Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung?

Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien?

Dokumentation der Fachtagung vom 5. Juni 2008

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

HAG
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Inhalt

Inhalt	Seite
Grußworte und Einleitung	2
Prof. Dr. Monika Bessenrodt-Weberpals Vizepräsidentin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg	
Prof. Dr. Leonhard Hajen – Vorsitzender der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)	3
Dr. Angelika Kempfert, Staatsrätin der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg	4
Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung? Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien? Petra Hofrichter und Christiane Deneke	6
Beiträge	
Über wen sprechen wir, wenn wir von Armut reden? Einfach abgehängt – ein wahrer Bericht über die neue Armut in Deutschland Jens König	8
Wie sehen sich die Betroffenen? Subjektives Erleben von Armut – Ausgegrenzt und abgefunden? Liesel Amelingmeyer	10
Welche Ansätze der Gesundheitsförderung sind gefragt? Lieber reich und gesund als arm und krank! Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen? Prof. Dr. Bettina Schmidt	29
Den Dialog suchen – Strukturen aufbauen Das Dormagener Präventionsprogramm zur Frühen Förderung, Minderung und Vermeidung von Kinderarmut Uwe Sandvoss	60
Kontakte	79

Grußwort

Prof. Dr. Monika Bessenrodt-Weberpals
Vizepräsidentin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Herzlich heiße ich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer willkommen zur Fachtagung „Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung? Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien?“

„Wissen fürs Leben“ – das ist das Motto der HAW Hamburg. Sie bietet eine Hochschulausbildung mit hoher Qualität in international ausgerichteter, praxisorientierter Lehre, Forschung und Entwicklung. Hier lernen die Studierenden das, was sie im Beruf brauchen. Das umfasst Praxisphasen der Studierenden wie auch viele Abschlussarbeiten, die in der beruflichen Praxis durchgeführt und betreut werden, sowie Praxissemester für Lehrende und externe Fachleute aus der Praxis als Lehrbeauftragte. Beiräte mit externen Expertinnen und Experten unterstützen zusätzlich den Abgleich der Curricula mit der Praxis. Zum interdisziplinären, ja sogar transdisziplinären, Profil der HAW Hamburg gehört auch, den Studierenden Schlüsselkompetenzen zu vermitteln, die neben persönlichen Kompetenzen auch unternehmerisches Denken umfassen und neben sozialen Kompetenzen auch soziale Verantwortung und Ethik. Fast 12.000 Studierende lernen so an der HAW Hamburg von mehr als 300 Professorinnen und Professoren sowie etwa 300 Lehrbeauftragten in vier Fakultäten. Damit ist die HAW Hamburg die drittgrößte Fachhochschule Deutschlands und die zweitgrößte Hochschule in Hamburg.

Zu unserem Auftrag als Hochschule gehört es auch, ein Forum zu bieten für Diskurse zu dem Thema der Fachtagung und so zu Lösungen von gesellschaftlichen Herausforderungen beizutragen, die langfristig tragen. Dies passt sehr gut zu den Zielsetzungen der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., weswegen wir uns so gern und langjährig mit ihr verknüpfen und Transdisziplinarität leben, die fächerübergreifend die berufliche Praxis mit einbezieht.

Tatsächlich gibt es ja auch spezifische Ähnlichkeiten zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich; in beiden Bereichen werden bildungsferne Schichten schwer erreicht. Aufgabe und Verpflichtung der Bildungseinrichtungen wie der Hochschulen sollte dagegen Bildungsgerechtigkeit sein mit dem Ziel der Chancengerechtigkeit durch Bildung, unabhängig von Herkunft oder Geschlecht. Sozialepidemiologische Studien zeigen, dass guter sozialer Status gemessen an Bildung und Einkommen mit guter Gesundheit korreliert, während umgekehrt geringerer sozialer Status mit schlechterer Gesundheit einhergeht. Oder mit einem Zitat von Hurrelmann und Kolip: „Gesundheit ist in diesem Sinne immer ein Produkt der Lebensgeschichte, Lebenssituation und Lebensweise.“

Dabei ist es mir ein persönliches Anliegen, paradigmatisch auf das Verhältnis von Gesundheit und Geschlecht hinzuweisen. Armut hat ein Geschlecht, denn ab dem Alter von 21 Jahren sind mehr Frauen als Männer auf Sozialhilfe angewiesen. Trotzdem wird die gesundheitliche Versorgung in diesem Feld überwiegend aus männlicher Perspektive angegangen und zuweilen werden die Beobachtungen an Männern schlicht auf Frauen übertragen. Vielleicht liegt das auch an der quasireligiösen Verklärung von Gesundheit, die durch „Halbgötter in Weiß“ repräsentiert wird, sowie an der Unerreichbarkeit des Ziels entsprechend der Definition der WHO von Gesundheit als „völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“.

Die HAG leistet hier einen wichtigen Beitrag, indem sie die Akteurinnen und Akteure intensiv vernetzt und vielerlei Veranstaltungen anbietet. Ich drücke allen Beteiligten meine Anerkennung für das bisher Geleistete aus. Für die Herausforderungen der Zukunft wünsche ich Ihnen Mut, Glück und Erfolg und hier an der HAW Hamburg eine erfolgreiche Tagung.

Grußwort

Prof. Dr. Leonhard Hajen
Vorsitzender der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Sehr geehrter Frau Staatsrätin Kempfert,
sehr geehrte Frau Vizepräsidentin Bessenrodt-Weberpals,
sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte Sie im Namen der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung herzlich zu der heutigen Fachtagung begrüßen.
Unter dem Titel „Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung?“ werden wir uns mit Armut und Gesundheit von Kindern und Familien in Hamburg befassen.
Seit mehreren Jahren beteiligt sich die HAG an dem Bundesprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Der bundesweite Kooperationsverbund wurde 2001 von der BZgA initiiert und wird zurzeit getragen aus einer Zusammenarbeit zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband und den Ersatzkassen VdAK/AEV. Der Kooperation gehören alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände und drei Länderministerien an. Insgesamt sind 50 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten.
Das zentrale Ziel ist die Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Um die Vernetzung auf Ebene der Bundesländer zu unterstützen wurden „Regionale Knoten“ aufgebaut. In der HAG ist seit 2004 diese Koordinierungsstelle angesiedelt. Ein zentraler Schwerpunkt, den sich der Regionale Knoten gesetzt hat, ist die Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.
Zu den zentralen Aufgaben des Regionalen Knotens zählen: Strukturbildung und Vernetzung stärken, Transfer verbessern, Qualitätsentwicklung fördern oder auch Akteure und Öffentlichkeit für das Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sensibilisieren.
In Hamburg wird der Regionale Knoten in diesem Jahr aus Mitteln der BSG und den Hamburger Krankenkassen (GKV) finanziert.

Die heutige Veranstaltung verfolgt die Ziele Begegnungen zu schaffen, den Dialog zwischen den Akteuren zu fördern, die Qualität zu verbessern.
Wir wollen genauer hinschauen, wer sich hinter der Zielgruppe der sozial Benachteiligten verbirgt und wie das Gesundheitsverhalten bzw. -verständnis der Betroffenen von den Lebensverhältnissen geprägt wird.
Wir laden Sie ein gemeinsam zu diskutieren, ob die Forderung nach mehr Eigenverantwortung den Ausgrenzungsprozess von sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien möglicherweise verstärkt und welche Rahmenbedingungen notwendig für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung sind.
Und: wie können wir es verhindern, dass aus Gesundheitsförderung nicht Gesundheitsüberforderung wird?

Ich bedanke mich sehr herzlich bei der HAW für die gelungene Kooperation, bei den Referenten und Referentinnen und den Hamburger Akteuren und Akteurinnen für die Beteiligung an dieser Tagung und wünsche Ihnen allen einen erkenntnisreichen Tag.

Grußwort

Dr. Angelika Kempfert, Staatsrätin der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Sehr geehrter Herr Professor Hajen,
sehr geehrte Frau Professorin Bessenrodt-Weberpals,
sehr geehrte Damen und Herren,

als neue Staatsrätin für die Bereiche Gesundheit, Jugend und Familie freue ich mich, dass die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und die Hochschule für angewandte Wissenschaften mit dieser Veranstaltung ein wichtiges Querschnittsthema in den Fokus stellt.

Wie erreichen wir arme Familien mit unseren vielfältigen Angeboten zur Gesundheitsförderung in dieser Stadt – das ist eine wichtige Fragestellung, die unserer gemeinsamen und besonderen Aufmerksamkeit bedarf.

Werden „arme" Kinder und Familien von der Gesundheit abgehängt? Das war vor fast einem Jahr (26.06.2007) schon einmal das Thema einer Fachtagung der HAG. Und wir wissen, dass es nicht ausreicht, den Begriff „Armut" allein über das Einkommen oder den Bezug von Transferleistungen zu definieren oder mit „krank" gleichzusetzen.

Die gesamte Lebenslage muss betrachtet werden – das heißt neben dem Einkommen auch weitere Indikatoren, die die zur Verfügung stehenden Ressourcen beschreiben. Hierzu gehören unter anderem Bildungsstatus, Zugang zu Informationen, die Einbindung in soziale Unterstützungsnetze und auch die subjektive Einschätzung der Betroffenen selbst. Und gerade zu dem letzten Punkt werden Sie heute Vormittag von Frau Amelingmeyer noch einen Vortrag hören.

Eine erfolgversprechende Gesundheitsförderung muss die Lebenswelten von Familien in schwierigen Lebenslagen kennen und berücksichtigen.
Die Herausforderung ist, Gesundheitsförderung und Prävention in gemeinsamer Verantwortung und im gemeinsamen Handeln in unterschiedlichen Settings wie Stadtteil, Schule und Kita zu verwirklichen. Gesundheitsförderung ist da erfolgreich, wo sie zum einen die Erfahrung und das Engagement der Menschen vor Ort einbezieht und zum anderen, wo sie alltags- und wohnortnahe Strukturen vorfindet, ausbaut und stärkt.

Ein gutes Beispiel sind bereits die vielen Angebote „rund um die Geburt" in Hamburg. Gerade in Regionen mit vielen unterstützungsbedürftigen Familien gibt es zum Beispiel Familienhebammen, das HIPPY-Hausbesuchsprogramm und das Baby-Willkommenspaket um nur einige Projekte zu nennen, um „einen guten Start von Anfang an" zu ermöglichen.

Nach der Geburt kommt (irgendwann) die Kindertagesstätte – und hier hat sich in den letzten Jahren viel getan, wenn ich zum Beispiel an die Einrichtung der Eltern-Kind-Zentren oder die (neue) Früherkennungsuntersuchung bei der Aufnahme in eine Kita denke.

Auch von der neuen Koalition wird die Kindertagesbetreuung als ein zentraler Bestandteil moderner Familien-, Bildungs- und Sozialpolitik gesehen. Die Kita ist ein zentraler Anknüpfungspunkt im Stadtteil für die Integration von Zuwanderern, Elternförderung, Kinderschutz, gesundes Aufwachsen und gesunde Ernährung bis hin zu Frühintervention bei Verhaltens- und Gewaltauffälligkeit. Insbesondere die Lebenswelten Kindertagesstätte und Schule eignen sich, um für Kinder ein gesundheitsförderndes Lebensumfeld zu schaffen.

Aber auch Projekte in den Wohnquartieren sind wichtig, die zum einen für die dort lebenden Familien offen und leicht zugänglich sind und zum anderen auch eine enge Vernetzung zwischen Gesundheitshilfe, Familienförderung und Jugendhilfe hergestellt haben.

Und einen letzten Punkt aus dem Koalitionsvertrag möchte ich zum Abschluss – auch gern als Ausblick – ansprechen. Ob auf Bundesebene ein Präventionsgesetz noch kommen wird, wird von Monat zu Monat unwahrscheinlicher, obwohl von allen das Ziel, die Prävention zu stärken, nicht in Frage gestellt wurde.
Mit einem Pakt für Prävention werden wir der Gesundheit in Hamburg neue Schubkraft verleihen durch eine verbesserte Kooperation, Vernetzung und Bündelung der vorhandenen Kräfte. Das vorrangige Ziel wird es sein, mit den vielen Akteuren ein Rahmenkonzept abzustimmen, sich auf Handlungsschwerpunkte zu verständigen und auch die Wirksamkeit zu überprüfen. Ich denke mir, dass die Förderung von Gesundheitskompetenzen, aber auch Bereiche wie Ernährung und Bewegung zu den Schwerpunkten zählen werden, die durch ein abgestimmtes und zielbezogenes Vorgehen weiter verbessert werden können.

Meine Damen und Herren,
auf Sie wartet nun eine Reihe von Vorträgen, die ich selbst gern gehört hätte. Bitte sehen Sie mir nach, dass ich aufgrund einer Vielzahl von Terminen – gerade zum Beginn der Amtszeit – nur zu den Grußworten bleibe. Ich bedanke mich für Ihr Interesse an dieser Fachtagung und hoffe, dass Sie viele hilfreiche Informationen und nutzbringende Erkenntnisse mitnehmen werden. Unterstützen Sie in Ihren vielen Bereichen weiterhin so engagiert und so kompetent Familien in schwierigen Lebenslagen.

Vielen Dank!

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung? Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien?

Einleitung

Petra Hofrichter und Christiane Deneke

Um ein Anwachsen der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten zu verhindern, wird vielerorts mehr Eigenverantwortung von den Betroffenen gefordert. Eigenverantwortung für Gesundheitshandeln hat jedoch Grenzen, weil Krankheit strukturell ungleich verteilt ist und das Risiko der Überforderung und der weiteren Exklusion von bestimmten Bevölkerungsgruppen besteht.
Auf der Veranstaltung stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Wer sind die armen Bevölkerungsgruppen, wie leben sie und wie schätzen sie ihre Situation ein?
- Was verbirgt sich hinter dem Anspruch an Selbstverantwortung und wie kann der Ausgrenzungsprozess gestoppt werden?
- Welche Ansätze der Armutsprävention und Gesundheitsförderung sind Erfolg versprechend?

„Um zu beurteilen, was ein Leben in und mit Armut bedeutet, müssen wir, die davon nicht direkt betroffen sind, unseren Standort verlassen. Wer von der Mitte aus die Probleme anderer betrachtet, sieht nicht dasselbe, wie jemand, der vom sozialen Rand aus die Gesellschaft mit all ihren Anforderungen und Angeboten betrachtet.“. Mit einer Lesung aus seinem preisgekrönten Buch „Einfach abgehängt? Ein wahrer Bericht über die neue Armut in Deutschland“ nimmt der stern-Journalist Jens König die Teilnehmenden mit auf eine Reise zu Menschen, die am Randes der Gesellschaft leben oder mit diesen arbeiten. Jens König klagt an, dass die Gesellschaft immer stärker den Kontakt zu den Betroffenen verliert – und somit die Gefahr wächst, dass Unterstützungsangebote an den Bedürfnissen und Lebenslagen der Betroffenen vorbei zielen.

Wie lässt sich die Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Prozessen gerechter gestalten? Die Ergebnisse der gleichnamigen Studie stellt Liesel Amelingmeyer vor. In einem der ärmsten Stadtteile Hamburgs wurden neun Gruppendiskussionen mit Betroffenen (ältere und junge Menschen mit geringem Einkommen, Jugendliche, Langzeitarbeitslose mit einem 1-Euro-Job oder Arbeitnehmer/innen, deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt) durchgeführt.
Die Analyse der Gruppengespräche macht deutlich: die Überflüssigen, Unbrauchbaren und Nichtintegrierbaren werden in ihrer Wahrnehmung versorgt – und entsorgt.
Liesel Amelingmeyer stellt die durchaus strittige These auf, dass die Strategien, die Betroffenen helfen, ihre Situation zu bewältigen, jedoch zugleich auch ihre Ausgrenzung verstärken. Die Realisierung von gerechter Teilhabe stellt nicht nur hohe Anforderungen an die Betroffenen sondern auch an die Akteure im System. Sie fordert von den Professionellen einen anderen Umgang mit den armen Bevölkerungsgruppen (im Sinne von Coaching und Profiling), denn „Armut nimmt gefangen, raubt Perspektiven – die Gemeinschaft der Armen tut das auch“.

Prof. Bettina Schmidt lenkt mit ihrem Beitrag „Lieber reich und gesund als arm und krank: die schöne gesunde Welt nur für Siegertypen?“ den Blick auf die Frage der Machtungleichheit bei der Definition von Gesundheit und Handeln und der gesundheitlichen Leistungen.
„Wer die Macht hat und die Lösungswege bestimmt, macht Lösungen, die ihm gefallen“, stellt sie provokativ in den Raum und ergänzt mit einem Zitat von dem Soziologen Eckart Pankoke „Die Gebildeten bilden die Welt nach ihrem Bild“.
Gesundheit ist stärker von der Lebenslage abhängig als von dem Lebensstil – die einseitige Forderung nach mehr eigenverantwortlichem gesundheitsbewussten Handeln führt zu einer Stigmatisierung und befördert den Ausgrenzungsprozess. Schmidt plädiert für einen systemisch orientierten

Lösungsansatz, in dem Sozialverantwortung und die Eigenmächtigkeit die Basis bilden. Ein systemisches Fehler- und Risikomanagement – ohne individualisierte Fehlerzuständigkeiten und Sanktionen für Schwächen- würde das Gesamtsystem optimieren und Verantwortung sozialisieren.

Nach der Theorie folgt die Praxis, und hier präsentiert Uwe Sandvoss, Präventionsbeauftragter der Stadt Dormagen das „Dormagener Präventionsprogramm zur Frühen Förderung, Minderung und Vermeidung von Kinderarmut".
Kindeswohl-Elternwohl-Gemeinwohl sind nicht voneinander zu trennen; Basis für eine gelingende Armutsprävention und Gesundheitsförderung ist ein aufeinander abgestimmtes lückenloses Unterstützungsnetz, an dem alle knüpfen. Dieses lokale Netz ist nur durch einen intensiven Dialog aufzubauen und zieht eine radikale Strukturveränderung mit sich. „Nicht übereinander reden, sondern miteinander, um gemeinsam ohne Schuldzuweisungen die Dinge zu verändern", ist das Leitmotiv dieses beeindruckenden Prozesses. In Dormagen ist es, unter der Leitung von Herrn Sandvoss, gelungen, eine Präventionskette aufzubauen, welche entscheidend dazu beiträgt die Armut von Kindern (und ihren Familien) in der Kommune sektorenübergreifend zu thematisieren und erfolgreich zu bekämpfen.

Die abschließende Podiumsrunde richtet den Blick auf die Hamburger Strukturen. Dr. Klaus-Jürgen Harloff, niedergelassener Mediziner aus Wilhelmsburg, Mirjam Hartmann, Familienprojekt ADEBAR, Dr. Jens Jarke (BSG), Christiane Deneke (HAW), Petra Hofrichter (Regionaler Knoten, HAG) und Bettina Schmidt (FH Bochum) diskutieren über die Möglichkeiten und Hemmnisse einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung. Sie vertreten gemeinsam den Standpunkt: Um die Gesundheit von armen Bevölkerungsgruppen zu fördern, müssen zu allererst mehr Begegnungen und Dialoge geschaffen werden – Armutsprävention und Gesundheitsförderung müssen als Querschnittsaufgabe in allen Lebens und Politikbereichen berücksichtigt werden.

Die Tagung bildet den Auftakt einer Veranstaltungsreihe: Einmal im Jahr werden HAG und HAW zu Tagungen einladen, um gemeinsam den Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik zu fördern und neue Erkenntnisse im Handlungsfeld Förderung der Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten zu diskutieren. Ziel ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu unterstützen und die Qualität der Arbeit zu verbessern.

Über wen sprechen wir, wenn wir von Armut reden?
Einfach abgehängt – ein wahrer Bericht über die neue Armut in Deutschland

Jens König

Es ist fast unmöglich, in diesem Land über Armut zu reden. Man wird ständig genötigt zu betonen, dass Deutschland reich ist. Als wäre das Problem der Armut dadurch gelöst. Dabei wird es nur komplizierter. Das wird relativiert, bis es so klein ist, dass man es nicht mehr erkennen kann.
Ja, Deutschland ist ein sehr reiches Land, immer noch. Darf es deswegen keine Armen geben? In Deutschland gibt es Langzeitarbeitslose, Opfer der Deindustrialisierung und Hartz IV-Empfänger. Erwerbsfähige Hilfebedürftige und nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, Menschen aus bildungsfernen Milieus, Menschen mit Migrationshintergrund, Die alte Unterschicht, Die neue Unterschicht. Alles, aber um Himmelswillen keine Armen! Die Begriffe sollen suggerieren, die Gesellschaft habe das Problem im Griff.

In Afrika gebe es Arme, heißt es, aber nicht bei uns. Wir auf unserer Wohlstandsinsel hätten doch gar keinen Begriff mehr von Armut. In Tansania müssten 73 Prozent der Einwohner mit weniger als zwei Dollar täglich auskommen. Im Sudan würden Millionen einfach verhungern. Aber was sagt das schon, außer, dass diese Ungerechtigkeit zum Himmel schreit?

Die Weltbank hat eine internationale Armutsgrenze festgelegt. Als arm gelten demnach alle Personen, die weniger als einen US-Dollar pro Tag für ihr Leben zur Verfügung haben. So unfassbar arm sind über 1,5 Milliarden Menschen, ein Viertel der gesamten Weltbevölkerung.
Muss das ein Maßstab für uns sein? Soll sich eines der reichsten Länder bei der Frage, wie viele Arme es hat und wie es mit ihnen umgeht, ausgerechnet an den ärmsten Gegenden der Welt orientieren? Und warum wird dieser Vergleich gern von denen vorgebracht, die sich Löhne wie in Polen, aber Vorstandsgehälter wie in den USA wünschen?

Wir haben tatsächlich keinen Begriff von Armut in unserem eigenen Land. Wir haben Schwierigkeiten damit, einen Penner, der sich von seiner Sozialhilfe Pornohefte kauft, als arm anzusehen. Wir haben in der Zeitung gelesen, dass all die Hartz IV-Empfänger, die sich Monat für Monat ihr Geld – unser Geld! – vom Staat auszahlen lassen, Handys, riesige Fernseher und DVD-Player besitzen. Wir denken, wenn unser Nachbar seinen Job verliert, ganz schnell daran, dass er ja immerhin sein großes Auto behält und seine Tochter weiter zum Tanzkurs schickt. Wir sind für ein paar Tage alarmiert, wenn eine Hauptschule in Berlin-Neukölln vor ihren Schülern kapituliert, aber dann kleben wir das Etikett „Ghetto“ drauf, rufen nach Werten wie Höflichkeit und Zucht und Ordnung oder wollen die „ausländischen“ Schüler samt ihrer Eltern am besten gleich abschieben.

Und dass es in diesem Land Zehntausende Kinder gibt, die hungern, die Montag für Montag mit Magenknurren in die Kindergärten und Schulen kommen, weil sie zu Hause nicht ausreichend zu essen haben oder niemand sich um sie kümmert, daran glauben wir einfach nicht.
Es gibt ja keine Armen in Deutschland. Und Hunger leiden muss hierzulande schon gar niemand. Der eklatante Mangel an sozialer Empathie ist übrigens nicht neu, und er hat einen Grund. „Wir sind arm an Wissen über Armut“, sagt Heiner Geißler. Diesen Befund erstellte der CDU-Politiker bereits 1976; damals war er Sozialminister in Rheinland-Pfalz.

