

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend finden Sie Informationen zur Satellitenveranstaltung am 29. November 2007 zum 13. Kongress "Armut und Gesundheit" in Berlin.

Die Fachveranstaltung des BKK Bundesverbandes beschäftigte sich in diesem Jahr mit dem Anliegen, wie in Settings die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure optimiert werden kann. Unterschiedliche Rahmenbedingungen, Selbstverständnisse, Zielformulierungen oder Arbeitsweisen können als Barrieren und Stolperfallen wirken – sie können aber auch bereichernd sein und neue Perspektiven eröffnen, wie viele vom BKK Bundesverband geförderte Projekte der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ zeigen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr BKK-Newsletter-Team

Unsere Meldungen:**Gesunde Lebenswelten: Die „Baupläne“ liegen schon vor**

Die Aktualität des Themas wurde in den Tagen rund um die Veranstaltung auf drastische Weise bestätigt: „Gemeinsam gesunde Lebenswelten gestalten!“ lautete das appellative Motto des von BKK Bundesverband und Gesundheit Berlin veranstalteten Satellitenkongress zur „Armut und Gesundheit“, und nahezu zeitgleich häuften sich einmal mehr die Meldungen über vernachlässigte Kinder und Kindstötungen wie die öffentliche Diskussion zu den Fragen „was kann man tun, wer kann was tun?“ [mehr...](#)

BZgA sorgt für Koordination und Transparenz in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen ist eine Tatsache, doch wer für die benachteiligten Zielgruppen gesunde Lebenswelten gestalten will, muss sich die Determinanten für Gesundheit vor Augen halten und die Bevölkerungsgruppen mit dem größten Interventionsbedarf identifizieren. [mehr...](#)

Chancen integrierter Handlungskonzepte: Sichtbarkeit erhöhen die Akzeptanz bei Zielgruppen Intersektorale Zusammenarbeit: Partizipation und Sichtbarkeit erhöhen die Akzeptanz bei Zielgruppen

Die Schaffung gesünderer Lebensbedingungen für benachteiligte Bevölkerungsschichten ist keine neue Aufgabe, im Gegenteil. Sie beschäftigt zahlreiche Behörden, Institutionen und freiwillige Initiativen, ist Thema für Sozial-, Jugend-, Gesundheits- oder Umweltämter, Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen, auch von auf nationaler oder europäischer Ebene initiiert oder geförderter Projekte. Doch häufig, deshalb auch das Tagungsmotto in Berlin, sind diese Aktivitäten nicht vernetzt, sondern laufen nebeneinander her. Prof. Alf Trojan, der sich seit Jahren mit den wissenschaftlichen Grundlagen für erfolgreiche Gesundheitsförderung befasst, erläuterte, welche Voraussetzungen für intersektorale Zusammenarbeit notwendig sind, welche Hürden auf dem Weg zu einer Kooperation liegen. [mehr...](#)

Erfahrungen aus dem Oder-Spree Kreis: Durch erfolgreiche Kooperation vom Modellprojekt zum Regelangebot in den Kita des Landkreises

Trotz aller tatsächlichen oder scheinbaren Hürden für fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit – funktionierende Netzwerke zum Thema Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene sind längst funktionsfähig und können es leisten, aus Modellprojekten ein Regelangebot zu machen. Ein Beispiel dafür präsentierte Dr. Ilona Weser Gesundheits- und Sozialdezernentin sowie stellvertretende Landrätin im Brandenburger Landkreis Oder-Spree: Unter dem Titel „Vorbeugen ist besser als Heilen - Vorbeugen ist billiger als Heilen“ wurde hier 2002 ein Projekt der vernetzten Suchtprävention in Kindertagesstätten und Schulen gestartet, das mittlerweile in vielen Kindertagesstätten zum Regelangebot gehört. [mehr...](#)

Wir brauchen kooperationsfördernde Rahmenbedingungen

Modellprojekte der BKK zeigen Wege zu gesunden Lebenswelten auf. Seit der BKK Bundesverband mit seinen Satellitenveranstaltungen den Kongress Armut und Gesundheit begleitet, bestimmt das Thema Präventionsgesetz die Diskussion um die Zukunft Gesundheitsförderung und Deutschland – und jedes Mal nutzte der langjährige Vorstand des Bundesverbands K.-Dieter Voß die Satellitenveranstaltung, um die jeweils aktuellen Ziele und Planungen dieser Gesetzgebung kritisch zu analysieren. Auch bei der Diskussion des seit Ende November 2007 vorliegenden Gesetzentwurfes kam er zu dem Schluss: „Ein Mehrwert für Prävention und Präventionsbedürftige gibt es nicht.“ Vielmehr schwäche der Entwurf die Handlungsfähigkeit der GKV und wolle mit deren Beitragsmitteln eine originär und erklärtermaßen staatliche Aufgabe finanzieren. [mehr...](#)

Erkenntnisse aus Beispielen guter Praxis: Größte Hürden für eine flächendeckende Umsetzung - Mangelnde Ressourcen und geringes Problembewusstsein

Der BKK Satellitenkongress hat anhand zahlreicher Beispiele aufgezeigt, an welchen Orten und mit welchen Methoden erfolgreich an der Gestaltung gesunder Lebenswelten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gearbeitet werden kann. Allerdings wurden in den Arbeitsgruppen auch die Hürden erkennbar, die den flächendeckenden Einsatz und die dazu notwendigen Kooperationen erschweren. [mehr...](#)

Mehr Gesundheit für alle: BKK-Auszeichnungen für vorbildliche Praxis in Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Kooperationen sind notwendig, wenn es darum geht, gesunde Lebenswelten zu gestalten, doch Kooperationen zwischen Partnern mit unterschiedlichen Strukturen, Kulturen und Prozessen sind immer noch die Ausnahme – oft werden sie gebremst durch praktische Hürden oder institutionsspezifische Befindlichkeiten. Umso wichtiger ist es, gelungene und vorbildliche Beispiele für breit angelegte Zusammenarbeit in den Blickpunkt zu rücken, als Vorbild wie als motivierendes Element. Vier Beispiele für solche Kooperationen erhielten im Rahmen des BKK Satellitenkongresses die schon traditionelle BKK-Auszeichnung für vorbildliche Praxis in Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. [mehr...](#)

[PDF Version](#) - [Newsletter-Archiv](#)

Sie möchten auf den BKK-Newsletter in Zukunft verzichten? Klicken Sie [hier](#)

Einige der hier aufgeführten Themen und Artikel gibt es nicht in den einzelnen Webseiten sondern nur hier. Alle Informationen sind urheberrechtlich geschützt. Der Newsletter darf gerne weiter empfohlen werden.

