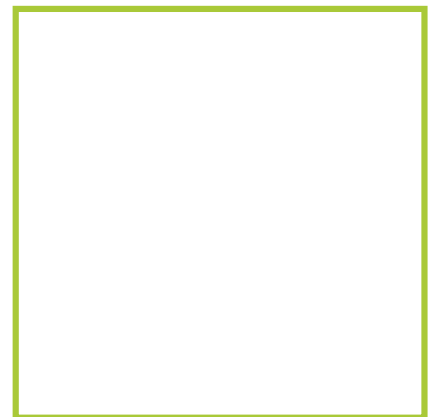




10 Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

– Eine Zwischenbilanz –



Helene Luig-Arlt

Studie im Auftrag der
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklä-
rung (BZgA)

Köln 2013



Mein Dank gilt

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover
- Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
- Birgit Braschoß, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
- Lutz Decker, Deutscher Städtetag, Köln
- Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal
- Martina Hermann-Biert, Stadtverwaltung, Jugendamt, Dormagen
- Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer, Berlin
- Dr. Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-Gesamtverband, Berlin
- Dr. Elfi Rudolph, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein
- Rainer Schubert, Stadtverwaltung, Braunschweig
- Andreas Staible, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin

Alle angesprochenen Interviewpartner/innen haben sich trotz unumgänglicher enger Terminsetzung spontan und gern für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung gestellt.

Dafür bedanke ich mich sehr.

Für die Durchsicht der Studie und hilfreiche Hinweise danke ich den Kolleginnen und Kollegen der BZgA Dr. Frank Lehmann, Helene Reemann, Carmen Till und Jürgen Töppich.

Helene Luig-Arlt

Impressum

10 Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – Eine Zwischenbilanz –

Köln, November 2013

Autorin:

Helene Luig-Arlt

Verantwortlich:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Straße 22 · 51109 Köln
Telefon 0221 8992-0 · Fax 0221 8992-300
E-Mail poststelle@bzga.de



Direktorin:

Prof. Dr. Elisabeth Pott



Inhalt

Vorwort Prof. Dr. Elisabeth Pott	4
1 Einleitung	6
2 Fragestellung und Ziele der Studie	8
3 Methodische Überlegungen	9
3.1 Leitfadenstrukturiertes Interview	10
3.2 Auswertungsverfahren	10
4 Entwicklung des Kooperationsverbundes	11
4.1 Meilensteine in der Entwicklung des Kooperationsverbundes	12
5 Ergebnisse der Experteninterviews	13
5.1 Zugangswege zum Kooperationsverbund	14
5.1.1 <i>Eigeninitiative</i>	14
5.1.2 <i>Anfrage seitens der BZgA</i>	14
5.1.3 <i>Motive</i>	15
5.2 Einfluss der Mitwirkung im Kooperationsverbund auf den eigenen Arbeitsbereich	16
5.2.1 <i>Auswirkungen auf den eigenen Arbeitsbereich</i>	16
5.2.2 <i>Wechselwirkung zwischen eigenem Arbeitsbereich und Kooperationsverbund</i>	17
5.3 Koordination des Kooperationsverbundes	18
5.3.1 <i>Organisationsstrukturen im Kooperationsverbund</i>	19
5.3.2 <i>Koordination als dynamischer Prozess</i>	20
5.4 Die Rolle der BZgA im Kooperationsverbund	20
5.4.1 <i>Einschätzung der strukturellen Funktion</i>	20
5.4.2 <i>Einschätzung der inhaltlichen Funktion</i>	21
5.4.3 <i>Einschätzung der künftigen Funktion</i>	21
5.5 Erfolge des Kooperationsverbundes	22
5.5.1 <i>Verbreitung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit</i>	22
5.5.2 <i>Projektentwicklungen</i>	23
5.5.3 <i>Intersektorale Vernetzung und Zusammenarbeit</i>	23
5.6 Empfehlungen für die weitere Arbeit des Kooperationsverbundes	24
5.6.1 <i>Partizipative Forschung</i>	25
5.6.2 <i>Praxisorientierung</i>	25
5.6.3 <i>Kontinuität</i>	26
5.6.4 <i>Politische Einflussnahme</i>	26
5.6.5 <i>Finanzielle Aspekte</i>	26
5.6.6 <i>Selbstverpflichtung</i>	27
5.6.7 <i>Intersektorale Arbeit</i>	28
6 Zusammenfassung	28
7 Ausblick	31
Literatur	33
Anhang	37
Anschreiben für die Experteninterviews	37
8th Global Conference on Health Promotion.	
The Helsinki Statement on Health in All Policies, Helsinki 2013	38



Vorwort

Die Chancen für eine gute Gesundheit sind ungleich verteilt. Wer in Deutschland durch Armut oder andere schwierige Lebensumstände benachteiligt ist, hat ein deutlich höheres Risiko zu erkranken als Menschen in günstigen Lebensverhältnissen. Die Lebenserwartung von Männern im untersten Einkommenssechstel ist 11 Jahre kürzer als die Lebenserwartung derjenigen im obersten Einkommenssechstel. Bei Frauen beträgt dieser Unterschied 8 Jahre. Ungleiche Gesundheitschancen können bereits in der Schwangerschaft beginnen und sich über das ganze Leben erstrecken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) griff diese Problematik im Jahr 2001 mit einem neuen Arbeitsschwerpunkt *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* auf und initiierte eine bundesweite Bestandsaufnahme. Fachlicher Austausch und intersektorale Vernetzungsarbeit schlossen sich an. Zusammen mit mehreren Bundesländern, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, den Krankenkassen, Ärzte- und Wohlfahrtsverbänden, dem Deutschen Städtetag, der Bundesagentur für Arbeit sowie weiteren Organisationen baute die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2003 den bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sowie Koordinierungsstellen, sog. „Regionale Knoten“ in allen Bundesländern auf.

10 Jahre arbeiten nun deutsche Spitzenorganisationen zusammen, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Es entwickelten sich neue Arbeitsstrukturen und Projekte. Ich freue mich sehr über diesen Erfolg. Gleichwohl bietet dieser 10-jährige Geburtstag auch Anlass zu einem Rück- und Ausblick. Was haben wir gemeinsam erreicht, sind wir auf dem richtigen Weg, was ist als nächstes zu tun? Dabei interessiert mich auch, wie die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch die Partner eingeschätzt wird.

Die vorliegende Zwischenbilanz, die Helene Luig-Arlt im Auftrag der BZgA erstellte, bewertet die bisherige Arbeit auf der Grundlage einer Analyse von Dokumenten und qualitativen Interviews mit Partnern aus dem Kooperationsverbund. Das Ergebnis: Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wird als Erfolgsgeschichte eingestuft. Dass die BZgA als zentrale Kraft angesehen wird, die die Prozesse nicht nur initiiert, sondern sie auch nachhaltig unterstützt und Weiterentwicklungen ermöglicht, freut mich besonders.

Rund 2090 Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten können aktuell im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de recherchiert werden. Auf der Bundesebene wurde ein Qualitätsrahmen (Good Practice Kriterien) entwickelt. Auf der Länderebene werden durch die Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ gute Praxisprojekte in den Kommunen verbreitet und Akteure qualifiziert. Inzwischen beteiligen sich über 70 Kommunen aus allen Bundesländern am kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“. Kommunen lernen voneinander, wie Ämter und Institutionen so zu vernetzen sind, dass insbesondere Kinder und ihre Familien in schwierigen Lebenslagen Angebote erhalten, die zu besseren Gesundheitschancen führen.



Die beteiligten Akteure engagieren sich überall nach Kräften. Gleichwohl reicht der Umfang der bisherigen Maßnahmen nicht aus, um bundesweit gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten. Die Aktivitäten in allen Bereichen müssen weiter verstärkt werden. Dieser Bericht enthält Anregungen zur Weiterentwicklung des Kooperationsverbundes. Greifen wir sie auf!

Köln, im November 2013

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung



1 Einleitung

„Soll das prioritäre gesundheitspolitische Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen nicht nur symbolisch angegangen werden, bedarf es u.a. eines engmaschigen Netzes qualitätsgesicherter sozialkompensatorischer Interventionen zur Senkung potentiell pathogener Belastungen und Vermehrung salutogener Ressourcen (Gesundheitsförderung).“¹

Die Diskussion um „soziale Polarisierung“² in den Städten, die durch eine Häufung von Problemen im Bereich von Wirtschaft, Bildungsmöglichkeiten sowie der Wohn- und Wohnumfeldbedingungen zu einem „Milieu der Ärmlichkeit führen und Folgen für die Gesundheit der Menschen zeigen“³, wird Ende der 90er Jahre bundesweit geführt. Regionale⁴ und überregionale⁵ Studien verweisen auf erhöhte gesundheitliche Risiken so genannter *Armutsriskogruppen wie Arbeitslose, Wohnungslose, Kinder, Ausländer und Alleinerziehende*.⁶

1995 findet der I. Kongress *Armut und Gesundheit* auf Initiative der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Berlin statt.

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung legt 1999 das Bund-Länder Programm *die Soziale Stadt - Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf*⁷ auf, welches ein *Integriertes Handlungskonzept*, interdisziplinäre Kooperation und Beteiligung auf Stadtteilebene vorsieht.

Im November 1999 verfasst das Gesunde Städte-Netzwerk auf seinem Symposium: *„Gesundheit für alle – eine Herausforderung (nicht nur) für Gesunde Städte“* die Kölner EntschlieÙung *„Chancengleichheit für ein gesundes Leben“* und fordert zu einem Wettbewerb guter Beispiele für erfolgreiche Aktivitäten und Strategien auf.⁸

Im Jahr 2000 legt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Partner-Programm *Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten E&C* auf, um *„Kindern und Jugendlichen aus benachteiligten Sozialräumen günstigere Bedingungen für ihre Entwicklung sowie bessere Voraussetzungen für ihre Zukunft zu eröffnen.“* E&C setzt kinder- und jugendspezifische Prioritäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen wie der Schule, der Familienunterstützung und Jugendhilfe in besonderen sozialen Lebenslagen und der Gesundheitsförderung.⁹

2001 ergänzt das BMFSFJ das Programm *Lokaler Aktionsplan für Toleranz und Demokratie*, welches in Programmgebieten der *Sozialen Stadt* eingesetzt wird. Weitere Bundesprogramme wie *Lokales Kapital für Soziale Zwecke – LOS* werden 2003 aufgelegt. Diese richten sich an

¹ Ergebnispapier Experten-Workshop „Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung“ 13. und 14. September 2001 in der BZgA, Köln

² Difu: Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt“ Band 1. 1999 Berlin

³ Wagner, Eugen: in Difu: Arbeitspapiere Soziale Stadt. Band 4 S. 12., Berlin, 2000

⁴ Stadt Flensburg: Vorbereitende Untersuchungen. Flensburg 1999

⁵ Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern. 2000

⁶ Trabert, Gerhard: Armut und Gesundheit. Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. Deutsches Ärzteblatt 1999, Heft 2