Unsere Gesellschaft ist, was Armut betrifft, autistisch. Sie interessiert sich, wie viele Autisten, nur für Systeme. Sie diskutiert die „Agenda 2010“, sie predigt den „Umbau des Sozialstaates“, sie wägt den Vorteil von „Teilhabegerechtigkeit“ gegenüber der „Verteilungsgerechtigkeit“ ab, sie kennt tausende Statistiken über die deprimierende Lage auf dem Arbeitsmarkt. Sie spuckt Zahlen, Dia-

gramme und Schaltpläne aus. Sie kann alles abstrahieren. Aber den Kontakt zu denen, die das betrifft, die damit klar kommen müssen, die darunter leiden, diesen Kontakt hat die Gesellschaft verloren. Sie ist unfähig, sich in die Lage armer Menschen hineinzuversetzen oder gar sie zu verstehen. Sie schildert stets eine völlig andere Welt, obwohl doch beide, die Mehrheitsgesellschaft und ihre Armen, in derselben Welt leben.

Das liegt auch daran, dass die Debatten über die Unterschicht von denen geführt werden, die noch nie in ihrem Leben unten waren. Journalisten, die in Talkshows behaupten, das wahre Elend am Rande unserer Gesellschaft sei gar keine Armut im Portemonnaie, sondern eine Armut im Geiste, erhalten allein als Honorar für 45 Minuten im ARD-Presseclub 600 Euro – mehr Geld, als die Menschen über die sie reden, für den ganzen Monat zur Verfügung haben. Aus der Perspektive von oben verschwimmen ganz schnell die feinen Unterschiede, die für viele Menschen im Alltag existentiell sind. In dieser Journalistenwelt sind zehn Euro Praxisgebühr im Quartal kein Problem, mit Verschärfung von Armut haben sie schon gar nichts zu tun.

Um die Frage, was Armut in Deutschland bedeutet, überhaupt debattieren zu können, müssen wir unseren Standort verlassen. Wer von der Mitte aus die Probleme betrachtet, sieht nicht dasselbe wie jemand, der vom sozialen Rand auf die Gesellschaft blickt.
Was die Betroffenen am allerwenigsten benötigen, ist unser Mitleid. Wir können uns von der Armut unter uns weder mit Mitgefühl noch mit Geld freikaufen. Aber genaues Hinsehen könnte helfen, das Problem in seiner ganzen Schärfe erst einmal wahrzunehmen. Dies ist noch kein Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie den Armen geholfen werden kann – aber eine wichtige Voraussetzung dafür. Wir dürfen nicht hinnehmen, dass den Armen die Anerkennung ihrer Bedürftigkeit versagt bleibt, nur weil es am anderen Ende der Welt Menschen gibt, die noch viel weniger haben.

Wir brauchen eine Haltung von Empörung – darüber, dass wir es zulassen, dass Millionen von Menschen in Armut stürzen und kaum Chancen haben, sich daraus befreien zu können. Wer diese Empörung nicht aufbringt, dem sei angesichts von Elend und Ausgrenzung wenigstens Scham zu wünschen. So war übrigens der erste Armutsbericht der Bundesrepublik, vorgelegt im November 1989 vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, überschrieben: „…wessen wir uns schämen müssen in einem reichen Land“.
Stellen wir uns einfach vor, wir sehen unsere Gesellschaft mit den Augen armer Menschen. Schon diese Perspektive enthält einen Maßstab für Gerechtigkeit: Das Ansehen eines Gemeinwesens bemisst sich am Wohl der Schwachen. Ihnen muss die gleiche Würde zuerkannt werden wie den Starken. Erkennen wir uns in diesem Blick wieder?

Der Text ist eine gekürzte Passage aus: „Einfach abgehängt. Ein wahrer Bericht über die neue Armut in Deutschland“. Das Buch von Jens König und Nadja Klinger ist bei Rowohlt.Berlin erschienen. Es wurde mit dem Preis „Das politische Buch 2007“ der Friedrich-Ebert-Stiftung ausgezeichnet.

Wie sehen sich die Betroffenen?

Subjektives Erleben von Armut – Ausgegrenzt und abgefunden?

Liesel Amelingmeyer

Die Studie „Teilhabe von unten“, durchgeführt vom Sozialwissenschaftlichen Institut der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) von Oktober 2006 – Oktober 2007 im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg hat gezeigt, wie stark die Verbindung zwischen den harten Fakten der Armut, wie Arbeitslosigkeit, Benachteiligung, Unterversorgung – und den sog. weichen Faktoren, soziale Bezüge, emotionale Situationen, Überzeugungen, Wertvorstellungen und Träume ist.

Damit stellt sich die Frage nach der Entstehung und Manifestierung von Armut und Ausgrenzung: Wer betreibt die Ausgrenzung? Wer entscheidet darüber, ob jemand „drinnen und draußen“ ist? Wer hat es in der Hand, etwas zum Wohl der Betroffenen zu verändern – und um welchen Preis muss das geschehen? Dabei geht es in der Studie nicht um eine Zuschreibung von Schuld oder Zuständigkeiten, sondern darum, die Dynamik zu erfassen, in der Menschen ausgegrenzt werden und in der sie diese Ausgrenzung kaum noch überwinden können.

Wo die Befragten nicht daran glauben, dass sich ihre Lebenssituation in absehbarer Zeit bessern könnte, kann man beobachten, wie sich in der Kommunikation von Betroffenen untereinander Hoffnungslosigkeit breit macht: „Es gibt keine Arbeit“ oder „Frauen, die Kinder haben, bekommen keine Arbeit“. Dass das Äußere die Ausweglosigkeit ihrer Lage ausdrückt, halten die Betroffenen für selbstverständlich. Dieser geteilte Glaube begrenzt spürbar die Möglichkeiten der Betroffenen auf Veränderung, mindert aber Schuldgefühle und schafft ein ungeahntes Zusammengehörigkeitsgefühl. Schert jemand aus dieser „Glaubens- und Deutungsgemeinschaft“ aus und wagt es, eigene Pläne zu schmieden ist er/sie schnell ein/e „Abtrünnige/r“. In diesem Sinn sorgen die Betroffenen dafür, dass ihr soziales Umfeld ihnen die emotionale Sicherheit schafft, die sie nicht durch eigenes Einkommen erreichen können. Sie sind aus der „Gemeinschaft der Betroffenen“ nicht ausgegrenzt, sehr wohl aber von der Anbindung an Perspektiven durch Bildung und Arbeit. Ihre Strategien der Bewältigung von Armut sind zugleich Strategien der eigenen Ausgrenzung. Der finanzielle Aspekt der Ausgrenzung macht dies besonders deutlich: Die Betroffenen gehen davon aus, auch zukünftig von staatlicher Unterstützung leben zu müssen. Sie halten ihre momentane Bedürftigkeit für unüberwindbar, weshalb die Unterstützung als eine Art „Abfindung“ gilt.

Die Arbeit spielt für die meisten Betroffenen eine zentrale Rolle – wer eine hat, kann es schaffen seine Situation zu verbessern. Eine Berufstätigkeit erfordert eine gewisse Pflege, schafft einen geregelten Tagesablauf und wertvolle neue Kontakte.

Man ist nützlich, schafft etwas Wichtiges und ist darin ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft.

Gesellschaftliche Teilhabe ist letztlich nur durch Arbeit zu erreichen, so die Befragten. Die Arbeit muss auf Dauer angelegt sein. Wer nur zeitlich begrenzt, etwa im Ein-Euro-Job für einige Monate tätig ist, hat zwar das Gefühl kurzfristig „Glück gehabt“ zu haben, entwickelt aber keine neue Einstellung zur Erwerbstätigkeit und einer dem entsprechenden Lebenssituation. Möglicherweise erschweren derartige Hilfen die Teilhabe insofern, als sie die Sichtweise verfestigen, es gebe „in Wirklichkeit“ keine angemessene Arbeit und darum keine echte Chance auf mehr Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen.

Dagegen wirkt eine Mitarbeit offenbar dort für die Teilhabe förderlich, wo sie als ehrenamtliche Arbeit stattfindet und eine Einbindung in ein soziales Netzwerk bedeutet.

Menschen, die Politik, Kultur oder Bildung eher fern stehen, sehen einen Zugang zur Teilhabe durch ihre Kinder. Diese sollen Angebote nutzen und eine gute Ausbildung machen.

Ein weiterer Aspekt der Ausgrenzung wird deutlich im Umgang mit dem eigenen Körper. Frauen wie Männer sind sich einig, dass Armut am eigenen Leib spürbar ist. Der Körper wird zum Tauschgut, d. h. weniger Investitionen in gute Lebensmittel zu verwenden und den Körper zu vernachlässigen, schafft Spielräume und ist letzte Reserve.
In der Studie „**Ausgegrenzt und abgefunden“ Innenansichten der Armut. Eine empirische Studie von Dr. Claudia Schulz** sind alle Ergebnisse dokumentiert.

Wie sehen sich die Betroffenen? Subjektives Erleben von Armut - ausgegrenzt und abgefunden?

Das Forschungsprojekt „Teilhabe von unten" des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD zu den Sichtweisen von in Armut lebenden Menschen in Wilhelmsburg

Oktober 2006 – Oktober 2007

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 1

Der Kontext und „Teilhabe" als Leitfrage

Der Hintergrund der Studie:

Die gesamtgesellschaftliche Diskussion über Armut seit Hartz IV und der damit verbundene innerkirchliche Diskurs mit der Forderung von praktischen Konsequenzen in der **EKD-Denkschrift „Gerechte Teilhabe" aus 2006.**

Lt. Deutschem Institut für Wirtschaftsforschung waren im Jahre 2005 17,4 % der Bevölkerung von Armut betroffen.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 2

Der Kontext und „Teilhabe“ als Leitfrage

Die EKD-Denkschrift beschreibt mangelnde Teilhabechancen und Ausgrenzung als Ursache von Armut in unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens:

- **in ökonomischer Hinsicht** (dauerhafte Transferleistungen)
- **im Feld der sozialen Bezüge** (Isolation, Stigmatisierung, Bildung von Armuts-Milieus)
- **im kulturellen Bereich**
- **im Bildungsbereich**
- **in räumlicher Hinsicht** (Stadtentwicklung, Städtebau)

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 3

Der Kontext und „Teilhabe“ als Leitfrage

Wer gilt als arm?

Armutsgefährdung beginnt für eine/n Alleinstehende/n lt. 2. Nationalen Armuts- und Reichtumsbericht von 2005 bei 938 Euro monatlich.

Als arm gilt, wem als Alleinstehende/r weniger als 60 % des mittl. Nettoeinkommens zur Verfügung steht, was im Jahre 2005 rund 780 Euro monatlich entsprach.

Lt. Deutschem Institut für Wirtschaftsforschung waren im Jahre 2005 17,4 % der Bevölkerung von Armut betroffen.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 4

Teilhabe von unten – Ziel des Forschungsprojektes

Das Forschungsprojekt hat – **am Beispiel der Elbinsel Wilhelmsburg** – nach Ansatzpunkten gesucht, wie sich die Teilhabe von Menschen, die in Armut leben bzw. als einkommensarm gelten, an gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Prozessen stärken lässt.

Der **Focus** lag dabei auf der Erfassung und Deutung der **subjektiven Sichtweisen** der Betroffenen.

Die Erkenntnisse wurden im Prozess von den beteiligten Einrichtungen laufend evaluiert.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 5

Beteiligte Einrichtungen am Forschungsprojekt:

Diakonische Werke im Kirchenkreis Hamburg-Harburg und Hamburg

KDA, Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt sowie dessen Bundesverband der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche

Koordinierungsstelle Bildungsoffensive Elbinseln der IBA Hamburg GmbH (Internationale Bauausstellung 2013)

Sozialwissenschaftliches Institut der EKD (Federführung und Durchführung)

...Auswertung, Begleitung, Organisation von Workshops

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 6

Der „Forschungsstadtteil“ Wilhelmsburg

- fehlende Bildungsabschlüsse
- Arbeitslosigkeit
- räumliche Ausgrenzung
- gleichzeitig ein chancenreicher Stadtteil (Stadtentwicklung)

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 7

Einwohner und Größe

- 48.957 Einwohner (6/2006, IBA Hamburg GmbH, Daten u. Fakten)
- Mit 35,3 Quadratkilometer der größte Hamburger Stadtteil

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 8

Arbeitslosenzahlen

Arbeitslosengeld I: 14,0% (6/2006)
Arbeitslosengeld II: 11,2% (6/2006)
(6/2006, IBA Hamburg GmbH, Daten u. Fakten)

- D.h. rund 25% der 15- bis unter 65-Jährigen sind arbeitslos
- Hinzu kommen die Empfänger von Grundsicherung im Alter, die hier nicht erfasst sind.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer

12

Wilhelmsburger Tafel an 4 Standorten

HH

IBA at WO
IBA meet

...Kinder und Jugendliche

22,6 % unter 18-Jährige

Hamburg insgesamt: 15,9 %

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 21

Ein empirisches Forschungsprojekt...

...befragt wurden **von Armut betroffene Menschen aus verschiedenen Gruppen**: Frauen, Männer, ältere Menschen, seit Generationen Arme, 1-Euro-Jobber, Jugendliche, Migranten, Working Poor

...**Gruppendiskussionen** als Methode

...**mit Leitfaden:** zu Orten, die die Menschen kennen/mögen, was sie am meisten beschäftigt, zur „gefühlten Teilhabe" in Wilhelmsburg, zu „Oben und Unten", zu ihrem eigenen Förderbedarf, zu Wünschen, Träumen, Perspektiven

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 22

Ein empirisches Forschungsprojekt mit dem Ziel...

...subjektives Erleben von Betroffenen wahrzunehmen, Bewältigung von Armut zu erkennen, Ressourcen und Wünsche zu erkennen

...Anregungen und Orientierung für Sozialarbeit, Diakonie und Initiativen zu geben

...qualitative und prozessorientierte Forschung zu sein

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
23

Erkenntnisse bei der Suche nach Teilnehmer/innen...

...**Problem über Armut zu reden**: Das Thema ist selbst für Betroffene nicht interessant; darüber zu reden erscheint nicht sinnvoll: „So ist es nun mal, was soll ich dazu sagen..." „Es gibt die, die das Problem haben und die, die darüber reden!"

...**Problem der Rede über Armut bei Professionellen**: Angst vor Stigmatisierung der Klienten, Strategie einer Kita-Leiterin: nicht mit Eltern über ihre Armut reden, damit Kommunikation nicht abreißt!

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
24

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Der Stellenwert von Arbeit

Arbeit spielt für die meisten Betroffenen eine zentrale Rolle –
ist **der eigentliche Sprung zur Teilhabe:**
Berufstätigkeit erfordert Pflege des eigenen Körpers, einen geregelten Tagesablauf und wertvolle neue Kontakte

Die Arbeit muss auf Dauer angelegt sein.
Beim Ein-Euro-Job verfestigt sich eher die Sichtweise, es gebe „in Wirklichkeit" keine angemessene Arbeit und darum keine echte Chance auf Teilhabe.

Eine ehrenamtliche Mitarbeit wird hingegen als förderlich angesehen:
sie bedeutet Einbindung in ein soziales Netzwerk und Anerkennung.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 25

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Armut am eigenen Leib: Körper, Gesundheit und Leben im öffentlichen Raum

Wem gehört die Stadt? Wer hat worauf ein Recht?

Ältere Frauen:
Wohin mit dem Körper? Der zähe lange Tag, das Problem, nicht schlafen zu können.

Die gebeugte Haltung. „Kleiderbügel fürs Selbstbewusstsein" in den Rücken.
Die Wohnung ist der einzig legitime Raum.

Wenn soziale Kontakte durch ein **Ehrenamt** in einer Hilfseinrichtung zur Verfügung stehen ist das **„Luxus".**

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 26

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Armut am eigenen Leib: Körper, Gesundheit und Leben im öffentlichen Raum

Frauen und Männer bei der Tafel: Armut ist permanent am eigenen Leib spürbar!

Tauschgut Körper: den Körper vernachlässigen schafft Spielräume und neue Handlungsmöglichkeiten, ist letzte Reserve

Nähe zum Tod: verdorbene Lebensmittel („haste was im Bauch"), Tauschmittel Körper: „Siehst Du den König der Löwen, dann gehst Du früher in die Kiste."

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
27

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Wem Bildung nützt – verschiedene Perspektiven

Bildung für sich selbst schätzen nur die, die tatsächlich Chancen sehen, durch Bildung ihre Situation zu verbessern: **Mädchen im Jugendhaus, Männer in der Moschee,** die Aufstiegsmöglichkeiten im Job für möglich halten

Andere erwarten diese **Chancen (nur) für ihre Kinder**: Hoher, aber leider nur indirekter Nutzen.

Ein „Working-Poor" beschreibt, dass seinem Sohn – trotz guter Qualifizierung – nur Zeitarbeit bleibt... Bildung lohnt sich aus seiner Sicht nicht in jedem Fall.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
28

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Perspektiven und Träume: Wenn das Wunder passiert...

Working Poor und Andere: Es ist gefährlich zu träumen!

Perspektiven reichen nur bis zum nächsten Problem (keine Schulden mehr!).

„männliche" Perspektive: Ein-Euro-Jobber erträumen sich als Wunder den Helferposten in der dritten Welt: „Da kann ich so richtig was reißen."

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
29

Ergebnisse der Gruppendiskussionen...

Wer ist arm? Wer / was macht arm?

Junge Männer:
Hauptschulabschluss, keine Ausbildung – fühlen sich aber nicht arm (Vergleichsgröße Türkei; „Man muss eben arbeiten")

Frauen, die schon lange in Armut leben:
„Mantra" der Hoffnungslosigkeit: „Es gibt keine Arbeit. Mit Kindern hast Du keine Chance."
ALG II als „Abfindung": Ansprüche sind abgegolten.
Die Frauen stabilisieren sich in der Gruppe, stabilisieren sich dabei auch in ihrer Armut.

Fallbeispiel: eine Frau, die noch Chancen sieht, wird von der Gruppe in die Schranken gewiesen: Die Gruppe duldet nicht, dass eine von ihnen Perspektiven entwickelt.

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer
30

Schlussfolgerungen, Deutungen und Fragen...

Ressourcen der Teilnehmer/innen: Fähigkeit zur Bewältigung, hohes Engagement, Solidarität, Liebe zum Stadtteil

Teilhabewünsche: Räume, sinnvolle Mitarbeit, Status / Funktionen, Teilhabe an „offizieller populärer" Kultur

Frage:
Wie können Betroffene unterstützt werden, ohne dass sie zugleich in ihrer Denkwelt gefangen bleiben und auf Dauer „abgefunden" werden?

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 31

Schlussfolgerungen, Deutungen und Fragen...

Armut nimmt gefangen,
raubt Perspektiven – die Gemeinschaft der Armen tut es auch.

Ursache und Wirkung von Armut und Arbeitslosigkeit ist oft nicht voneinander zu unterscheiden (Beispiel Arbeitssuchende)

Frage: **Was hilft den Betroffenen wirklich?**

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 32

Möglichkeiten der Verbesserung von Teilhabechancen

Ideen und Impulse...

...Räume für Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellen

...Netzwerk und Börse für Angebote sein (auch für solche, die man nicht selbst durchführt)

...Umwandlung von „Ein-Euro-Jobs" in sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze

...Charity-Veranstaltungen bspw. für Fahrten zum. „König der Löwen", in die Oper, ins Theater organisieren: Wertschätzung über Teilhabe an populärer Kultur

...ein Ort für „geteilte Wirklichkeit" werden, z.B. Veranstaltungen zu aktuellen Themen und Anliegen im Stadtteil durchführen

...Beratung als Coaching, Profiling und Feedback

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 33

In der Studie
„Ausgegrenzt und abgefunden"
Innenansichten der Armut. Eine empirische Studie
von Dr. Claudia Schulz

erschienen in:
Protestantische Impulse für Gesellschaft und Kirche, Band 6
Sozialwissenschaftliches Institut der Evangelischen Kirche Deutschlands, LIT Verlag
Herausgegeben von Prof.Dr.Gerhard Wegner

sind alle Ergebnisse dokumentiert.

SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT
der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD

5.Juni 2008, HAG-HAW Fachtagung
Hamburg - Liesel Amelingmeyer 34

Welche Ansätze der Gesundheitsförderung sind gefragt?

Lieber reich und gesund als arm und krank! Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

Prof. Dr. Bettina Schmidt

Soziale Ungleichheit = gesundheitliche Ungleichheit

Aufgrund der aktuell herrschenden Gesundheitslehre, der zufolge Gesundheit vor allem abhängt vom individuellen Gesundheitsverhalten, wird heute kaum noch die Frage gestellt, ob jeder Mensch eigenverantwortlich zuständig sein kann für seine Gesundheit. Zwar sind sich alle einig, dass bestimmte Personengruppen (z. B. psychisch Kranke, körperlich Behinderte etc.) nicht über optimale Gesundheitschancen verfügen, doch alle übrigen Menschen können anscheinend ihre Gesundheit in Eigenleistung herstellen. In Vergessenheit gerieten neben Glück und Zufall auch die strukturellen Lebensbedingungen, die sowohl das Gesundheitsverhalten als auch den Gesundheitszustand von Menschen zentral mitbestimmen (Cockerham et al., 2006).

Der individuelle Gesundheitszustand ist nicht linear abhängig vom individuell gezeigten Gesundheitsverhalten, sondern von sozialer Benachteiligung (z. B. Acheson, 1998; Marmot, 2006; WHO, 2005). Die größten gesundheitlichen Belastungen häufen sich systematisch in den benachteiligsten sozialen Schichten (RKI, 2005a). Alle Menschen, die von unterdurchschnittlichen sozialen Chancen im Hinblick auf ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital betroffen sind, weisen gleichzeitig unterdurchschnittliche Gesundheitschancen auf. Es beginnt beim unzureichenden ökonomischen Kapital: Je niedriger das Einkommen, desto geringer sind die Lebenserwartung und die Lebensqualität (Lampert & Kroll, 2006). Häufig ist geringes ökonomisches Kapital mit geringem Bildungskapital, Sozialkapital, Kulturkapital vergesellschaftet. In Kombination mit unzureichendem Fachwissen, fehlenden Verhaltenskompetenzen, mangelhaften sozialen Netzwerken, wenig frei verfügbarer Zeit, ungesunden Arbeits- und Wohnbedingungen, mangelhafter gesundheitlicher Versorgung etc. mündet dieses Konglomerat aus sozialer in gesundheitliche Ungleichheit (Mielck, 2000, 2005).