Impressum:

BKK Bundesverband, Kronprinzenstrasse 6, 45128 Essen

Redaktion:

Dr. Alfons Schröer, Christoph Schwippert, Brigitte Jürgens-Scholz, Jörg Meyer (Gruppe-M), Dr. Reinhold Sochert, Dr. Viola Weber, Jürgen Wolters.

Ihr persönlicher Ansprechpartner:

Christoph Schwippert Tel. 0201 / 179-1388, schwippertc@bkk-bv.de

Gesunde Lebenswelten: Die „Baupläne“ liegen schon vor

Die Aktualität des Themas wurde in den Tagen rund um die Veranstaltung auf drastische Weise bestätigt: „Gemeinsam gesunde Lebenswelten gestalten!“ lautete das appellative Motto des von BKK Bundesverband und Gesundheit Berlin veranstalteten Satellitenkongress zur „Armut und Gesundheit“, und nahezu zeitgleich häuften sich einmal mehr die Meldungen über vernachlässigte Kinder und Kindstötungen wie die öffentliche Diskussion zu den Fragen „was kann man tun, wer kann was tun?“

Antworten darauf lieferten die in Berlin versammelten Wissenschaftler, Politiker und Praktiker aus dem Feld der Gesundheitsförderung: Kritisch betrachtet wurden gesamtgesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen genauso wie Chancen und Probleme bei der konkreten Umsetzung des von allen Teilnehmern unterstützten Mottos.

Diese Bandbreite bestimmte schon die Vorträge und Diskussionen des einführenden Podiumsveranstaltung: Hier wurden aus verschiedenen Blickwinkeln Ansätze und Perspektiven für Kooperation und Vernetzung von Akteuren und Aktivitäten vorgestellt: Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) skizzierte zunächst die Determinanten für Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit und beschrieb den Netzwerkansatz der BZgA, der von der europäischen bis zur kommunalen Ebene alle Akteure einbindet. Sie erläuterte, wie die Bundeszentrale durch Koordinierung und Schaffung von Transparenz das „Capacity-Building“ unterstützt, zeigte aber im Rahmen einer kritischen Betrachtung auch auf, welche hemmenden und fördernden Bedingungen den Erfolg dieser Arbeit bestimmen.

Diese die konkrete Arbeit bestimmenden Bedingungen standen auch im Mittelpunkt des Referats von Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, der am Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg –Eppendorf die Rahmenbedingungen für erfolgreiche Gesundheitsförderung erforscht. Er stellte dar, welche Voraussetzungen notwendig sind, werden müssen, um über intersektorale Kooperation zum erfolgreichen „gemeinsam Gestalten“ zu kommen, welche Chancen sich darauf ergeben und wo sich in der Praxis Hürden auftun.

K.- Dieter Voß, langjähriges Vorstandsmitglied des BKK Bundesverbands und heute in gleicher Funktion beim neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, schilderte aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung als wichtigstem Kostenträger von Prävention und Gesundheitsförderung, wie sich die Aufgaben der Gesundheitsförderung im Spannungsfeld zwischen individueller Verantwortung und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen darstellen. Er erläuterte, wie sich die weit reichenden Aktivitäten der Krankenkassen sich im Rahmen wirtschaftlicher, gesellschaftliche rund gesetzlicher Rahmenbedingungen bewegen und eine Vernachlässigung dieser Zusammenhänge die Wirkung auch noch so vorbildlicher Projekte begrenzt.

Einmal mehr – das Thema begleitete schon alle vorigen Satellitenveranstaltungen - setzte sich K.- Dieter Voss kritisch mit dem Ende November vergangenen Jahres bekannt gewordenen Entwurf eines Präventionsgesetzes auseinander. Der sieht die GKV zwar weiterhin als Hauptfinanzierungsquelle von Prävention, würde aber die Handlungsmöglichkeiten der Kassen einschränken und zugleich darauf verzichten, Bund, Länder und Kommunen als Träger von Prävention in die Pflicht zu nehmen. Allerdings: Selbst wenn diese Gesetz nicht zu verhindern sei, so K.-Dieter Voss, würden die Betriebskrankenkassen sich weiterhin für eine wirkungsvolle Gestaltung von gesunden Lebenswelten einsetzen. Schließlich zeige die Praxis anhand von zahlreichen Beispielen, wie dies durch die Kooperation unterschiedlicher Institutionen erreicht werden kann.

Solche Erfolgsbeispiele aus der Praxis wurden im Anschluss an die Eröffnungsveranstaltung in fünf Arbeitsgruppen vorgestellt und diskutiert, die sich auf die wichtigsten Interventionsanlässe bzw. -orte konzentrierten: Aufgegriffen wurden Erkenntnisse über die Situation der für die Verhaltensprägung besonders relevanten Frühförderung, Anforderungen und praxisbewährte Ansätze für die Settings Kita, Schule und Stadtteile sowie Kooperationsprojekte zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

Das Schlusspodium des Kongresses machte deutlich, dass und wie es schon heute möglich ist, gesunde Lebenswelten zu gestalten. Voraussetzung dafür: Die Erkenntnisse aus Theorie und Praxis bei Kooperationen müssen insbesondere an der Basis – also in Kommunen oder einzelnen Settings – konstruktiv eingesetzt werden. Die Notwendigkeit dafür ist unbestritten, Methoden und Maßnahmen sind bekannt, doch für erfolgreiches Arbeiten ist es nicht nur notwendig, zusätzliche Ressourcen bereit zu stellen, sondern vor allem die vorhandenen zu bündeln. Das allerdings funktioniert nur, wenn alle Beteiligten, Individuen wie Institutionen, sich dem gemeinsamen Ziel, der gemeinsamen Aufgabe unterordnen und bereit sind, ihre institutionsüblichen Prozesse und Strukturen im Rahmen der Kooperation zu relativieren - und sich bei den Zielen auf einen gemeinsamen Nenner zu einigen, ohne darin einen Zuständigkeits- oder Identitätsverlust zu sehen.

BZgA sorgt für Koordination und Transparenz in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen ist eine Tatsache, doch wer für die benachteiligten Zielgruppen gesunde Lebenswelten gestalten will, muss sich die Determinanten für Gesundheit vor Augen halten und die Bevölkerungsgruppen mit dem größten Interventionsbedarf identifizieren.