⁷ Difu: Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf-die soziale Stadt. Arbeitspapiere Band 2. Berlin 1999

⁸ Gesunde Städte-Netzwerk. Symposium. 1999 Köln

⁹ 1. Zwischenbericht E&C, Sozialpädagogisches Institut. Berlin 2001



benachteiligte Menschen wie Alleinerziehende, Langzeitarbeitslose, Wohnungslose und weitere Zielgruppen in Programmgebieten der *Sozialen Stadt*.¹⁰

Prävention und Gesundheitsförderung sollen seit 1998 einen neuen Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen erhalten.¹¹ Mit der Gesundheitsreform 2000 tritt der § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Kraft, der „die Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als Ziel der Primärprävention betonte.“¹²

2001 wird von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt der *Runde Tisch Gesundheit*¹³ eingerichtet. Das Bundesministerium für Gesundheit initiiert das Forum *Prävention und Gesundheitsförderung* und entwickelt mit zahlreichen gesundheitspolitischen Akteuren Gesundheitsziele, wobei soziale Ungleichheit ein wichtiger Querschnittsaspekt ist. „Eine in den Jahren 2000-2002 im Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Arbeitsgruppe *Armut und Gesundheit* mit Experten aus Wissenschaft und Praxis, Ärzteschaft, Krankenversicherung, Bundes- und Länderregierungen hat zwei Empfehlungen für das Ministerium zu den Themen Migration und Gesundheit und Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen erarbeitet.“¹⁴

Auf europäischer Ebene übernimmt die BZgA die nationale Koordinierung von 1999 bis 2001 sowohl in dem Projekt *Tackling Social Inequalities. The role of health promotion* im Rahmen der europäischen Studie des *Flemish Institute for health Promotion* und dem *European Network of Health Promotion Agencies*; jetzt: *EuroHealthNet* als auch von 2002-2005 *Tackling social health inequalities and social inclusion in Europe* - Phase I und II im Rahmen des EU-Projektes koordiniert durch *EuroHealthNet* und dem niederländischen Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.¹⁵ Eines der ersten Good- Practice-Projekte der Datenbank „*Projekte und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit*“ wird vorgestellt.¹⁶

In Kooperation mit *EuroHealthNet* übernimmt die BZgA die Gesamtkoordination für das Projekt *Closing the Gap - Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe* (2004-2007).¹⁷ Das Projekt *Determine*¹⁸ (2007-2010) entwickelt die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit zur Reduzierung gesundheitlicher Gleichheit weiter. Diese Projekte werden in den 2001 gegründeten *beratenden Arbeitskreis*¹⁹ der BZgA „*Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten*“ – ab 2003 *beratender Arbeitskreis des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit* kontinuierlich eingebracht,²⁰

¹⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bundesprogramm: Lokales Kapital für Soziale Zwecke – LOS 2003.

¹¹ vgl. Geene, Raimund/ Gold, Carola/Hans, Christian (Hg.): *Armut macht krank!* Band III, Berlin 2001

¹² Wehmhöhner, Margot: Die sozialkompensatorische Rolle der GKV-Statements des BKK Bundesverbandes in: Geene Raimund/Golde, Carola / Hans, Christian (Hg.): *Armut macht krank!* (S. 28) Berlin 2001

¹³ Altgeld, Thomas: Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention (S. 40) in: Geene, Raimund/Golde, Carola / Hans, Christian (Hg.): *Armut macht krank!* Berlin 2001

¹⁴ Weyers, S/Lehmann, F. et al.: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Online 3/2007

¹⁵ www.eurohealthnet.org

¹⁶ EuroHealthNet: Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe. (S. 70-71) Brüssel 2004

¹⁷ www.health-inequalities.eu

¹⁸ BZgA: Determine – An EU Consortium for Action on the Socio – economic Determinants of Health. Nationaler Workshop. BZgA und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Köln 2009

¹⁹ Weyers, S/Lehmann, F. et al.: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Online 3/2007

²⁰ BZgA: Protokoll 20. Sitzung des beratenden Arbeitskreises für das Verbundprojekt „Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten“. Köln 9/2009



bundesweit diskutiert und auf nationalen und internationalen Konferenzen vorgestellt.²¹ Derzeit ist die BZgA Partner in der *Joint Action on Health Inequalities*, gefördert durch die Generaldirektion *Gesundheit und Verbraucherschutz* der Europäischen Kommission. Die *Joint Action on Health Inequalities* gliedert sich in vier thematische Arbeitspakete: Instrumente zur Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit, Entwicklung eines regionalen Netzwerks zu gesundheitlichen Ungleichheiten, Etablierung eines Sachverständigen- und Wissenschaftsnetzwerks auf europäischer Ebene, Einbindung von Interessensvertretern. Die BZgA leitet gemeinsam mit dem ungarischen *Institut für gesundheitliche Entwicklung* das Arbeitspaket zur Einbindung von Interessensvertretern und zur intersektoralen Zusammenarbeit.²²

Als europäische Gemeinschaftsinitiative wird 2002 das Programm *Equal* zur Bekämpfung von Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt, durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert, aufgelegt. Den Problemen arbeitsloser Menschen und Benachteiligungen bestimmter Zielgruppen begegnet diese Initiative mit einem integrierten Handlungsansatz, Entwicklungspartnerschaften und gemeinsamen Zielsetzungen. Der gesundheitliche Ansatz wird nicht explizit genannt.²³

Viele Maßnahmen, Projekte und Programme werden zum Thema soziale Ungleichheiten diskutiert, entwickelt und eingesetzt. Ein Überblick über die vielfältigen Angebote fehlt und der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlichen Folgen wird nicht immer hergestellt.

Im September 2001 setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema *Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung* einen neuen Aufgabenschwerpunkt. Eine bundesweite Datenerhebung, fachlicher Austausch und intersektorale Vernetzungsarbeit führen zur Gründung des Kooperationsverbundes im Jahre 2003.

Im Laufe der zehn Jahre haben sich neue Arbeitsstrukturen entwickelt und Projekte etabliert. Gesundheitliche Chancengleichheit wird in verschiedenen Handlungsfeldern diskutiert. Die Mitgliederzahl des Kooperationsverbundes wächst kontinuierlich und repräsentiert zunehmend die erforderliche Interdisziplinarität.

2 Fragestellung und Ziele der Studie

Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wird unter dem Namen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert.²⁴

Der Verbund ist ein „Forum der bundesweiten Zusammenarbeit von Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Politik, dem Sozialbereich, dem Bildungswesen, der Wissenschaft und weiteren relevanten Bereichen. Sie setzen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam ein, um Strukturen und Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung zu stärken.“ (Geschäftsordnung des Kooperationsverbundes § 1, 2005)

²¹ www.health-inequalities-eu

²² www.eurohealthnet.eu

²³ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: Gemeinschaftsinitiative Equal. Neue Wege der Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten am Arbeitsmarkt. Bonn 2002

²⁴ gesundheitsliche-chancengleichheit.de



Fragestellungen dieser Studie:

1. Wie wird die Arbeit des Kooperationsverbundes aus interner Sicht eingeschätzt?
2. Welche Rolle spielt die BZgA?
3. Wie kann die Arbeit im Kooperationsverbund weiterentwickelt werden?

Ziele dieser Studie sind es, nach Vollendung des zehnjährigen Bestehens des Kooperationsverbundes zu rekonstruieren, wie sich der Verbund strukturell und inhaltlich entwickelt hat und welche zukünftigen Aufgaben und Aktivitäten empfohlen werden.²⁵

Die Studie wurde am 1. September 2013 begonnen und am 21. Oktober 2013 abgeschlossen.

3 Methodische Überlegungen

Die Studie wurde als partielle Erhebung konzipiert und durch eine Dokumentenanalyse ergänzt. In diesem Zusammenhang werden Programme und Projekte als exemplarische Beispiele genannt.

Für die Expertenbefragung sind 14 Personen aus dem Mitgliedskreis des Kooperationsverbundes, aus dem Steuerungskreis sowie aus dem beratenden Arbeitskreis und der Koordinationsstellen gesundheitliche Chancengleichheit – früher regionale Knoten - angefragt worden. Die Auswahl erfolgte nach Aspekten unterschiedlicher Arbeitsfelder in Wissenschaft und Praxis - teils gesetzt, teils aus den Pools gezogen - in Abstimmung mit der BZgA. Die Interviewpartner/innen waren:

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover
- Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
- Birgit Braschoß, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
- Lutz Decker, Deutscher Städtetag, Köln
- Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal
- Martina Hermann-Biert, Stadtverwaltung, Jugendamt, Dormagen
- Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer, Berlin
- Dr. Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-Gesamtverband, Berlin
- Dr. Elfi Rudolph, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein
- Rainer Schubert, Stadtverwaltung, Braunschweig
- Andreas Staible, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin

²⁵Meuser, M. /Nagel, U.: Vom Nutzen der Expertise. Experteninterviews in der Sozialberichterstattung. Wiesbaden 2005



3.1 Leitfadenstrukturiertes Interview

Die Expertenbefragung erfolgte mittels eines Interviewleitfadens, der sowohl die Vergleichbarkeit der Interviews ermöglicht als auch Raum für unerwartete Aussagen lässt.²⁶

1. Kontinuierlich wächst der Kreis der Kooperationspartner. Wie sind Sie bzw. wie ist Ihre Organisation zum Kooperationsverbund gekommen und weshalb?
2. Hat die Mitwirkung im Kooperationsverbund einen Einfluss auf das eigene Arbeitsgebiet? Wenn ja, in welcher Form?
3. Struktur und Arbeit des Kooperationsverbundes sind national und international komplex. Wie wird dieser Prozess auf Bundesebene koordiniert?
4. 10 Jahre besteht der Kooperationsverbund - welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach hier die BZgA?
5. Welches sind aus Ihrer Sicht Erfolge des Kooperationsverbundes?
6. Was empfehlen Sie für die künftige Arbeit des Kooperationsverbundes?

Elf Interviews wurden telefonisch durchgeführt. Zwei Interviews wurden schriftlich vorgelegt und eins davon durch ein persönliches Gespräch ergänzt. Ein Interview wurde persönlich durchgeführt. Die Interviews waren zeitlich nicht limitiert und wurden mit Ausnahme persönlicher Gespräche per Band aufgezeichnet.

Die Datenerhebung erfolgte vom 6. September bis 24. September 2013

3.2 Auswertungsverfahren

Die inhaltsanalytische Auswertung der vollständig transkribierten Interviews erfolgte in drei Schritten:

1. In einer ersten Grobanalyse wurden Textbausteine den Leitfragen zugeordnet, um eine querschnittliche Zusammenfassung der Texte zu erstellen.
2. Die Queranalyse war die Basis für die Erstellung eines differenzierten Kategoriensystems zur jeweiligen Leitfrage.
3. Es erfolgte eine erneute Zuordnung von Textbausteinen zu den entsprechenden Kategorien, die als Grundlage für die Feinanalyse genutzt wurde.