Schon einfache Trendanalysen zur allgemeinen Sterblichkeit und Lebenserwartung zeigen, dass die beständigen Zuwächse in der Lebenserwartung in höheren sozialen Schichten größer (doppelt so hoch bei Männern, etwas weniger deutlich bei den Frauen) sind als in niedrigen (Tempel, 2006). Neben den klassischen physischen, sind auch die psychischen Belastungen sozial ungleich verteilt, z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, die die Gesundheit beeinträchtigt (Jungbauer-Gans, 2006). Auch bei der gesundheitlichen Versorgung wird soziale Ungleichheit manifest und befördert gesundheitliche Ungleichheit. Menschen aus niedrigen sozialen Schichten weisen kürzere Konsultationen auf, erhalten weniger und ungeeignete Informationen, werden bei Bedarf seltener zum Facharzt überwiesen etc. (O'Reilly et al., 2006). Diese Tatsachen sind in der Regel nicht auf absichtliche und zielgerichtete Benachteiligung zurückzuführen, sondern geschehen größtenteils vorbewusst und resultieren beispielsweise aus der Tatsache, dass Menschen aus niedrigen Sozialschichten von Ärzten/innen für weniger kompetent, selbstkontrolliert, intelligent und vernünftig gehalten werden. Entsprechend sinkt die Qualität der Versorgung.

Insgesamt sind also trotz größtem Bedarf die sozial benachteiligten Individuen und Gruppen überdurchschnittlich betroffen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, sie profitieren entsprechend am wenigsten von Befähigungsprogrammen zur Gesundheitsförderung bzw. von Behandlungsmaßnahmen zur Krankheitsbewältigung (z. B. Bauer, 2005; Mielck, 2005). Das Health Capital (beschreibt die gesundheitsbezogenen Ressourcen, die verfügbar sind, um das eigene Gesundheitspotenzial zu entfalten; Jungbauer-Gans, 2006) folgt dem sozialen Gradienten über die gesamte Lebensspanne. Nicht nur die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen zu beginnen, auch die Wahr-

scheinlichkeit, das Rauchen wieder aufzugeben, ist ungleich verteilt, und wie Braun et al. (1998) es prägnant formulieren: „Der reiche Raucher lebt länger als der arme“ (S. 130), weil gesundheitsriskante Lebensverhältnisse (z. B. Wohnen an einer Straße mit hohem Verkehrsaufkommen und hoher Abgaslast) zusätzlich wirksam sind. Auch für Gesundheit gilt das Matthäusprinzip: Wer hat, dem wird gegeben; oder negativ ausgedrückt das „Präventionsdilemma“ (Bauer, 2005): Wer nicht hat, der kann auch nicht und kriegt auch nicht.

Ob die Förderung von und die Forderung nach individuellem und eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten eine sinnvolle Strategie zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit darstellt, ist fraglich, insbesondere da gesundheitliche Benachteiligung kein Problem absoluter, sondern relativer Deprivation ist (Wilkinson, 1997). In Deutschland wächst seit Jahren die soziale Ungleichheit (Andreß & Kronauer, 2006), und im Zuge dessen wird auch die gesundheitliche Ungleichheit weiter wachsen (Jungbauer-Gans, 2006).

Soziale Ungleichheit = (Definitions)Machtungleichheit

Gesundheit lässt sich nicht für alle gleich gut in Eigenleistung herstellen, sowohl weil die Startchancen für Gesundheit ungleich verteilt sind, aber auch weil soziale Benachteiligungen während der gesamten Lebensspanne fortdauern. Von diesen Tatsachen völlig unbeeindruckt zielt die aktuelle Gesundheitspolitik darauf ab, den Einzelnen zu energischem Gesundheitsverhalten zu aktivieren. Ziel der modernen Gesundheitskampagnen ist es, Menschen zum Nichtrauchen, zu sportlicher Aktivität, zu maßvoller Nahrungsaufnahme, zu Stressbewältigung etc. anzuregen.

Doch solche am Individuum angesiedelten verhaltensorientierten Schulungsprogramme werden, wenn überhaupt, vor allem in den privilegierten und ohnehin gesunden Bevölkerungsgruppen messbare Wirkung entfalten. In den unterprivilegierten Schichten ist die Wirksamkeit mehr als zweifelhaft. Eine steigende Spreizung des Gesundheitszustandes zwischen bevorzugten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist die Folge (Greenhalgh & Wesseley, 2004).

Und die Ungleichheit wird auch dann wachsen, wenn spezielle, positiv diskriminierende Gesundheitsangebote (z. B. Ernährungskurse an Brennpunkthauptschulen) implementiert werden: Auch solche vermeintlich teilhabegerechten Programme basieren auf Konstruktionen der gebildeten Mittelschicht, die in niedrigen Sozialschichten in der Regel kaum passgenau wirken können. Die zentrale Schwäche solcher Programme liegt in der fundamentalen Fehleinschätzung, dass diese Programme universell gültige Gesundheitsregeln propagieren, z. B. „Gemeinsame Mahlzeiten zelebrieren“[1] (aus der AOK-stern-Initiative „Gesunde Kinder – Gesunde Zukunft“). Unhinterfragt bleibt dabei, wer eigentlich entscheidet, welche die scheinbar universell gültigen Gesundheitsregeln sind, die es wert sind, öffentlich propagiert und öffentlich finanziert zu werden.

Zunächst gilt die Unschuldsvermutung: Es sind natürlich die wichtigsten, die wissenschaftlich am besten belegten Gesundheitsregegeln, die im Rahmen von Gesundheitsförderungskampagnen propagiert werden! Nur ein Beispiel soll genügen, um an der Unschuldsvermutung zu rütteln: Die Fähigkeit zur Abstinenz von illegalen Drogen gehört unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nicht zu den vordringlichsten Gesundheitsleistungen, trotzdem setzen zahlreiche kostenintensive Befähigungsprogramme auf ein Leben ohne Drogen – obwohl ein Leben ohne Auto (sowohl aus Bewegungs- als auch aus Umweltschutzgründen) mit Sicherheit nicht minder gesundheitsförderlich wäre. Das heißt: Die Gesundheitsthemen, die in den öffentlichen Befähigungskampagnen im Fokus stehen, sind nicht zwingend die Themen, die den größten gesundheitlichen Nutzen aufweisen, sondern häufig jene, die von den meinungsführenden gesellschaftlichen Eliten zur dringlichsten, zur Chef-Sache, erklärt wurden.

[1] Das Wort „zelebrieren“ enthüllt in anschaulicher Weise den Mittelschicht-Charakter dieser Empfehlung. Zu finden unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/gug_spezial_0607_gkgz_s.pdf

Ungleiche Macht bei der Definition von Leistung

Dass die Eliten einer Gesellschaft als gesünder gelten können, liegt einerseits daran, dass sie über überdurchschnittliches ökonomisches, soziales, kulturelles und Gesundheitskapital verfügen, um gesundes Leben zu realisieren. Es liegt andererseits auch daran, dass die Eliten über maßgebliche Definitionsmacht verfügen (Neckel & Dröge, 2002). Sie bestimmen, welche Faktoren als gesundheitsrelevant gelten sollen, da im Grunde alles gesundheitsrelevant sein kann: Essen und Trinken, Reden und Schweigen, Lust und Frust – all das kann gesundheitsriskant sein, d. h. nicht nur das Rauchen und das Übergewicht, „ebenso unglücklich zu sein, oder schwul, Allergiker oder Ausländer" (Bertrand & Kuhlmann, 1995, S. 51f). Welche Faktoren gesellschaftlich für akzeptabel oder für abweichend gehalten werden, hängt also ab von den gesellschaftlich durchgesetzten Deutungsmustern. Gegenwärtig gilt Lesen als gesundheitsverträglich, das gleichermaßen bewegungsarme Fernsehen hingegen steht am Gesundheitspranger.

„Die Gebildeten bilden sich die Welt nach ihrem Bild" formuliert Pankoke (2006, S. 88). Eliten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik verfügen über die Definitionsmacht darüber, was als Leistung zu gelten hat (derzeit z.B. aktive Sportlichkeit) und was als persönliche Fehlleistung (z. B. passive Muße). Diese Definitionsmacht bezüglich Leistung ist von außerordentlicher Relevanz, denn wer in einer Gesellschaft über die Macht verfügt, Leistung und daraus abgeleitet Leistungsfähigkeit und Leistungswilligkeit zu definieren, entscheidet damit auch über die gesellschaftliche Machtverteilung in dieser Gesellschaft. Das Leistungsprinzip (wer viel leistet, bekommt viele Gegenleistungen) gilt neben dem Gerechtigkeits- und dem Sicherheitsprinzip in modernen Gesellschaften als zentrale Legitimierungsgrundlage für gesellschaftliche Hierarchie und soziale Herrschaft (Neckel & Dröge, 2002).

Dem Leistungsprinzip liegt die Vorstellung zugrunde, dass Leistungserbringung die Ursache für Leistungsbelohnung (etwa Wohlstand und Wohlbefinden) darstellt, obwohl Wohlstand und Wohlbefinden oft genug genau umgekehrt die Ursache und notwendige Bedingung für produktive Leistungserbringung darstellen. Auch bleibt unberücksichtigt, dass Leistung oftmals das ist, was als Leistung definiert wird. Um Leistungen zu erbringen, reicht es dann folglich nicht aus, grundlegende, gleiche Leistungschancen zu besitzen. Erforderlich ist darüber hinaus, grundlegende, gleiche Machtchancen zu besitzen, im Hinblick auf die Festlegung dessen, was als Leistung gelten soll (Forst, 2005).

Ungleiche Macht bei der Definition von Gesundheitsleistung

Das Leistungsprinzip hat nicht nur Einzug in den Arbeitsmarkt und den Bildungssektor gehalten, auch im Gesundheitswesen wird der Leistungsgedanke zunehmend populär – beispielsweise wenn die Teilnahme an Schulungsprogrammen der Krankenversicherung durch Prämien honoriert wird. Es ist natürlich ziemlich einfach, sich gemäß den gültigen Gesundheitsstandards zu verhalten, wenn man über die Macht verfügt, zu bestimmen, welches die zentralen Gesundheitsstandards sein sollen. Schulungsprogramme sind – zumindest in der Klasse der gebildeten Gesundheitsprofis – recht populär, ob Schulungsprogramme allerdings für alle Sozialschichten gleichermaßen populär sind – und entsprechend wirksam, ist zumindest fraglich.
Welche Interventionen besonders nützlich sind, ist bislang relativ umstritten bzw. ungeklärt, in zahlreichen Feldern sind widerspruchsfreie Kenntnisse darüber, was nun wirklich gesundheitsförderlich, gesundheitsriskant und ohne Gesundheitsrelevanz ist, nicht verfügbar. Das ist nicht verwunderlich, basiert doch gesundheitswissenschaftliche Forschung vornehmlich auf Wahrscheinlichkeitsrechnungen und mathematische Schätzverfahren (Atteslander, 2000). Beim Tabakkonsum sind die Gesundheitsrisiken gründlich belegt, doch bereits für den Alkoholkonsum ist die Faktenlage (abgesehen von drastischem Missbrauch) weit weniger eindeutig im Hinblick darauf, ob und wie viel und welche Art von Alkohol für welche Personen unter welchen Bedingungen Schaden oder Nutzen oder Nichts stiftet (Room et al., 2005). Auch bei anderen Klassiker-Themen wie dem Übergewicht (nicht Adipositas; Saguy & Riley, 2005) bestehen zahlreiche Wissenslücken, ver-

gleichbare Ungewissheit besteht im Hinblick auf den Nutzen medizinischer Diagnostik z. B. bei Knochendichtemessungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder der Diagnose des metabolischen Syndroms (Moynihan et al., 2002; Stiftung Warentest, 2005; Niewöhner, 2008).

Wer unter diesen Ungewissheitsbedingungen bestimmen darf, welche Angelegenheiten als gesundheitsrelevant gelten und zu gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit gelangen sollen, verfügt über die Macht zur Konstruktion von Wirklichkeit (je nach Bundesland variiert die Definition einer „geringen Menge Cannabis" zwischen 1 und 30 Gramm). Es wäre nicht verwunderlich, wenn Entscheidungsträger Gesundheitsprogramme desto eher propagieren, desto günstiger diese für die eigene Kosten-Nutzen-Bilanz sind. Dies erklärt beispielsweise, warum die Strategien zur Entlastung der Krankenkassenbeiträge weniger auf die Abschaffung der privaten, zugunsten einer allgemeinen Bürgerversicherung setzen, sondern auf die Selbstfinanzierung von behandlungsbedürftigen Piercing-Folgen. Bereits hingewiesen wurde auf den Doppelstandard der Bewertung von bewegungsarmem Fernsehen und Lesen. Gleiches gilt für das potenziell Gehör schädigende, laute Musikhören, vergleichbare Kampagnen gegen das potenziell Augen schädigende Viel-Lesen sind nicht bekannt. Ebenfalls wird nicht versucht, Arbeitgeber davon abzuhalten, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen zu beschäftigen, obwohl prekär beschäftigte Menschen großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (Ferrie, 2006). Auch „von gesundheitspolitisch motivierten Kampagnen zur Arbeitszeitverkürzung wegen ‚zu viel gesundheitsschädlicher Arbeit' ist … nichts zu vernehmen – das Gegenteil wird dafür umso vehementer eingefordert, womit sich die Sorge um die Volksgesundheit als sehr selektive Angelegenheit darstellt" (Buestrich, 2007, S. 131).

Es ist also eindeutig nicht allein gesundheitswissenschaftlicher Evidenz geschuldet, welche Gesundheitsthemen in den Blickpunkt der Gesundheitsförderer geraten. Diese Entscheidungen werden auch nach Maßgabe politischer und kultureller Prioritätensetzungen getroffen. Rational autorisierte Akteure treten in die Öffentlichkeit, die „einen Zustand als präventionswürdig typisieren und damit eine Entscheidung treffen, welche Lebensäußerungen, -weisen und -lagen nicht mehr zu dulden sind" (Ziegeler, 2005, S. 60). Dadurch findet eine unmerkliche Selektion statt, die dazu führt, dass manche Lebensweisen und Lebensstile beforscht und bearbeitet werden; andere wiederum gelangen nicht in die Aufmerksamkeit von Wissenschaft, Praxis und Politik. Die zugrunde liegenden „Wahrnehmungs- und Entscheidungslogiken in Politik und Öffentlichkeit [gehorchen dabei] nur sehr bedingt dem Prinzip der Minimierung von Unwissenheit" (Schmacke, 2007, S. 65).

Ist es also nicht die reine gesundheitswissenschaftliche Notwendigkeit, dass gegenwärtig beispielsweise das Übergewicht oder das Rauchen zu den zentralen Gesundheitsrisiken aufgestiegen sind; Verhaltensweisen, die insbesondere in den sozial benachteiligten Schichten überzufällig häufig auftreten? Es liegt nahe zu glauben: nein – und dahinter definitorische Machtsetzungen zu vermuten. Anzunehmen ist:

a) dass riskante Lebensweisen, die in den niedrigen sozialen Schichten weit verbreitet sind, mit öffentlicher Aufmerksamkeit bedacht werden (z. B. Bewegungsmangel);
b) dass riskante Verhaltensweisen, die in allen Schichten weit verbreitet sind, negativ assoziiert werden mit niedriger Sozialschicht (z. B. übermäßiger Alkoholkonsum);
c) dass riskante Lebensweisen, die in den hohen sozialen Schichten weit verbreitet sind, eher im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Potenziale betrachtet werden (z. B. berufliches Engagement im Hinblick auf die psychische Gesundheit) und negative Folgen vernachlässigt werden (z. B. mobilitätsverursachte Schwächung des sozialen Netzwerks);
d) dass gesundheitsriskante Lebensweisen, die vornehmlich strukturell bestimmt sind, individualisiert werden (z.B. Stress am prekären Arbeitsplatz);
e) dass Gesundheit als das definiert wird, was die Definitionsmächtigen für Gesundheit halten (z. B. belastbare Fitness statt entschleunigende Bedächtigkeit).

Erschwerend kommt hinzu, dass heutzutage Leistung vor allem am Ergebnis bzw. Erfolg und nicht mehr am Aufwand gemessen wird. Sowohl bei der Erbringung einer Leistung (heute gesund essen,

um morgen gesund zu bleiben) als auch bei der Beurteilung einer Leistung (heute gesund sein, offenbar gestern gesund gegessen) dient die Zukunft als Erfolgsmaßstab. Eine solche ergebnisorientierte Erfolgshonorierung erlaubt es kaum noch, auch die Gegenwart in den Blick zu nehmen, denn gemäß des ergebnisorientierten Erfolgsverständnisses von Leistung kann eine Gesundheitsleistung erst dann als Gewinn realisiert werden, wenn das Ergebnis bestätigt ist, beispielsweise ein Herzinfarkt tatsächlich verhindert wurde. Sobald jedoch ein Krankheitsereignis auftritt, werden alle bisherigen Gesundheitsanstrengungen (stets gesund gegessen, ausreichend bewegt, Stress vermieden) bedeutungslos, und die Aufmerksamkeit richtet sich nur noch darauf, was vielleicht doch unterlassen wurde (Glißmann, 2005). Jeder, der schon einmal eine Erkältung hatte, kann das bestätigen: Heute wird man im Krankheitsfall üblicherweise von unzähligen gut meinenden Menschen dazu befragt oder darüber belehrt, dass man im Vorfeld gegebenenfalls zu dick oder zu dünn angezogen war, sich zu viel oder zu wenig unter Menschen aufgehalten hat, zu selten oder zu häufig Frischluft genossen hat, zu wenig oder zu viel Sport betrieben hat etc. Ein mitfühlendes „Du Armer, shit happens“ ist in der eigenverantwortlichen, verantwortungszuweisenden Gesundheitsgesellschaft zur Seltenheit geworden.

Es bleibt die Frage, was unter der Maßgabe ergebnisorientierten Erfolgs als gesundheitliche Leistung zu bewerten und zu honorieren ist? Wenn jemand im Alter von 100 Jahren gesund gestorben ist? Bis zum Ende muss offen bleiben, ob die im Lebensverlauf erbrachten Gesundheitsleistungen unzureichend, ausreichend, hinreichend, abweichend oder überreichlich (die neue Krankheit „Gesundheitswahn“) für einen wie auch immer definierten finalen Erfolg waren. Voswinkel (2002, S. 86) verweist auf die daraus resultierende Tautologie: „Wer Erfolg hat, hat ihn verdient“. Wer zu Wohlstand gelangt ist, hat offenbar die richtigen Leistungen erbracht, wer nicht, der nicht. Das Prinzip gilt für die Gesundheit in gleicher Weise. Wer es zu Wohlbefinden gebracht hat, hat offenbar die richtigen Gesundheitsleistungen erbracht. Gesund ist der, der sich seine Gesundheit verdient hat, wer krank ist, hat auch dies verdient. Krankheit ist selbst- oder zumindest mitverschuldet, denn wer nicht gesund ist, dem lässt sich immer nachweisen, dass er sich in der Vergangenheit unter-, über-, fehlversorgt hat.

Eine solche retrospektive Verantwortungszuweisung für Krankheit funktioniert immer, denn für nahezu jedes Erkrankungsereignis gibt es mindestens ein Versäumnis, für das man den Erkrankten zur Verantwortung ziehen kann – auch für den unverschuldeten Unfall, den man dennoch vermutlich hätte abwehren können, wäre man ausgeschlafen oder nicht gestresst gewesen. In der gegenwärtigen Kultur der Eigenverantwortung wird die Zuständigkeit für Krankheit immer deutlicher dem Einzelnen zugewiesen, der gleichsam immer weniger solidarische („Keine Solidarleistungen für selbstverschuldete Krankheit“) Absicherung durch das Versicherungssystem erhält (Günther, 2006). Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen bei Krankheit wird zunehmend an die (aussichtslose) individuelle Beweisführung gekoppelt, sich in der Vergangenheit stets hinreichend um die eigene Gesundheit bemüht zu haben.
Konsequent zu Ende gedacht, wird damit der Weg frei für die Abschaffung des Gesundheitswesens, da nur die Gesunden („Leistungsträger“) zur Inanspruchnahme von Leistungen, die sie nicht benötigen, berechtigt sind, wohingegen die Kranken („Leistungsverweigerer“) Leistungen zwar benötigen, aber nicht berechtigt sind, sie in Anspruch zu nehmen.

Für jedes Problem gibt es Lösungen, …

Ein Leben lang die eigene Gesundheit fördern wird zur ersten Forderung moderner Gesundheitspolitik. Die zugrunde liegende, seit der Agenda 2010 beliebte Politik-Strategie des „Fördern und Fordern“ hat längst Eingang in das Gesundheitswesen gefunden: Alle Menschen sollen in größtmöglichem Maße befähigt und bepflichtet werden, gesundheitliche Risiken einerseits auf das Minimum zu beschränken und andererseits die Selbstversorgungs-Kompetenzen auf das Maximum auszudehnen.
Die Gesundheit zu fördern und zu fordern verläuft als Zweistufenplan: Im ersten Schritt werden

individuelle Kompetenzen im Hinblick auf das persönliche Gesundheitsverhalten gefördert. Wenn dies nicht ausreicht, um bei möglichst allen Menschen ein Höchstmaß an Gesundheitsverhalten, Gesundheit und Kostenersparnis zu erzielen, muss im zweiten Schritt unwilligen Gesunden oder unfähigen Kranken mit Sanktionen begegnet werden.

Die Formulierung vom Fördern und Fordern eignet sich offenbar ideal, um Rechte und Pflichten zu einem Paar zu bündeln, ohne eindeutig zu bestimmen, welche Balance zwischen diesen beiden Strategien angestrebt wird. Gegenwärtig wiegt die Waagschale des Forderns eindeutig schwerer als die des Förderns, die Mitwirkungspflichten sind deutlich ausgeprägter als die Mitwirkungsrechte (Bothfeld et al., 2004).
Rechte werden nur noch dann gewährt, wenn vorgegebene Pflichten vorschriftsmäßig erfüllt wurden. Wer den Pflichten nicht in hinreichendem Maß nachkommt, wird zunehmend in die Nähe von Delinquenz gerückt (Dahme & Wohlfahrt, 2005). Patientenrechte werden verunglimpft, um Patientenpflichten zu legitimieren, zum Beispiel in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“: „Niemandem kann verboten werden, unbeweglich und Chips fressender Weise die Abende vor dem Fernseher zu verbringen, nachdem er den ganzen Tag auf einem Bürosessel klebte“ (Händeler, 2004, S. 778). Ein solchermaßen verwendeter Rechtebegriff degradiert das Selbstbestimmungsrecht von Menschen „zu einem Passepartout der Entrüstung und Anklage“ (Heidbrink, 2003, S. 19). Damit wird nicht Gesundheit gefördert, sondern Healthismus (siehe hierzu Kühn, 1994).

Gesundheit fördern durch Individualoptimierung

Mittels Fördern und Fordern werden Menschen nahezu unermüdlich dazu aufgefordert, sich proaktiv um den eigenen Gesundheitserhalt zu kümmern und aktiv die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit voranzutreiben (Kühn, 1998). Ohne Zweifel ist es sinnvoll, Menschen dazu zu befähigen und ihnen zu ermöglichen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten.
Doch die meisten aktuellen Gesundheitsförderforderprogramme erreichen kaum Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit. Die Scheiterns-Ursache liegt in der unrealistischen Annahme, dass sich gesunde und kranke Menschen vornehmlich in ihrer persönlichen Bereitschaft und ihrem individuellen Engagement zu Gesundheitsverhalten unterscheiden.
Es ist doch immer wieder erstaunlich, wie vollständig die sozialepidemiologischen Fakten zum begrenzten Zusammengang von persönlicher Gesundheit und frei wählbarem Gesundheitsverhalten ignoriert werden.

