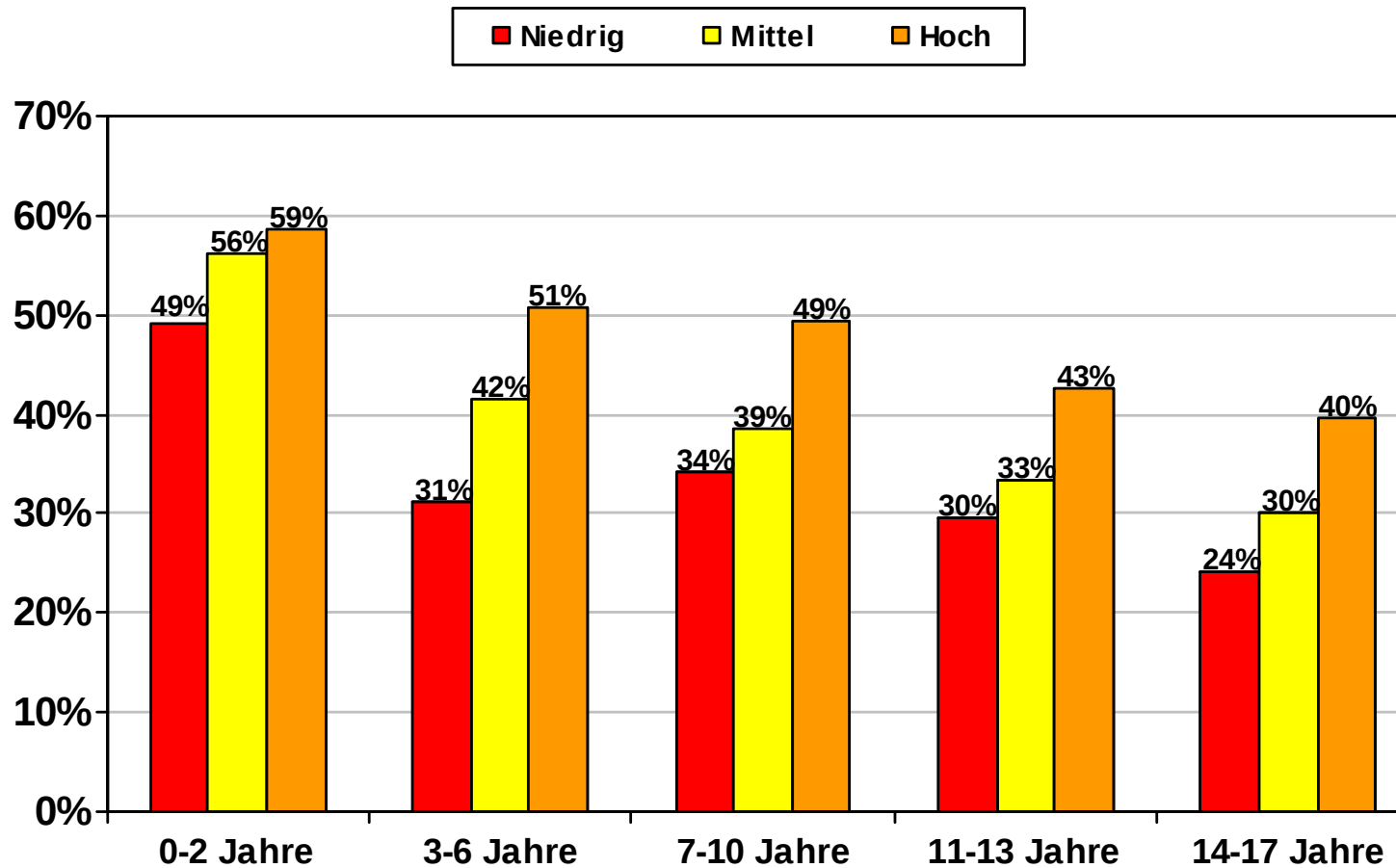
Epidemiologie



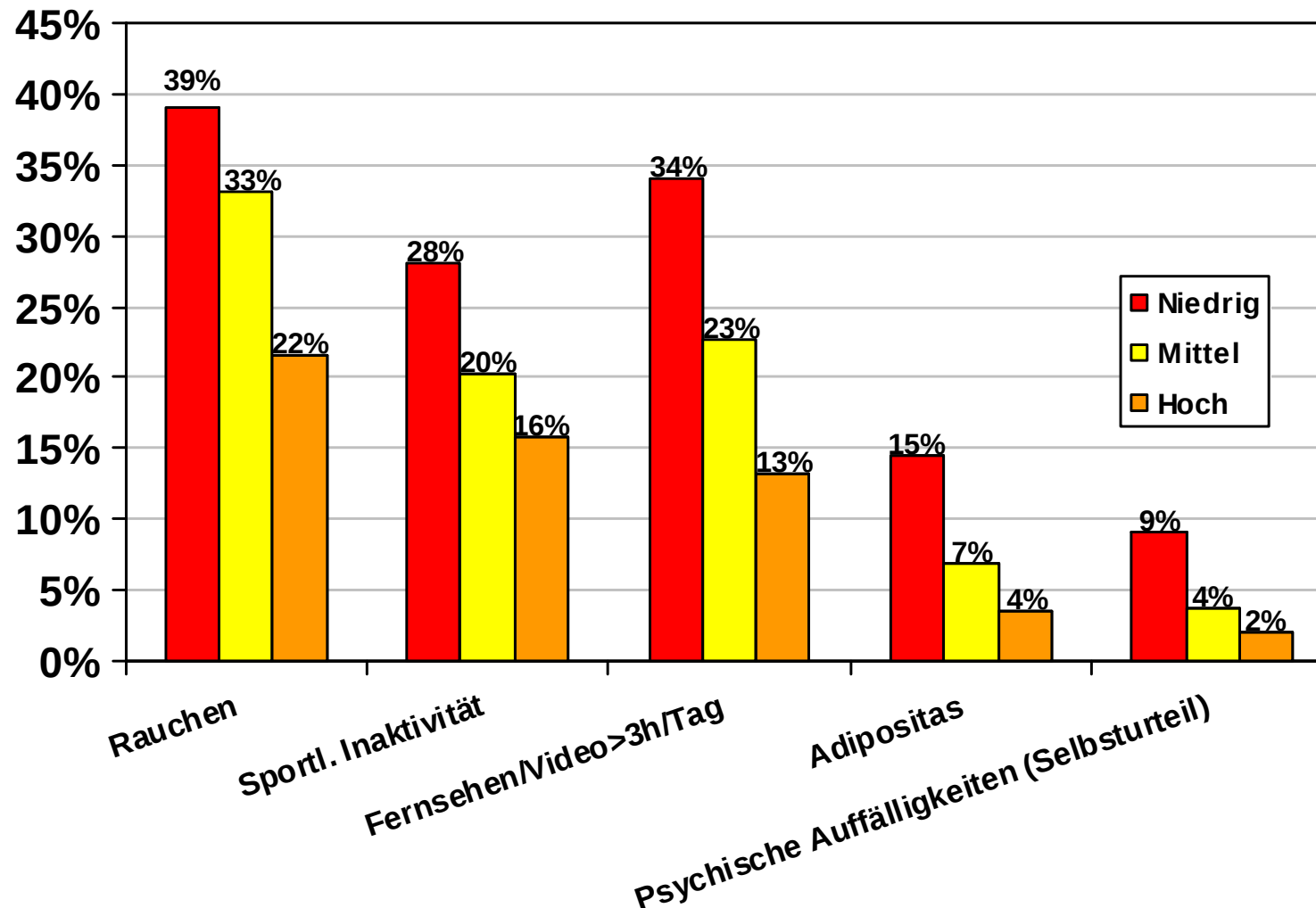
Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit (i.g.G.) in Deutschland (Auswertung SOEP 1995 – 2005, N=32.500)