Grundlegende Informationen zu beiden Punkten lieferte die Direktorin der BZgA, Prof. Dr. Elisabeth Pott, die auch darauf einging, welche Bedingungen ein kooperatives Vorgehen bei der Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter fördern oder hemmen.

Die Ursachen der ungerechten Chancenverteilung, so zeigte Dr. Pott, können nicht monokausal erklärt werden. Sie sind Folge sozialer Ungleichheit, doch die ist nicht nur an Einkommensunterschieden, sondern auch an Faktoren wie Wissen, Macht oder Prestige festzumachen. Die messbaren Unterschiede bei Morbidität und Mortalität sind daher das Ergebnis von Ungleichheiten in verschiedenen Bereichen.

Dazu gehören die direkten gesundheitlichen Belastungen, z.B. durch Arbeitsbedingungen, Umweltbelastungen oder familiäre Konflikte; die Bewältigungsressourcen, also die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, den Belastungen gezielt entgegenzuwirken; das eigentliche Gesundheitsverhalten, von Ernährung über den Umgang mit Alkohol oder Tabak bis hin zur Compliance gegenüber aufklärerischen oder therapeutischen Angeboten; und schließlich die gesundheitliche Versorgung, wo sich Unterschiede beispielsweise an der Teilnahme von Früherkennungsuntersuchungen festmachen.

Weil die Unterschiede in diesen Bereichen zwischen verschiedenen Gruppen durchaus variieren, Erfolg versprechende Maßnahmen aber möglichst zielgenau auf die Situation der jeweiligen Zielgruppe ausgerichtet werden müssen, hat die BZgA die Bevölkerungsgruppen mit besonderem Interventionsbedarf identifiziert: Bessere Gesundheitschancen brauchen danach vor allem Personen mit sehr niedrigem Einkommen, beruflichen Status oder Schulbildung; Personen die in sozial benachteiligten Gebieten wohnen, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Mitglieder kinderreicher Familien, Migranten und Aussiedler mit schlechten Deutschkenntnissen sowie Asylbewerber/-innen, „Illegale“, Prostituierte, Strafgefangene, Wohnungslose.

Diese Ausführungen machten deutlich, dass erfolgreiche Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte einerseits lokale bzw. sublokale Aktivitäten erfordert, zugleich aber die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen auf allen Ebenen bis hin zur europäischen sowie den Informationsaustausch mit dem Ziel „voneinander lernen“ und „einheitliche Ziele und Standards definieren“. Hier sieht sich die BZgA laut Dr. Pott als Schaltstelle, die die Koordinierung übernimmt und für Transparenz sorgt: Sie unterstützt die Interessen der beteiligten Institutionen, sorgt für die Verbindung der nationalen und europäischen Aktivitäten, für Qualitätsentwicklung und stellt erprobte Instrumente zur Verfügung.

Gerade die Entwicklung zum Thema „Instrumente bereitstellen“ zeigt, wie sehr die Vernetzung der verschiedenen Ebenen die Arbeitsgrundlage in der letzten Zeit verbessert hat: Dr. Pott verwies auf die ständig wachsenden Datenbanken, durch die Gesundheitsförderer mittlerweile Zugriff auf über 1000 Projekte für unterschiedliche Zielgruppen und Lebenswelten haben; immerhin 60 sind als nachweislich erfolgreiche Beispiele guter Praxis zur Übernahme empfohlen – und werden teilweise schon breitenwirksam eingeführt, wie z. B. das Projekt „Schutzengel“, ein Konzept aufsuchender Hebammenhilfe, das mittlerweile in ganz Schleswig Holstein empfohlen und gefördert wird.

Dass solche Beispiele Schule machen, wird nach Auffassung der BZgA-Direktorin gefördert, weil sich Krankenkassen, aber auch Bund und Länder zunehmend um das Thema Chancengleichheit kümmern und die Armuts- und Reichtumsberichterstattung eine gute Datenlage liefert. Sie nannte aber auch Gründe dafür, dass es trotzdem nicht so schnell geht, wie es wünschenswert wäre oder, wie es ein Diskussionsteilnehmer überspitzt ausdrückte, „dass wir auf der Projektebene stehen geblieben sind“. Es gibt halt, so Dr. Pott, eine große Vielfalt von Trägern und Akteuren, denen es an einer gemeinsamen Zielorientierung mangle.

Zudem, auch ein Grund für das erwähnte Defizit, fehle in Deutschland eine „Health in All“ Politik, die alle Gesellschaftsbereiche umfasse und einheitliche Strategien vorgebe – warum, fragte sie, gebe es ein Programm „Soziale Städte“ und ein Programm „gesunde Städte“ statt eines einheitlichen Programms „soziale und gesunde Städte“.

Auch seien die finanziellen Ressourcen angesichts der Größe der Aufgabe weiterhin mangelhaft. Das könnte, so ihre in der Schlussdiskussion geäußerte Vermutung, ein Grund für die mancherorts noch erkennbare mangelnde Kooperationsbereitschaft sein: Viele Akteure der Gesundheitsförderung hätten Angst vor einer Vernetzung, weil Vernetzung immer auch „abgeben“ bedeute.

Chancen integrierter Handlungskonzepte: Sichtbarkeit erhöhen die Akzeptanz bei Zielgruppen Intersektorale Zusammenarbeit: Partizipation und Sichtbarkeit erhöhen die Akzeptanz bei Zielgruppen

Die Schaffung gesünderer Lebensbedingungen für benachteiligte Bevölkerungsschichten ist keine neue Aufgabe, im Gegenteil. Sie beschäftigt zahlreiche Behörden, Institutionen und freiwillige Initiativen, ist Thema für Sozial-, Jugend-, Gesundheits- oder Umweltämter, Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen, auch von auf nationaler oder europäischer Ebene initiierten oder geförderter Projekte. Doch häufig, deshalb auch das Tagungsmotto in Berlin, sind diese Aktivitäten nicht vernetzt, sondern laufen nebeneinander her. Prof. Alf Trojan, der sich seit Jahren mit den wissenschaftlichen Grundlagen für erfolgreiche Gesundheitsförderung befasst, erläuterte, welche Voraussetzungen für intersektorale Zusammenarbeit notwendig sind, welche Hürden auf dem Weg zu einer Kooperation liegen.