Abgesehen davon, dass die persönliche Gesundheit nur zu einem begrenzen Teil vom individuellen Gesundheitsverhalten abhängt und dass es außerdem den definitionsmächtigen Eliten obliegt zu definieren, welches Verhalten als gesundheitsrelevant gelten soll und welches nicht, ist Gesundheitsverhalten überaus voraussetzungsvoll (Hornung, 1997). Zahlreiche komplexe Theorien zum Gesundheitshandeln existieren (z. B. Health Belief Modell, Modell der begründeten Handlung, Theorie der Schutzmotivation, sozialkognitives Prozessmodell, Modell des Gesundheitshandelns etc.), in denen das vielschichtige Bedingungsgefüge von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten dargelegt wird (Schwarzer, 2004). Und je schlechter die soziale Lage, desto geringer sind die Freiheitsgrade, um nachhaltig wirksames Gesundheitsverhalten zu realisieren. Soziale Ungleichheit, nicht eigenverantwortliche Unwilligkeit oder Unfähigkeit mindert in vielen Fällen die verfügbaren Gesundheitschancen.

Gesundheit fordern durch Individualsanktionierung

Wenn „Gesundheit fördern“ nicht wirkt, wird es Zeit für „Gesundheit fordern“. Den „Präventionsverweigerern“ muss mit schärferen Maßnahmen zu ihrem Glück verholfen werden (Schmidt-Semisch & Schorb, 2008). Diese scharfen Maßnahmen funktionieren im Gesundheitswesen als Zuckerbrot-und-Peitsche-Strategie. Sie sind entweder positiv wirksam, beispielsweise in Form von Prämien für überdurchschnittlich erbrachte Leistungen, oder sie sind negativ wirksam, etwa als

erhöhte Zuzahlungsverpflichtung bei unterdurchschnittlich erbrachten Leistungen. Ziel der disziplinierenden Sanktionierung ist es, abweichendes Verhalten zu korrigieren und Abweichler zu reintegrieren (Ziegeler, 2005).

Verhängnisvoll an den Strategien der Sanktionierung von Fehlleistungen ist die Tatsache, dass hier häufig Ursache und Wirkungen vertauscht werden. Zumindest aus der Arbeitsmarktforschung ist bekannt, dass die Menschen, die überdurchschnittlich von Sanktionen betroffen sind, gleichermaßen die sind, die von zahlreichen Belastungen betroffen sind (Reis, 2006). Nicht persönliche Unwilligkeit, sondern strukturelle Unmöglichkeit ist offenbar Ursache für unzureichende Leistungserbringung. Damit entweicht den Sanktionen die Legitimation. Statt einer sanktionierenden Minderung von Unterstützung wäre vielmehr eine kräftige Mehrung der Unterstützung zielführend, damit vorhandene Leistungsschwächen reduziert werden können. Sanktionsbewehrter Zwang ist kontraproduktiv, denn „an die Stelle erhöhter Handlungsautonomie tritt eine Verschlechterung der Bedingungen, unter denen sich die Übernahme von Verantwortung realisieren ließe“ (Reis, 2006, S. 199).

Gesundheit überfordern: Selektion durch Distinktion

Im Zuge von Sanktion erfolgt Selektion. Entweder Leistungen oder Leistungsnehmer werden aus dem Leistungsprozess ausgeschlossen, falls Optimierung und Sanktionierung nicht zur hinreichenden Wirkung gelangten – eine ideale Strategie der definitionsmächtigen gesundheits“-bewussten“ Leistungsträger, weiterhin unter sich zu bleiben. Denn Gesundheit ist mittlerweile zentrales Markenzeichen der leistungsorientierten Elite und wirkmächtiges Distinktionsinstrument zur Unterscheidung zwischen Masse und Klasse. Gesundheit eignet sich ideal zur Distinktion, denn um gesund zu sein braucht der Mensch nicht nur Bildung und Geld, sondern das knappste Gut der Leistungsgesellschaft: Zeit, produktiv nutzbare Zeit. Zusätzlich benötigt Gesundsein multiple strukturelle (z. B. die gesundheitsgerechte Arbeitsstelle und Wohnlage, schlagkräftige Mitsprachemöglichkeiten etc.) und individuelle Ressourcen (z. B. Handlungskompetenzen, soziale Unterstützung etc.), die insbesondere bei den Leistungsträgern weit verbreitet sind.

Zur Leistungsgesellschaft passt idealerweise der Leistungssportler – nahezu grenzenlos belastbar, ausdauernd engagiert und fortwährend erfolgreich sowie rechtschaffen rückzugs- und verzichtsbereit, wenn die Kräfte nachlassen. In seinem gesunden Körper wohnt ein gesunder Geist. Diese Maximalforderung passt zu den erfolgreichen „Siegertypen, die ihr Leben als ständige Herausforderung begreifen, die sie annehmen und sich erfolgreich erweisen … Der propagierte Hedonismus ist die Prämie der Erfolgreichen. Gesundheitliche Probleme, Unglück und Leid sind entsprechend die negative Prämie der Verlierer, die es nicht schaffen, die vielfältigen Chancen für sich zu nutzen“ (Keupp, 1995, S. 70).

„Why should I suffer for the bad luck of others?” (zitiert nach Gylling, 2004, S. 43). Die „gesunde Mitte“ grenzt sich offensiv ab gegen „dümmliche Talkshows der Privatsender sehende, Bildzeitung lesende, Fast Food verschlingende und Bier trinkende Sozialhilfeempfänger“ schreibt Hartmann sarkastisch (2006, S. 196). Offenbar fehlt es der Unterschicht an Willen und Wissen, um Wohlstand und Wohlbefinden zu erreichen. Durch eine „offene Distanzierung und offensive Pädagogisierung [werden] die kulturelle Minderwertigkeit der Unterschichten und ihrer Medien, die fehlende Bürgerlichkeit und moralische Selbstdisziplin, die Unfähigkeit oder Unwilligkeit zu Eigenverantwortung, zu eigener Anstrengung, Mühe und Langfristorientierung, die Mentalität der Ausnutzung sozialstaatlicher Sicherungssysteme … Gegenstand alltäglicher Selbstverständigung und wechselseitiger (An-)Erkennung unter jenen, die sich selbst zur Mittelschicht und zum Bürgertum zählen und zählen lassen wollen“ (Lessenich & Nullmeier, 2006, S. 23). Die unterschichtigen Fast-Food-verschlingenden Biertrinker und ihre Krankheiten werden in die Eigenverantwortung entlassen. Die herkömmliche, reziproke Verantwortlichkeit für die Bevölkerungsgesundheit wird immer stärker geleugnet, die ehemaligen solidarischen Prinzipien verschwinden (Tesh, 1990).

Lösungen, die eindeutig sind und einleuchtend – und falsch

Resümierend zeigt sich deutlich, dass die Gesundheit-fördern+fordern-Politik nicht halten wird, was man sich von ihr verspricht (Schmidt, 2008). Weder auf die Gesundheit noch auf das Gesundheitswesen hat das gesundheitliche Fördern und Fordern einen (von Ausnahmen abgesehen, zum Beispiel in der Diabetes-Versorgung) positiven Einfluss – zumindest keinen positiven auf die Gesundheit. Allerdings erfüllt diese Politik einen anderen Zweck: Sie beruhigt die risikosensibilisierte Gesellschaft, wobei die Beruhigung weniger auf die Minderung von Gesundheitsrisiken gegründet ist, sondern darauf, dass man weiß, wen man verantwortlich machen kann – im Zweifel den Einzelnen (Duttweiler, 2008). Die Risiken und Nebenwirkungen eigenverantwortlicher Gesundheitsförderung und -forderung sind unübersehbar:

- Sozial benachteiligte Personen werden überdurchschnittlich stark belastet. Eigenverantwortlich zu sein und gesundheitsbewusst zu handeln ist schwierig, und für manche noch schwieriger. Multiple persönliche, soziale und gesellschaftliche Ressourcen sind erforderlich, um Verantwortung produktiv übernehmen zu können. Gesundheit und Eigenverantwortung sind nicht zufällig verteilt in der Gesellschaft, sondern folgen dem sozialen Schichtgradienten. Dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten und Fähigkeiten besitzen oder zumindest dazu befähigt werden können, gesund zu sein, speist sich aus unrealistischem Optimismus, nicht aus realistischer Empirie. Die Chancen auf Eigenverantwortung und Gesundheit sind sozial ungleich verteilt, die Förderung und Forderung nach einem Mehr von Beidem manifestiert statt mindert diese Ungerechtigkeit.

- (Chronisch) Kranke werden überdurchschnittlich stark belastet. Diese haben mit einer Krankheit zu kämpfen und mit den expliziten und impliziten Verantwortungs- und in diesem Fahrwasser mit Schuldzuschreibungen (Finerman & Bennett, 1995). In einer Kultur, die die Eigenverantwortung zum normativen Ideal erhebt, übernehmen die Menschen in der Regel die Verantwortung für das eigene Handeln (Maaser, 2006). Krankheit, als gefühlte Folge von unzureichendem Verantwortungsbewusstsein, wird zu Scheitern, Versagen und Schuld. Die „unerbittliche Kehrseite des Menschen, der sein eigener Herr ist“ – so zitiert Reese-Schäfer (2006) den französischen Soziologen Alain Ehrenberg – produziert die hohen Prävalenzraten von Depressionen in den modernen Gesellschaften: Die Tragödie des „Eigenen Herrn“ ist seine ewige Unzulänglichkeit.

- Die Kosten im Gesundheitswesen werden nicht gemindert, vor allem weil Eigenverantwortung oftmals im Sinne von Eigenbeteiligung verstanden wird. Eigenbeteiligung senkt jedoch keine Kosten, sondern verschiebt sie bloß (nämlich in die Privathaushalte: in den letzten 10 Jahren stieg die private Ausgabenlast von 10,7 auf 12,3 %, also um 11 %; Busse & Riesberg, 2005). Die Verschiebung geht insbesondere zulasten von chronisch Erkrankten sowie der unteren Sozialschichten (Gerlinger, 2004).

- Die Gesundheitspolitik des Fördern und Fordern senkt keine Kosten. Um eigenverantwortlich gesunde Menschen zu produzieren, ist es erforderlich, deren gesundheitliche Eigenverantwortung zu fördern und zu fordern, beispielsweise durch kostenintensive Schulungsprogramme, Bildungskampagnen etc. Zusätzlich sind Instrumente der Kontrolle und Disziplinierung zu etablieren, die prüfen und ggf. gegensteuernd eingreifen, wenn Eigenverantwortung nicht übernommen wird. „Die Erziehung zur Eigenverantwortlichkeit belastet die Politik mit Aufgaben der Verhaltenssteuerung, die komplexer, problematischer, kostspieliger und unberechenbarer sind als jene Aufgaben, von denen sich Politik entlasten will“ (Nullmeier, 2006a, S. 177).

- Auch die Qualität des Leistungsangebots wird nicht verbessert, ebenso wenig wie Unter-, Über- und Fehlversorgung reduziert werden. Das deutsche Gesundheitswesen ist anbieterdominiert. Entsprechend ist es für die Leistungsnehmer kaum möglich und für die Leistungserbringer kaum wünschenswert, dass Patienten mitbestimmen über die Notwendigkeit oder Nützlichkeit einer Intervention. Im deutschen anbieterorientierten und Einzelleistungs-vergüteten Gesundheitswesen bestimmen die Leistungserbringer die Leistungserbringung – eine von den Leistungsnehmern

initiierte verringerte Leistungsinanspruchnahme wird langfristig nicht zu verminderten Leistungen, sondern zu (Einkommen-gewährleistenden) Kompensationsleistungen führen (Holst & Laaser, 2003).

- Es wird nicht mehr Gesundheitsverhalten und nicht mehr Gesundheit durch die Förderung und Forderung von Eigenverantwortung erzielt, weil Gesundheit zum Teil außerhalb des Verantwortungshorizonts des Einzelnen steht. Außerdem ist Gesundheit multifaktoriell bedingt. Niemand weiß sicher (von Ausnahmen abgesehen), ob und welche konkrete Lebensweise (Butter oder Margarine? Arbeitsstress oder Arbeitslosigkeit? Viele oder keine Kinder?) schlussendlich vor Herzinfarkt oder Krebs bewahrt. Dennoch setzt die Gesundheitspolitik stabil auf die Eigenverantwortung des Einzelnen – und dies erstaunlicherweise, obwohl sie für sich selbst, aufgrund der komplex gewordenen Welt („Die Globalisierung!"), sinkende Verantwortungsmöglichkeiten reklamiert. Diesem Widerspruch, zwischen propagierter individueller Eigenverantwortungsmacht und entschuldigender staatlicher Verantwortungsohnmacht, wird mit der populären Hirnforschung das Sahnehäubchen aufgesetzt, die zunehmend Belege dafür sammelt, dass der eigene Wille Illusion ist (Günther, 2002).

- Abgesehen von den fehlenden erwünschten Wirkungen werden außerdem unerwünschte Wirkungen produziert. Die Zuweisung von persönlicher Verantwortung für Gesundheit wird häufig zu Überforderung bei den Individuen führen. „Weil der Bereich des Zu-Tuenden prinzipiell unbegrenzt ist, werden den Handelnden mehr Aufgaben zugemutet, als sie erfüllen können, werden sie mit Forderungen belastet, die jenseits der vernünftigen Zurechenbarkeit liegen. Sie besitzen die Verpflichtung, sich auch diejenigen Handlungen zuzuschreiben, die von ihnen nicht ausgeführt werden. Die Positivierung von Verantwortung bewirkt eine optionale Entgrenzung des Verantwortungsraums, weil auch das auf Entscheidungen zurückbezogen wird, was unterlassen wurde" (Heidbrink, 2003, S. 212).

Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in sozialer Verantwortung

Es ist deutlich geworden, dass die Betonung der individuellen Gesundheitszuständigkeit im komplexen Gesundheitssektor – insbesondere für sozial Benachteiligte und chronisch Kranke – unterkomplex und entsprechend ungeeignet ist. Erforderlich sind darum eine Umstellung des Paradigmas von der Individualverantwortung zur kooperativen Verantwortung sowie eine differenzierte Verantwortungsverteilung (Heidbrink, 2003).

Verantwortungsbereich der Klienten/innen und (potenziellen) Patienten/innen

Es ist unbestritten, dass (potenzielle) Patienten/innen einen bedeutsamen Anteil am Verantwortungsbereich ihrer Gesundheit innehaben. Unzweifelhaft trägt jeder Mensch, der dazu in der Lage ist, die Verantwortung für seine Gesundheit, er trägt diese jedoch nicht in Alleinzuständigkeit. Menschen sollen und wollen Verantwortung übernehmen für die eigene Lebensführung, denn diese Verantwortungsübernahme erlaubt, das persönliche Leben nach eigenen Vorstellungen und Vorlieben auszugestalten. Darüber hinaus sind Menschen als soziale Wesen auch in begrenzter Weise zuständig für die Lebensbedingungen von Familie oder Gesellschaft (Nullmeier, 2006b). Individuelle Verantwortung für Gesundheit schließt also die Selbstverantwortlichkeit sowie das Verantwortungsbewusstsein gegenüber der Gemeinschaft ein.

Verantwortungsbereich der Gesundheitsberufe

In der Rolle des Patienten handelt ein Mensch unter Bedingungen der Informations-, Macht- und Beschwerdeasymmetrie. Entsprechend muss er „auf ergänzende Sachverwalter zurückgreifen …, [die im Gesundheitssektor] die für ihn unlösbare Aufgabe der Qualitätsbeurteilung und -sicherstellung lösen" (Musil, 2003, S. 160). Im deutschen Gesundheitswesen jedoch verfolgen die Sachverwalter – Hausärzte/innen, Fachärzte/innen, Krankenkassen etc. – nicht zwingend die Interessen der Patienten/innen, sondern zum Teil sogar gegenläufige, vor allem wirtschaftliche, Eigeninteressen.

Nichtsdestotrotz spielen in einem kooperativen Verantwortungssystem die Leistungsanbieter von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen eine zentrale Rolle bei der Herstellung von Gesundheit. Und gerade im deutschen, anbieterdominierten Gesundheitswesen ist die Gestaltungskraft der Gesundheitsberufe beträchtlich, und entsprechend hoch ist ihre Verantwortlichkeit. Doch zu dieser Verantwortungsübernahme lassen sich die Gesundheitsberufe kaum freiwillig verpflichten, da zahlreiche systemimmanente Gründe dem entgegenwirken.

Verantwortungsbereich der Gesundheitspolitik
Aus diesem Grund hat im kooperativen Verantwortungssystem die Rahmen gebende Gesundheitspolitik zentrale Zuständigkeiten inne. Die gegenwärtige gesundheitspolitische Betonung der Eigenverantwortung bewirkt jedoch stattdessen den Rückgang politischer Verantwortung. Es ist dringend geboten, diesen Trend umzukehren. Politik ist Garant dafür, dass Bürger/innen ein gelungenes Leben führen können – es sind nicht umgekehrt die Bürger/innen, die Garanten sind für gelingende Politik (Nullmeier, 2006a). Konkrete Politiker/innen sind hier als professionelle, aber auch als moralische Verantwortungsträger/innen in der Pflicht, denn „wenn andere in ihrem Wohlbefinden, ihrer Gesundheit und ihrem Leben betroffen sind, dann ist das immer moralisch relevant" (Lenk & Maring, 1998, S. 33). Politiker/innen dürfen sich dieser Verantwortung nicht entziehen und ihre eigene gefühlte Ohnmacht im globalisierten Politikfeld an das schwächste Glied in der Kette delegieren, den benachteiligten Kranken. Verantwortungsübernahme funktioniert als reziprokes System – politische Verantwortungsverweigerung wirkt ansteckend für die Gesellschaft und ihre Bürger/innen (Bierhoff et al., 2005).

Die ergebnis- statt ursachenorientierte Zuweisung von Verantwortung
Die Schlüsselfrage ist, wie sich die Zuweisung von Verantwortung im Gesundheitswesen nutzbringend organisieren lässt, d. h. angemessen verteilt werden kann unter Berücksichtigung der individuellen, institutionellen und strukturellen Fähigkeiten und Möglichkeiten.
Ein Paradigmenwechsel bei der Bearbeitung von Schadensereignissen – weg von der bisherigen ursachenorientierten hin zu einer lösungsorientierten Betrachtungsweise – ist hier möglicherweise Erfolg versprechend. Erforderlich dafür ist es, beim Auftreten eines Schadensereignisses (z. B. eines Lungenkarzinoms) nicht danach zu forschen, wem ursächlich die Verantwortung für das Schadensereignis zuzuweisen ist (z. B. dem jahrzehntelangen Raucher – oder dessen Vater, der als schlechtes Vorbild diente? – oder der 2. Weltkrieg, der die Vätergeneration zum Rauchen animierte – oder etc. pp.), sondern danach, wer effektiv die Verantwortung für ein angemessenes Nutzenereignis (z. B. umfassende Therapieleistungen zur Minderung der Beschwerden) übernehmen könnte.

Ein solcher Richtungswechsel gemäß eines konsequenz- oder effizienzorientierten Verantwortungsparadigmas ist in zahlreichen Arbeitsfeldern bereits erfolgreich implementiert. Besonders die Flugsicherheit, die typischerweise ein sehr geringes Maß an Fehlertoleranz aufweist, ist als Vorreiter eines effektiven Schadensmanagements bekannt. (Quelle, siehe Folie) Bei herkömmlichen Fehlerbehandlungen wird einer Person Verantwortung für ein Ereignis zugewiesen, weil sie entweder als faktische Handlungsverantwortliche das Ereignis (mit) verursacht hat, oder weil sie als Projektverantwortliche ein Ereignis (mit) zu verantworten hat, ggf. auch jenseits einer persönlichen Handlungsbeteiligung. Systematisches Risikomanagement gemäß z. B. der modernen Flugsicherheitsstandards hingegen ist dadurch gekennzeichnet, dass nach den systemischen Ursachen – nicht den individuellen Verursachern – von Fehlern geforscht wird, um nützliche Risikoabwehrstrategien zu entwickeln.

Der industrielle Erfolg, der mit den gewandelten Prozeduren zur Verantwortungszuweisung erreicht werden konnte, hat inzwischen auch im Gesundheitswesen Anklang gefunden (SVR-Gesundheit, 2003). Der komplexe Prozess von Gesundheitsentstehung und Gesundheitserhalt, der gekennzeichnet ist durch ein kompliziertes Knäuel von Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren, intermittierenden Variablen und unabhängigen Begleiterscheinungen, sowie ein nicht minder komplexes Gewirr aus erwartbaren und unerwartbaren, erwünschten, unerwünschten und irrelevanten,

kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Folgen, erscheint geradezu prädestiniert für ein verursacherunabhängiges Prozedere der Verantwortungszuweisung.

Im Krankenhaussektor oder beim Aktionsbündnis Patientensicherheit (siehe z. B. die aktuelle Broschüre zu Ärztefehlern: Aus Fehlern lernen) hat die neue Schadensvermeidungsperspektive bereits praktischen Niederschlag gefunden. Auch im Straßenverkehr wird seit Jahrzehnten mit großem Erfolg auf die strukturellen Verkehrsverhältnisse, auf Sicherheitsoptimierung von Fahrzeug- und Straßenbau sowie auf gesetzliche Regelungen gesetzt, statt auf das „Unfall verursachende" Individuum. (Im Unterschied zu den unzähligen Erziehungsprogrammen zur Reduktion von Übergewicht sind Erziehungsprogramme zur Reduktion von Übereile kaum verbreitet.) Internationale Erfahrungen, etwa in der Chirurgie, zeigen, dass ein systemisches, verursacherunabhängiges Risikomanagement zu bedeutsamen Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen beitragen kann (Lauterberg & Kolpatzik, 2005). Hingegen zeigt sich, dass die beharrliche Suche nach den ursächlich Verantwortlichen („Schuldigen") eher zur Verantwortungsverschleierung und Verantwortungsverschleppung führt und nicht zur effektiven Fehlerreduktion beiträgt (Schrappe, 2005).

Beim Risikomanagement, steht nicht die Frage im Vordergrund, wer verantwortlich ist und Verantwortung übernehmen muss, sondern wer am effektivsten Verantwortung übernehmen kann. Die Idee ist ganz einfach, es gilt die dumme Frage nach dem Verantwortungs-Ei und der Verantwortungs-Henne aufzugeben zugunsten einer klugen Schadenskultur. Diese kluge Schadenskultur ist gekennzeichnet durch ein systemtheoretisches Verständnis von unerwünschten Ereignissen, die nicht als Schuld eines einzelnen Verantwortlichen definiert und sanktioniert, sondern als fehlerhafter Vorgang innerhalb eines interaktiven System-Prozesses interpretiert und bearbeitet werden. Ein ergebnisorientiertes Verantwortungssystem erkennt an, dass in der komplexen Moderne mit ungewisser Gegenwart und unvorhersehbarer Zukunft Fehlentscheidungen, Fehlhandlungen und Fehlschläge unvermeidbar sind (Günther, 2006). Wenn den Menschen unter komplexer Ungewissheit nichts anderes übrig bleibt, als Fehler zu begehen, dann kann die Suche nach den Ursachen für Fehlhandlungen keine zweckmäßige Grundlage darstellen für Verantwortungszurechnungen. Sinnvoller erscheint die Suche nach funktionstüchtigen Bewältigungsstrategien zur Absicherung unvermeidbarer Schadensfälle, um darauf ein systematisches Verantwortungssystem aufzubauen. Die handlungsleitende Frage bei der Zuweisung von Verantwortung wäre dann also nicht: „Wer ist verantwortlich?", sondern „Wer kann Verantwortung tragen?"