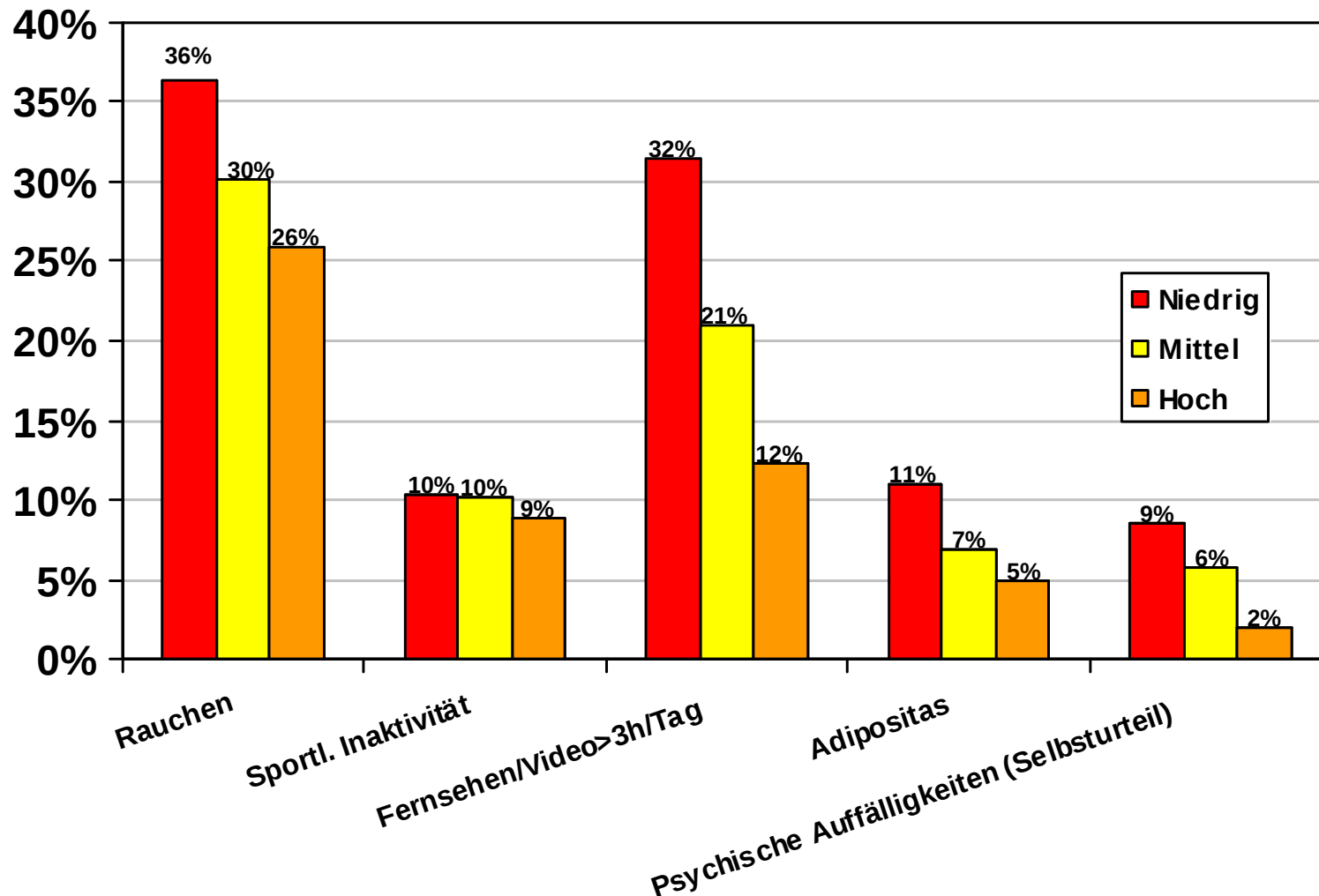
Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ihres Kindes als „sehr gut“ (nach Altersgruppen und Sozialstatus) aus Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) 2003-2006, N=17.641



Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) 2003 -2006 Mädchen 11 - 17 Jährige (außer Rauchen: 14 – 17 Jährige)



Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) 2003 -2006 Jungen 11 - 17 Jährige (außer Rauchen: 14 – 17 Jährige)

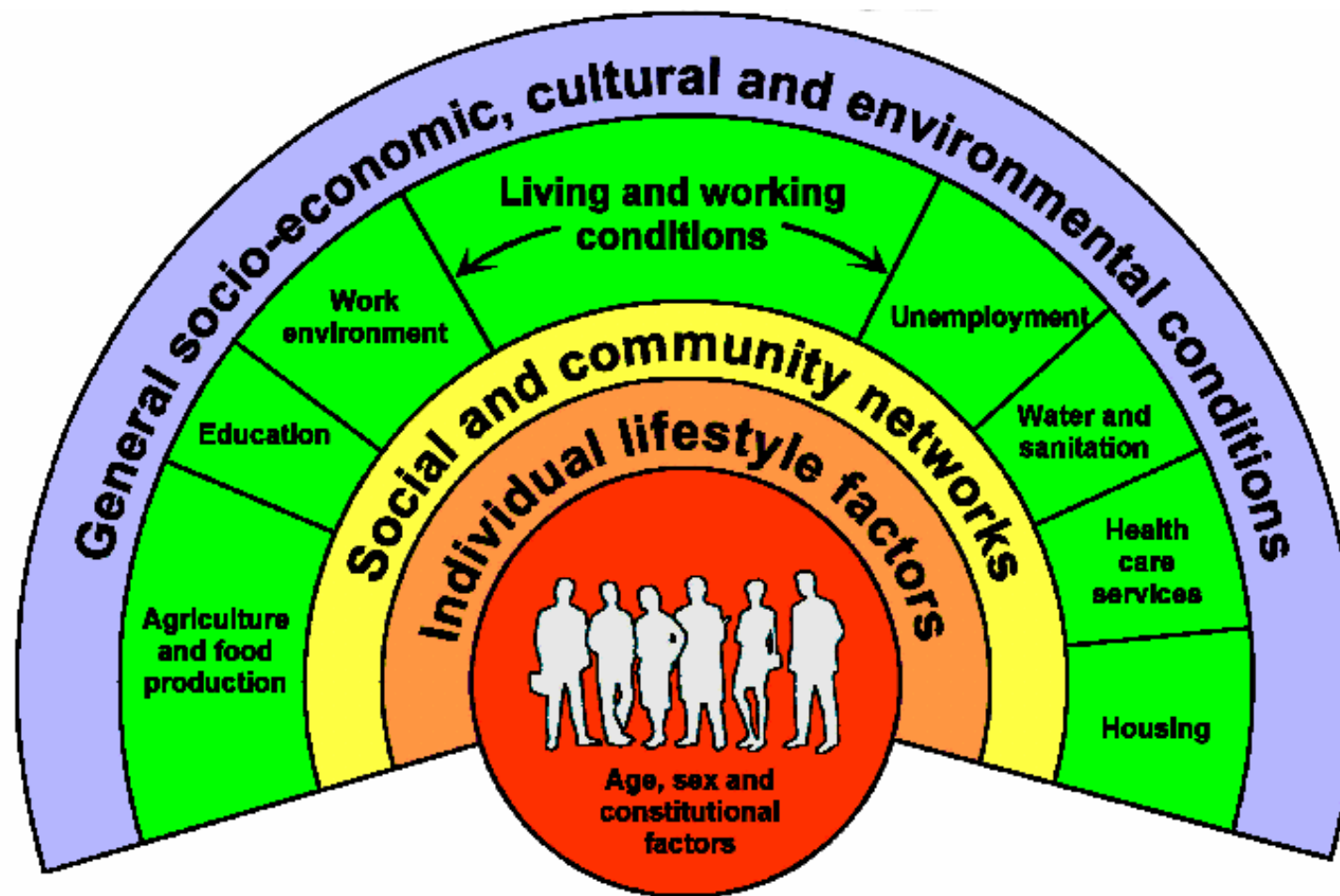




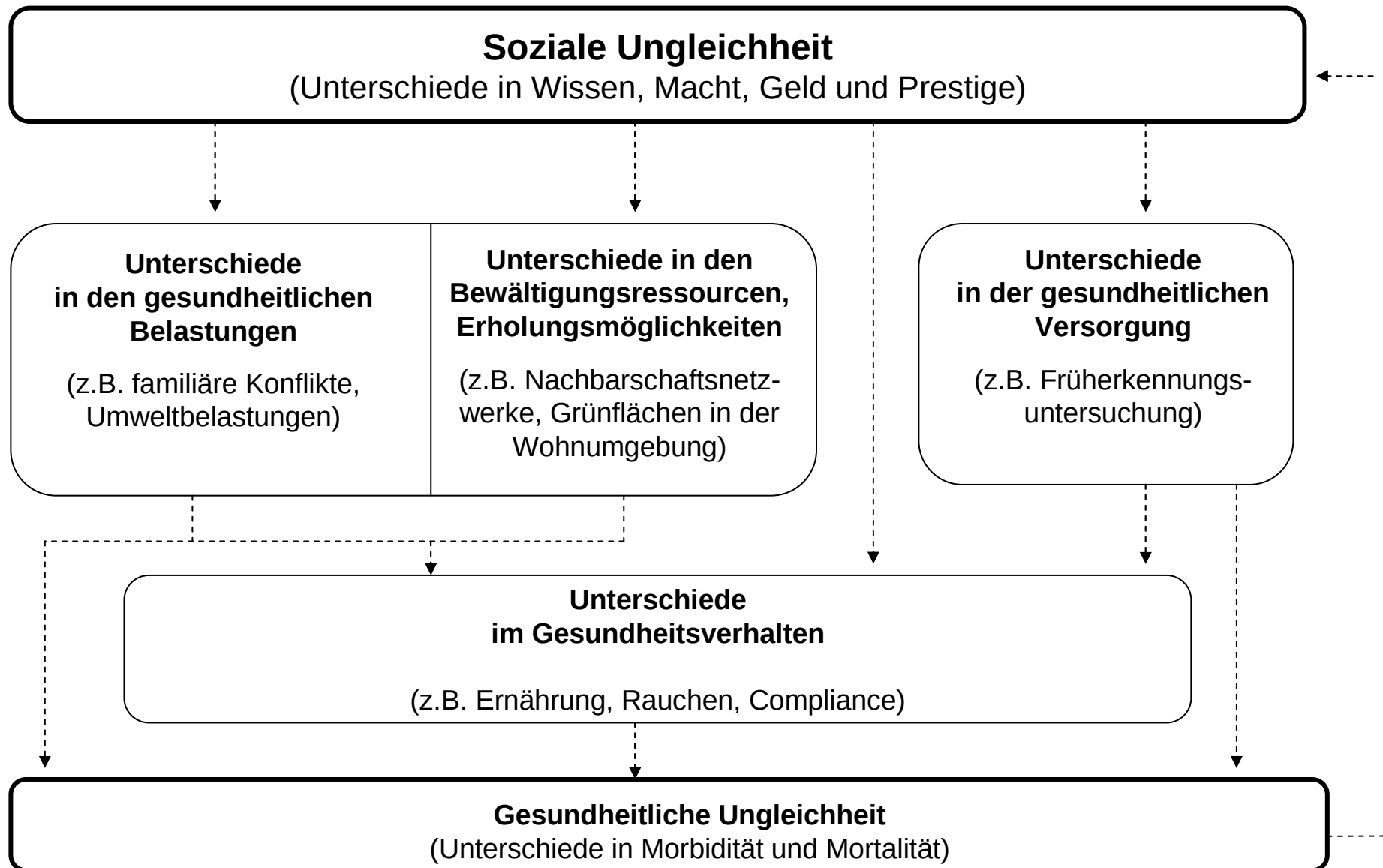
Erklärungsmodell



The main determinants of health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991



Quelle: verändert nach Mielck 2000 Gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell
insbesondere: Arbeitsbedingungen (Bosma et al 1998), Wohnbedingungen (Mielck/Heinrich 2002), Medizinische Versorgung (Steinmeyer 2001), Vorsorgeverhalten (Kirschner et. al. 1995), Verhalten (Mielck 2003)

Bevölkerungsgruppen mit besonders großem Interventionsbedarf (BZgA 2003)

- Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z. B. Sozialempfänger),
- Personen mit sehr niedrigem beruflichen Status (z. B. ungelernte Arbeiter),
- Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Hauptschulabschluss),
- Personen, die in sozial benachteiligten Gebieten wohnen,
- Langzeitarbeitslose,
- Alleinerziehende,

Fortsetzung Bevölkerungsgruppen

- Erwachsene und Kinder in kinderreichen Familien,