Zu Beginn seines Vortrags zitierte Prof. Trojan einen Leitsatz aus der kanadischen Public Health Politik: „A healthy community is easier to achieve than a healthy world.“ D.h., es ist einfacher, einer übersichtlichen Bevölkerungsgruppe beim Weg zu gesünderen Lebensverhältnissen und –verhaltensweisen zu unterstützen, als bestimmte Gesundheitsziele beispielsweise landesweit zu erreichen. Denn auf Quartiere, bestimmte Settings oder klar definierte Zielgruppen oder Ziele im lokalen Raum ausgerichtete Aktivitäten haben nicht nur geringere Streuverluste; auch gibt es gerade im kommunalen Bereich die erwähnten Strukturen und Anbieter, haben die Akteure direkten Einblick in problematische Verhältnisse und Verhaltensweisen.

Das zeigt sich an den zahlreichen Programmen und Initiativen mit direktem oder indirektem Bezug zum Stichwort „Gesundheit“. Prof. Trojan verwies z. B. auf Programme wie „Gesunde Städte“, „Soziale Stadt“, die „Lokale Agenda 21“ und „APUG“ (Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit), die innerhalb ihrer Aufgabenstellung durchaus einen integrativen Anspruch genügen. Ziel müsse es jedoch sein, an einer „Integration integrierter Programme auf kommunaler Ebene“ zu arbeiten, zum Beispiel unter der Zielvorgabe „nachhaltige Verbesserung der kommunalen Lebensqualität“.

Weil die verschiedenen Beteiligten naturgemäß von ihrer fachliche Problemsicht und ihrer ressortbedingten Schwerpunkte geprägt sind, sind für Prof. Trojan die gemeinsame Problembeschreibung und Zieldefinition Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation auf lokaler Ebene. Das wiederum werde erleichtert, wenn die angestrebte Integration breite politische Unterstützung erhält und die Kommune ihre Mitverantwortung erkennt und durch ihr Handeln dokumentiert.

Gerade weil bei der intersektoralen Zusammenarbeit unterschiedliche Kulturen und ressortspezifische Teilziele auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden müssen, ist laut Trojan ein professionelles Projektmanagement zwingend notwendig. Beispielsweise sei eine solide Projektorganisation und Verwaltung erforderlich, natürlich die Bereitstellung adäquater Ressourcen aber auch die „Rechenschaftspflichtigkeit der Politik und der Projektleitung“.

Weil Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsschichten immer auch vor dem Problem der Erreichbarkeit und Motivation der Zielgruppen steht, spielen die Elemente Information und Partizipation eine Schlüsselrolle für den Erfolg. Prof. Trojan sprach von der Notwendigkeit einer „großen Sichtbarkeit“ des Projekts, die Menschen müssen sehen und erleben, was in ihrem Lebensumfeld geschieht. Und er postulierte „hohe Bürgerbeteiligung“, es geht also nicht um aufgepflanzte Programme, sondern um auf Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen gemeinsam mit den Zielgruppen bzw. in den konkreten Lebenswelten.

Allerdings wird die intersektorale Zusammenarbeit durch die existierenden Strukturen auf kommunaler Ebene erschwert, die zu einer Wettbewerbssituation führen: Die öffentliche Verwaltung sei auf Arbeitsteiligkeit und „Zuständigkeiten“ aufgebaut, Fach-Politiken, so Prof. Trojan konkurrieren um Einflussbereiche, Ressourcen und öffentliche Anerkennung, und es fehle an wirksamen Steuerungsinstrumenten für „integrierte“ Politik. Das mache die „sozialräumliche Integration von Ressourcen verschiedener Behörden“ schwierig, z. B. hätten „schwache Ressorts“ nur ein geringes Tausch- und Droh-Potential beim Aushandeln von „Paket-Lösungen“. Denn letztlich geht es auch um die von Prof. Pott schon erwähnten Ängste: Für manche Akteure, so Prof. Trojan, seien Kooperationen mit der Gefahr des Identitätsverlust verbunden, mit der Befürchtung, professionelle Privilegien könnten verloren gehen.

Nicht zuletzt gehe es bei Kooperationen ja auch darum, Ressourcen zu teilen, oder, wie es Trojan ausdrückte, „die Finanzierungsstränge zusammen zu führen“. Ein Ansatz zur Lösung dieses Basisproblems könnte es sein, Programm- und Akteurskoalitionen aufbauen, in denen Identität und Leistungen der einzelnen Teilnehmer sichtbar bleiben. Das könne erreicht werden durch „wechselseitige Berücksichtigung und Kooperationen im

Namen unterschiedlicher Leitbilder“, also dadurch, das die verschiedenen Akteure abwechselnd federführend auftreten.

Weil aber auch Kooperationen das Problem der grundsätzlich zu geringen Ressourcen nicht lösen können, ist für Prof. Trojan die Aktivierung „sozialen Kapitals“ ein weiteres vorrangiges Ziel. Durch sozialintegrative Politik könne man natürliche oder selbstorganisierte Beziehungsstrukturen stärken und fördern, so das beispielsweise Hausgemeinschaften, Nachbarschaften, Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen, die freiwillige soziale Arbeit usw. innerhalb des Projekts bestimmte Aufgaben übernehmen.

Chancen für eine verstärkte intersektorale Kooperation im Sinne von politischen und rechtlichen Begründungen gibt es nach Erkenntnissen des Wissenschaftlers schon heute: Auf der politischen Ebene nannte er die Beispiele Gesündere Städte Programmatik, die (Lokale) Agenda 21 oder den nationalen Aktionsplan gegen Armut und soziale Ausgrenzung; auf rechtlicher Ebene verwies er unter anderem auf den § 20 des SGB V, auf das UVP-Gesetz (Umweltverträglichkeitsprüfungen), auf das Baugesetzbuch oder das Raumordnungsgesetz – Gesetze, in denen die zuständigen Behörden explizit aufgefordert werden, Aspekte wie „Auswirkungen auf den Menschen“, „die Anforderungen an gesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen“ oder die „Sicherung und Weiterentwicklung der räumlichen Struktur der Gebiete mit gesunden Lebensbedingungen“ bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen.

Die „Aufträge“ zur Schaffung gesunder Lebenswelten liegen danach also vor, die notwendigen Materialien und Werkzeuge haben Gesundheitsförderer schon lange entwickelt - es gibt, so der Eindruck nach Prof. Trojans Vortrag, zumindest kaum objektiven Hindernisse, die intersektorale Kooperationen auf lokaler Ebene verhindern.