Für die Verbesserung der Gesundheit erscheint es nützlicher, ursachenorientierte Such- und Sanktionsstrategien aufzugeben zugunsten prozess- und ergebnisorientierter Verfahrensweisen, mittels derer die wirkungsmächtigsten Gesundheitsbeförderer zur effektiven Verantwortungsübernahme angeregt werden. Es soll weniger darum gehen, nach den – im multidimensionalen Gesundheitsbereich ohnehin unidentifizierbaren – Krankheitsproduzenten zu suchen, sondern die Aufmerksamkeit darauf zu richten, mittels effektiven Verantwortungsmanagements die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheitsereignissen bestmöglich zu vermindern. Eine solche konsequenzialistische Sichtweise lässt sich sicher nicht nur in der Flugsicherheit und Chirurgie gewinnbringend einsetzen, sondern beispielsweise auch in der Krankheitsprävention. Für die Zukunft ist zu wünschen, dass die gesundheitssystemischen Transfermöglichkeiten und -grenzen eines prozess- und ergebnisorientierten Verantwortungsmanagements einer fundierten Analyse unterzogen werden, um die hier potenziell vorhandenen Optimierungsreserven der Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung freizulegen.

Unter den Turbulenzbedingungen der komplexen Moderne erscheint „die relativ unterkomplexe Fixierung auf strategische Genies" (Pankoke, 2006, S. 94) nicht mehr zielführend. Eckart Pankoke bezieht sich hier auf Clausewitz, den er unter heutigen Komplexbedingungen für nicht mehr verantwortungsfähig hält, ganz zu schweigen von Lieschen Müller. Aufgrund der unüberwindbaren Schwierigkeiten, rückwirkend die individuelle Verantwortung für ein entstandenes Krankheitsereignis nachzuweisen, sollte die Suche nach tragfähigen Strategien der Verantwortungszuweisung

mangels Erfolgsaussichten aufgegeben werden. Es ist sinnvoll, Menschen für ihre Entscheidungen verantwortlich zu machen, die Folgen ihrer Entscheidungen sind jedoch der Gemeinschaftszuständigkeit zu überantworten. „To hold people responsible for the actual consequences of their choice would therefore be to hold them responsible for too much"(Cappelen & Nordheim, 2005, S. 479). Eine neue Verantwortungskultur für das komplizierte Gemisch, aus dem Gesundheit gemacht ist, muss gekennzeichnet sein dadurch, dass die Handlungsverantwortung beim Einzelnen verbleibt (beispielsweise belassen hohe Tabaksteuern die Verantwortung für das Handeln beim Einzelnen), die Folgenverantwortung (für eine entstehende Erkrankung) jedoch von jenen getragen wird, die die besten Möglichkeiten zur Linderung des Schadens haben. Dies verhindert einerseits die Überforderung des Einzelnen und andererseits die Korrumpierung des allgemeinen Rechtsempfindens (Cappelen & Nordheim, 2005).

Aus rational-praktischen Gründen sollte die Verantwortungszuteilung unter Bedingungen des optimalen Ressourceneinsatzes erfolgen: Je umfangreicher die Macht zur Veränderung von unerwünschten Zuständen ist, desto Erfolg versprechender ist der erwartbare Veränderungsprozess. Das Verantwortungsmanagement erfolgt entlang einer Potenzial-identifizierenden und -nutzenden Verantwortungshierarchisierung. In vier Schritten ist ein gestuftes Verantwortungssystem etablierbar: Wer bereits heute wirksam Verantwortung für individuelle und strukturelle Gesundheit übernehmen kann, muss dies tun. Wer über ungenutzte Verantwortungspotenziale verfügt, muss die produktive Nutzung dieser Reserven schnellstmöglich gewährleisten. Wer noch nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, soll befähigt werden. Wer nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, dem ist Solidarverantwortung garantiert. Diese Abfolge erscheint sowohl aus pragmatischen als auch psychohygienischen Gründen weitaus zweckmäßiger als die derzeit verfolgte Strategie, die zuerst die Akteure identifiziert, die keine Verantwortung übernehmen, diese werden dann differenziert nach Unfähigen und Unwilligen, die Unfähigen werden befähigt, und die Unwilligen werden bestraft.

Der Steigerung von Autonomie auf der Grundlage absichernder Sozialverantwortung wäre man damit einen Schritt näher gekommen. Auf dieser Grundlage ließe sich Eigenverantwortung als Eigenmächtigkeit implementieren. Nullmeier (2006b, S. 161) führt diesen Begriff in den Verantwortungsdiskurs ein. Eigenmächtigkeit pointiert eindrücklich den Doppelcharakter der Selbstverantwortung: Einerseits zielt Eigenmächtigkeit auf selbstverantwortliche Eigenständigkeit, andererseits schließt der Begriff auch eigenwillige Selbstermächtigung ein. Eigenmächtigkeit in ihrer klassischerweise eher negativen Konnotation bietet in den aktuellen Zeiten des individuenzentrierten Empowerments bzw. der instrumentalisierten Selbstermächtigung eine Chance. Positiv gewendet setzt Eigenmächtigkeit auf die Macht, die dem Subjekt zukommt, das Leben nach eigenen sinnhaften, eigensinnigen Vorstellungen zu führen. Damit ließe sich Abstand nehmen von den bestehenden Vorstellungen des richtigen und guten Gesunden, und Anderssein ließe sich leichter akzeptieren, auch wenn ein Verhalten unverständlich oder unverantwortlich zu sein scheint. „Dafür einzutreten, dass die Gesellschaft den Menschen dabei hilft, ihre Freiheit zu erweitern, heißt daher, für die persönliche Verantwortung einzutreten, nicht gegen sie" (Sen, 1998, S. 337). Selbstbestimmten Menschen muss die Freiheit gelassen werden, das eigene Leben und die eigene Gesundheit mit subjektivem Sinn zu versehen und entsprechend der eigenen vorhandenen Logik zu handeln, statt sie als „krankheitsuneinsichtig" zu etikettieren und sie zu Verhaltensänderung zu disziplinieren (Rehbock, 2002). Eigenverantwortung für die Gesundheit muss nämlich auch das Recht einschließen, „Nein zu sagen, zur Therapie, zur Krankheitsverarbeitung, zur Selbstverantwortung" (Pflanz, 2004, S. A 2443).

Literatur

Allmark, P. (2006). Choosing health and the inner citadel. Journal of Medical Ethics, 32, 3-6.
Aust, J., Bothfeld, S., Leiber, S. (2006). Eigenverantwortung – Eine sozialpolitische Illusion. WSI Mitteilungen, 4, 186-193.
Bienfait, A. (2006). Die Verantwortungsgesellschaft als Konfliktgesellschaft. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 165-187. Frankfurt am Main: Campus.
Bierhoff, H.-W. et al. (2005). Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung. Zeitschrift für Personalpsychologie, 4, 1, 4-18.
Bothfeld, S., Gronbach, S., Seibel, K. (2004). Eigenverantwortung in der Arbeitsmarktpolitik: Zwischen Handlungsautonomie und Zwangsmaßnahmen. WSI Mitteilungen, 9, 507-513.
Busse, R., Riesberg, A. (2005). Gesundheitswesen im Wandel: Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Cappelen, A.W., Norheim, O.F. (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. Journal of Medical Ethics, 31, 8, 476-80.
Dahme, H.-J., Wohlfahrt, N. (2005). Einleitung – Sozialpolitische Rahmenbedingungen aktivierender Sozialer Arbeit. In H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt, N. (Hg.) Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis, 1-5. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
DBK – Deutsche Bischofskonferenz (2003). Solidarität braucht Eigenverantwortung: Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
Duttweiler, S. (2008). Im Gleichgewicht für ein gesundes Leben – Präventionsstrategien für eine riskante Zukunft. In H. Schmidt-Semisch, F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 125-144. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Dybowski, S. (2005). Soweit nicht anders verordnet ... HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung. Frankfurt am Main: Mabuse.
Ederer, G. (2002). Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt: Unsere Angst vor Freiheit, Markt und Eigenverantwortung. München: Goldmann.
Finerman, R., Bennett, L.A. (1995). Guilt, blame and shame: Responsibillity in health and sickness. Social Science and Medicine, 1995, 40, 1, 1-3.
Gerlinger, T. (2004). Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems. WSI Mitteilungen, 9, 501-506.
Grühn, C. (2001). Gesundheitsbezogene Handlungsverpflichtungen der Versicherten in der Sozialversicherung als Dimensionen von Eigenverantwortung und Solidarität. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet.
Günther, K. (2002). Zwischen Ermächtigung und Disziplinierung: Verantwortung im gegenwärtigen Kapitalismus. In A. Honneth, A. (Hg.) Befreiung aus der Mündigkeit – Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus, 117-141. Frankfurt am Main: Campus.
Günther, K. (2006). Aufgaben- und Zurechnungsverantwortung. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 295-329. Frankfurt am Main: Campus.
Händeler, E. (2004). Wann endlich wird Gesundheit Wachstumsmotor der Wirtschaft? Gesundheitswesen, 66, 775-778.
Heidbrink, L. (2003). Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Gesellschaften. Weilerswist: Velbrück.
Heidbrink, L. (2006). Verantwortung in der Zivilgesellschaft: Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 13-38. Frankfurt am Main: Campus.
Herden, B. (2007). Abspecken! Die Zeit, 20, 10.05.2007, S. 37-38.
Hornung, R. (1997). Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hg.) Public Health und Gesundheitspsychologie, 29-40. Bern: Huber.
Holst, J., Laaser, U. (2003). Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Deutsches Ärzteblatt, 100, 51-52, 22.12.2003, A 3358-3361.
Kals, E. (2001). Responsibility appraisals of health protection. In A.E. Auhagen, H.W. Bierhoff (Eds.) Responsibility. The many faces of a social phenomenon, 127-138. London: Routledge.
Kaufmann, F.-X. (2006). Verantwortung im Sozialstaatsdiskurs. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 39-60. Frankfurt am Main: Campus.
Krüger, A. (2006). Wer soll bei Übergewicht für die Folgekosten zahlen? Ärzte Zeitung, 23.11.2006, 1-3.
Kühn, H. (1998). "Selbstverantwortung" in der Gesundheitspolitik. Jahrbuch für kritische Medizin, 30, 7-20.
Lauterberg, J., Kolpatzik, K. (2005). Von der Utopie zur Agenda. Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin – Mehr Sicherheit für Leib und Leben. 10, 8, 4-6.
Leicht, R. (2004). Das Prinzip Zahnbürste. Alle reden von Eigenverantwortung. Aber was ist das? Eine kleine Begriffsgeschichte. Die Zeit, 1. http://zeus.zeit.de/text/2004/01/Eigenverantwortung (Zugriff: 13.09.2006).
Lenk, H., Maring, M. (1998). Das moralphilosophische Fundament einer Ethik für Organisationen – korporative und individuelle Verantwortung. In G. Blickle (Hg.) Ethik in Organisationen, 19-35. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
Lessenich, S. (2005). „Activation without Work": Das neue Dilemma des ‚konservativen' Wohlfahrtsstaats. In H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt (Hg.) Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis, 21-29. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
Maaser, W. (2006). Aktivierung der Verantwortung: Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 61-84. Frankfurt am Main: Campus.
Meier, B. (2004). Freiheit und Eigenverantwortung: Empirische Befunde und ordnungspolitische Grundlagen der Sozialen Marktwirtschaft. Köln: Deutscher Institutsverlag.
Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
Musil, A. (2003). Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wiesbaden: Deutscher Univer-

sitätsverlag.
Niewöhner, J. (2008). Das metabolische Syndrom im Alltag – Translation im Zeitalter von Biosozialität. In H. Schmidt-Semisch, F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 191-206. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Nolting, H.-D., Hagenmeyer, E.-G., Häussler, B. (2004). Einführung. In Bertelsmann Stiftung (Hg.) Eigenverantwortung: Ein gesundheitspolitisches Experiment, 11-22. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
Nullmeier, F. (2006a). Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität – Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten? WSI Mitteilungen, 4, 175-180.
Nullmeier, F. (2006b). Paradoxien der Eigenverantwortung. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 151-164. Frankfurt am Main: Campus.
Pankoke, E. (2006). Arenen – Allianzen – Agenden: Netzwerke und Lernprozesse zivilen Engagements. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 85-108. Frankfurt am Main: Campus.
Pflanz, E. (2004). Stiftung Patientenkompetenz: Zur Eigenverantwortung befähigen. Deutsches Ärzteblatt, 101, 37, A2443-2446.
Prantl, H. (2005). Kein schöner Land – Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München: Droemer.
Reese-Schäfer, W. (2006). Globalisierungsdruck und Verantwortungslast. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 273-293. Frankfurt am Main: Campus.
Rehbock, T. (2002). Autonomie – Fürsorge – Paternalismus: Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe. Ethik in der Medizin, 14, 131-150.
Reis, C. (2006). Wie kann das Fallmanagement in der Arbeitsvermittlung die Eigenverantwortung fördern. WSI Mitteilungen, 4, 194-199.
Rohe, J., Thomczek, C. (2008). Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen, Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft, 1, 18-25
Schmidt, B. (2008). Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Bern: Huber.
Schmidt-Semisch, H., Schorb, F. (2008). Kreuzzug gegen Fette: Einleitung. In H. Schmidt-Semisch, F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 7-20. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Schorb, f. (2008). Keine „Happy Meals für die Unterschicht"! Zur symbolischen Bekämpfung der Armut. In H. Schmidt-Semisch, F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 107-124. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
Schrappe, M (2005). Das Mäntelchen des Schweigens lüften. Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin – Mehr Sicherheit für Leib und Leben. 10, 8, 7.
Seger, W. (1999). Die Stärkung der Selbstverantwortung als Gesundheitsziel. Gesundheitswesen, 61, 214-217.
Sehlen, S (2004). Eigenverantwortung im Gesundheitswesen: Eine Literaturübersicht. In Bertelsmann Stiftung (Hg.) Eigenverantwortung: Ein gesundheitspolitisches Experiment, 23-62. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
Sen, A. (1998). Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser.
Steinbrook, R. (2006). Imposing personal responsibility for health. New Englang Journal of Medicine, 355, 8, 753-756.
SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003).: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Berlin: SVR.
Thielmann, L., Rohr, M., Schade, D. (2002). Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen – Arbeitsbericht. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
Wallner, J. (2004). Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas.
Ziegeler, H. (2005). Prävention im aktivierenden Staat. In H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt, (Hg.) Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis, 58-69. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Gesundheits(über)forderung
statt Gesundheitsförderung?

Lieber reich und gesund als arm und krank!
Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
   - Gesundheitszustand und Beschwerden
   - Gesundheits- und Krankenverhalten
2. Soziale Ungleichheit = Machtungleichheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheit/Krankheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheits-Leistung
3. Klassische Lösungswege
   - Fördern: Individualoptimierung
   - Fordern: Individualsanktionierung
   - Überfordern: Distinktion – Selektion – Exklusion
4. Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in Sozialverantwortung
   - Individuelle Befähigung zur Gesundheitsförderung
   - Individuelle Befreiung von Gesundheitspflichten
   - Systemische Verantwortung für Gesundheitschancen und -risiken

Bettina Schmidt, EFH Bochum

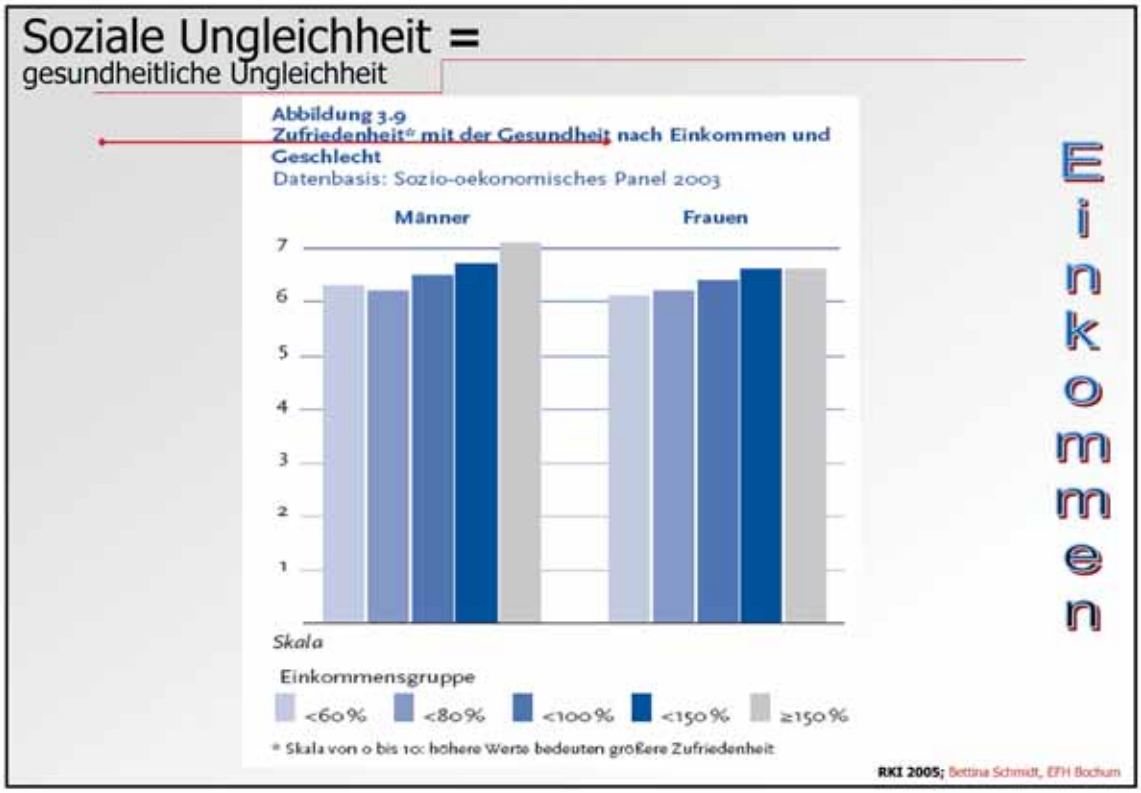
Gesundheits(über)forderung
statt Gesundheitsförderung?

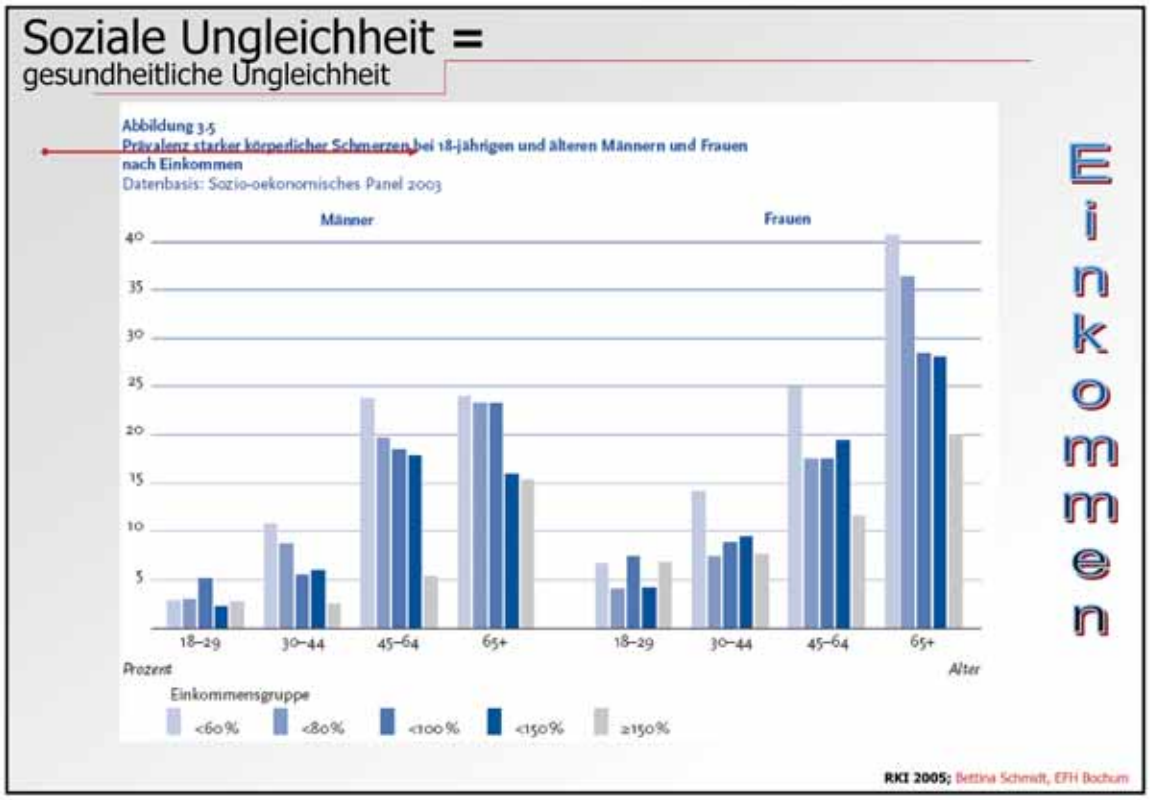
Lieber reich und gesund als arm und krank!
Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