- Migantinnen/Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen,
- Aussiedlerinnen/Aussiedler mit schlechten Deutschkenntnissen,
- Asylbewerber/innen, „Illegale“, Prostituierte, Strafgefangene, Wohnungslose

Anzahl: z. B. 5,1 Mio. Männer (12,6%) und 6 Mio. Frauen (14,4%) mit Armutsrisiko (60% Median/Äquivalenzeinkommen)

2005 Quelle: 2-Armuts-Reichtumsbericht der Bundesregierung



Strategischer Ansatz in Deutschland

- Netzwerkstrategie -



Besondere Situation von Prävention / Gesundheitsförderung in Deutschland

- Bevölkerung: 82 Mio.
- 16 Bundesländer / 12.300 Kommunen
- Zuständigkeit seit 2000 auch der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention / Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)

Netzwerkansatz der BZgA (Kooperationsvereinbarung mit 49 Organisationen)

Bundesebene: BZgA, Spitzenverbände Krankenkassen und Wohlfahrt (Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz), Ärzteverbände, wiss. Institute

Länderebene: Alle Landesvereinigungen für Gesundheit, mehrere Länderministerien und Krankenkassen → Regionale Knoten=Netzwerke auf Länderebene

Kommunen: ca. 1000 qualifizierte Projekte auf kommunaler Ebene
eingestellt auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