(07.02.2008,)

Erfahrungen aus dem Oder-Spree Kreis: Durch erfolgreiche Kooperation vom Modellprojekt zum Regelangebot in den Kita des Landkreises

Trotz aller tatsächlichen oder scheinbaren Hürden für fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit – funktionierende Netzwerke zum Thema Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene sind längst funktionsfähig und können es leisten, aus Modellprojekten ein Regelangebot zu machen. Ein Beispiel dafür präsentierte Dr. Ilona Weser Gesundheits- und Sozialdezernentin sowie stellvertretende Landrätin im Brandenburger Landkreis Oder-Spree: Unter dem Titel „Vorbeugen ist besser als Heilen - Vorbeugen ist billiger als Heilen“ wurde hier 2002 ein Projekt der vernetzten Suchtprävention in Kindertagesstätten und Schulen gestartet, das mittlerweile in vielen Kindertagesstätten zum Regelangebot gehört.

Ausgangspunkt für die Projektplanung, so Dr. Weser, war ein konkretes Problem, nämlich der seit den 90er Jahren wachsende Andrang auf Suchtberatungsstellen und die erkennbare Suchtmittelproblematik bei Kindern und Jugendlichen. Inhaltliche Grundlage bei der Vorbereitung des Projekts war das WHO Konzept zur Gesundheitsförderung, das Förderung von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbsthilfe postuliert, also die Stärkung individueller Kompetenzen und Bewältigungsstrategien in den Mittelpunkt rückt. Angesichts der der Größe des Landkreises und der auch hier beschränkten Ressourcen war schnell klar, dass die Umsetzung nur durch eine enge Vernetzung aller Beteiligten, also der professionellen Experten, der Erzieher und Pädagogen und der Kindern und Eltern.

Bemerkenswert an den Ausführungen von Dr. Weser: Sie machten deutlich, dass die Überzeugung „Wir müssen etwas tun“ von allen Projektpartnern übernommen wurde und die praktischen Probleme bei der Zusammenarbeit offenbar nicht erwähnenswert waren. Und das, obwohl die Liste der Beteiligten von Erziehern, Lehrer und Eltern über verschiedene Fachämter (Schul-, Jugend-, Gesundheitsamt), Ärzte und Therapeuten bis hin zu Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen, BZgA und das zuständige Landesministerium reicht. Die erklärte Rückendeckung seitens der Politik mag da geholfen haben, aber letztlich, so der Eindruck nach Vorstellung des Projekts, war ausschlaggebend, dass das gemeinsame Ziel allen Beteiligten wichtiger war, als die Diskussion über Zuständigkeiten und Vorgehensweisen.

Das eigentliche Projektteam wurde klein und schlagkräftig gehalten, es bestand aus einer Zahnärztin, einer Sozialarbeiterin, einer Projektkoordinatorin und der Koordinatorin für Gesundheitsverwaltung, die das Gesundheitsamt als Träger vertrat. Das Team entwickelte zunächst ein Konzept für die Multiplikatoren (pädagogische Fachkräfte in den Einrichtungen und Eltern der Kinder): In Blockseminaren wurden ihnen Informationen zu Themen wie Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Körperbewusstsein, Kommunikation, Kritisches und kreatives Denken und Strategien zur

Problemlösung vermittelt. Parallel wurde damit begonnen, ein externes Netzwerk von Expertinnen und Experten aufzubauen, auf das die Multiplikatoren im Alltag zurückgreifen konnten.

Diese Rückendeckung förderte die Akzeptanz und schnelle Umsetzung genauso wie die Tatsache, dass das Grundkonzept unter Beteiligung der Multiplikatoren auf die Bedingungen der einzelnen Einrichtungen zugeschnitten wurde. Das begann bei der Planungsphase und reichte bis zur Beteiligung der Kinder an der konkreten Umsetzung: Sie gestalteten die Themen mit, die vom Hasen Kasimir (in den Kita) und vom Igel Igor (in den Schulen) aufgegriffen wurden und beteiligten sich an der Suche nach Lösungen für die aufgegriffenen Probleme.

Ähnlich reibungsarm wie die Zusammenarbeit auf fachlicher Ebene lief auch die Finanzierung des von der BZgA als „Vorbild guter Praxis“ herausgestellten Projekts. Es wurde nicht von einer Stelle ein kompletter Etat zur Verfügung gestellt, sondern es wurden Fördermittel und Spenden von verschiedenen Stellen eingeholt. Dazu gehörten Regionalfördermittel der EU, Unterstützung gab es aber auch von der Bundesagentur für Arbeit, verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen und nicht zuletzt von Unternehmen des Landkreises, von kreisweit präsenten Energie- und Wasserversorgern genauso wie von Kleinunternehmen wie z. B. einer Apotheke oder einem Steuerberater.

Die begleitende Evaluation, vor allem aber die Reaktionen aus der Praxis belegen den inhaltlichen Erfolg des Projekts: Die Atmosphäre an den teilnehmenden Schulen und Kita habe sich deutlich verbessert, so Dr. Weser, und in jeder vierten Kita im Kreis werde das Konzept auch nach Projektabschluss weiter umgesetzt. Für den organisatorischen Erfolg, das machte Dr. Ilona Wesers Projektvorstellung deutlich, waren weniger planungstechnische Details verantwortlich also die Ausrichtung an den Schlagworten Freiwilligkeit und Partizipation. „Wir haben erreicht, dass die Beteiligten ihre Ressourcen freiwillig einbrachten und das Projekt aktiv unterstützten. Alle wurden so zu Akteuren - und wurden durch den Erfolg und die Breitenwirkung belohnt.“ Grund genug für die Verantwortlichen des Landkreises, auch bei weiteren gesundheitsbezogenen Themen auf vergleichbare Netzwerke zu setzen, wie aktuell ein neues Projekt mit dem Titel „Starke Familien – gesunde Kinder“.

(07.02.2008,)

Wir brauchen kooperationsfördernde Rahmenbedingungen

Modellprojekte der BKK zeigen Wege zu gesunden Lebenswelten auf.

Seit der BKK Bundesverband mit seinen Satellitenveranstaltungen den Kongress Armut und Gesundheit begleitet, bestimmt das Thema Präventionsgesetz die Diskussion um die Zukunft Gesundheitsförderung und Deutschland – und jedes Mal nutzte der langjährige Vorstand des Bundesverbands K.-Dieter Voß die Satellitenveranstaltung, um die jeweils aktuellen Ziele und Planungen dieser Gesetzgebung kritisch zu analysieren. Auch bei der Diskussion des seit Ende November 2007 vorliegenden Gesetzentwurfes kam er zu dem Schluss: „Ein Mehrwert für Prävention und Präventionsbedürftige gibt es nicht.“ Vielmehr schwäche der Entwurf die Handlungsfähigkeit der GKV und wolle mit deren Beitragsmitteln eine originär und erklärtermaßen staatliche Aufgabe finanzieren.