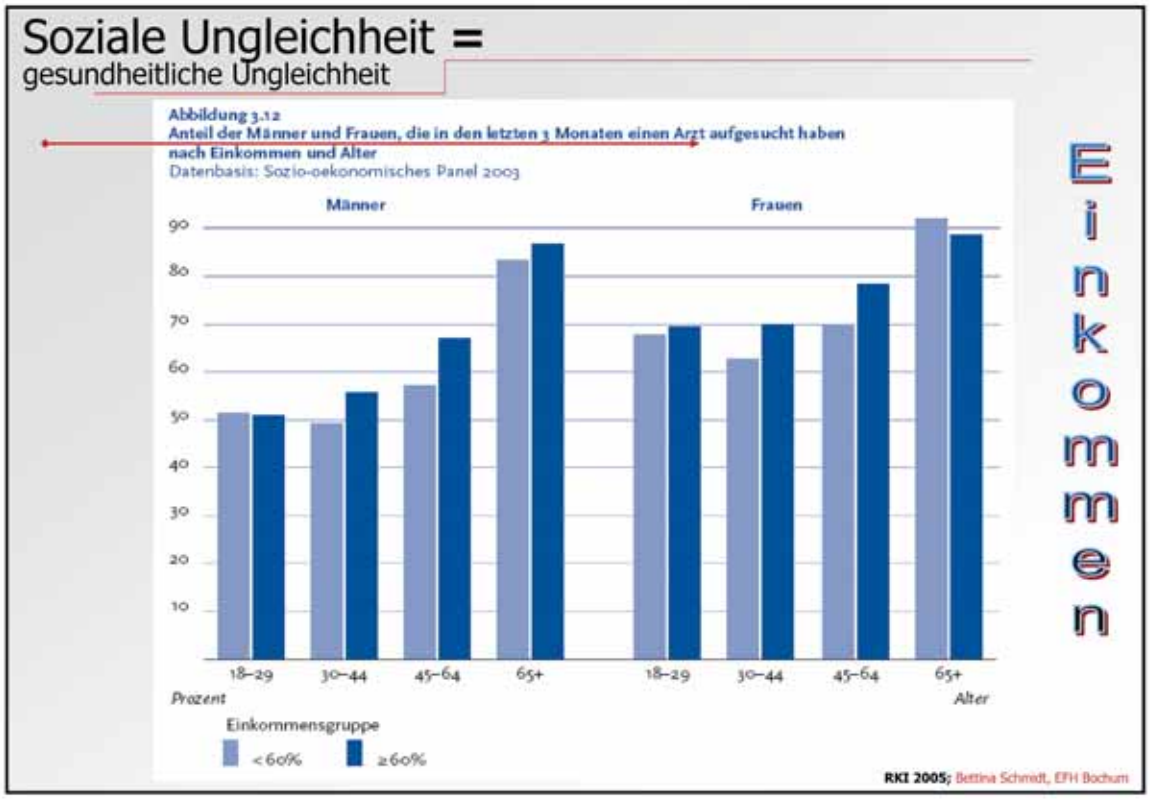
1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
   - Gesundheitszustand und Beschwerden
   - Gesundheits- und Krankenverhalten
2. Soziale Ungleichheit = Machtungleichheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheit/Krankheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheits-Leistung
3. Klassische Lösungswege
   - Fördern: Individualoptimierung
   - Fordern: Individualsanktionierung
   - Überfordern: Distinktion – Selektion - Exklusion
4. Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in Sozialverantwortung
   - Individuelle Befähigung zur Gesundheitsförderung
   - Individuelle Befreiung von Gesundheitspflichten
   - Systemische Verantwortung für Gesundheitschancen und -risiken

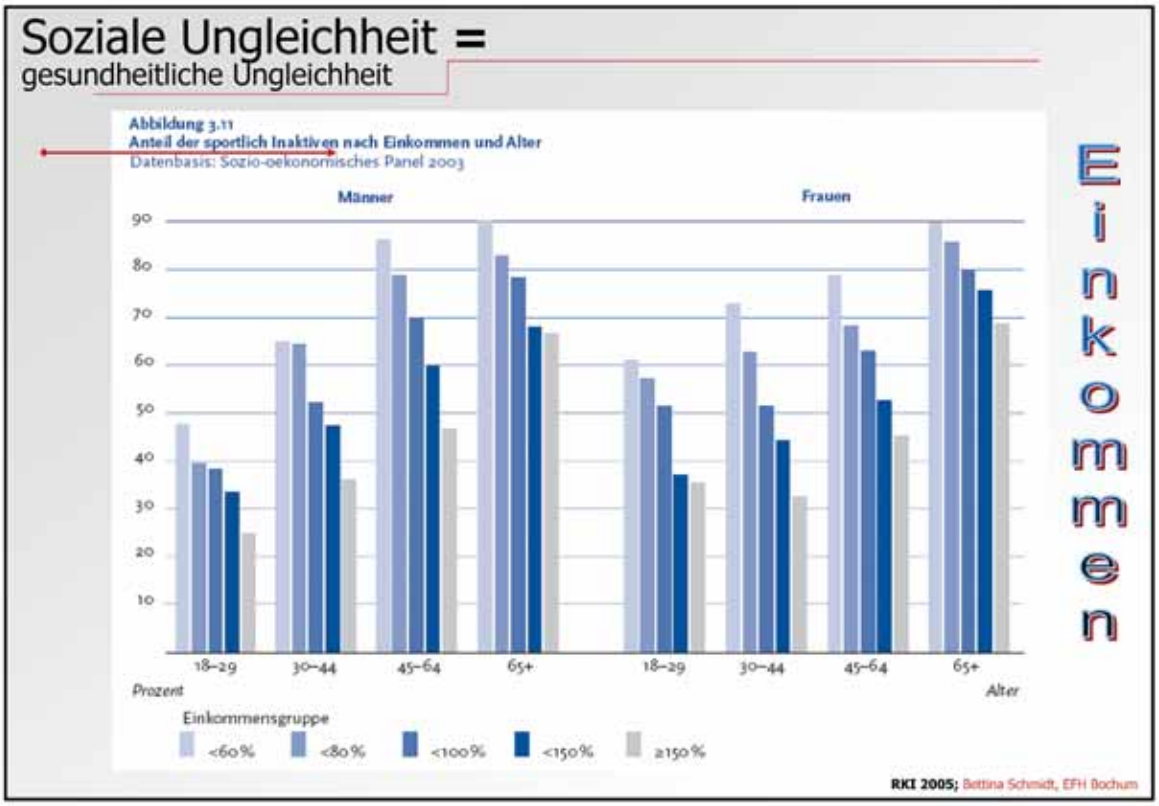
Bettina Schmidt, EFH Bochum

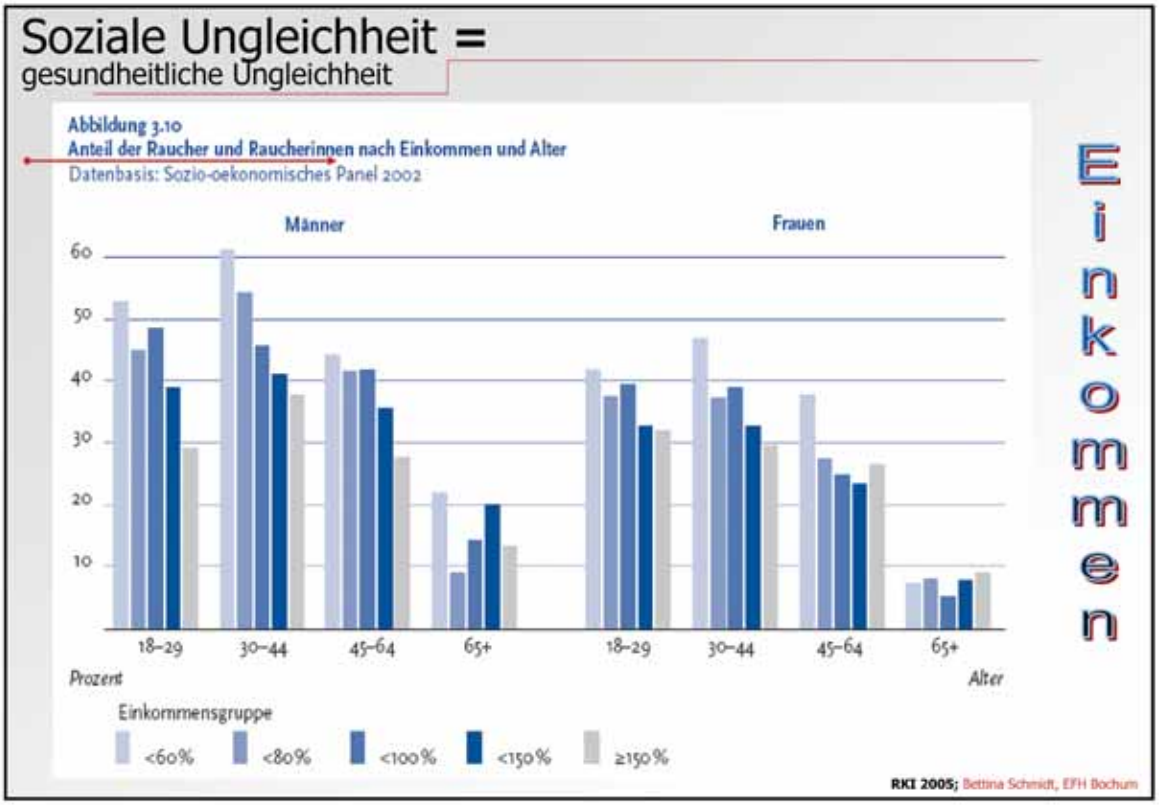
Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
ROBERT KOCH INSTITUT
Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes
Armut, soziale Ungleichheit
und Gesundheit
1 von 154
Bettina Schmidt, EFH Bochum


Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
Abbildung 3.9
Zufriedenheit* mit der Gesundheit nach Einkommen und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003
Männer
Frauen
7
6
5
4
3
2
1
Skala
Einkommensgruppe
<60 %
<80 %
<100 %
<150 %
≥150 %
* Skala von 0 bis 10: höhere Werte bedeuten größere Zufriedenheit
RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum
Einkommen


Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
Abbildung 3.5
Prävalenz starker körperlicher Schmerzen bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003
Männer
Frauen
40
35
30
25
20
15
10
5
18–29
30–44
45–64
65+
18–29
30–44
45–64
65+
Prozent
Alter
Einkommensgruppe
<60%
<80%
<100%
<150%
≥150%
RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum
Einkommen

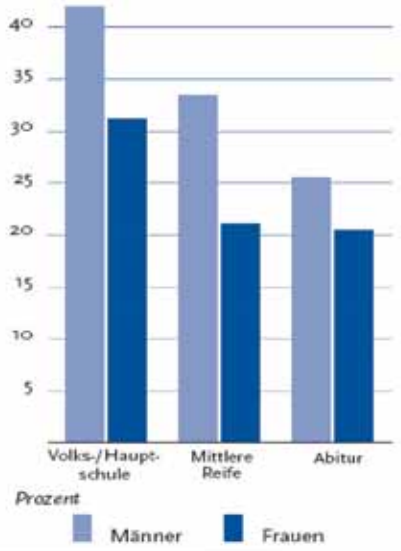

Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
Abbildung 3.12
Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003
Männer
Frauen
90
80
70
60
50
40
30
20
10
18–29
30–44
45–64
65+
18–29
30–44
45–64
65+
Prozent
Alter
Einkommensgruppe
<60%
≥60%
RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum
Einkommen


Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
Abbildung 3.11
Anteil der sportlich Inaktiven nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003
Männer
Frauen
90
80
70
60
50
40
30
20
10
18–29
30–44
45–64
65+
18–29
30–44
45–64
65+
Prozent
Alter
Einkommensgruppe
<60%
<80%
<100%
<150%
≥150%
RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum
Einkommen


Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit
Abbildung 3.10
Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002
Männer
Frauen
60
50
40
30
20
10
18–29
30–44
45–64
65+
18–29
30–44
45–64
65+
Prozent
Alter
Einkommensgruppe
<60%
<80%
<100%
<150%
≥150%
RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum
Einkommen

Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit

Abbildung 4.5
Anteil der starken Raucher und Raucherinnen* an den aktuellen täglichen Zigarettenrauchern bzw. Zigarettenraucherinnen nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

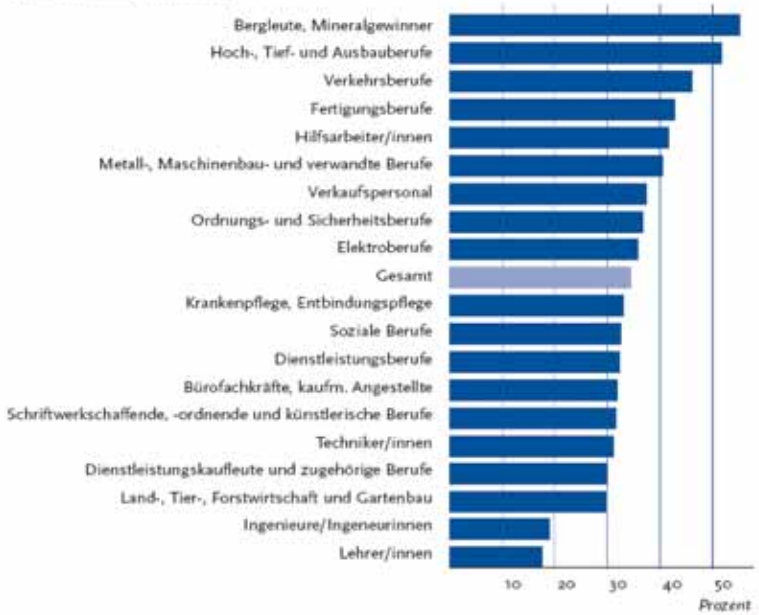


BILDUNG

RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum

Soziale Ungleichheit =
gesundheitliche Ungleichheit

Abbildung 5.15
Anteil der Raucher und Raucherinnen in ausgewählten Berufsgruppen
Datenbasis: Mikrozensus 2003



BERUFSSTATUS

RKI 2005; Bettina Schmidt, EFH Bochum

Gesundheits(über)forderung
statt Gesundheitsförderung?

Lieber reich und gesund als arm und krank!
Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
   - Gesundheitszustand und Beschwerden
   - Gesundheits- und Krankenverhalten
2. Soziale Ungleichheit = Machtungleichheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheit/Krankheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheits-Leistung
3. Klassische Lösungswege
   - Fördern: Individualoptimierung
   - Fordern: Individualsanktionierung
   - Überfordern: Distinktion – Selektion - Exklusion
4. Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in Sozialverantwortung
   - Individuelle Befähigung zur Gesundheitsförderung
   - Individuelle Befreiung von Gesundheitspflichten
   - Systemische Verantwortung für Gesundheitschancen und -risiken

Bettina Schmidt, EFH Bochum

SOZIALE UNGLEICHHEIT =
Machtungleichheit

Machtungleichheit bei der Definition von **Verantwortung**

Definitionsmacht **I**: Wer ist verantwortlich?
- Gott und Schicksal?
- Politik und Eliten?
- Familie und Individuum?

Definitionsmacht **II**: Wofür ist man verantwortlich?
- Für die eigene Gesundheit oder die eigene Krankheit?
- Für das individuelle Gesundheitsverhalten?
- Für die strukturellen Gesundheitsverhältnisse?

Bettina Schmidt, EFH Bochum

SOZIALE UNGLEICHHEIT =
Machtungleichheit

Machtungleichheit bei der Definition von **Gesundheit & Handeln**

Definitionsmacht **III**: Wer definiert Gesundheit bzw. Krankheit?

- (Populäre) Wissenschaft – z.B. Gene, Bewegung, Tabakkonsum
- Gesellschaftliche Mode – z.B. Normal-, Übergewicht, Adipositas
- Gesellschaftliche Eliten – z.B. Keine Macht den Drogen/... Autos

Definitionsmacht **IV**: Wer definiert gutes Gesundheitshandeln

- Die protestantische Ethik – z.B. Arbeitseifer und Askese
- Die ökonomisierte Politik – z.B. Eigenverantwortung & -leistung
- Die fitten Mittelschichten – z.B. Belohnungsaufschiebeverhalten
- Die Public Health Experten – z.B. Fluorierung von Trinkwasser

Bettina Schmidt, EFH Bochum

SOZIALE UNGLEICHHEIT =
Machtungleichheit

Machtungleichheit bei der Definition **gesundheitlicher Leistung**

Definitionsmacht **V**: Welche Gesundheitsleistung wird belohnt?

⇒ *Leistung ist, was als Leistung definiert wird*

Gesundes VERHALTEN?

- Mitglied im Fußballverein und/oder Meidung des „Feuchtbiotops"?
- Mündige Eigenverantwortung und/oder gehorsame Compliance?
- Nicht fernsehen und/oder nicht lesen?

Gesunde VERHÄLTNISSE?

- Sukzessive statt einmalige Steuererhöhung auf Tabakprodukte?
- Pflicht statt Freiwilligkeit bei Teilnahme an Krebsfrüherkennung?
- Differenzierte statt einfache Etikettierung von Lebensmitteln?

Bettina Schmidt, EFH Bochum

MACHTUNGLEICHHEIT =
Gesundheitliche Ungleichheit

Die Gebildeten

bilden

die Welt

nach ihrem Bild

(E. Pankoke)

Bettina Schmidt, EFH Bochum

MACHTUNGLEICHHEIT =
Gesundheitliche Ungleichheit

***Die* sollen..., *Die* können...**

- ⇒ Mehr schwimmen gehen
- ⇒ Mehr zu Fuß gehen
- ⇒ Weniger rauchen
- ⇒ Weniger fernsehen
- ⇒ Weniger Fast Food essen
- ⇒ Häufiger selbst kochen
- ⇒ U-Untersuchungen i.A. nehmen
- ⇒ Selbstbehalt bei Piercing

Bettina Schmidt, EFH Bochum

MACHTUNGLEICHHEIT =
Gesundheitliche Ungleichheit

Die sollen..., *Die* können...	**WIR nicht**
⇒ Mehr schwimmen gehen	⇒ Spenden für Schwimmbäder?
⇒ Mehr zu Fuß gehen	⇒ Weniger Auto fahren?
⇒ Weniger rauchen	⇒ Weniger fliegen?
⇒ Weniger fernsehen	⇒ Weniger lesen?
⇒ Weniger Fast Food essen	⇒ Weniger Lidl, Plus, Schlecker?
⇒ Häufiger selbst kochen	⇒ Mehr Ehrenamt bei Tafel?
⇒ U-Untersuchungen i.A. nehmen	⇒ Mehr Impfungen durchführen?
⇒ Selbstbehalt bei Piercing	⇒ Freiwillig in der GKV bleiben?

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Gesundheits(über)forderung
statt Gesundheitsförderung?

Lieber reich und gesund als arm und krank!
Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
   - Gesundheitszustand und Beschwerden
   - Gesundheits- und Krankenverhalten
2. Soziale Ungleichheit = Machtungleichheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheit/Krankheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheits-Leistung
3. Klassische Lösungswege
   - Fördern: Individualoptimierung
   - Fordern: Individualsanktionierung
   - Überfordern: Distinktion – Selektion - Exklusion
4. Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in Sozialverantwortung
   - Individuelle Befähigung zur Gesundheitsförderung
   - Individuelle Befreiung von Gesundheitspflichten
   - Systemische Verantwortung für Gesundheitschancen und -risiken

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen

Lösungsversuch, traditionell

Individualoptimierung

- Gesundheit fördern / Krankheiten vorbeugen
  - Aufklärung zur Mehrung des Gesundheitswissens
  - Selbsterfahrung zur Verbesserung der Selbstmanagements
  - Stärkung des Gesundheitsbewusstseins
  - Wertewandel bezüglich Risikoverhalten
  - Kompetenzförderung zur Befähigung von Gesundheitsverhalten
  - Risikomanagement zur Bewältigung von Problemsituationen

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen

Lösungsversuch, traditionell

Darf's noch ein bisschen mehr sein?

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen

Lösungsversuch, aktuell

Individualsanktionierung

- Gesundheit fordern, Eigenverantwortung & -beteiligung)
  - (Finanz)Verantwortung bei Krankheitsrisiken
  - (Finanz)Verantwortung bei mangelndem Vorsorgeverhalten
  - (Finanz)Verantwortung für marktliches Patientenverhalten
  - (Finanz)Verantwortung für Reduktion der „Kostenexplosion"

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen

Lösungsversuch, aktuell

Darf's auch ein bisschen weniger sein?

THEMEN DER ZEIT

Zuzahlungen im Gesundheitswesen

Unsozial, diskriminierend und ineffektiv

Gesetzlich Krankenversicherte müssen ab dem 1. Januar 2004 mehr zuzahlen, wenn sie Leistungen in Anspruch nehmen. Die Autoren bezweifeln den steuernden Effekt dieser Maßnahme.

Jens Holst, Ulrich Laaser

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) reagiert die Bundesregierung auf das zunehmende Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). „Modern" bedeutet dabei vor allem eins: mehr „Eigenverantwortlichkeit" – also die Individualisierung und Entsolidarisierung sozialer Dienste und Rist-

Andere Länder haben die Forderung nach stärkerer Einbeziehung der Nutzer in die Finanzierung der Gesundheitsversorgung bereits länger umgesetzt. Unter Druck von Weltbank und Internationalem Währungsfonds bitten Polikliniken und Hospitäler selbst in den ärmsten Entwicklungsländern ihre Patienten zur Kasse (3). Die Ergebnisse von Direktzahlungen im Krankheitsfall sind indes

Die beschlossene Gesundheitsreform in Deutschland lässt eine eingehendere Betrachtung der internationalen Erfahrungen als dringend geboten erscheinen. Zwar finden evidenzbasierte Entscheidungen selten Eingang in die Sozialpolitik, doch kann die Analyse empirischer Erfahrungen helfen, den Nachbesserungsbedarf frühzeitig zu erkennen.

In den Industrieländern verfolgen Selbstbeteiligungen nicht primär eine Ressourcenerhöhung, sondern sollen vor allem die Kosten dämpfen (9). So tragen Direktzahlungen von Patienten in den OECD-Staaten nicht zu einer spürbaren Entlastung des Budgets bei, zumal die Zuzahlungsbeträge dort im Vergleich zur Kaufkraft niedrig sind. Eine effektive Steuerung sowie eine relevante Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall sind nur durch hohe, subjektiv spürbare Zuzahlungen zu erzielen. „Zuzahlungen müssen richtig weh tun, wenn sie Wirkung zeigen sollen", meint etwa Prof. Dr. Rolf Rosenbrock.

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen
Lösungsversuch, elitär

Distinktion – Selektion – Exklusion

- Gesundheit überfordern
  - Gesundheit als Kennzeichen der Leistungsträger
  - Wohlbefinden als Erfolgsprämie der Wohlstandsfraktion
  - Krankheit als Kennzeichen von Leistungsverweigerung
  - Selbst verantwortlich – selbst schuld – sich selbst überlassen

Bettina Schmidt, EFH Bochum

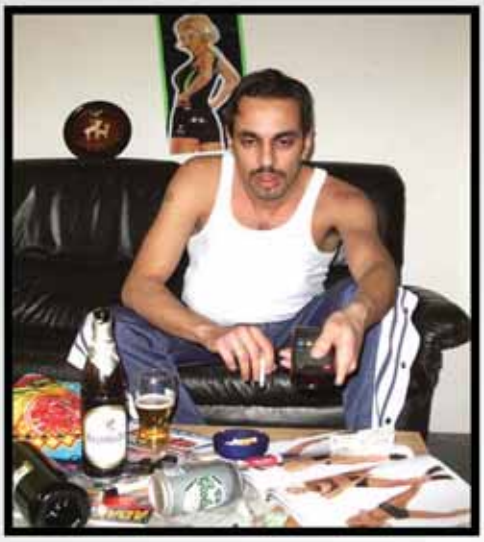
Klassische Lösungsweisen
Lösungsversuch, elitär

Distinktion – Selektion – Exklusion

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen
Lösungsversuch, elitär

Distinktion – Selektion – Exklusion



Bettina Schmidt, EFH Bochum

Klassische Lösungsweisen
Risiken und Nebenwirkungen

Fördern & Fordern ≠ Gesundheitsverhalten ≠ Gesundheit

- Eigenverantwortung setzt zahlreiche Kompetenzen voraus
- Gesundheitsverhalten ist komplex und kompliziert
- Gesundheit ist stärker abhängig von Lebenslage als vom Lebensstil

Die aktuelle Fördern+Fordern-Kampagne

- verfehlt auf dem deutschen Anbieter-Markt die Zielgruppe
- verfehlt aufgrund definitorischer Machtungleichheit die Zielsetzung
- mehrt die Steuerungsaufgaben für das Fördern & Fordern
- mehrt die Kontrollaufgaben für das Kontrollieren & Sanktionieren
- mehrt folgerichtig die öffentlichen Ausgaben
- belastet insbesondere chronisch Kranke & sozial Benachteiligte

⇒wird wenig erwünschte und viele unerwünschte Wirkungen erzielen

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Gesundheits(über)forderung
statt Gesundheitsförderung?