**49 Organisationen
Stand 15.11.2007**

**Regionale Knoten
in allen Bundesländern**

**Europäische Einbindung
„Closing the Gap“
→ „Determine“**

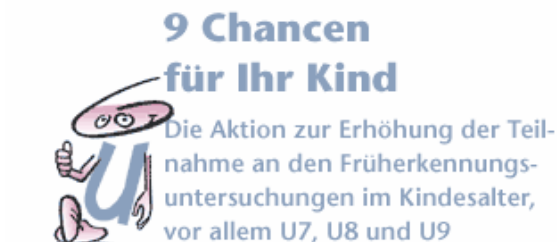
**Partizipative Qualitäts-
entwicklung: „Good Practice“**

Breiter nationaler Konsens: Beschluss der 80. GMK,
Beschlüsse AK II der SPIK

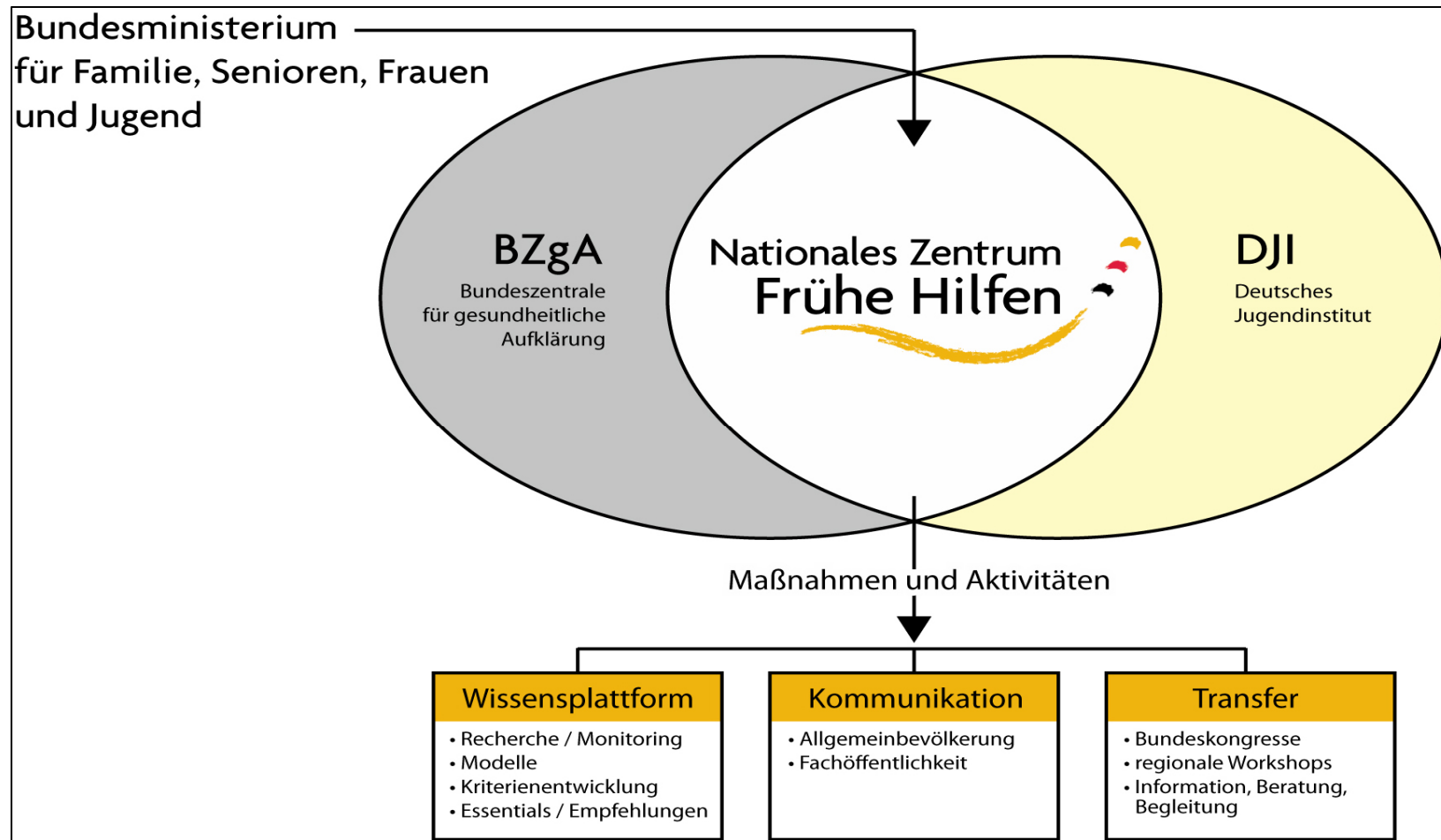
Sozialräumlicher Ansatz

Alle Maßnahmen der BZgA werden bevorzugt in sozial benachteiligten Gebieten durchgeführt:
Zum Beispiel

- Jugendaktion GUT DRAUF
- Primäre Suchtprävention „Kinder stark machen“
- Aufbau von Lebensperspektiven „Komm auf Tour“
- Steigerung der Früherkennungsuntersuchungen „Ich geh’ zur U! Und Du?“



Nationales Zentrum Frühe Hilfen (offizieller Start: 07/2007)





II. Entwicklung des Themas



Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit Entwicklung in Deutschland

seit 1995	jährlicher Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin
1998/99	Beginn Armuts/Reichtums – Berichterstattung des Bundes
2000	Neuformulierung §20 SGB V: Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
2000	Beginn nationaler Gesundheitsziele – Diskussionsprozess (soziale Ungleichheit = Querschnittsthema)
2001	Beginn Netzwerkstrategie BZgA