Die Zuordnung der Textbausteine wurde parallel von einer externen fachkompetenten Person vorgenommen. Die differenzierte Auswertung der Feinanalyse wird in den Ergebnissen hinsichtlich ihrer Übereinstimmungen bzw. Unterschiede dargestellt.

²⁶ vgl. Atteslander, Peter 1993, S., Hopf, Christel 1991, Witzel, Andreas 1982



4 Entwicklung des Kooperationsverbundes

2001 fehlt ein Überblick über die in Deutschland laufenden und abgeschlossenen qualitätsgesicherten und sozialkompensatorischen Interventionen²⁷

Mit dem Aufbau einer *lebendigen Datenbank über Maßnahmen und Projekte, die die gesundheitliche Chancengleichheit fördern*, wurde das Ziel definiert, einen „verbesserten Transfer herbeizuführen und eine Synergieverstärkung bei den Projekten und Maßnahmen der Datenbank zu erreichen“.²⁸

Der 2002 eingerichtete beratende Arbeitskreis der BZgA – später des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit - ein Fachgremium aus den Bereichen Bundesministerium für Gesundheit (BMG), öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Wissenschaft und Praxis, strebte die bundesweite Implementierung des Themas Entwicklung gesundheitlicher Chancengleichheit in bestehende Programme und Pläne an und bindet internationale Institutionen wie das National Institute of Public Health, Sweden, Erasmus University, Netherlands und University of Liverpool, UK ein.²⁹ Gemeinsam wird ein Instrument für die bundesweite Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit erarbeitet.

Gesundheit Berlin e.V. wird im August 2002 von der BZgA beauftragt, in Kooperation mit der Landesvereinigung Niedersachsen und LGA Baden-Württemberg e.V. die Erhebung durchzuführen.

Ein Konzept zur Einrichtung eines bundesweiten regionalen Netzwerkes regionaler Knotenpunkte zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurde initiiert.³⁰

Am 12. November 2003 wird der Kooperationsverbund gegründet. *„Mit der Unterzeichnung von Kooperationserklärungen zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) und den Landesvereinigungen, Landeszentralen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (LGs) sowie Einrichtungen mit entsprechender Aufgabenstellung auf Ebene der Bundesländer sowie zwischen dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde ein in diesem Umfang bisher einmaliges nationales Kooperationsprojekt zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen besiegelt und auf den Weg gebracht. Das Kooperationsprojekt basiert auf umfangreichen Vorarbeiten, insbesondere der Datenbank zu Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die seit August 2003 online unter www.datenbank-gesundheitsprojekte.de aufgerufen werden kann und zur Zeit eine qualifizierte Recherche zu über 2600 Projekten ermöglicht. Die Datenbank soll nun zur Vernetzung und nachhaltigen Stärkung der Strukturen der Gesundheitsförderung in Deutschland genutzt werden. Dies wird durch die Gründung und/ oder den weiteren Ausbau regionaler miteinander vernetzter „Knotenpunkte“, z.B. regionaler Arbeitskreise „Armut und Gesundheit“, geschehen. Zunächst sollen fünf bis sechs „Pilot-Knotenpunkte“ aufgebaut*

²⁷ Ergebnispapier: Rosenbrock, Rolf: Experten-Workshop „Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung“ 13. und 14. September 2001 in der BZgA, Köln

²⁸ BZgA: Ergebnisprotokoll der 1. Sitzung des beratenden Arbeitskreises der BZgA: Aufbau einer Datenbank „Projekte und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“ 15.4.2002 Köln

²⁹ ebd.

³⁰ BZgA: Ergebnisprotokoll der 2. Sitzung des beratenden Arbeitskreises der BZgA: Aufbau einer Datenbank „Projekte und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“ 20.1.2003 Köln



werden. Langfristig wird die Einrichtung mindestens eines Knotenpunktes in jedem Bundesland angestrebt. Das Kooperationsprojekt stellt einen bedeutsamen Meilenstein in der Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung dar, sich künftig verstärkt auf Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte auszurichten.“³¹

„Die Partner, die sich heute schriftlich zur Kooperation bekennen, werden ihre Aktivitäten zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen und damit ihre substanziellen Beiträge für die zukünftige Kooperation vorstellen. In der Zukunft wird zu beobachten sein, wie hieraus Synergien entstehen. Aus dem Zusammenwirken der von der BZgA zur Verfügung gestellten bundesweiten Datenbank „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de) mit inzwischen 2.600 Projekten und Maßnahmen sowie regionalen länderbezogenen Strukturen z.B. Arbeitskreisen für Armut und Gesundheit soll erreicht werden:

- dass die Kenntnis der Projekte und Maßnahmen untereinander wächst (Vernetzung)
- dass voneinander gelernt werden kann (Qualitätsoptimierung)
- und dass neue Bedarfe erkannt werden (Reichweitenoptimierung).

Es sollte zukünftig leichter möglich sein, effektiv und effizient Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte zu stärken, als bisher.“³²

Zur Ermittlung inwieweit Gesundheitsförderung und Prävention effektiv und effizient realisiert werden und inwieweit sie für den Transfer geeignet sind, wird ein Kriterienkatalog im beratenden Arbeitskreis der BZgA erarbeitet und weiterentwickelt. Dieser dient der Ermittlung von Good Practice Projekten.³³

4.1 Meilensteine in der Entwicklung des Kooperationsverbundes

- 11/2003 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung und Landesvereinigungen für Gesundheit sowie weitere Einrichtungen auf Landesebene beschließen die Kooperationserklärung „Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.
- 1/2004 Regionale Knoten werden als Kontaktstellen für sozillagenbezogene Gesundheitsförderung auf Landesebene aufgebaut, zunächst unterstützt von der BZgA, später auch vom BKK Bundesverband und VdAK/AEV.
- 10/2005 19 neue Partner treten bei. Die Kooperationserklärung aller Partner wird verabschiedet.
- 11/2006 Auf dem vierten Treffen schließen sich fünf weitere Partner dem Kooperationsverbund an, insgesamt sind es jetzt 42 Partnerorganisationen. Die gemeinsame Erklärung „Gesundheitliche Chancengleichheit stärken - Gute Praxis in die Fläche bringen!“ wird in diesem Rahmen verabschiedet.
- 1/2007 Regionale Knoten sind in allen 16 Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Institutionen eingerichtet.
- 6/2007 bis 11/2009 Elf weitere Partnerorganisationen treten bei. Damit stützt sich der Verbund auf insgesamt 53 Partner.
- 7/2007 Die 80. Gesundheitsministerkonferenz beschließt die Stärkung des Kooperationsverbundes und der Regionalen Knoten.

³¹ BZgA: Pott, Elisabeth: 1. Kooperationstreffen 12. Nov. 2003 Köln

³² ebd.

³³ BZgA: Konzeptpapier beratender Arbeitskreis 21.1.04 Köln



- 8/2010 Der überarbeitete Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglicht eine dauerhafte Förderung der Regionalen Knoten.
- 11/2011 Beginn des kommunalen Partnerprozesses "Gesund aufwachsen für alle!"
- 11/2012 Umbenennung des Kooperationsverbunds und der Regionalen Knoten³⁴

Im April 2012 werden von der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung *Empfehlungen zur Zusammenarbeit - Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen für die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen* unterzeichnet.³⁵

Im Mai 2013 werden *die Empfehlungen der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung* unterschrieben.³⁶

5 Ergebnisse der Experteninterviews

Das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit wird in den 90er Jahren und Anfang 2000 – auch unter den Bedingungen politischer Veränderungen und Neuerungen wie der Gesundheitsreform, der Einführung des § 20 SGB V,³⁷ aber auch innerstädtischer Segregationsprozesse³⁸ und Armutsentwicklungen³⁹ durch wirtschaftlichen Strukturwandel, Arbeits- und Perspektivlosigkeit in verschiedenen Handlungsbereichen unterschiedlich intensiv diskutiert.⁴⁰ Prävention und Gesundheitsförderung⁴¹ für sozial benachteiligte Menschen stellen sich zunehmend als große gesundheitspolitische Herausforderung dar.⁴²

Im November 2003 beschließen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bundesvereinigung und Landesvereinigungen für Gesundheit sowie weitere Einrichtungen auf Landesebene die Kooperationserklärung „Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 2013 ist der Kooperationsverbund auf 60 Partner angewachsen.

Auf der Grundlage der Auswertung der durchgeführten Experteninterviews dieser Studie werden nachfolgend die Ergebnisse zu den Leitfragen zusammengefasst dargestellt.

Auf die Frage nach den Zugangswegen zum Verbund werden sowohl Eigeninitiative als auch Anfrage durch die BZgA angegeben. Zudem werden thematische Beweggründe genannt, die eine Vernetzung erforderlich machen.

³⁴ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/chronologie-in-stichworten/

³⁵ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bundesagentur-fuer-arbeit/ und www.gkv-spitzenverband.de

³⁶ www.staedtetag.de/fachinformation/gesundheit

³⁷ Geene, Raimund/ Gold, Carola (Hg.): Gesundheit für alle! Band 4. Berlin 2000

³⁸ Deutsches Institut für Urbanistik: Strategien für die Soziale Stadt. S. 136-142 Berlin 2003

³⁹ Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern 2000

⁴⁰ Geene/Raimund/Graubner, Sebastian/Papies-Winkler, Ingrid/Stender, Kalus-Peter (Hg.): Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung Berlin 2002

⁴¹ Deutsches Institut für Urbanistik: Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Band 10. (S. 83-90) Berlin 2003

⁴² BZgA: Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Köln 2002



5.1 Zugangswege zum Kooperationsverbund

Die Herausforderung, auf soziale Ungleichheiten und deren Folgen zu reagieren, so die Aussagen, wurde von Wissenschaftler/innen, Praktiker/innen sowie von verschiedenen Verbänden und Organisationen aufgenommen. Die Einführung des § 20 SGB V lenkte den Blick vermehrt auf komplexe gesundheitliche Problemlagen aufgrund sozialer Ungleichheiten und stellte Krankenkassen, Kommunen und Verbände vor neue Aufgaben. Empfehlungen von Organisationen wie der WHO gaben Leitlinien und Zielsetzungen vor. Benötigt wurden jedoch mehr konkrete Hinweise für die Umsetzung in der Praxis.

5.1.1 Eigeninitiative

Einige der befragten Expert/innen sind 2001 im Workshop „soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung“ in der BZgA zusammengekommen, weil der Themenkomplex Gesundheitsforschung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie soziale Ungleichheit in ihrem Forschungsfeld liegt oder Arbeitsschwerpunkt ist und sich eine zunehmende Dringlichkeit der gesellschaftlichen Entwicklung in diesem Bereich abgezeichnet hat. Die BZgA erweist sich als geeignete Institution, eine systematische Bestandsaufnahme, eine Interventionsberichterstattung zu erstellen und eine Aktivierung des Prozesses zu bewirken sowie Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zu initiieren und fortzuführen. In der Planungsphase der Projektdatenbank und des Netzwerkaufbaus engagiert man sich in diesem Prozess auf Grund der thematischen Erfordernisse in Wissenschaft und Praxis. Diese Argumente werden auch von Gründungsmitgliedern des Kooperationsverbundes und den später beigetretenen Partnern des Verbundes in dieser Befragung genannt.