Vor seinem Exkurs zu Grundzügen und Schwächen des vorliegenden Gesetzentwurfs erläuterte K.-Dieter Voss zunächst die Gründe für gezielte Angebote der Gesundheitsförderung an verschiedene Schichten und Zielgruppen – und machte so deutlich, warum es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt: Zwar sei jeder einzelne „gefordert, im Rahmen seiner persönlichen Möglichkeiten und Handlungsspielräume für die eigene Gesundheit aktiv zu werden.“ Doch dem sind durch gesellschaftliche Strukturen und Prozesse auch Grenzen gesetzt. Zum einen gäbe es Familien, denen es schlicht an der notwendigen Kompetenz oder Motivation fehle, zum anderen sei auch bei vielen Informierten und Motivierten eine Diskrepanz zwischen Wissen, Wollen, und Tun zu erkennen, weil gesundheitsgerechtes Handeln aufgrund beruflicher Anforderungen, der zeitlichen Belastung und fehlender Rahmenbedingungen oft nur schwer mit dem Alltag in Einklang zu bringen sei.

Verbesserte Rahmenbedingungen – z. B. durch eine positive Arbeitsmarktentwicklung und familienfreundliche Arbeitsorganisation oder durch qualifizierte Ganztagschulen und -betreuungsangebote – hätten größeren Einfluss auf die Gesundheit als alle Angebote zur individuellen Kompetenzsteigerung. Solange das nicht erreicht ist, muss in den Lebenswelten nach Wegen gesucht werden, die Gesundheit zu stärken. Doch auf hierfür müsse eine gesundheitsrelevante Infrastruktur vorhanden sein. Die Krankenkassen, so Voß, weisen darauf nicht nur hin, sondern suchen über Modellprojekte nach Wegen, wie die Lebenswelten der Menschen verbessert werden

können. Um hierbei in der Breite aktiv und erfolgreich zu sein, sind kooperationsfördernde gesetzliche Rahmenbedingungen notwendig – aber die würde das geplante Präventionsgesetz erneut vernachlässigen.

Das sei schon an der Tatsache erkennbar, so K.-Dieter Voß, dass abgesehen von der Arbeitslosenversicherung zwar alle Zweige der Sozialversicherung als Präventionsträger benannt würden, nicht aber Bund, Länder und Gemeinden – trotz der von der Bundesregierung beschriebenen „gesamtgesellschaftlichen Aufgabe“.

Obwohl also die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe fast ausschließlich den Sozialversicherungen obliegt – die GKV soll z.B. 60 Prozent ihrer Pflichtausgaben für Prävention abführen –, würden zugleich die so genannten Präventionsräte auf nationaler wie auf Länderebene zu den wichtigsten Akteuren in Sachen Präventionsplanung – und in denen sollen Länder und kommunale Spitzenverbände, auf nationaler Ebene zusätzlich der Bund, natürlich stimmberechtigt vertreten sein.

Insgesamt sollen den Präventionsräten rund 200 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden, fünf Prozent davon sind für den Nationalen Präventionsrat vorgesehen, 95 Prozent für die in allen Bundesländern anzusiedelnden Landespräventionsräte. Die sollen die Mittel dann kompetenten Trägern für Maßnahmen in Lebenswelten zur Verfügung stellen, wobei diese Träger Ko-finanzieren sollen. Diese Konstruktion hat aus Sicht der Krankenkassen gleich zwei Schwachstellen: Eine wirkliche Steuerung der Arbeit an der Basis – in Stadtteilen oder einzelnen Settings – ist wegen der großen Zahl der Interventionsanlässe und der Distanz zur Landesebene kaum möglich; und die geforderte „angemessene Ko-Finanzierung“ wird nicht spezifiziert, so dass K.-Dieter Voß befürchtet, dass die Krankenkassen wie bisher in vielen Fällen die einzigen Geldgeber bleiben.

Noch fragwürdiger ist seiner Einschätzung nach der Nutzen des Nationalen Präventionsrates, der die früher vorgesehene Bundesstiftung ersetzen soll. Die meisten der ihm zugeordneten Aufgaben – Erarbeitung von Präventionszielen und Qualitätsstandards sowie die Initiierung von Modellprojekten – stehen schon lange auf den Arbeitsplänen vor allem der Krankenkassen, umsetzbare Ergebnisse dazu liegen vor und werden laufend aktualisiert und ergänzt.

Bleibt die Aufgabe, bundesweite Aufklärungskampagnen durchzuführen. Voß vermutet, dass die Mittel des Nationalen Präventionsrates vor allem für solche Kampagnen eingesetzt werden sollen. Die wurden bislang vor allem von der BZgA – und damit über den Bundeshaushalt – finanziert. „Das ergäbe einen klassischen Verschiebebahnhof, der die öffentliche Hand zu Lasten der Sozialversicherung entlastet“, und zwar „ohne Mehrwert für Prävention und Präventionsbedürftige“, kommentierte K.-Dieter Voß.

Die Sozialversicherungen hätten schon 2006 konkrete Vorschläge gemacht, wie die Gesundheitsförderung über die BZgA bundesweit koordiniert werden könnte, ohne 17 neue Bürokrationen aufzubauen. Und die zweckgebundene Verwendung von Mitteln aus Alkohol- und Tabaksteuer wäre eine solide Finanzierungsgrundlage für bundesweite Aufklärungskampagnen. Doch diese Vorschläge finden beim Gesetzgeber bisher kein Echo, stattdessen drohe ein Präventionsgesetz, das seinen Namen nicht verdiene und so auch nicht gebraucht werde.

Allerdings, das machte K.-Dieter Voß zum Abschluss deutlich, würden die Betriebskrankenkassen auch bei Beschneidung ihrer Ressourcen weiter an der Gestaltung von Lebenswelten mitarbeiten. Die Erfahrungen aus zahlreichen in der Praxis bewährten Projekten belegten, dass Kooperationen trotz aller Unterschiede der beteiligten Partner erfolgreich sein können. Weil solche Kooperationen aber zu häufig auch durch institutionelle Grenzen und institutionsspezifische Handlungs- und Entscheidungsläufe gebremst würden, sei die Frage die Suche nach erfolgreichen und effektiven Wegen zur Zusammenarbeit von großer Bedeutung – denn nur produktiv gelebte Kooperationen könnten eine nachhaltige Gesundheitsförderung gewährleisten.