- | | |
|------------------|--|
| 2003 | Gründung Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ durch die BZgA |
| 2004-2007 | Aufbau „Regionale Knoten“ in allen Bundesländern |
| 2007 | Beschluss der 80.Gesundheitsministerkonferenz zur Unterstützung des Kooperationsverbundes |
| 2007 | Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen
(Good Practice Ansatz) |
| 2007 | 1000 Regelangebote und Projekte sowie ca. 60 ausführlich beschriebene Beispiele guter Praxis auf <u>www.gesundheitliche-chancengleichheit.de</u> |



III. Good Practice als Kern der Netzwerkstrategie



Good Practice als Kern der Netzwerkstrategie

1. **deduktiver Ansatz:**

z.B. Setting-Ansatz der WHO in Lebenswelten verankern

2. **induktiver Ansatz:**

aus bestehenden Projekten und Regelangeboten lernen,
was wirksam ist → gute Beispiele stärken und
verbreiten: Good Practice

(SVR-Gutachten 2007)

Theoretische Fundierung der Good Practice Kriterien „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Beratender Arbeitskreis des Kooperationsverbundes (2005)

- Forschungsstand Gesundheitsförderung
(z.B. IUHPE (1999), Mielck (2000), Mackenbach, Bakker (2002), Helmert (2003))
- Good Practice Kriterien „Soziale Stadt“ (DIFU 2002)
- Bestätigung SVR-Gutachten 2007

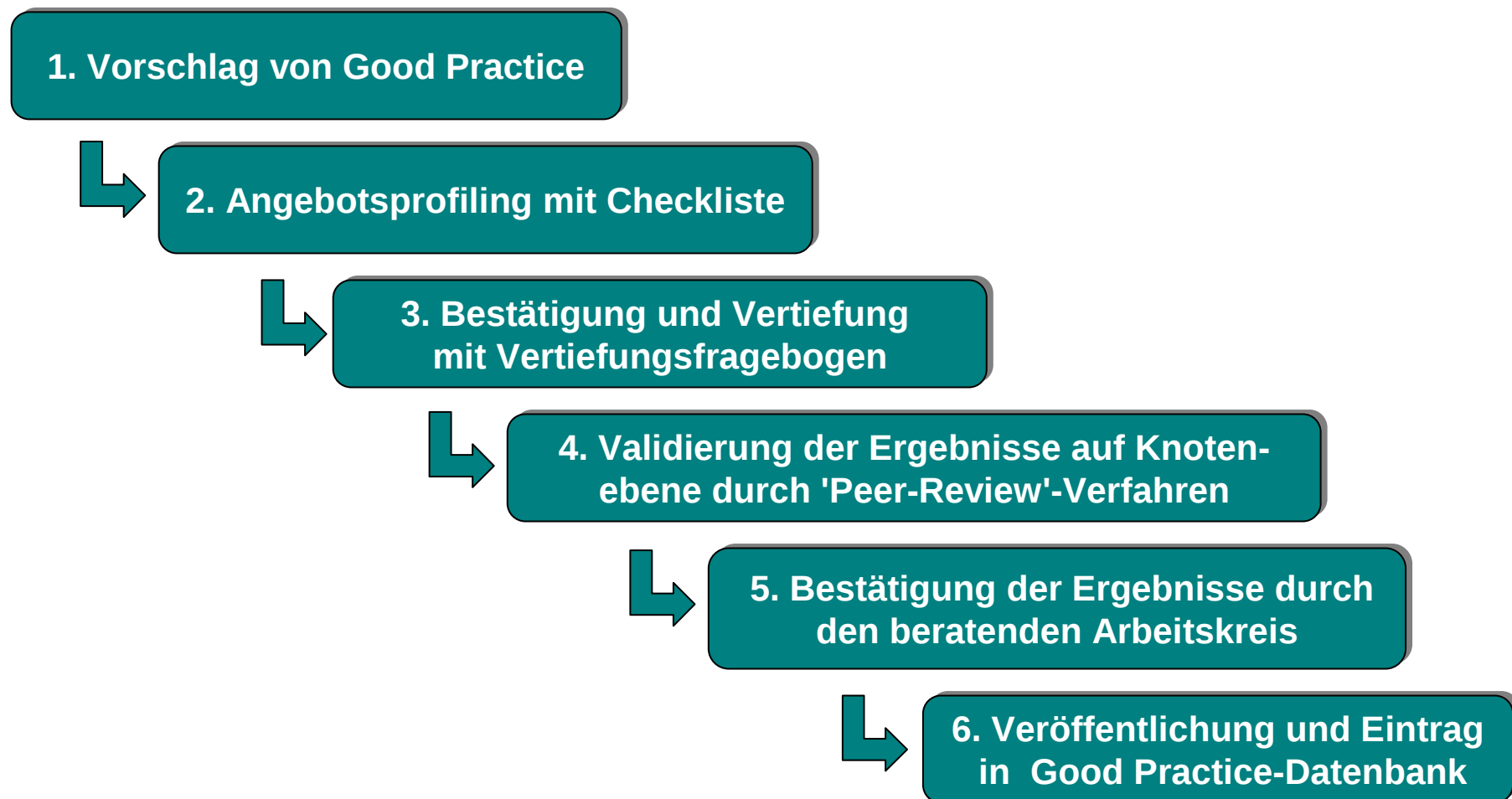
12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (konsentiert im beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes) Teil 1