5.1.2 Anfrage seitens der BZgA

Der neu gesetzte Schwerpunkt der BZgA *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* hat das Ziel, das Thema auf Bundesebene stärker zu verankern. Das Konzept beinhaltet die Einrichtung einer Datenbank, einer Internetplattform sowie die Regionalisierung der Arbeit und die Qualitätsentwicklung.

Landesvereinigungen werden angefragt, inwieweit das Anliegen der BZgA in die Arbeitskonzepte der Landesvereinigungen passt und inwiefern sie sich beim Aufbau eines bundesweiten Verbundes und der *regionalen Knoten*, heute *Koordinationsstellen gesundheitliche Chancengleichheit*, beteiligen können. Zielsetzung ist eine gewisse Vereinheitlichung der Arbeit, ein abgestimmtes Vorgehen sowie ein kontinuierlicher Austausch.

Über Vorträge seitens des Fachreferats Aufgabenplanung und -koordinierung der BZgA, oder direkte Anfragen bei Verbänden, Vereinigungen und Krankenkassen können Verbindungen hergestellt werden, die teilweise zunächst zur Mitwirkung im *beratenden Arbeitskreis* und dann zur Mitgliedschaft im Kooperationsverbund führen. Einige Vertreter/innen verbleiben im Arbeitskreis oder treten direkt dem Verbund bei.



5.1.3 Motive

Als Gründe für das eigene Engagement werden die Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Armut, die in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Intensität ausgelösten Diskussionen in der Wissenschaft und die Umsetzung in der Praxis genannt. Der von der BZgA initiierte Kooperationsverbund bietet ein geeignetes Forum, den Fokus vermehrt auf soziale Ungleichheit und gesundheitliche Chancengleichheit zu lenken, mehr Aktivitäten in diesem Bereich zu bewirken, Qualitätsstandards für gute Projekte gemeinsam zu entwickeln und die Vernetzung mit Vertreter/innen anderer Fachgebiete zu erreichen. Zudem ist es ein Anliegen, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Umsetzung sowie verschiedene Handlungsfelder näher zusammenzubringen.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung war⁴³ und ist in der Ärzteschaft⁴⁴ präsent. Auch in Kommunen und Verbänden, wie über Agenda 21 oder Gesunde Städtenetzwerk, ist das Thema Gesundheit und Prävention konzeptionell verankert und ein wichtiges Thema im nationalen⁴⁵ und internationalen Kontext.⁴⁶ Der Soziallagenbezug steht nicht immer im Vordergrund gewinnt aber zunehmend an Bedeutung. Aktuell sind 2013 die *Empfehlungen der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung unterzeichnet* worden.⁴⁷

Die Befragung zeigt übereinstimmend, dass - trotz eigener Programme, wie beispielsweise der Bundesagentur für Arbeit⁴⁸ oder Kampagnen wie *In Form - Aktiv werden für Gesundheit*⁴⁹, der Vernetzungsgedanke von zentraler Bedeutung ist. Dieser Vernetzungsprozess konnte sich in den Jahren etablieren, jedoch ist er noch nicht abgeschlossen. Die Komplexität der Problemlagen erfordert das Zusammenwirken wichtiger Partner. Es zeigt sich auch, dass gerade Dach- und Spitzenverbände ihre Mitarbeit hinsichtlich der Sinnhaftigkeit und der Kompatibilität der Inhalte mit eigenen Zielen überprüfen und zu dem Entschluss gelangt sind, dem Kooperationsverbund beizutreten. Die Ideen, die Strukturen und die Zusammenarbeit des Kooperationsverbundes werden als zukunftsweisend und Erfolg versprechend eingeschätzt.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheitsförderung u.a. durch die Einführung des § 20 SGB V, aber auch verschiedener Bund-Länder-Programme als neue Aufgabe entstanden ist und einen Lernprozess erfordert hat. Spezielle Themenhefte zur Gesundheitsförderung sind dazu erschienen.⁵⁰ Das intersektorale Zusammenwirken von Kommunen, Schulen, Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierung, Settingansatz u.v.m. erfordert mitunter neue Denkstrukturen und Arbeitsformen. Somit sind sowohl das Interesse als auch das Erfordernis da, zu sehen, was andere taten und wie die Aufträge aus dem § 20

⁴³ Bundesärztekammer: Armut und Arbeitslosigkeit machen krank. Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages. Berlin 2005 und

⁴⁴ Bundesärztekammer: 116. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Entschließung: Gesundheitliche Auswirkungen von Armut. Hannover 2013

⁴⁵ Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hg.): Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“. Berlin 2005

⁴⁶ BMG und BMU (Hg.): Bericht Deutschlands zur Umsetzung des „Aktionsplans zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ der WHO (CEHAPE) Bonn 2007

⁴⁷ www.staedtetag.de/fachinformation/gesundheitsfoerderung

⁴⁸ Bundesagentur für Arbeit: Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Nürnberg 2010

⁴⁹ Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hg.): In Form - Aktiv werden für Gesundheit, Berlin 2011

⁵⁰ Difu: Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtteilentwicklung. In: Soziale Stadt info Heft 11. Berlin 2003



sowie integrierte Handlungskonzepte partnerschaftlich umgesetzt werden können. Man braucht auch die Abstimmung mit den Kooperationspartnern, die in vergleichbaren Projekten aktiv sind, um den Diskurs hinsichtlich der eigenen Konzeptentwicklung zum Beispiel auf kommunaler Ebene aufrecht zu erhalten und einen Transfer zu ermöglichen.

Betont wird auch, dass man zum Teil nach jahrelanger Zusammenarbeit und hervorragenden Kooperationserfahrungen mit der BZgA auf das Wissen, die Medien, die Informationen und die Unterstützung im Bereich von Fachtagungen und Moderationen zurückgegriffen hat. Auf der Suche nach Bündnispartnern im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit wird es positiv eingeschätzt, dass die BZgA als Bundesbehörde mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung sich für das Thema gesundheitliche Chancengleichheit einsetzt.

5.2 Einfluss der Mitwirkung im Kooperationsverbund auf den eigenen Arbeitsbereich

Die befragten Interviewpartner/innen sind sowohl in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig als auch im Rahmen des Kooperationsverbundes in unterschiedliche Strukturen – Partner im Kooperationsverbund, Mitglieder des Steuerungskreises, Mitglieder im beratenden Arbeitskreis, Vertreter/innen von Koordinationsstellen – eingebunden. Einige sind auch in mehreren Funktionen aktiv. Die Frage nach dem Einfluss der Mitwirkung im Kooperationsverbund auf das eigene Arbeitsgebiet wurde durchweg positiv beantwortet und durch Aspekte einer Wechselwirkung ergänzt.

5.2.1 Auswirkungen auf den eigenen Arbeitsbereich

Lern- und Transferprozesse, Strukturbildung, Impulsgebung, Informationsaustausch und Verbreitung des Themas sozialbedingter gesundheitlicher Problemlagen werden als wertvolle Rückwirkungen für den eigenen Tätigkeitsbereich genannt. Wissenschaftler sehen es als Aufgabe und Lernprozess, aus den eingebrachten Praxiserfahrungen abgeleitete bedarfsorientierte Fragestellungen zielgerichtet wissenschaftlich untersuchen zu können.

Der Aufbau des Kooperationsverbundes hat neue Strukturen geschaffen, wie die *Regionalen Knoten*, jetzt *Koordinationsstellen gesundheitliche Chancengleichheit*, die Geschäftsstelle des Koordinationsverbundes bei Berlin-Brandenburg, die Landesgesundheitskonferenzen und Fachtagungen, die Datenbank *gesundheitliche-chancengleichheit.de* und die Good-Practice-Kriterien. Die Mitwirkung beim Aufbau der *Regionalen Knoten* als strukturbildende Maßnahme in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern ist für die beteiligten Institutionen ein hilfreicher Lernprozess gewesen.

Sowohl der Aufbau der Datenbank als auch die Entwicklung der Qualitätsstandards für die Models of Good Practice werden als herausragender Arbeitsprozess bewertet. Die Kriterien werden als Raster für den Beginn eigener neuer Projekte in der Praxis genommen und auch als Teilelemente - Settingansatz, Empowerment, Partizipation, Vernetzung – zum Beispiel in dem GKV-Leitfaden Prävention eingesetzt.⁵¹

⁵¹ GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention, Berlin 2010



Als wichtige Unterstützung in der Kommune wird genannt, dass Evaluationen - beispielsweise von Schuleingangsuntersuchungen - von der BZgA in Zusammenarbeit z.B. mit der Universität Düsseldorf vorgenommen werden.

Die Fachkongresse, Kooperationstreffen und Arbeitskreise werden als Kontaktstelle, Impuls- und Informationsquelle geschätzt. Positiv wird genannt, dass man von den Kompetenzen und Erfahrungen verschiedener Partner profitieren kann. Arbeitsergebnisse und Informationen aus diesen Zusammenkünften werden in den eigenen Vorständen, Ausschüssen und Referaten diskutiert, auf die Agenda gesetzt und weiteren Mitgliedspartnern, Fachkollegien und -referaten sowohl im nationalen als auch internationalen Kontext zur Kenntnis gegeben.⁵² Die Weitergabe von Informationen löst Diskussionen und Selbstreflexionen im eigenen Arbeitsbereich aus, wenn es um Inhalte, Projektentwicklungen und Begriffsverwendungen geht. Empfehlungen seitens der Dachverbände werden auf freiwilliger Basis aufgegriffen und Modellprojekte mit neuen Partnerorganisationen gemeinsam entwickelt und umgesetzt, wie beispielsweise die Empfehlungen der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung.⁵³

Ausdrücklich betont wird, dass die Aufgabe, soziale Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit zu verbessern, weit über das Aufgabenspektrum eines einzelnen Trägers hinausgeht. Somit wird von den Interviewpartner/innen die Verbreitung des Themas gesundheitlicher Chancengleichheit in verschiedenen Veranstaltungen auf kommunaler Ebene, in Dachverbänden, auf Fachkonferenzen und in gesundheitspolitischen Diskussionen um die Bestrebungen für ein Präventionsgesetz für wichtig erachtet und gefördert.