(07.02.2008,)

Erkenntnisse aus Beispielen guter Praxis: Größte Hürden für eine flächendeckende Umsetzung - Mangelnde Ressourcen und geringes Problembewusstsein

Der BKK Satellitenkongress hat anhand zahlreicher Beispiele aufgezeigt, an welchen Orten und mit welchen Methoden erfolgreich an der Gestaltung gesunder Lebenswelten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gearbeitet werden kann. Allerdings wurden in den Arbeitsgruppen auch die Hürden erkennbar, die den flächendeckenden Einsatz und die dazu notwendigen Kooperationen erschweren.

Ein Problem ist dabei die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen bzw. der Aufwand dafür. Während durch die Arbeit in Settings wie Kindergärten und -tagesstätten, Schulen oder Stadtvierteln eine sehr hohe

Zielgruppenabdeckung erreicht werden kann, stellt sich die Situation bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sowie bei Arbeitslosen schwieriger dar.

Im ersten Fall zeigt sich zwar anhand verschiedener Projekte, dass eine „aufsuchende Hilfe“ potenziell problembeladener Familien Erfolg versprechend ist. Doch bislang fehlt es in der Regel an den notwendigen Mitteln, diesen Ansatz als „Regelangebot“ umzusetzen – Initiativen wie die unter dem Projektnamen Schutzensel eingeführte aufsuchende Hebammenhilfe in Schleswig Holstein sind deshalb noch die Ausnahme. Mit der Folge, wie Prof. Dr. Gerhard Klein anhand von Zahlen belegte, dass vermeidbare Entwicklungsstörungen bei Kindern viel zu spät erkannt werden.

Prof. Klein verwies auf die Tatsache, dass 52 Prozent der Förderschüler (früher: Sonderschüler) unter vermeidbaren Lern- bzw. Entwicklungsbehinderungen leiden. Unter den gegenwärtigen Strukturen fallen diese Defizite erst mit oder nach der Einschulung auf, viel zu spät, weil entscheidende Weichenstellungen für die körperliche und geistige Entwicklung schon in frühester Kindheit geschehen. Diese Kinder, von denen zwei Drittel aus sozial schwachen Familien kommen, werden laut Prof. Klein durch das bisherige System der Frühförderung nicht erkannt. Die Geburtsmesswerte sind nach seiner Meinung irrelevant, die meisten Fragebögen zur Erfassung der familiären Situation und möglicher Probleme „taugen nichts“.

Vielmehr müssen man erstens möglichst frühzeitig prekäre Lebenssituationen erkennen und zweitens bei Familien in solchen Situationen über die Beobachtung der Interaktionen zwischen Mutter und Kind die Notwendigkeit von Interventionen erkennen. Dieser „lebens- und kontextnahe approach“ könne durch den Einsatz qualifizierter „Gehobammen“, „Erziehungsschwestern“ o.ä. erreicht werden. Allerdings ist der Aufwand hierfür offenbar auch wohlhabenden Kommunen zu hoch. Dr. Andreas Mielck, der aufzeigte, dass nicht der fehlende Zugang zur Gesundheitsversorgung, sondern fehlende Gesundheitskompetenz Ursache für gesundheitliche Benachteiligung ist, berichtete von einem entsprechendem Konzept in München, das aufgrund fehlender Mittel nicht über den Projektstatus hinauskam.

Schwer erreichbar für die Gesundheitsförderung sind außerdem die Arbeitslosen und, in geringerem Maße, Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen. Es gibt kein natürliches Setting, in dem man Arbeitslose erreichen kann, und bislang keinen eindeutig verantwortlichen Träger für Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose. Immerhin sind die örtlichen und regionalen ARGEN (Arbeitsgemeinschaften der Arbeitsagenturen und Kommunen für ALG II-Empfänger) in den auf dem Kongress vorgestellten und sehr erfolgreichen Modellprojekten wie „JobFit NRW“ oder „Amiga“ in Brandenburg beteiligt und fungieren dabei neben den Krankenkassen auch als Finanzier. Eine Beteiligung der ARGEN an der Finanzierung ist also möglich, wenngleich noch schwierig und aktuell immer wieder von Kürzungen bedroht.

Dr. Carlchristian von Braunmühl vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg verweist deshalb auf die Empfehlung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, die Finanzierungsverantwortung im Rahmen des geplanten Präventionsgesetzes auf die Bundesagentur für Arbeit auszudehnen. Doch genau das ist im bislang vorliegenden Gesetzentwurf ja nicht vorgesehen, wie K.-Dieter Voß zu Beginn der Tagung referiert hatte.

Als Setting für die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen haben sich die Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger als sehr geeignet erwiesen, da sie ähnliche Strukturmerkmale aufweisen wie Schulen oder Betriebe. Einzuschränken ist allein, dass nur ein Teil der Arbeitslosen an Maßnahmen bei diesen Trägern teilnimmt und insofern von der Gesundheitsförderung erreicht werden kann. Für den anderen Teil der Arbeitslosen konnte bislang kein geeignetes Setting identifiziert werden.

Die Arbeit in den klar definierten Settings Kita, Schule und Stadtviertel, so der Eindruck aus den entsprechenden Arbeitsgruppen, wird dagegen weniger durch objektive Probleme erschwert. Für Kooperationen, ob wie in Berlin oder im Rhein-Kreis Neuss von kommunalen Ämtern initiiert oder, wie in Duisburg oder Ludwigsburg, von Betriebskrankenkassen, finden sich in vielen Einrichtungen bzw. Stadtteilen interessierte und engagierte Partner. Insbesondere die Arbeit in Kita und Schulen hat gute Voraussetzungen zur nachhaltigen Verbesserung von Lebenswelten, denn hier werden neben den Kindern gezielt auch deren Eltern und das ebenfalls oft stark belastete pädagogische Personal einbezogen.

Doch obwohl für die erwähnten Settings besonders viele und besonders erfolgreiche Projekte vorzuweisen gibt, ist der Weg zur flächendeckenden Implementierung von Gesundheitsförderungen in diesen Settings mitunter steinig. Verantwortlich dafür ist das individuelle Problembewusstsein der potenziellen Akteure und deren Bereitschaft, sich aktiv in Kooperationen einzubringen – oder, einfacher ausgedrückt, der Unsicherheitsfaktor Mensch.