1. klarer Zielbezug (Gesundheitsförderung, Prävention)
2. Zielgruppe (sozial Benachteiligte/präzise eingegrenzt)
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenkonzept
5. niedrighschwellige Arbeitsweise
6. Partizipation der Zielgruppe

12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (konsentiert im beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes) Teil 2

7. Empowerment
8. Setting – Ansatz
9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation/Evaluation
12. Kosten - Nutzen - Relation

Strukturiertes Auswahlverfahren für Good Practice

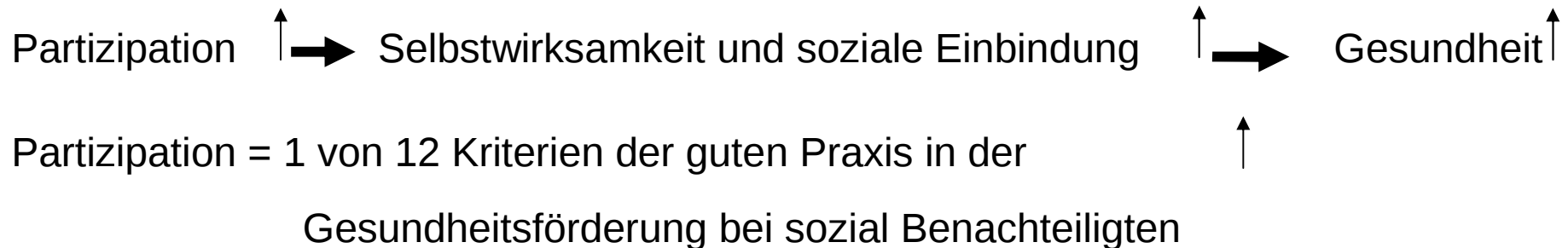


Über 60 Good Practice Angebote
Publikation auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
→ → → und in der „Gelben Reihe“ der BZgA



- 2. erweiterte Neuauflage 2006
- 3. erweiterte Neuauflage geplant für Dez. 2007

Beispiel für die Arbeit mit dem induktiven (aus der Praxis lernenden) Ansatz (Good Practice): Kriterium Partizipation



Operationalisierung: Partizipation in der Gesundheitsförderung

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

Quelle: WZB 2007
siehe auch: BZgA 2003

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Recherche Good Practice Angebote: „Partizipation“

Titel	Anbieter
GOOD PRACTICE Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala (Berlin)	FiPP e.V. - Fortbildungsinstitut für die pädagogische Praxis
GOOD PRACTICE ELTERN AG (Magdeburg)	Magdeburger Akademie f. Praxisorientierte Psychologie e.V. , An-Institut der Hochschule MD/Stendal
GOOD PRACTICE „Endlich fragt mich mal einer“ - Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden im Rems-Murr-Kreis (Waiblingen)	Landratsamt Rems-Murr-Kreis Gesundheitsamt
GOOD PRACTICE Gesund essen mit Freude (Berlin)	Gesundheit Berlin e.V.
GOOD PRACTICE Gesundheit und Miteinander ins Viertel - Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderungen (Stuttgart)	Gleichstellungsstelle Landeshauptstadt Stuttgart
GOOD PRACTICE Kierdetektive - Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt (Berlin)	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin Plan- u. Leiststelle Gesundheit
GOOD PRACTICE Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ (Weimar)	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR
GOOD PRACTICE Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule (Hannover)	Fridtjof-Nansen-Schule (GS)
GOOD PRACTICE Vorbeugen ist besser als Heilen - Vorbeugen ist billiger als Heilen (Eisenhüttenstadt)	Gesundheitsamt des Landkreis Oder-Spree
GOOD PRACTICE Waldameisen (Cottbus)	Kita „Storchennest“

Eltern AG (Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt)

(Steigerung der Erziehungskompetenz in Elterngruppen)

- Eltern organisieren die Treffen zunehmend selbst
- Eltern führen die Treffen selbstständig durch (Mentoren werden zu Paten)
- Elternfeedback verändert Gesamtprojektgestaltung

= Stufe 9 (selbstständige Organisation)

Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt (Gesundheit Berlin)

- Beteiligung am Stadtentwicklungsprozess (= **Stufe 4: Anhörung**)
- Analyse des Handlungsbedarfs und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen weitgehend selbstständig
(= **Stufe 7: Teilweise Entscheidungskompetenz**)

Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule (Regionaler Knoten Niedersachsen)

- Zielgruppe Eltern: Teilnahme an der Steuerungsgruppe
- Zielgruppe Kinder: Kinderparlament gestaltet mit

= Stufe 7: (Teilweise Entscheidungskompetenz)

Ergebnis:

Partizipation als wichtiges theoretisch fundiertes Kriterium der „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

- wird aus der Praxis heraus anschaulich
- wird in der Praxis realisierbar
- verbreitet sich als machbarer Standard

z.B. Aufnahme in den Leitfaden „Prävention“ der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V

Erster Transfererfolg

- Good Practice Projekt „Schutzengel“ (u.a. aufsuchende Hebammenhilfe) wurde in den Kinder- und Jugendaktionsplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen
- Empfohlen und gefördert in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Schleswig-Holstein



IV. Kritische Bewertung



Kritische Bewertung der Strategie in Deutschland

1. Wissenschaftlichkeit ?
2. Fokus: sozial Benachteiligte ?
3. Fördernde und hemmende Bedingungen in
Deutschland ?

1. Wissenschaftlichkeit?

Aufgrund der Komplexität von Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten muss i.d.R. auf Wirksamkeitsnachweise i. S. von RCT **proven*** verzichtet werden.