5.2.2 Wechselwirkung zwischen eigenem Arbeitsbereich und Kooperationsverbund

Die Zusammenarbeit im Kooperationsverbund wird auch eine sich gegenseitig befruchtende Entwicklung genannt. Positiv hervorgehoben wird, dass jede Institution ihre Sichtweise, sei es die der Kommunen, sei es die der gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Wissenschaft, der Kammern und aus der Praxis einbringen kann. Im Gegenzug erhält jeder Partner auch einen neuen Input. Angenommen wird, dass dieser gegenseitige Austausch auch eine Wurzel für Vereinbarungen sein kann, die getroffen wurden. So sind Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen für die Gesundheitsförderung im April 2012 erarbeitet worden.⁵⁴

Die Verknüpfung der Arbeitsbereiche wird als gegenseitig aufbauender Prozess des Gebens und Nehmens beschrieben. Wissenschaftler lassen ihre Fragestellungen in den beratenden Arbeitskreis und in die BZgA bei den Beteiligten einfließen und nehmen bestimmte Projektideen wieder mit. Auf Bundesebene werden Expertenworkshops organisiert, in denen sowohl die Erfahrungen aus der Praxis als auch die Entwicklung von Indikatoren zum Aufbau eines Monitorings diskutiert werden. Möglicherweise klingen die hier genannten Inhalte nicht ungewöhnlich. Es muss an dieser Stelle aber deutlich hervorgehoben werden,

⁵² Bundesministerium für Gesundheit: Dialogforum V: Gesundheit und Pflege/ Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan Integration, www.bundesregierung.de

⁵³ www.staedtetag.de/fachinformation/gesundheits; www.gkv-spitzenverband.de

⁵⁴ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bundesagentur-fuer-arbeit



dass eine angenehme Arbeitsatmosphäre von allen geschaffen wird, die in den Interviews als selten vorkommend und außerordentlich kreativ und motivierend beschrieben wird. Zusammenarbeit und ressortübergreifendes Vorgehen, wie zum Beispiel in dem Partnerprozess *Gesund aufwachsen für alle*⁵⁵ werden leichter ermöglicht.

Die Mitwirkung im *beratenden Arbeitskreis* wird als konstruktiver Wechselprozess gesehen. Hier wird ein regelmäßiger, intensiver und inspirierender Fachaustausch gepflegt, der Möglichkeiten der weiteren Arbeit, der Kooperation und der Qualitätsentwicklung erörtert und vorschlägt. Bei Bedarf werden in Unterarbeitsgruppen spezifische Fragestellungen, wie z.B. die Entwicklung und Operationalisierung der Good Practice Kriterien bearbeitet. Zu Beginn der Programmumsetzung *Soziale Stadt* sind Good Practice Kriterien vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) entwickelt worden. Auf der Basis von Niedrigschwelligkeit, Netzbildung, Beteiligungsverfahren und innovativem Charakter und weiteren Qualitätskriterien sind Projekte und Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Schule und Bildung, Beschäftigung, Sport, Wohnumfeld, Verkehr und der Gesundheitsförderung eruiert und ausgezeichnet worden.⁵⁶

Die Kriterien der Projekte, die sich in benachteiligten Quartieren bewährt haben und positiv umgesetzt wurden, sind in den beratenden Arbeitskreis eingebracht worden und für spezifische Aspekte des Kooperationsverbundes weiterentwickelt⁵⁷ und bedarfsorientiert implementiert. Eingebunden sind die Forschungsgruppe Qualitätsmanagement des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf⁵⁸ als auch wissenschaftliche Erkenntnisse, wie die Entwicklung von Partizipationsstufen von Michael Wright.⁵⁹ Bei weiteren Forschungsvorhaben, wie beispielsweise die des Deutschen Instituts für Urbanistik, werden wiederum die Good Practice Kriterien des Kooperationsverbundes einbezogen. Ähnliche Prozesse werden auch von anderen genannt, wie den Krankenkassen, die diese Good Practice Kriterien berücksichtigt und – in adaptierter Form - eingesetzt haben.⁶⁰

5.3 Koordination des Kooperationsverbundes

Die Struktur des Kooperationsverbundes ist sehr komplex: Beteiligt sind die Partner im Kooperationsverbund und der Steuerungskreis, der *beratende Arbeitskreis*, die Koordinationsstellen auf Landesebene, die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg und die BZgA. Die Arbeit des Verbundes ist umfassend. Vernetzung, Beratung, Innovation, Organisation von Fachforen, Kongressen und Arbeitskreisen, Öffentlichkeitsarbeit, Projektentwicklung sowie die Einbindung in internationale Prozesse, wie auch die Finanzierung müssen abgestimmt und geregelt werden.

⁵⁵ Kooperationsverbund (Hg.): Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen. Berlin 2012/2013

⁵⁶ Difu (Hg.): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Berlin 2003

⁵⁷ BZgA und Med. Psychologie-UKE, Hamburg: Arbeitspapier: Prävention und Gesundheitsförderung. Qualitätssicherung durch systematische, mehrdimensionale Begutachtung. Köln 2003

⁵⁸ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschungsgruppe Qualitätsmanagement: Qualitätssystem für Prävention und Gesundheitsförderung. Hamburg 2009

⁵⁹ Michael Wright, Martina Block, Hella von Unger: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007 (S.1-5) www.gesundheitberlin.de/download/Wright_M..pdf

⁶⁰ GKV-Spitzenverband: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Präventionsbericht 2012. Berlin 2012



5.3.1 Organisationsstrukturen im Kooperationsverbund

Die Antworten auf die Frage, wie die Struktur und Arbeit des Kooperationsverbundes koordiniert werden, spiegeln die Komplexität der Organisationsstruktur, der Vielfalt der Aufgaben und die erforderliche Sensibilität, die mit der Moderation dieses Prozesses einhergeht, wider.

Deutlich wird, dass die Begriffe Koordination, Organisation, Initiierung, Leitung sowie Zuständigkeiten unterschiedlich wahrgenommen, interpretiert und zugeordnet werden. Für den Bereich internationale Kontakte und Projekte wird durchgehend die BZgA als zuständige Institution genannt. Auch wenn im eigenen Handlungsfeld des jeweiligen Kooperationspartners keine direkte Anknüpfung an internationale Projekte besteht, wird die Arbeit im europäischen Kontext für sehr wichtig erachtet.

Angenommen wird, dass in den europäischen Ländern vergleichbare Entwicklungen von Armut aber auch Konzepte zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu beobachten sind und es wichtig ist, Lösungsstrategien zu erfahren und gemeinsam zu erarbeiten.

Als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit steht die BZgA im kontinuierlichen Austausch mit dem BMG. Sowohl internationale als auch nationale Projekte werden in die Fachreferate rückgekoppelt und dort miteinander abgestimmt. Die BZgA nimmt auch stellvertretend für das BMG Termine wahr.

Deutlich wird, dass sich für die Verteilung der Aufgaben und die Weiterentwicklung des Kooperationsverbundes durch die Vielfalt involvierter Organisationen, die Vielzahl der Interventionsfelder und die strukturellen Verflechtungen des Kooperationsverbundes verschiedene Sichtweisen abzeichnen. Die Zuständigkeit für die Leitungsfunktion wird nicht eindeutig zugeordnet. Sie wird in den Gremien *Steuerungskreis* und *beratender Arbeitskreis*, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes oder in der BZgA gesehen.

Überwiegend wird eine Team-Konstellation von der BZgA und der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes bei Berlin-Brandenburg wahrgenommen. Finanzierungen und Zuwendungsverträge werden zwar angesprochen, stehen aber für die Zusammenarbeit nicht im Vordergrund. Deutlich wird, dass ein organisatorischer Rahmen erforderlich ist und entscheidende, richtungweisende Impulse gegeben werden müssen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Organisation und Impulsgebung nicht in dominanter, sondern in demokratischer Weise umgesetzt werden. Dieser Weg wird als sehr schwierig und arbeitsintensiv beschrieben, der von den entscheidenden Personen aus den zuständigen Referaten der BZgA und der Geschäftsstelle bei Berlin-Brandenburg erfolgreich gegangen wird. Sie werden als hoch kompetente, gut ausgebildete Netzwerker beschrieben.

Koordinierende und operative Arbeiten im Zusammenhang mit der Internetplattform, mit einzelnen Projekten, mit Projektinhalten und –entwicklungen, mit Standort- und Anschubfragen sowie die direkte Zusammenarbeit mit den Landeskoordinationsstellen werden eher bei der Geschäftsstelle bei Berlin-Brandenburg gesehen.

Moderne Ansätze der Gesundheitsförderung, so wird betont, sieht die Zusammenwirkung starker Partner vor. Die Aufgaben, diese Verbindungen zu den Partnern herzustellen und zu halten, Handlungsleitfäden, Richtlinien und Qualitätsentwicklungen zu initiieren und auch finanziell zu tragen – unterstützt durch das BMG – wird als Leitungs- und Steuerungsfunktion der BZgA zugeordnet.



Deutlich wird, dass Leitung und Koordination unter Berücksichtigung vieler Mitwirkender auf allen Ebenen, den verschiedenen Handlungsfeldern in der Praxis und der Wissenschaft in steter Abstimmung umgesetzt werden.

5.3.2 Koordination als dynamischer Prozess

Kritisch angemerkt wird, dass diese Kooperationsstruktur möglicherweise noch nicht ausgereift ist. Die Inhalte der Tätigkeitsfelder sind sehr komplex. Offen bleibt, wie weit eine Ausdifferenzierung erforderlich werden könnte. Arbeitsintensive Projekte können nicht in gleicher Intensität in allen erforderlichen Handlungsfeldern umgesetzt werden. Das würde die Kapazitäten sprengen. Somit ist man gezwungen, thematische Arbeitsschwerpunkte zu setzen.

Hinterfragt wird im Einzelfall auch, in wieweit eine stärkere Koordinierung – im Sinne eines Aufforderungscharakters - eventuell auch zu mehr Engagement des einen oder anderen potenten Partners führen kann. Dies wird auch im Hinblick auf die Finanzen angesprochen. Einerseits sind Investitionen sowohl für die gesamte Arbeit des Kooperationsverbundes als auch für noch mehr Maßnahmen, die an sozialer Ungleichheit ansetzen, erforderlich und wichtig. Andererseits wird angemerkt, dass die Bedeutung einzelner Partner nicht primär unter finanziellem Aspekt eingeschätzt werden kann und darf. Aber dies wird bisher auch nicht beobachtet.

5.4 Die Rolle der BZgA im Kooperationsverbund

Bei der Beantwortung der Frage, welche Rolle die BZgA im Kooperationsverbund spielt, wird eine große Übereinstimmung sichtbar. Durch ihre Funktion als Fachbehörde des Bundesgesundheitsministeriums, wird ihr aufgrund der Vielfalt der Aufgaben im Kooperationsverbund, ihrer Kompetenz und der personellen Besetzung eine zentrale Bedeutung beigemessen.

5.4.1 Einschätzung der strukturellen Funktion

Die BZgA wird in der Befragung in einer entscheidenden, rahmengebenden Rolle gesehen. Sie wird als hervorragend wissenschaftsgestützt arbeitende Bundesbehörde beschrieben, wobei auch auf die Evaluation des Wissenschaftsrates 2008 verwiesen wird.⁶¹ In dieser Funktion schafft sie Verbindungen zu Dachorganisationen und Spitzenverbänden. Sie hat Zugang zur Politik und ist in der Lage, das Thema gesundheitliche Chancengleichheit in verschiedene Handlungsfelder einzubringen. Als dem BMG nachgeordnete, wichtige Einrichtung legitimiert sie diese Abläufe und wirkt in diesem Sinne prozessfördernd. Diese Funktion ist nicht zu unterschätzen.