Nicht selten, das zeigten die Gespräche in und um die Arbeitsgruppen, seien die verschiedenen Kooperationspartner die „schwer erreichbaren“ Zielgruppen. Beispielsweise könne man die unter Pisa-Folgen, Lehrermangel und Aufgabenüberfrachtung leidenden Schulen nur ins Boot bekommen, wenn man persönlich engagierte und interessierte Lehrkräfte oder Schulleiter für ein Projekt gewinnt oder sich die Schule das Thema schon auf die Fahnen geschrieben hat. Solange ganzheitliche Gesundheitsförderung nicht obligatorisch ist, so ein

Tenor aus den Arbeitsgruppen, werden neue Ideen an der einen Schule mit großem Elan aufgegriffen, während die Verantwortlichen einer anderen, nicht selten berechtigt, darauf verweisen, dass sie mit ihrem „Kerngeschäft“ schon mehr als ausgelastet sind – für die Arbeit an der „gesunden Schule“ fehlt es an Problembewusstsein oder schlicht an Kraft und Zeit.

Das heißt: Für die nahe liegenden Settings gibt es zwar eine Reihe von Ansätzen, die auf unterschiedlichen Wegen zum Ziel „bessere Gesundheitschancen“ führen. Doch obwohl damit schon heute der von Prof. Trojan zitierten kanadischen Erkenntnis Rechnung getragen wird, dass es nicht ein Modell gibt, das für alle intersektorale Kooperationen geeignet ist, hängt der Erfolg bei der Einbindung von Schulen oder Kindertagesstätten vor allem vom individuellen Engagement und Problembewusstsein einzelner Akteure ab.

Oder positiv ausgedrückt: Wenn sich, wie von Prof. Trojan als notwendig beschrieben, alle Kooperationspartner auf eine gemeinsame Problembeschreibung und Zieldefinition einigen, gibt es gerade für die Settings Kita und Schule längst genug bewährte Instrumente und Methoden, mit denen die Gesundheitschancen auch für sozial benachteiligte Kinder nachhaltig verbessert werden können. Es liegt damit an den Verantwortlichen in Politik und Verwaltungen und an den Akteuren in den Settings, die im Schlussplenum beklagte Situation, man sei „auf der Projektebene stehen geblieben“, zur Vergangenheit zu machen. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass bislang die gesetzlichen Krankenkassen nahezu die einzigen Finanziere der Gesundheitsförderung sind und das auf niedrigem Niveau: Der Gesetzgeber hat ihnen für diese Aufgabe lediglich 2,78 Euro pro Kopf im Jahr zugestanden, ein Betrag, der durch das geplante Präventionsgesetz nicht erhöht werden soll und für ein flächendeckendes Vorgehen nicht im Ansatz ausreicht.

(07.02.2008,)

Mehr Gesundheit für alle: BKK-Auszeichnungen für vorbildliche Praxis in Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Kooperationen sind notwendig, wenn es darum geht, gesunde Lebenswelten zu gestalten, doch Kooperationen zwischen Partnern mit unterschiedlichen Strukturen, Kulturen und Prozessen sind immer noch die Ausnahme – oft werden sie gebremst durch praktische Hürden oder institutionsspezifische Befindlichkeiten. Umso wichtiger ist es, gelungene und vorbildliche Beispiele für breit angelegte Zusammenarbeit in den Blickpunkt zu rücken, als Vorbild wie als motivierendes Element. Vier Beispiele für solche Kooperationen erhielten im Rahmen des BKK Satellitenkongresses die schon traditionelle BKK-Auszeichnung für vorbildliche Praxis in Gesundheitsförderung und Selbsthilfe.

Einer der Preisträger ist das Hannoveraner Projekt „die KuRve“ für kranke wohnungslose Menschen. Durch gezielte Betreuung und Beratung wurden hier nicht nur objektive Heilungserfolge erzielt, auch subjektives Selbstbewusstsein und Wohlbefinden der Betroffenen wurde gesteigert, wie eine wissenschaftliche Auswertung der Medizinischen Hochschule Hannover ergab. Maßgeblich für diesen Erfolg war die Kooperation mit und Integration in das allgemeine medizinische Versorgungssystem. „Die KuRve“ ist Teil des Hannoverschen Verbundsystems Ambulanter Hilfen.

<http://www.diakonisches-werk-hannover.de/zbs.htm>

Ebenso hoch geschätzt wurde das vom Verein „refugio thüringen e.V.“ gegründete Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge (REFUGIO) in Thüringen. Es handelt sich um eine Reaktion auf die großen Therapie- und Behandlungsnachfrage von Flüchtlingen, die unter psychischen Störungen und/oder posttraumatischen Belastungsreaktionen leiden. Kernelemente der landesweiten Arbeit des Vereins sind Psychotherapie, psychosoziale Beratung und Stabilisierung der Betroffenen, wobei künftig auch ein Augenmerk auf Flüchtlingskinder und jugendliche Flüchtlinge gelegt werden soll. Um diese Ziele zu verwirklichen, kooperiert das Zentrum auf regionaler Ebene gezielt mit den bereits bestehenden Migrations- und Flüchtlingssozialberatungsstellen sowie Ausländerbeauftragten der Kommunen und Kirchen.

<http://www.refugio-thueringen.de>

Ein weiterer Preisträger ist das Hort- und Schulprojekt „Starke Kid's und Fit für's Leben“ aus dem Zwickauer Land, das neben der Selbstkompetenzstärkung die Sucht- und Gewaltprävention für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt stellt. Erfolgsgarant ist hier die kontinuierliche pädagogische Netzwerkarbeit von Hortleitern, Schulsozialpädagogen, Gesundheitsamt, Jugendamt und anderen Akteuren, die das Konzept eines „gestaffelten Modulsystems“ gemeinsam erarbeiten. So erhalten Heranwachsende in Schule und Hort in kleinen Lerneinheiten die Möglichkeit, eigene Gefühle kennen zu lernen und auszudrücken, miteinander zu

kommunizieren, mit Sexualität umzugehen und ihre Gesundheit zu fördern.

<http://jugendarbeit.zwickauerland.de>

Den Sonderpreis für Selbsthilfe erhielt die Initiative „Kindern von Suchtkranken Halt geben“, die vom BKK Bundesverband und dem Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. ins Leben gerufen wurde. In Deutschland leben über 2,5 Millionen Kinder, die mit einem suchtkranken Elternteil aufwachsen und in Folge einer Vielzahl an sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Um auf diese Gefahren aufmerksam zu machen, will die Initiative insbesondere Erzieher, Sozialpädagogen und Lehrer informieren und sensibilisieren. <http://www.freundeskreise-sucht.de>

(07.02.2008,)

>> Newsletter [abonnieren](#)
>> Newsletter [Archiv](#)