Good Practice:

Theoretische Fundierung

gegeben, bei Erfüllung von Good Practice Kriterien, z.B. Partizipation

Empirische Evidenz

gegeben, wenn das Projekt im Alltag erfolgreich ist

Theoretische Fundierung

+

Empirische Evidenz

=>

promising*

* Institute of medicine 2001/SVR 2007

2. Fokus: sozial Benachteiligte?

- + Aufmerksamkeit der Akteure wird geschärft
- + Mittel werden verstärkt eingesetzt
- + Fähigkeit der Akteure und der Netzwerke werden aufgebaut
(Capacity – Building)
- Gefahr des „Blaming“ der Zielgruppen
- sozialer Schichtgradient / Gesamtbevölkerung gerät
aus dem Fokus
- der Anreiz für eine „Health in All Policy“ (HIA) ist gering

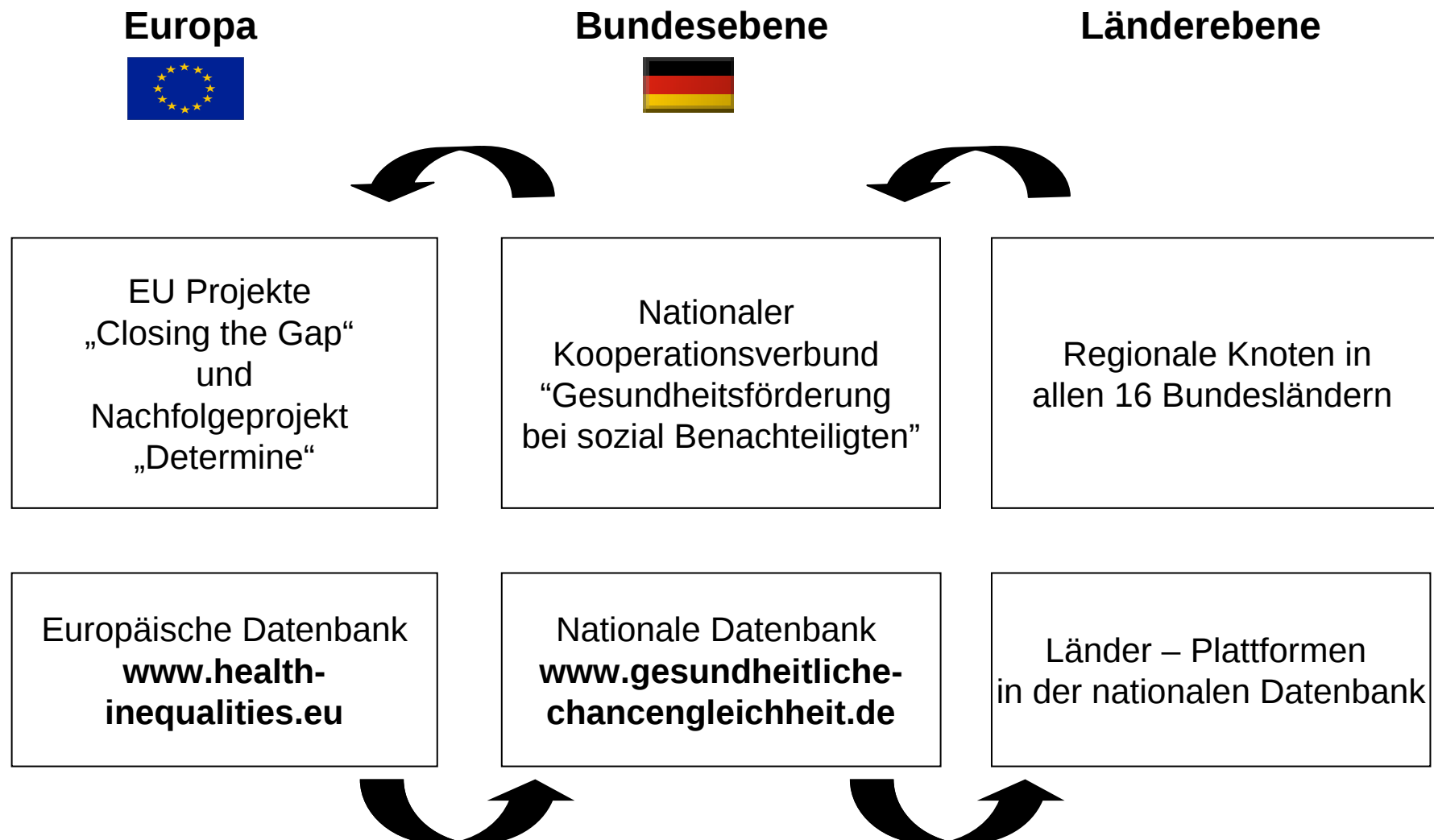
3.1 Hemmende Bedingungen in Deutschland

- Vielfalt der Träger und Akteure bei mangelnder gemeinsamer Zielorientierung
- Weitgehend fehlende „Health in All Policy“, keine Gradienten-Ziele
- mangelnde Mittelausstattung

3.2 Fördernde Bedingungen in Deutschland

- + klarer auf Chancengleichheit ausgerichteter Auftrag an die Krankenkassen
- + Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes
- + bestehende Gesundheitsförderungsstrukturen in Bund und Ländern mit zunehmender Orientierung auf Chancengleichheit

Nationale und Europäische Aktivitäten verbinden



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.health-inequalities.eu

www.BZgA.de