Die BZgA wird als Initiator für die Gründung des Kooperationsverbundes und als wichtiger Partner beim Aufbau der *Regionalen Knoten*, bei Verhandlungen und Finanzierungen sowie

⁶¹ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Rostock 2008



in der wissenschaftlichen Begleitung genannt. Sie wird als zentrale, teilweise unerlässliche, Kraft gesehen, die Respekt und Ansehen genießt und die die Prozesse nicht nur initiiert, sondern auch die Möglichkeiten hat, diese am Laufen zu halten. Sie liefert neue Impulse, führt Menschen zusammen, bindet sie ein, sie motiviert und sorgt für Kontinuität. Federführend wird die BZgA auch beim Aufbau von gelungenen Organisationsstrukturen, wie beispielsweise der Strukturierung von Kompetenzteilung in der Zusammenarbeit von staatlichen Stellen und nichtstaatlichen Organisationen und der Beauftragung von Gesundheit Berlin-Brandenburg gesehen.

5.4.2 Einschätzung der inhaltlichen Funktion

Das Thema gesundheitliche Chancengleichheit seitens der BZgA aufgegriffen zu haben, wird sehr positiv bewertet. Genannt wird auch, dass es - auf allen Ebenen - im Interesse politisch Verantwortlicher und der Partner im Gesundheits- und Sozialbereich ist, wirksame gesundheitsförderliche Maßnahmen umzusetzen. Die BZgA wird als geeignete Institution gesehen, die als Akteur akzeptiert wird und aus der Sicht der Befragten, eine wichtige Rolle einnimmt, entsprechende Aktivitäten zu bündeln, zu koordinieren und nachzuhalten.

In Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle bei Berlin-Brandenburg steuert und vernetzt sie Projekte, organisiert Konferenzen, Kongresse und Arbeitstreffen. Es wird ihr ein hoher Einladungscharakter zugesprochen. Begleitendes Informationsmaterial und die Web-Seite zum Kooperationsverbund werden gemeinsam erarbeitet und herausgegeben. Handlungsleitfäden und Richtlinien werden entworfen und zur Diskussion gestellt.

Eine Bundesbehörde zu vertreten, laut der Aussagen, schafft Voraussetzungen, Kontakte herzustellen und Themen in verschiedene Handlungsfelder einzubringen. Deutlich wird aber auch, dass es sowohl personenbezogener Kompetenzen als auch einer spezifischen Vorgehensweise bedarf. Genannt werden Personen in leitenden Positionen, denen man umfassende Kenntnisse bestätigt, die auch in der Politik, in der Wissenschaft und in der Praxis bekannt und als Experten anerkannt sind. Sehr geschätzt wird, dass sie sowohl im Umgang als auch in der Prozessentwicklung und der komplexen Koordination eine eher neutrale und moderierende Funktion einnehmen. Es wird darauf hingewiesen, dass in solchen exponierten Funktionen schnell Fehler gemacht werden können, die aber erfolgreich vermieden werden konnten. Wahrgenommen wird eine offene und ergebnisoffene Moderation. Es wird gut und sehr gern mit der BZgA als bewährter Partnerinstitution gearbeitet.

5.4.3 Einschätzung der künftigen Funktion

Nach zehn Jahren Kooperationsverbund werden gerade auch im Hinblick auf die zukünftige Rolle der BZgA inhaltliche Anmerkungen gemacht.

In Bezug auf Modellversuche, die erfolgreich umgesetzt werden, wird die Frage gestellt, wie der Kooperationsverbund sich entwickeln muss, wenn diese guten Modelle bundesweit flächendeckend realisiert werden sollen, um ggf. 50 000 Schulen oder Kitas anzusprechen. Dabei werden Fragen hinsichtlich Struktur, Kompetenzteilung und Ressourcen, auch an die BZgA, gestellt.



Mit Blick auf die Rolle der BZgA wird angeregt, den Fokus in Bezug auf die Präventionsmaterialien und Praxisprojekte noch stärker auf sozial Benachteiligte zu lenken.

5.5 Erfolge des Kooperationsverbundes

Grundsätzlich wird die Existenz des Kooperationsverbundes, das heißt seine Initiierung, Entwicklung und sein mittlerweile 10-jähriges Bestehen bereits als außergewöhnliche Erfolgsgeschichte gesehen. Sie drückt sich nach Einschätzung der Befragten vor allem in der Verbreitung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit, der Entwicklung von Projekten und der sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit in überzeugender Weise aus.

5.5.1 Verbreitung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit

Dem Kooperationsverbund ist es gelungen, so die Einschätzung, für das Thema gesundheitliche Chancengleichheit - über den eigentlichen Gesundheitsbereich hinaus - zu sensibilisieren. Grundsätzlich könne niemand mehr das Thema *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* negieren. Soziale Ungleichheit wird vermehrt als zentrale gesundheitspolitische Herausforderung diskutiert. In diesem Zusammenhang wird rückblickend zum Beispiel auf die Entwicklung der Arbeits- und Finanzmarktpolitik der vergangenen Jahre hingewiesen, die zu hoher Arbeitslosigkeit, schwierigen Beschäftigungsverhältnissen, zunehmender Armut sowie deren gesundheitlicher Folgen geführt hat. Prozesse sozialer Diskrepanz und gesundheitliche Chancenungleichheit sind durch die Armuts- und Reichtumsberichterstattungen belegt.⁶² Dies Intersektoral zu thematisieren, ist erforderlich und unterstreicht die Wichtigkeit des Verbundes. Namhafte Einrichtungen haben das Thema aufgegriffen und es über Jahre systematisch aufgearbeitet.

Angesprochen werden beispielsweise die Handlungsfelder Arbeit, Jugendhilfe, Frühe Hilfen und soziale Stadtentwicklung. Eine Verbreitung des Themas durch die BZgA wird auch im Zusammenhang mit der Durchführung von Landeskonferenzen, der Einrichtung *Regionaler Knoten* und der Kontaktaufnahme zu den Quartiersmanagern in Programmgebieten der *Sozialen Stadt* gesehen.

Festgestellt wird, dass wissenschaftliche und fachliche Erkenntnisse, die im Kooperationsverbund diskutiert wurden, zunehmend ins allgemeine Verständnis übertragen worden sind. Zum Beispiel hat sich der Settingansatz etabliert und wird u.a. in den Präventionsleitlinien des GKV-Spitzenverbandes empfohlen.

Der fachliche Diskurs und die Verständigung auf gemeinsame Entschlüsse und Empfehlungen im Rahmen des Kooperationsverbundes werden als konkrete Unterstützung auf regionaler Ebene gesehen. Themen wie Kinderarmut und Gesundheitsförderung sowie die damit verbundenen Projekte erlangen einen höheren Stellenwert in der Öffentlichkeit. Wahrgenommen wird, dass die Aufmerksamkeit einiger örtlicher Institutionen größer sei, wenn der eigene Dachverband dem Kooperationsverbund beigetreten ist.

⁶² vgl.: BMAS: Lebenslagen in Deutschland. 4. Armuts- und Reichtumsbericht. 2012



Zusammengefasst wird eine spürbare Sensibilisierung und größeres Bewusstsein für das Themenfeld gesundheitliche Chancengleichheit gesehen. Hinsichtlich der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen bedarf es noch weiterer Initiativen. Der Kooperationsverbund ist da ein unentbehrlicher Akteur.

5.5.2 Projektentwicklungen

Es werden sowohl auf der wissenschaftlichen als auch auf der praktischen Ebene Projekte genannt, die als außerordentlich erfolgreich und in die Zukunft weisend eingeschätzt werden.

Im Auftrag der BZgA und in Kooperation mit Gesundheit Berlin wurde die Datenbank gesundheitsliche-chancengleichheit.de aufgebaut. Sie wird als wichtige Informationsquelle für Träger von Präventionsmaßnahmen gesehen. Insbesondere durch die Verdichtung auf Models of Good Practice ist ein gezielter problemorientierter Zugriff auf die Informationen möglich. Positiv werden auch die *gelben Broschüren - Gesundheitsförderung konkret*⁶³ genannt, die auch online aufrufbar sind und Lösungswege zu vergleichbaren Problemstellungen anbieten. Die Möglichkeit eines strukturierten Austausches von Maßnahmen kann zu einer stärkeren Angleichung und auch einer Verstetigung führen.

Ausdrücklich wird auf die erforderlichen Qualitätsstandards für Maßnahmen sowie auf die notwendige Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Prävention hingewiesen. Hier ist die Entwicklung der Good Practice Kriterien ein vorwärtsweisender und international sehr vorzeigbarer Schritt gewesen. Hervorgehoben wird an dieser Stelle die große Kompetenz in der Qualitätssicherung als besondere Qualifikation der BZgA. Die intensive Bearbeitung der zwölf Kriterien, die Operationalisierung und der Transfer in verschiedene Handlungsbereiche werden als fundierter Prozess und hilfreiches sowie erfolgreiches Projekt bewertet.

Der Aufbau bundesweiter *regionaler Knoten* wird als weiterer Erfolg gesehen. Neue Finanzierungswege, aber auch die inhaltliche Arbeit werden positiv bewertet, wie die Durchführung von Workshops und Konferenzen, Aufbau von Vernetzungsstrukturen, Kontaktaufnahme zu den Kommunen und das Ermitteln guter Praxisbeispiele.

Aus der Sicht der Befragten werden etliche Maßnahmen und Modellprojekte angestoßen und umgesetzt, die zur Verbesserung der Lebenslage der Zielgruppen geführt haben. Als erfolgreiche Beispiele werden die Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Quartiersmanagement sowie zwischen Gesundheitsförderung und Arbeitssuchenden genannt. Ferner wird der *Partnerprozess Gesund aufwachsen für alle*⁶⁴ als Beispiel auf kommunaler Ebene angesprochen.

5.5.3 Intersektorale Vernetzung und Zusammenarbeit

Es ist eine übergeordnete gesellschaftliche Aufgabe, für Chancengleichheit zu sorgen. Dies ist eine Aufgabe, die nicht nur den Gesundheitssektor betrifft. Sehr positiv eingeschätzt wird es,

⁶³ BZgA: Gesundheitsförderung Konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Köln. 2010

⁶⁴ Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“: Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen. Berlin 2012



dass weitere Institutionen und Personen, die originär nicht im gesundheitlichen Bereich tätig sind, wie beispielsweise die Bundesagentur für Arbeit oder der Kinderschutzbund, eingebunden sind. Die Einbindung weiterer Partner wird als kontinuierlicher erfolgreicher Prozess im Kooperationsverbund umgesetzt.