Lieber reich und gesund als arm und krank!
Oder: Schöne neue Welt – nur für Siegertypen?

1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit
   - Gesundheitszustand und Beschwerden
   - Gesundheits- und Krankenverhalten
2. Soziale Ungleichheit = Machtungleichheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheit/Krankheit
   - Definitionsmacht bezüglich Gesundheits-Leistung
3. Klassische Lösungswege
   - Fördern: Individualoptimierung
   - Fordern: Individualsanktionierung
   - Überfordern: Distinktion – Selektion - Exklusion
4. Lösung reloaded: Eigenmächtigkeit in Sozialverantwortung
   - Individuelle Befähigung zur Gesundheitsförderung
   - Individuelle Befreiung von Gesundheitspflichten
   - Systemische Verantwortung für Gesundheitschancen und -risiken

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Moderne Lösungsweise
Ein Versuch ist es wert …

Soziale Verantwortung für Gesundheitschancen & -risiken

NICHT: Klassische Fehlerkultur
- Jemand ist krank: Ein Fehler ist geschehen!
- Der individuelle Fehlermacher wird gesucht & gefunden
- Der (vermeintliche) End-Fehlermacher wird optimiert/sanktioniert
- Neue Fehler werden künftig vermieden oder verschwiegen

SONDERN

Systemisches Fehler-/Risikomanagement

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Sozialisierte Verantwortung
im systemischen Risikomanagement

Bisherige Erfahrungen

- Atomenergie
- Luft- & Raumfahrt

- Altenpflege
- Anästhesie
- Chirurgie
- Intensivmedizin
- Hausarztsicherheit
- Notfallmedizin

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Sozialisierte Verantwortung
Im systemischen Risikomanagement

Kennzeichen erfolgreichen Risikomanagements

- Keine individualisierte Zuständigkeit für Schäden
- Keine Sanktionen für Schäden
- Risikominderung setzt auf Systemperspektive
- Risikominderung zielt auf Produkte & Prozesse (nicht Personen)

Modifiziert nach Rohe und Thomczek (2008). Risikomanagement mit Fehlerberichtssystemen, G & G wiss., 1, 18-25

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Sozialisierte Verantwortung
Im systemischen Risikomanagement

Sozialverantwortung und Eigenmächtigkeit

NICHT: Klassische Fehlerkultur
- Jemand ist krank: Ein Fehler ist geschehen!
- Der individuelle Fehlermacher wird gesucht & gefunden
- Der (vermeintliche) End-Fehlermacher wird optimiert/sanktioniert
- Neue Fehler werden künftig vermieden oder verschwiegen

SONDERN: Systemisches Risikomanagement
- In jedem System geschehen Fehler/existieren Risiken
- Fehler, Fastfehler & Risiken werden dokumentiert & analysiert
- Das Gesamtsystem wird optimiert
- Alle sind verantwortlich. „Frauen und Kinder zuletzt"

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Sozialisierte Verantwortung
Im systemischen Risikomanagement

Kennzeichen erfolgreicher Sport-Förder-Programme

- Rund, na und? Gesund ist bunt!
- Es gibt keine erhöhten Beiträge für Übergewichtige
- Autofreie Stadtplanung, Spiel- statt Parkplätze ...
- Abschaffung der Staumeldung, Ausbau der Radwege ...
- Und wer nicht will & wer nicht kann? Der wird solidarisch mitbewegt!

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Eigenmächtigkeit
und Sozialverantwortung

Individualisierte Lösung

⇒Selbstverantwortung, individualisiert	„URSACHEN"orientiert
❋Risiko wird definiert	Übergewicht
❋Ursache wird individualisiert	Wer viel isst, ist schuld
❋Verantwortl. Individuum wird definiert	Übergewichtige? Adipöse?
❋Risiko-Individuum wird sanktioniert	Erhöhter GKV-Beitrag

Systemische Lösung

⇒Systemverantwortung, sozialisiert	„LÖSUNGS"orientiert
❋Risiko wird definiert	Übergewicht
❋Risikosystem wird analysiert	Person-Umwelt-System
❋Verantwortung wird sozialisiert	Person, Arbeit, Stadtplanung..
❋Risiko wird lösungsorientiert minimiert	Ausbau des ÖPNV

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Eigenmächtigkeit fördern
Auf der Grundlage sozialer Sicherheit

I r r e n ist m e n s c h l i c h - für alle Menschen

Weil wir alle verletzlich sind, sind wir allen verpflichtet.

Judith Butler
(Kritik der ethischen Gewalt)

Bettina Schmidt, EFH Bochum

Den Dialog suchen – Strukturen aufbauen
Das Dormagener Präventionsprogramm zur Frühen Förderung, Minderung und Vermeidung von Kinderarmut

Uwe Sandvoss

NeFF – ein Netzwerk für Familien - Das Dormagener Modell „Willkommen im Leben“
Das Dormagener Netzwerk für Familien (NeFF) versteht sich auch, aber nicht nur, als ein Frühwarnsystem zum Schutz vor Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Ein Baustein ist die persönliche Übergabe eines Babybegrüßungspaketes durch die BezirkssozialarbeiterInnen anlässlich eines Hausbesuches zeitnah nach der Geburt!

Die Stadt Dormagen verfügt über ein seit Jahren kontinuierlich aufgebautes, weit reichendes und ständig erweitertes umfassendes Hilfesystem zur Vermeidung von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung.

Gerd Trzeszkowski – Stadt Dormagen

So wurden bereits 1996 Jugend- und Sozialhilfe in einer Organisationseinheit zusammengefasst, um den von staatlichen Leistungstransfers abhängigen Menschen ganzheitliche Hilfe anzubieten. Insbesondere die Lebensumstände von Kindern bzw. die erwarteten Folgen aus risikoverstärkenden Lebenslagen für Kinder soll(t)en in möglichst vielen relevanten Bereichen positiv beeinflusst werden. Die in enger Zusammenarbeit mit den freien Trägern vor Ort definierten Standards dieser Arbeit sind im „Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe“ (Verlag Leske + Budrich, Opladen 2002) zusammengefasst, speziell auf den dort beschriebenen „Frühen präventiven Hilfen“ sowie den „Qualitätsstandards zum Kinderschutz“ basiert das Dormagener Modell.

Sicherlich kann man feststellen, dass im Zentrum der Hilfegewährung durch die Jugendämter in erster Linie Kinder aus schwierigen Lebensverhältnissen stehen – oft einhergehend mit Armut. Die statistische Auswertung der gewährten Hilfen zeigt, dass insbesondere die Familien ersetzenden Hilfen durch die örtlichen Jugendämter nach aller Erfahrung überwiegend für Kinder aus armen Lebenslagen installiert werden. In Dormagen sind das 90 Prozent aller Kinder, denen derzeit Hilfe zur Erziehung gewährt wird. Ein Ansatz zur Erhöhung der Chancen für Kinder aus armen Milieus

ist es sicherlich, so früh wie möglich Familien ergänzende und damit Familien (unter)stützende Hilfen den Familien bekannt zu machen, bei Bedarf anzubieten sowie insbesondere für deren Inanspruchnahme im Interesse der Kinder zu werben und zu motivieren.
Schon 1996 wurden in Dormagen daher Jugend- und Sozialhilfe, unter Auflösung der alten Ämterstruktur, in Stadtteilbüros zusammengefasst. Nahezu alle armen Kinder waren damit neben den Verwaltungskräften aus dem vorherigen Sozialamt und auch den Mitarbeiter/innen des früheren „reinen" Jugendamt bekannt: schon die Beantragung einmaliger Beihilfen während der Schwangerschaft im für den Wohnort zuständigen Stadtteilbüro führte zu Kontakten und im Regelfall zu Gesprächen mit den für den Wohnbereich zuständigen sozialarbeiterischen Fachkräften. Bedarfe der Familien und Möglichkeiten der Unterstützung durch freie Träger und/oder Kommune wurden mit den Betroffenen besprochen und in etlichen Fällen wurden zu diesem frühen Zeitpunkt bereits notwendige und gewünschte unterstützende Hilfen eingeleitet.

Mit der Umsetzung der Arbeitsmarktreform (Stichwort: Hartz IV) ist nun nicht mehr die Kommune, sondern im Regelfall die ARGE für den überwiegenden Teil der früheren Sozialhilfebezieher und damit deren Kinder zuständig. Eine wie bis dahin in Dormagen übliche ganzheitliche Beratung über sowohl finanzielle und wirtschaftliche Hilfen, als auch die im Interesse der Kinder und Familien eventuell zusätzlich nötigen weitergehenden Hilfen ist seither nicht mehr möglich. Damit ist die Gefahr gewachsen, dass die vorhandenen frühen Hilfen nicht mehr im bisherigen Umfang in Anspruch genommen werden, sie also ins Leere laufen.

Für Dormagen war es wichtig, den so verloren gegangenen Zugang zu den armen Familien wieder zu erlangen, einen Weg zu finden, die vorhandenen Hilfen offensiv bekannt zu machen und anzubieten.

„Willkommen im Leben"
Innerhalb des Dormagener Modells wurde daher das Modul „Willkommen im Leben" in Verbindung mit einem „Babybegrüßungspaket" entwickelt und als neuer zusätzlicher Baustein seit Oktober 2006 umgesetzt:
Zunächst gratuliert der Bürgermeister in einem persönlichen Schreiben kurz nach der Geburt allen neuen Eltern, beschreibt in seinem Brief die Inhalte des Paketes – so dass die Eltern wissen, dass sie neben wichtigen Informationen im Elternbegleitbuch u. a. einen Rauchmelder, ein Märchenbuch und etliche attraktive Gutscheine erwarten können – und macht einen konkreten Terminvorschlag für den Hausbesuch durch den für den jeweiligen Wohnort zuständigen Bezirkssozialarbeiter, der in seinem Namen das angekündigte Babybegrüßungspaket überreichen möchte.

Der Bürgermeister gratuliert
- ausnahmslos allen Eltern,
- ausnahmslos allen Eltern wird der Besuch angekündigt und
- ausnahmslos alle Eltern sollen so von dem für den Bezirk zuständigen Bezirkssozialarbeiter den Willkommensgruß der Stadt erhalten.

So lernen die Eltern konkret einen städtischen Mitarbeiter kennen, an den sie sich in allen Fragen wenden können. Und dies auf dem Hintergrund eines Besuches, der nicht von vermuteten oder vorhandenen Defiziten ausgeht, sondern diskriminierungsfrei erfolgt, denn es werden ja alle Eltern der Neugeborenen besucht. Jedem wird, sofern denn gewünscht, auch praktische Hilfe angeboten: sei es z. B. die Vermittlung einer Tagesbetreuung für das Neugeborene oder auch Hilfe beim Ausfüllen der im Elternbegleitbuch mitgelieferten Anträge, die vom Kindergeld über das Elterngeld bis zum Dormagener Familienpass reichen.

Wir gehen davon aus, dass sozusagen als „Nebeneffekt" dieses Hausbesuches auch die Gefahr von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung gemindert wird. Bei aus sozialarbeiterischer Sicht er-

kennbaren Anhaltspunkten für eine eventuelle Gefährdung des Kindeswohls kann und wird direkt und damit zeitnah agiert.

Im Übrigen führen die Eindrücke bei diesem Besuch sowie das Gespräch über die Inhalte des im Paket enthaltenen Elternbegleitbuches zu einer ersten Einschätzung der Familiensituation – neben der allgemeinen Beratung für alle Eltern tritt so bei Bedarf eine auf die jeweils vorgefundene Situation abgestimmte spezielle Beratung und Unterstützung. Notwendige, weitergehende Aktivitäten wie z. B. auch die sofortige Einleitung von erzieherischen Hilfen durch die sozialpädagogische Fachkraft sind möglich

Der Ringordner „Elternbegleitbuch" als zentraler Bestandteil des Babybegrüßungspaketes geht insbesondere auf diese Themen ein:

1. **Wirtschaftliche Hilfen**
   Infomaterialien Elternzeit, Elterngeld, Kindergeld, Familienpass der Stadt Dormagen, Wohnen und Bauen, Wenn das Einkommen nicht ausreicht, Schuldnerberatung

2. **Gesund groß werden**
   Infos zur gesundheitlichen Entwicklung, Impfkalender, Vorsorgeuntersuchungen, Hebammen, Ernährungsberatung, Kinderärzte

3. **Grundlagen der Kindlichen Entwicklung**
   Informationen zur Sprachentwicklung, motorischen Entwicklung, frühe Eltern-Kindbindung, Schreikind, Frühe Förderung, Familienzentren, Familienbildungsangeboten, Elternbriefe

4. **Beratung und Hilfe für Eltern**
   Informationen über das Beratungsnetzwerk in Dormagen

5. **Betreuungsplätze für Kinder**
   Informationen zum Dormagener Modell zur Kinderbetreuung, Kosten für Kinderbetreuung, Kindertagesstätten, Kindertagespflege, Babysitterdienst, OGS

6. **Angebote für Kinder**
   Informationen über den Kinderbeauftragten, Stadtbibliothek, Musikschule, Stadtranderholung, Ferienfahrten, Sportangebote für die Jüngsten, Übersicht zu den Jugendzentren

7. **Hilfen für ausländische Familien**
   Informationen über Beratungsangebote, Elternhilfezentrum, Sprache und Bildung, Kinder und Jugend, Berufliche Beratung, Beratung für Frauen, Ehrenamtliche Helfer

8. **Gutscheine für Eltern und Kinder**
   Musikschule, Stadtbibliothek, Elternschule, Schwimmbad, VHS, Rauchmelder fürs Kinderzimmer, Märchenbuch des Raphaelshaus (Jugendhilfeeinrichtung), Zahnbürste des Gesundheitsdienstes ...

9. **Wichtige Dokumente**
   Antrag auf Kindergeld, Antrag für Elterngeld, Antrag für den Familienpass, Antrag für die Elternbriefe ...

Dieses Elternbegleitbuch ist innerhalb des Babybegrüßungspaketes, der Willkommensgabe der Stadt für alle neugeborenen Kinder seit dem 01. Oktober 2006, dauerhafter Teil des Netzwerkes für Familien (NeFF) in Dormagen, somit auch Teil des Frühwarnsystems. Die ersten Erfahrungen mit diesem Modul sind überaus positiv, so ergaben sich aus den ersten rund 500 Hausbesuchen

bei knapp 100 Familien intensivere und längere Beratungsgespräche und bei knapp 40 Familien wurden reale Hilfen vermittelt oder eingerichtet. Im Vorfeld eventueller Kindeswohlgefährdung, unabhängig von „Verschuldensfragen“, wird so versucht, allen Kindern eine bessere Chance für gutes und gesundes Aufwachsen zu geben.

Weitere Bausteine im Dormagener Modell NeFF sind u. a.:

- Schaffung neuer Strukturen in der Kinder- und Jugendhilfe, u.a. durch die Abordnung eines städtischen Mitarbeiters für die Problematik der Kinderarmut seit September 2005
- Ausbau der Zusammenarbeit von Gesundheitsamt, Schulen, Kindergärten, Kinder- und Frauenärzten und Jugendhilfe; z.B. durch Gesundheitsprojekte wie „ProKita“ und „Gewichtig“, seit Februar 2008 persönliche Aushändigung durch Hebammen und Ärzte einer gemeinsam von BZgA und Stadt Dormagen herausgegebenen Info-Mappe an alle Schwangeren
- Umsetzung des neuen Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung in verbindlichen Vereinbarungen mit allen Trägern der Freien Jugendhilfe (Kinderschutzkonzept, Fortbildungen für alle pädagogischen Fachkräfte im Stadtgebiet, Kinderschutzleitfaden) und den (Grund-)Schulen mit dem Angebot Offener Ganztagsschule
- Aufbau einer Präventionskette im Leben des Kindes: weitere Elternbesuche sind verbindlich, wenn Kinder zu den jeweiligen Stichtagen nicht zum Kindergarten angemeldet werden oder auch wenn sich Auffälligkeiten bei der Schulanmeldung zeigen, zusätzlich sind ab dem kommenden Schuljahr die ersten verbindlichen Hausbesuche von Grundschullehrer/innen bei ihren zukünftigen Erstklässlern vor der Einschulung vorgesehen
- Entwicklung und Ausbau von Familienzentren, Gründung von Stadtteil-Elternschulen, Initiierung von Schülerpatenschaften für benachteiligte Kinder als Beispiele für weitere Projekte in den Kindertagesstätten und Grundschulen
- Aufbau eines Präventionsnetzwerk mit den Schwerpunkten: Gesundheit, Erziehung, Bildung, Integration, Fortbildungen von päd. Fachkräften in Kindertagesstätten und Grundschulen
- Ausbau der wirtschaftlichen und finanziellen Hilfen u. a. durch Subventionierung des Mittag-essens in Kindertagesstätten und Schulen, Beitragserhebung im Kindertagesstätten- und Schulbetreuungsbereich erst ab einem Einkommen von über 20.000 Euro, Bildungsbeihilfen für Empfänger von Sozialleistungen (Lernmittelfreiheit, Schülerfahrtkosten) ...

Gerd Trzeszkowski – Stadt Dormagen

Im Dormagener Modell stehen Familien mit Kindern im Alter von bis zu 12 Jahren im Mittelpunkt, im Elementar- und Primarbereich und inzwischen auch schon vor der Geburt, also während der Schwangerschaft, werden offensiv Hilfen bekannt gemacht, angeboten und für deren Inanspruchnahme geworben. Das Modul „Babybegrüßungspaket“ mit dem damit verbundenen Hausbesuch ist ein wichtiger Baustein, der einen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Familien ermöglicht. Speziell Eltern und Kindern in durch Armut, Trennung oder andere Umstände bedingten schwierigen Lebensverhältnissen kann und wird schon bei der persönliche Übergabe Hilfe angeboten ... und damit versucht, möglichst weitgehend und prophylaktisch unter Umständen möglich erscheinende Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden.

Unabhängig von den in diesem Netzwerk für Familien NeFF verankerten und im Zusammenwirken der freien Träger und der öffentlichen Jugendhilfe erbrachten unterschiedlichen Präventionsangebote, der diversen Maßnahmen im Bereich der Frühen Unterstützung für benachteiligte Familien sowie den zur Sicherung der Grundbedürfnisse erbrachten Leistungen auf einer eher allgemeinen Ebene bleibt selbstverständlich im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen die konkrete, einzelfallbezogene Arbeit in akuten Kinderschutzfällen erhalten – und leider sicher auch in Zukunft notwendig. Allerdings gehen wir davon aus, dass durch das Dormagener Modell NeFF die Gefahren für das Kindeswohl in der Stadt insgesamt minimiert werden können. Wer hinschaut, der muss auch handeln: neben der gruppen- oder einzelfallbezogenen und vornehmlich an Risikofaktoren orientierten Sicht wird hier versucht, über den Einzelfall hinaus insgesamt die Chancen von Kindern für ein gesundes Aufwachsen durch einen umfangreichen Katalog früher Hilfen deutlich zu verbessern.

Text von: Gerd Trzeszkowski, Fachbereichsleiter für Schule, Kinder, Familien und Senioren der Stadt Dormagen

Auf der Homepage der Stadt (http://www.dormagen.de/) sind weitere Informationen abrufbar.

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Das Dormagener Modell

Kindeswohl als Leitidee der Kommune

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

oder

Präventionsprogramm zur Frühen Förderung, Minderung und Vermeidung von Kinderarmut in Dormagen

Gliederung des Vortrags

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- **Vorgeschichte**: Strukturwandel / Der Dormagener Qualitätskatalog / Analyse der Lebenslagen
- **Ziele und Methoden:** Entwicklung / Design / Methode
- **Handlungskonzepte:** Präventionskette Kinderschutzkonzept
- **Fazit**

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Vorüberlegungen zur Leitidee

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- **Erinnerung (1975):**

  Wer Kinder schützen will,
  muss Helfer und Helfersysteme verändern!
  (Leitlinie des Kinderschutz-Zentrums Berlin)

= *weil Entwicklung umweltabhängig ist.*

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Vorüberlegungen im Kinderschutz

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- Mit welcher Leitidee arbeiten wir im Kinderschutz (Blickwinkel)
  - Hilfekonzept
  - Aufklärungskonzept
  - Sanktionen
- Helfer / Institutionen als Mitverursacher von Kindesvernachlässigung / Kindeswohlgefährdungen

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

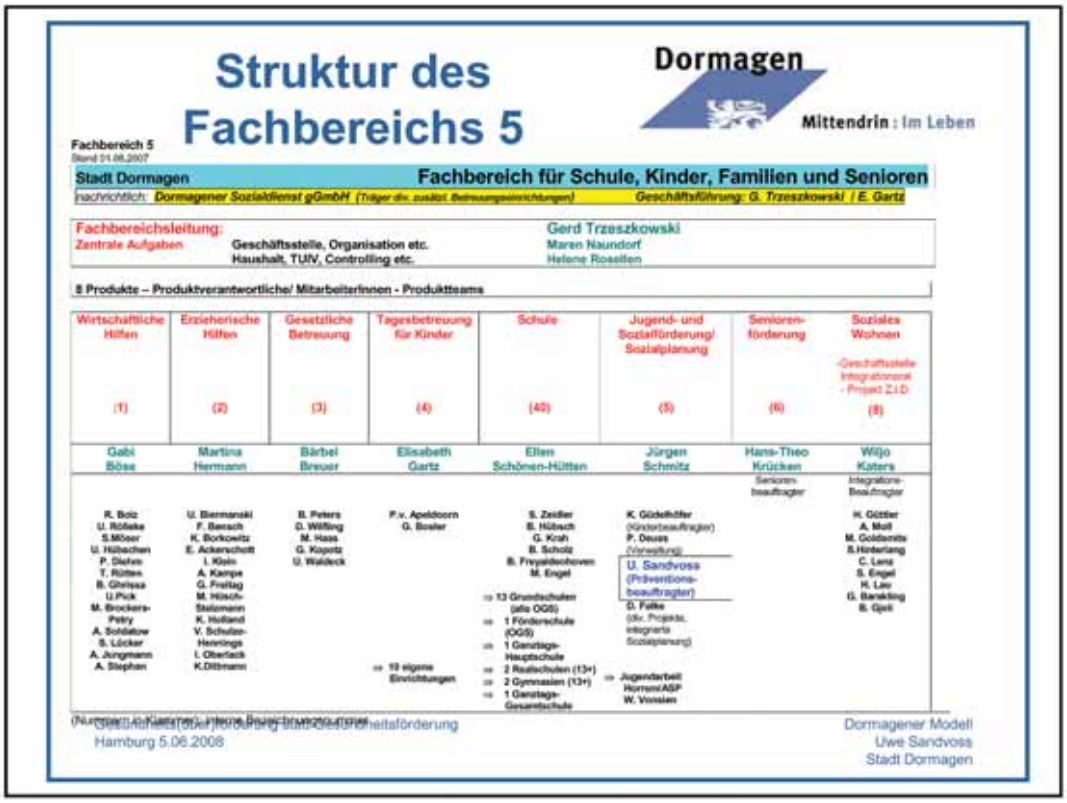
Entwicklung einer Leitidee Kinderschutz in der Jugendhilfe

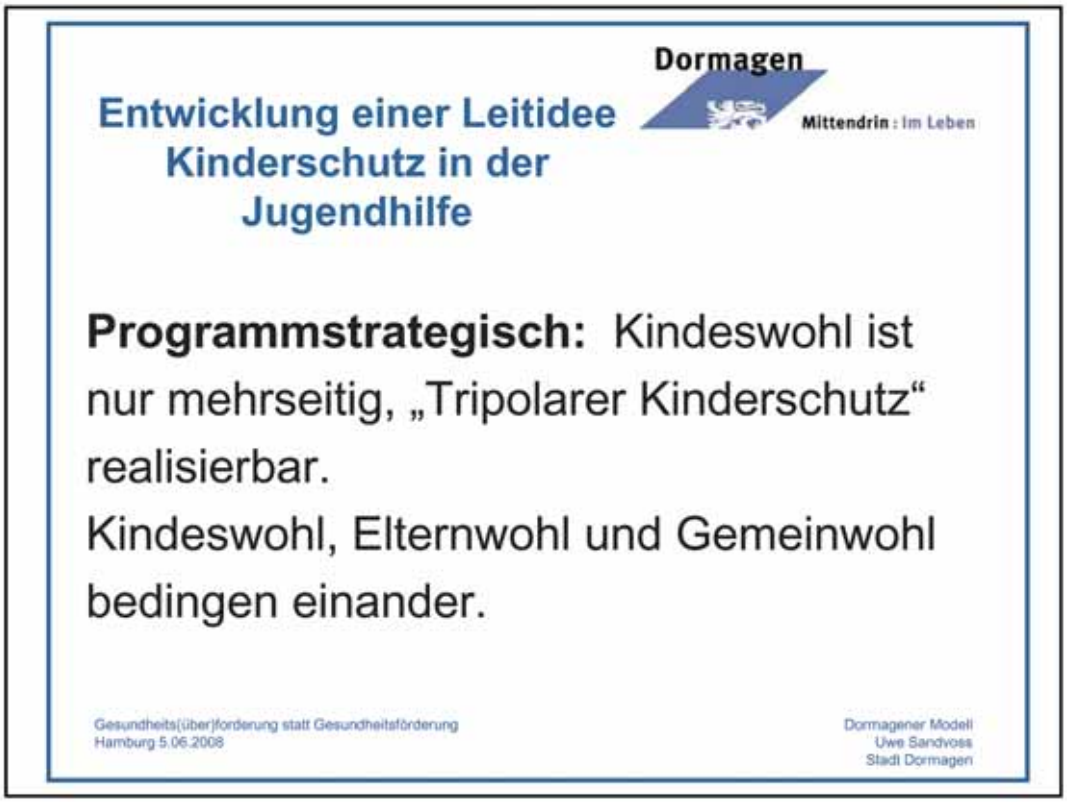
Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Hilfesystemisch: Kinderschutz ist eine Mehrsystemische Aktion (Gesundheitshilfe, Bildungswesen, Jugendhilfe) zur Förderung und Sicherung produktiver Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen (Kindeswohl).

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen


Struktur des Fachbereichs 5
Dormagen
Mittendrin : Im Leben
Fachbereich 5
Stadt Dormagen
Fachbereich für Schule, Kinder, Familien und Senioren
nachrichtlich: Dormagener Sozialdienst gGmbH
Geschäftsführung: G. Trzeszkowski / E. Gartz
Fachbereichsleitung:
Zentrale Aufgaben
Geschäftsstelle, Organisation etc.
Haushalt, TUIV, Controlling etc.
Gerd Trzeszkowski
Maren Naundorf
Helene Rosellen
8 Produkte – Produktverantwortliche/ Mitarbeiterinnen - Produktteams
Wirtschaftliche Hilfen (1)
Erzieherische Hilfen (2)
Gesetzliche Betreuung (3)
Tagesbetreuung für Kinder (4)
Schule (40)
Jugend- und Sozialförderung/ Sozialplanung (5)
Senioren-förderung (6)
Soziales Wohnen (8)
Gabi Böse
Martina Hermann
Bärbel Breuer
Elisabeth Gartz
Ellen Schönen-Hütten
Jürgen Schmitz
Hans-Theo Krücken
Wiljo Katers
Hamburg 5.06.2008
Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen


Dormagen
Mittendrin : Im Leben
Entwicklung einer Leitidee Kinderschutz in der Jugendhilfe
Programmstrategisch: Kindeswohl ist nur mehrseitig, „Tripolarer Kinderschutz“ realisierbar.
Kindeswohl, Elternwohl und Gemeinwohl bedingen einander.
Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008
Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Kinderschutz als Leitidee der Jugendhilfe

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- Moderner Kinderschutz versucht, die **Lebensbedingungen von Kindern und Familien positiv zu verändern**, indem er die Eigenkräfte der Familien stärkt, soziale Konflikte und Notlagen erkennt und konkret Hilfe leistet. Eltern werden bei der Erziehung und Förderung ihrer Kinder unterstützt. Kinderschutz ist partnerschaftliche Aktion im Gemeinwesen zur Schaffung einer kinderfreundlichen Kultur des Aufwachsens. Kinderschutz ist Familienschutz und als solcher Garant des Kindeswohl.

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Aufgabe Kinderschutz

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Wenn moderner Kindesschutz nicht mehr nur Einzelfallarbeit sein soll und nicht nur reaktiv agiert dann muss Jugendhilfe ihre **Kinderschutzaufgaben** bereits im **Vorfeld** wahrnehmen.

Da die beiden wichtigsten Faktoren der Kindeswohlgefährdung sind **Armut** sowie die unzureichende Bereitschaft und Möglichkeit der Erwachsenen sich auf Kinder und deren Bedürfnisse einzulassen sind, ist **präventive Arbeit** notwendig.

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Definition Kinderarmut

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- In Dormagen definieren wir Kinderarmut zum einen über die Einkommensverhältnisse der Eltern (Familien, die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe beziehen) sowie Familien, die in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen leben, also knapp über den staatlichen Versorgungsleistungen,
- zum anderen über den Lebenslagenansatz, d.h. bei Unterversorgung in den zentralen Lebensbereichen von Kindern.

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Vorfeldarbeit

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- Erhebung der Sozialdaten mit der Lupe
- Ergebnisse übermitteln
- Kontakt zu allen sozialen Einrichtungen im Stadtteil
- Werben für eine kinderfreundliche Lebenswelt
- Hilfen orientieren sich an den Lebensbedürfnissen
- Hilfen werden offensiv bekannt gemacht!

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Analyse der Lebenslagen von Kinder und Familien in der Region

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- 1300 Kinder lebten in Dormagen an der Armutsgrenze (2005)
- Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung, motorischen Entwicklung, seelischen Gesundheit, sozialen Kompetenz, etc.
- Benachteiligung der Kinder beim Aufwachsen
- Hilfen kommen oft zu spät und sind sehr aufwändig!

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

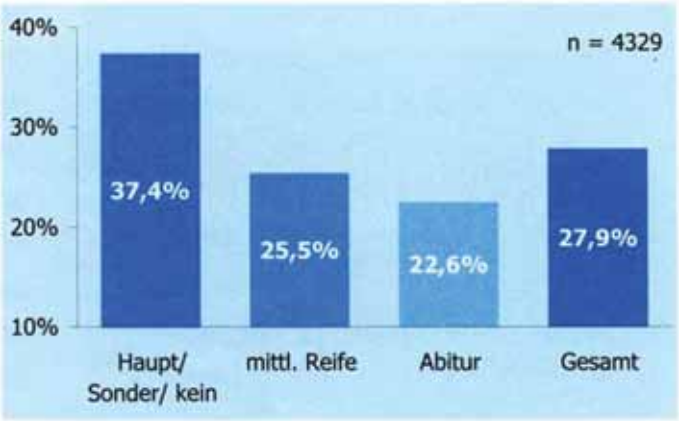
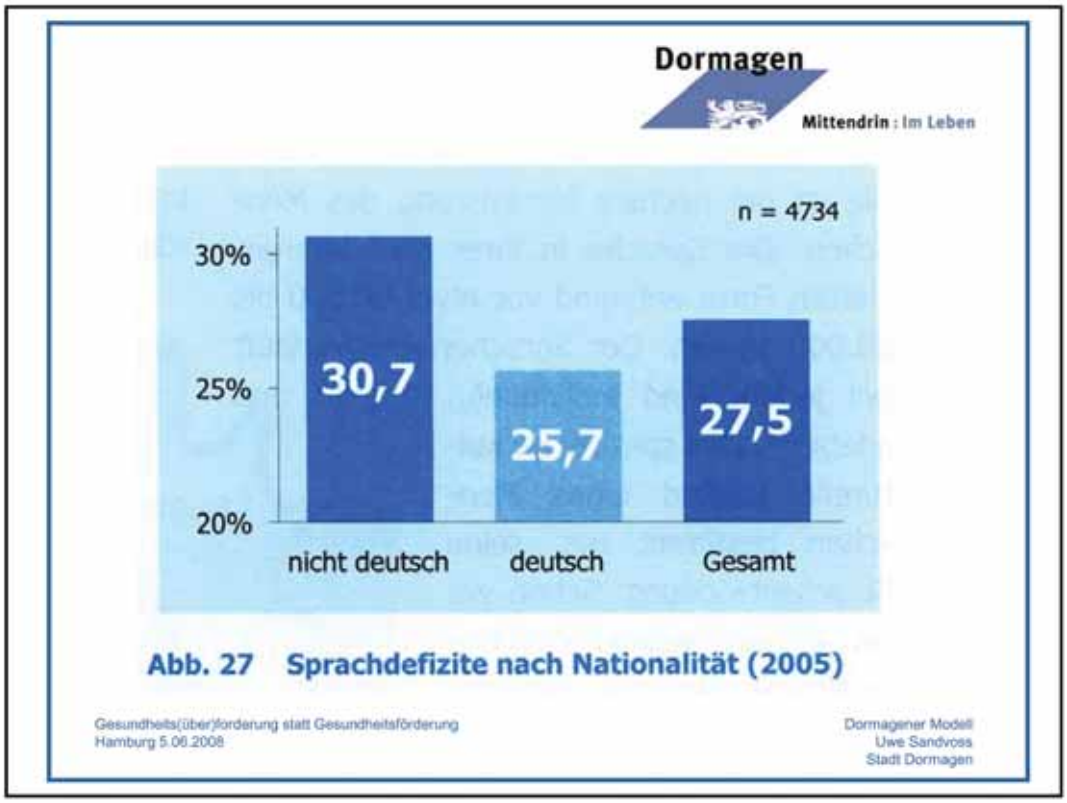
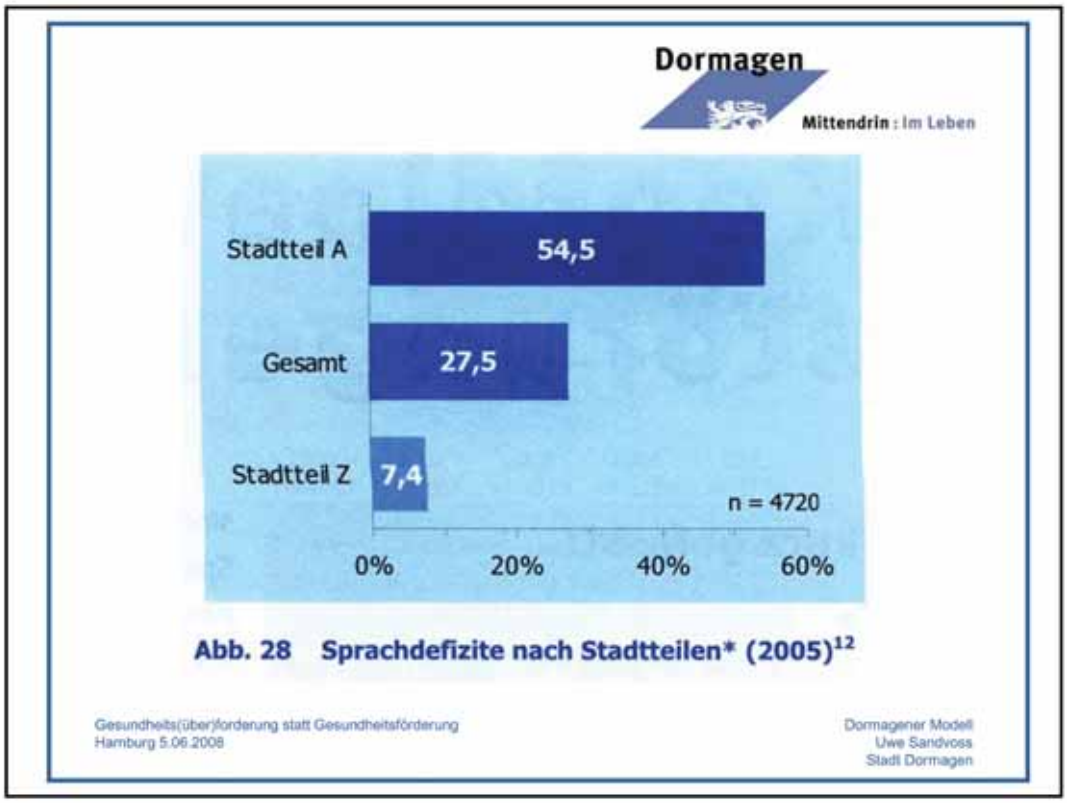


Abb. 26 Sprachdefizite nach Schulbildung* der Mutter (2005)

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen


Dormagen
Mittendrin : Im Leben
n = 4734
30%
25%
20%
30,7
25,7
27,5
nicht deutsch
deutsch
Gesamt
Abb. 27 Sprachdefizite nach Nationalität (2005)
Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008
Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen


Dormagen
Mittendrin : Im Leben
Stadtteil A
54,5
Gesamt
27,5
Stadtteil Z
7,4
n = 4720
0%
20%
40%
60%
Abb. 28 Sprachdefizite nach Stadtteilen* (2005)12
Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008
Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Ziel des Programms

§1 (3) SGB VIII (KJHG) verpflichtet die Jugendhilfe

1. junge Menschen in ihrer **individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden und/oder abzubauen**
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen
4. **dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen**

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Präventionsprogramm / Leitziele

1. Die Stadt Dormagen unterstützt über ein Netzwerk die frühe Förderung von Kindern, Präventionsprojekte und fördert Familien in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen.
2. Die Fachkräfte der Stadt Dormagen nutzen das bis Herbst 2007 entwickelte Präventionsprogramm, das vor allem darauf zielt, Benachteiligungen durch Armut abzubauen.
3. Kinderschutz wird in der Stadt Dormagen als öffentliche und gesellschaftliche Aufgabe thematisiert.

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen

Mittendrin : Im Leben

Präventionsprogramm / Leitziele

4. In Dormagen wird seit Sommer schrittweise ein interinstitutionelles System (Präventionskette) früher Hilfen (im Rahmen der NRW Initiativen zur Schaffung von „Frühwarnsystemen") eingeführt.
5. Das Präventionsnetzwerk bildet Fachkräfte, Eltern, Kinder und Politiker zu den Themen: Frühe Förderung, Prävention, Kinderschutz und Kinderarmut weiter und versteht sich als kommunales Bildungsnetzwerk.

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen

Mittendrin : Im Leben

Schwerpunkte des Präventionsprogramm

Dialogische Entwicklung des Präventionsprogramms

- **Kinderarmut wird in Dormagen thematisiert und bekämpft:** Fachtagung zum Thema, finanzielle Ressourcen ermitteln, umwandeln oder schaffen (DorMagen:Mittagessen für 1 Euro, Elternschulen, Schulmittel- und Schülerfahrtkostenbefreiung, Verbesserungen beim Familienpass wie U 7a, etc.)
- **Bildungskommune:** Fachtagungen zu Entwicklungsthemen, inhaltliche Gestaltung des JHA und SchulA, Weiterbildung von Fachkräften (Palme, Kinderschutz, Systemische Familienberatung, etc.), Ausbau von Elternschulen

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Schwerpunkte des Präventionsprogramm

- **Gesundheitsförderung:** Ausbau der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen, Schulen, Kinderärzten, Kindergärten und Jugendhilfe (Prokita, Gewichtig, U-Untersuchungen, bewegte Grundschule, etc.)
- **Aufbau eines Präventionsnetzwerkes (NeFF Dormagen):** Fachkräftenetzwerk aus Mitarbeitern der Verwaltung und freien Trägern, Gesundheitswesen, Schulen ... mit der Aufgabe Qualität zu entwickeln und zu sichern
- **Aufbau einer Präventionskette:** Ausgehend von den Entwicklungsphasen der Kinder im Elementar und Primarbereich (Schwangerschaft, Geburt, Kindergarten, Grundschule)

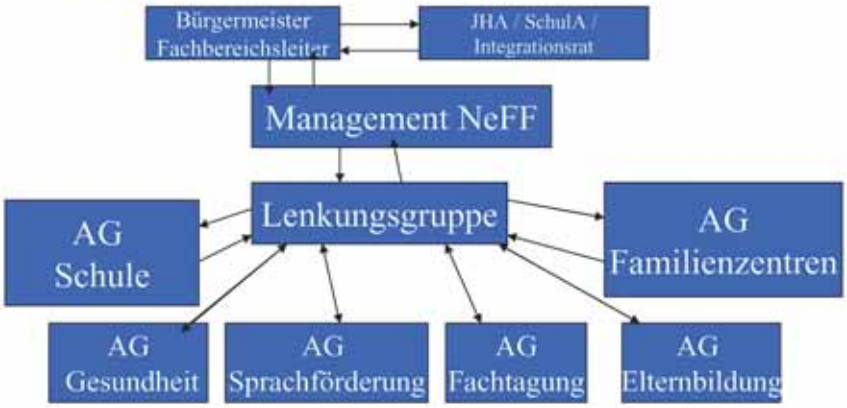
Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

NeFF Dormagen Netzwerk Frühe Förderung

Netzwerk für Familien



Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen

Mittendrin : Im Leben

Dialog als Methode

- Dialog mit der Politik
- Dialog in der Verwaltung
- Dialog mit den freien Trägern
- Dialog mit den Fachkräften
- Dialog mit den Eltern
- Dialog mit den Kindern

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagen

Mittendrin : Im Leben

Design eines Kinderschutzkonzeptes

VORFELD	Hilfen für werdende Mütter	Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr	Hilfen im Kindergartenalter 3. - 6. Lebensjahr	Hilfen in der Grundschule ab 6. Lebensjahr
	Prävention	**Prävention**	**Prävention**	**Prävention**
	Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien**	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:**	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien**
	Grundbedürfnisse sichern	**Grundbedürfnisse sichern**	**Grundbedürfnisse sichern**	**Grundbedürfnisse sichern**
Kinder-schutz	**Kinderschutz im Einzelfall:** • Risikoabwägung • Kooperationspartner • Hilfen	**Kinderschutz im Einzelfall:** • Risikoabwägung • Kooperationspartner • Hilfen	**Kinderschutz im Einzelfall:** • Risikoabwägung • Kooperationspartner • Hilfen	**Kinderschutz im Einzelfall:** • Risikoabwägung • Kooperationspartner • Hilfen

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Präventionskette

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Hilfen für werdende Mütter	Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr	Hilfen im Kindergartenalter 3. - 6. Lebensjahr	Hilfen in der Grundschule ab 6. Lebensjahr
Prävention: ➢Infos und Hilfen ➢Ausbau Elternbildung ➢Ausbau Familienzentren	**Prävention:** ➢Hausbesuch mit Elternbegleitbuch ➢Betreuungsplatz-garantie ab 4. Monat ➢Ausbau der Elternschulen	**Prävention:** ➢Betreuungsplatzgarantie ➢Ausbau der Elternbildung ➢Gesundheitsförderung / ➢Gesundheitsvorsorge ➢Weiterbildung für Fachkräfte ➢Papilio - Kinder stärken	**Prävention:** ➢Betreuungsplatz-garantie ➢Hausbesuch der Erstklässler durch Lehrer ➢Weiterbildung der Pädagogen
Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien: ➢Pers. Beratung durch Gynäkologen/ Geburtskliniken ➢Vermittlung an Beratungseinrichtung	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Babyclubs ➢Krabbelclubs ➢Kostenl. Elternbildung ➢Ausbau von Familienzentren ➢Familienpass	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Elternbildung ➢Hausbesuch der Kinder, die keinen Kindergarten besuchen ➢Prokita / U 7a ➢Palme ➢Familienpass	**Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:** ➢Fahrkosten-erstattung ➢Nachhilfe ➢Familienpass
Grundbedürfnisse sichern: ➢Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung ➢Wohnraum	**Grundbedürfnisse sichern:** ➢Gesundheitsvorsorge / Krankenversicherung	**Grundbedürfnisse sichern:** ➢Mittagessen 1 € ➢Krankenversicherung	**Grundbedürfnisse sichern:** ➢Mittagessen 1€ ➢Schulmittelfreiheit ➢Schülerfahrtkosten

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Dormagener Kinderschutzkonzept

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- Fortbildung mit allen Fachkräften
- Aufklärung über das neue Gesetz
- Einführung der dialogischen Risikoabwägung
- Entwicklung eines trägerübergreifenden Kinderschutzleitfadens
- Entwicklung einer trägerübergreifenden Infobroschüre
- Einführung trägerübergreifender Standards im Kinderschutz für das gesamte Stadtgebiet

Ziel: Alle sprechen die gleiche Sprache im Kinderschutz!

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Schlagworte zum Modell

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

- **Größtes Risiko: ARMUT**
- **Bester Kinderschutz: PRÄVENTION**
- **DIALOG ist der Weg**
- Diskriminierungseffekte vermeiden
- **Haltung aller Akteure ist entscheidend**
- Vorhandene Ressourcen nutzen
- Gemeinsam auf dem Weg zur Bildungskommune

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dormagen
Mittendrin : Im Leben

Gesundheits(über)forderung statt Gesundheitsförderung
Hamburg 5.06.2008

Dormagener Modell
Uwe Sandvoss
Stadt Dormagen

Kontakte

Liesel Amelingmeyer
Nachbarschaftstreff Dulsberg
Elsässer Str. 15
22049 Hamburg
nachbarschaftstreff@web.de

Vertretungsprofessorin Christiane Deneke
HAW Hamburg
Fakultät Life Sciences
Dept. Gesundheitswissenschaften
Lohbrügger Kirchstr. 65
21033 Hamburg
christiane.deneke@rzbd-haw-hamburg.de

Petra Hofrichter
Regionaler Knoten
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg
Petra.Hofrichter@hag-gesundheit.de

Jens König
Stern
Redaktion Berlin
Anna-Louisa-Karsch-Str. 2
10178 Berlin
koenig.jens@stern.de

Uwe Sandvoss
FB für Schule, Kinder, Familie und Senioren / Sozialplanung und Jugendförderung
– Prävention
Paul-Wieich-Platz 2
41538 Dormagen
uwe.sandvoss@stadt-dormagen.de

Prof. Dr. Bettina Schmidt
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Immanuel-Kant-Str. 18-20
44803 Bochum
b.schmidt@efh-bochum.de