Die Vernetzung von Spitzenverbänden und Dachorganisationen wird als ganz beachtliche Leistung gesehen. Der Kooperationsverbund wächst kontinuierlich und ist inzwischen recht breit aufgestellt. Es kommen Institutionen zusammen, die im Hinblick auf ihre Handlungsfelder zunächst nicht unbedingt zusammen gedacht werden, jedoch im Themenfeld sozialer Ungleichheit zusammengehören, wie z.B. Jugendhilfe, Gesundheit und Bildung. Die Kommunikation, die zwischen den Akteuren vor Jahren initiiert wurde, sich über die Jahre entwickelte und zur Zusammenarbeit führte, wird als Erfolgsgeschichte bewertet, die richtungweisend ist. Als aktuelles Beispiel werden die gemeinsame Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune genannt.⁶⁵ Offenbar, so wird es geäußert, bedurfte es der Struktur eines *Kooperationsverbundes gesundheitlicher Chancengleichheit*, die die Voraussetzungen schafft, Akteure nicht nur zu vernetzen, sondern sie auch zu Projektverbündeten „zu schmieden“.

Die Vernetzungsarbeit des Kooperationsverbundes wird auch als erfolgreicher Prozess dahingehend eingeschätzt, dass der Grundgedanke, intersektoral in Projekten zusammen zu arbeiten, sich verbreitet. Dies ist wichtig, um Programme zu entwickeln, die dem Bedarf entsprechen, wie z.B. der *kommunale Partnerprozess*. Positiv ist, dass dieser Prozess in den Kommunen eingestellt ist, dass eine Vernetzungsfunktion wahrgenommen wird und die aktiven Partner sich bundesweit austauschen können. Bedarfsorientierte Maßnahmen, beispielsweise zwischen Kommunen und Krankenkassen, können entwickelt werden. Festgestellt wird auch, dass bei den Fachleuten – auch auf kommunaler Ebene - die Bereitschaft zu kooperieren, zunimmt.

Der Kooperationsverbund wird als angenehmer Kommunikationsort der gegenseitigen Fortbildung und Bereicherung beschrieben und als ein Forum, in dem in eine gemeinsame Richtung gearbeitet wird. Positiv abgeschlossene Abstimmungsprozesse sind sowohl im Hinblick auf die Inhalte als auch in Bezug auf die Legitimation für jahrelange Vernetzungs- und Kooperationsarbeit als Erfolg zu sehen. Der Austausch und die Zusammenarbeit auf der Bundes-, der Landes- und der kommunalen Ebene sowie zwischen Wissenschaftlern und Praktikern als ein Fortschritt bewertet. Es wird ein großes Potential in dem Kooperationsverbund gesehen, welches noch intensiver genutzt werden kann.

5.6 Empfehlungen für die weitere Arbeit des Kooperationsverbundes

Auf die Frage wie die Arbeit im Kooperationsverbund weiterentwickelt werden kann, werden viele Empfehlungen für verschiedene Handlungsfelder genannt. Die Arbeit des Kooperationsverbundes in seinen Strukturen und Inhalten wird als ein erfolgreicher und innovativer Prozess gesehen. Innovation wird aber auch als kontinuierliche Herausforderung betrachtet, die eine Weiterentwicklung vorsieht, die neue Ideen hervorbringt und neue Wege geht. In diesem Sinn sind viele Vorschläge gemacht worden.

⁶⁵ www.gkv-spitzenverband.de



5.6.1 Partizipative Forschung

Große Bedeutung wird auf den Ansatz *partizipative Forschung* gelegt. Für jegliche Maßnahmen- und Projektkonzepte ist die Erreichbarkeit der betroffenen Menschen und somit die Wirksamkeit des Projekts essenziell. Hingewiesen wird auf die Partizipationsforschung von Michael Wright und auf den von der BZgA geförderten Prozess der Beteiligung. Aus wissenschaftlicher Sicht wird nachdrücklich empfohlen an die Basis, in die Quartiere zu gehen, um direkt mit den Menschen zu sprechen, ihr Verständnis von Lebenslagen, von Erfordernissen und letztlich von Gesundheit real zu erfahren, zu erfassen und besser zu verstehen. Programme, Projekte und Maßnahmen können so effektiver konzipiert werden.

Bundesweit implementierte Projekte werden auf kommunaler Ebene individuell umgesetzt. In diesem Zusammenhang wird die Entwicklung von Indikatoren für ein gemeinsames Monitoring zwecks Vergleichbarkeit als zwingend erforderlich gesehen.

Für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung sind Qualitätsentwicklung und Ergebnismessung wichtig. Die wissenschaftlichen Verfahren werden als komplex beschrieben und erfordern einen auszubauenden Schwerpunkt.

5.6.2 Praxisorientierung

Maßnahmen werden in Gemeinden, in Stadtteilen und Kommunen umgesetzt. Wenngleich die Rahmenbedingungen durch Programme und Vereinbarungen, die sehr positiv eingeschätzt werden, gesetzt werden müssen, wird eine stärkere Praxisorientierung angeregt.

Empfohlen wird, die Ärzteschaft in gemeinsamen Projekten mehr zu beteiligen, wobei strukturelle Probleme, wie beispielsweise Arbeitszeiten und der Versorgungsauftrag, berücksichtigt werden müssen.

Die Kommunikation auf Landes- und auf kommunaler Ebene benötigt mehr Unterstützung. Der Aufbau von Strukturen und Netzwerken oder die Entwicklung von Handlungsempfehlungen sind schwierige und komplexe Verfahren. Mit externer kompetenter Moderation sind gute Erfahrungen gemacht worden, welche anderenorts auch umgesetzt werden können.

Die Einbeziehung lokaler Kompetenzen und Erfahrungen ist eine partizipative Ausgestaltung eines gemeinsamen Prozesses, der durch regionale Konferenzen unterstützt werden muss, um den Austausch zu fördern. Im Hinblick auf die örtliche Koordination von verschiedenen – teils bundesweiten - Projekten bedarf es externer Mitwirkung, die die Referenten bringen und die Verbindung der Arbeitsstränge vermitteln können. Hier wird die BZgA bzw. der Kooperationsverbund als geeignete Institution gesehen.

Der verhältnispräventive Ansatz, die Lebensbedingungen für Familien zu verbessern und ihre Gesundheit zu fördern, wird durch den konzeptionell ausgereiften kommunalen Partnerprozess als guter Weg gesehen. Hingewiesen wird, dass die Lebensphasen über das Jugendalter hinaus berücksichtigt werden müssen.



5.6.3 Kontinuität

Der gesamtgesellschaftliche Ansatz zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sollte nicht aus dem Blick geraten. Temporäre Schwerpunktsetzungen bergen die Gefahr, integrierte Handlungskonzepte außer Acht und Zielgruppen in den Hintergrund treten zu lassen. Gesund leben umfasst gesund aufwachsen, gesund arbeiten und gesund altern. Es umfasst gleichermaßen Kita- und Schulgesundheitsförderung wie gesunde Stadtentwicklung. Hier wird mehr Ausdauer und Kontinuität empfohlen.

Wechselnde Projekte oder ihre begrenzten Laufzeiten werden zudem unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und finanzieller Voraussetzungen kritisch angesprochen. Angeregt wird auch, Qualitätsstandards nicht nur auf Projekte, sondern auch auf die Arbeitsbedingungen der Professionellen, die die Projekte umsetzen, anzulegen. Es wird darauf hingewiesen, dass die schwierigen Arbeitsverhältnisse der Mitarbeiter und die damit einhergehenden Lebensbedingungen denen der Projektzielgruppen mitunter sehr nahe kommen.

5.6.4 Politische Einflussnahme

Das Auseinanderdriften von Arm und Reich wird nach wie vor als großes gesamtgesellschaftliches Problem identifiziert. Etliche Daten und Studien belegen, dass soziale Benachteiligung⁶⁶ zu schlechterer Gesundheit⁶⁷ führt und abgesehen von ethischen Aspekten hohe Kosten in allen Handlungsfeldern verursacht. Dennoch besteht auf verschiedenen Ebenen immer noch ein hoher Erklärungsbedarf. Dem Kooperationsverbund wird eine Kraft zugesprochen, Einfluss auf die politische Entwicklung nehmen zu können. Angesprochen werden beispielsweise das Bundeskinderschutzgesetz und das Präventionsgesetz sowie die Rahmenbedingungen im Hinblick auf Mittelzuwendungen und Entscheidungsstrukturen dazu.

Angelehnt an europäische Beschlüsse⁶⁸ wird auch eine politische Positionierung zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bis zu einem festgelegten Zeitpunkt um einen bestimmten Prozentsatz vorgeschlagen. Ergänzend wird eine pro-aktive Einschätzung der Effekte auf Chancengleichheit die international⁶⁹ geführte Diskussion *health inequalities impact assessment*⁷⁰ nachdrücklich empfohlen. Die politische Einflussnahme wird als wichtiger Bereich, aber auch als weites Feld betrachtet. Hier besteht noch großer Abstimmungsbedarf im Kooperationsverbund.

5.6.5 Finanzielle Aspekte

Maßnahmen im Gesundheitsbereich sollen flächendeckend und nachhaltig umgesetzt werden, wobei die Qualitätsstandards erfüllt werden müssen. Als zwingend erforderlich werden begleitende Evaluationen, die die Effekte der Maßnahmen und die Kosten darstellen, genannt.

⁶⁶ Robert-Koch-Institut: KiGGS. Berlin 2007

⁶⁷ Deutsches Ärzteblatt: Armut und Gesundheit. Jg.104 Heft 43. S.2496-2504. Köln 2007

⁶⁸ 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies, Helsinki 2013

⁶⁹ vgl. www.health-inequalities.eu/HEALTHTHEQUITY/

⁷⁰ vgl. www.healthscotland.com/.../health-inequalities.aspx



Diese Empfehlung bezieht sich ausdrücklich auf einen lösungsorientierten Ansatz der davon ausgeht, dass für bestimmte Frage- und Problemstellungen die beste Herangehensweise, und die passende Methode für einen Erfolg erarbeitet, nachgewiesen und die Kostenfrage geklärt sein müssen. Dies muss vor allem für große Programme und bundesweite strategische Prozesse gelten. In diesem Zusammenhang gilt es Inhalt, Forschung, Finanzen und Politik näher zusammen zu bringen.

Die zur Verfügung stehenden Bundes-, Landes- oder Projektmittel sollen überwiegend in der Praxis, in den Quartieren eingesetzt werden, wobei betont wird, dass nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand problemlösungsorientiert und zielgenau gearbeitet werden muss.

Empfohlen werden Finanzierungswege wie Mittelbündelungen oder die Einrichtung gemeinsamer Finanzierungspools. Angesprochen sind alle Bereiche und Institutionen - staatliche wie auch Nichtregierungsorganisationen.

Für die Koordinierungsstellen soll eine einheitliche Basisfinanzierung beschlossen werden. Arbeitszeitverträge müssen grundsätzlich in allen Arbeitsfeldern überdacht und neu geregelt werden.

5.6.6 Selbstverpflichtung

Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird grundsätzlich positiv bewertet. Für die weitere Zusammenarbeit wird der Aspekt einer größeren Selbstverpflichtung - eingebracht. Mit Blick auf sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen wird, abgesehen von makropolitischen Entwicklungen, eine starke Eigeninitiative der Zivilgesellschaft für notwendig erachtet. Die Etablierung der Gesundheitsförderung ist in allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern ein relevanter Faktor. Hingewiesen wird auf den sozialraumorientierten Ansatz und die Ottawa Charta⁷¹, die Kernstrategien dazu aufzeigt. Die Potenziale der Institutionen des dritten Sektors werden in diesem Zusammenhang sehr hoch eingeschätzt und sollten mit eigenen freiwilligen verbindlichen Zielsetzungen eingebracht werden.

Der Kooperationsverbund wird als starker Verbund wahrgenommen und kann durch eigene Programme, Aus- und Fortbildungen den Prozess der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit noch intensiver fördern. Empfohlen werden mehr intersektorale, thematische Vereinbarungen zwischen den Partnern, wie beispielsweise die des GKV-Spitzenverbandes mit der Bundesagentur für Arbeit 2012 und aktuell 2013 mit den kommunalen Spitzenverbänden, die dann in den Kommunen umgesetzt werden.

Empfohlen wird, die eigene Mitgliedschaft im Kooperationsverbund in den jeweiligen eigenen Strukturen stärker zu kommunizieren.

Bedacht werden sollte, dass die Struktur des Kooperationsverbundes durch einen eventuellen Wegbruch der BZgA als federführenden Partner nicht gesichert scheint. Für zunehmende Aufgaben und weitere Handlungsfelder sind zusätzliche - sowohl personelle als auch finanzielle - Kapazitäten erforderlich. Bezüglich künftiger Entwicklungen sollte überdacht werden, wie die Aufgaben im Kooperationsverbund verteilt werden können.

⁷¹ vgl. www.euro.who.int



5.6.7 Intersektorale Arbeit

Ausgesagt wird, dass der Kooperationsverbund aufgrund seiner vielen guten Erfolge sich selbstbewusst in seiner Tätigkeit zeigen kann. Im Gesamtprozess der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit trage er aber nur einen Teil bei. Wichtig ist, mehr Partner in diesen Prozess einzubeziehen und neue Mitglieder aus weiteren Handlungsfeldern zu gewinnen. Angeregt wird eine Diskussion zum Thema Entwicklung einer Präventionsstrategie und Möglichkeiten, diese über Bundes- und Landesebene sowie Kommunen zu verankern.

Nachdrücklich wird auf die erforderliche intersektorale Zusammenarbeit, respektive auf kommunaler Ebene hingewiesen. Der Kooperationsverbund, wie auch die BZgA, sollten diesen Prozess aktiv fördern. Der Kooperationsverbund hat Fachleute, die gute Vernetzung initiieren, Handlungsstränge zusammenführen und Fachkräfte qualifizieren können. Hervorgehoben wird, dass vernetztes und kooperatives Arbeiten erfolgreicher, günstiger und auch zufriedenstellender ist.

In der Arbeit des Kooperationsverbundes sollten intersektorales Denken und integriertes Handeln im Mittelpunkt stehen und diese Arbeit nicht von aktuellen Programmen oder zeitweiligen Mittelzuwendungen abhängig gemacht werden. Gesundheit und Bildung, Gesundheit und Jugendhilfe, Gesundheit und Arbeit, Gesundheit und Umwelt und etliche Verbindungen mehr müssen gleichermaßen mitgedacht und vorangebracht werden. Angenommen wird, dass mitunter immer noch ein Defizit an Wissen im Hinblick auf Verknüpfungen wie Sport und Stadtentwicklung oder Asthma und Armut bestehen.

Gewünscht wird weiterhin ein kontinuierlicher Fachaustausch der Akteure des Kooperationsverbundes in Verbindung mit neuen Ideen und Anregungen sowie der Unterstützung bei der Umsetzung.

6 Zusammenfassung

Im November 2003 beschließen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung und Landesvereinigungen für Gesundheit sowie weitere Einrichtungen auf Landesebene die Kooperationserklärung *Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Die erste *Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* zwischen dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der BZgA wird unterzeichnet.⁷² Auf der Gründungsveranstaltung des Kooperationsverbundes 2003 formuliert Prof. Dr. Pott die Ziele,

- „dass die Kenntnis der Projekte und Maßnahmen untereinander wächst (Vernetzung)
- dass voneinander gelernt werden kann (Qualitätsoptimierung)
- und dass neue Bedarfe erkannt werden (Reichweitenoptimierung).“⁷³

Zehn Jahre später zeigt sich, dass der seit 2012 umbenannte *Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit* fortschreitend Vernetzungsstrukturen entwickelt hat. Die Qualität ist sowohl in der Zusammenarbeit als auch in der Projektentwicklung optimiert

⁷² BZgA: Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, Köln 2003 gesundheitsliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/Kooperationstreffen

⁷³ BZgA: Pott, Elisabeth: 1. Kooperationsstreffen 12. Nov. 2003 Köln



worden. Praxiserfordernisse und partizipative Ansätze in der Präventionsforschung, sowie die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe werden breiter thematisiert.

Der Kooperationsverbund – ein Verbund guter Praxis

Der Kooperationsverbund wird als ein sehr gut arbeitendes System eingeschätzt. Kennzeichnend sind die Erfolge des Verbundes, die sowohl inhaltlich als auch strukturell begründet werden.

Sozial bedingte gesundheitliche Problemlagen und die Einführung des § 20 SGB V stellen Anfang 2000 neue Herausforderungen an Krankenkassen, Kommunen und Verbände. Auf Initiative der BZgA wird der Kooperationsverbund gegründet, der kontinuierlich immer mehr Partner aus verschiedenen Handlungsfeldern einbindet. Genannt wird, dass das Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten durch den intersektoralen Austausch, die Konferenzen, die Projekte und die Datenbank verbreitet worden ist und vermehrt als zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe diskutiert wird.

Fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse, die im Kooperationsverbund thematisiert und erarbeitet worden sind, werden ins allgemeine Verständnis und in Vorgehensweisen übertragen. Beispielsweise hat sich der Settingansatz etabliert und wird u.a. in den Präventionsleitlinien des GKV-Spitzenverbandes empfohlen.

Die Projekte des Kooperationsverbundes werden als zukunftsweisend und außerordentlich erfolgreich eingeschätzt. Die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de ist eine wichtige Informationsquelle für Träger von Präventionsmaßnahmen. Die Verdichtung auf Good Practice Projekte ermöglicht einen zielgenauen Zugriff auf erfolgreiche Konzepte und ihre Umsetzung. Positiv werden auch die *gelben Broschüren – Gesundheitsförderung konkret* gesehen, in denen die Themenschwerpunkte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten veröffentlicht werden und die online aufgerufen werden können.

Die Entwicklung der Good-Practice Kriterien wird als ein richtungweisender und international vorzeigbarer Schritt der notwendigen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Prävention gewertet.

Der Aufbau der *Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit* in den Bundesländern wird als erfolgreiches Projekt genannt. Positiv eingeschätzt werden Netzwerkarbeit, Durchführung von Konferenzen und Workshops zu Themen soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung, sowie die Kontaktaufnahme zu den Kommunen und die Ermittlung guter Praxisbeispiele.

Über den Kooperationsverbund sind nach Einschätzung der Befragten etliche Modellprojekte und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation sozial benachteiligter Menschen angestoßen worden. Beispielsweise werden die Verknüpfungen von Gesundheitsförderung mit Quartiersmanagement oder mit der Arbeitsagentur genannt. Hinsichtlich der Umsetzung weiterer erforderlicher Maßnahmen bedarf es noch mehr Initiativen. Der Kooperationsverbund ist da ein unentbehrlicher Akteur.

Die intersektorale Vernetzung von Spitzenverbänden und Dachorganisationen wird als herausragender Prozess gesehen, der die übergeordnete gesellschaftliche Aufgabe für Chancengleichheit zu sorgen, unterstützt. Die Kooperationen zwischen zwei oder mehreren



Partnern, die sich auf ein neues gemeinsames Thema verständigen, wie die des GKV-Spitzenverbandes mit dem Deutschen Städtetag oder mit der Bundesagentur für Arbeit, werden als besonders große Erfolge gesehen. Positiv wahrgenommen wird, dass die intersektorale Zusammenarbeit in Projekten zunimmt. Der *kommunale Partnerprozess – gesund aufwachsen für alle* verbindet verschiedene Handlungsbereiche wie Gesundheit, Soziales, Bildung und Arbeit auf regionaler Ebene und ermöglicht den bundesweiten Austausch.

Die gemeinsame Arbeit in den Strukturen des Kooperationsverbundes, ob im *beratenden Arbeitskreis, dem Steuerungskreis, den Koordinationsstellen gesundheitliche Chancengleichheit* oder mit der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes, zeichnet sich durch Kompetenz, Akzeptanz und Wertschätzung aus. Die intersektorale Zusammenarbeit wird als Lernprozess gegenseitiger Fortbildung und Bereicherung beschrieben. Im Kooperationsverbund wird ein großes Potential gesehen, welches noch intensiver genutzt werden kann.

Die Koordination des Kooperationsverbundes wird überwiegend als Team-Konstellation von BZgA und der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Berlin-Brandenburg wahrgenommen. Operative und koordinierende Arbeiten im Zusammenhang mit Praxisprojekten, der Internetplattform und der Zusammenarbeit mit den Landeskoordinierungsstellen werden eher bei der Geschäftsstelle bei Berlin-Brandenburg gesehen.

Gesundheitsförderung ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess. Kooperationspartner einzubeziehen, Richtlinien, Handlungsleitfäden und Qualitätsentwicklungen zu initiieren und – unterstützt durch das BMG – zu tragen, wird als Steuerungs- und Leitungsfunktion eher bei der BZgA gesehen.

Die Rolle der BZgA im Kooperationsverbund

„Gesundheitliche Aufklärung liegt im Interesse staatlicher Gesundheitspolitik. Sie wird in Deutschland als eine übergreifende Daueraufgabe von allen staatlichen Ebenen unter Einbindung der Betroffenen durchgeführt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nimmt diese Aufgabe auf Bundesebene als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wahr. Gemäß dem Einrichtungserlass vom 20.7.1967 hat die BZgA insbesondere die Aufgabe:

- *Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung,*
- *Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und – aufklärung tätigen Personen,*
- *Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet,*
- *Zusammenarbeit mit dem Ausland.“⁷⁴*

In der Einschätzung der Rolle der BZgA im Kooperationsverbund wird eine große Übereinstimmung sichtbar. Als Fachbehörde des BMG mit einer Vielfalt von Aufgaben und Kompetenzen in der Prävention wird der BZgA eine zentrale, rahmende Funktion beigemessen.

⁷⁴ www.bzga.de



Sie gilt bei den Befragten als eine hervorragend arbeitende Bundesbehörde, die sich durch hohe Sachkompetenz und ihre demokratische, partizipative Arbeitsweise auszeichnet. Hervorgehoben wird die Kompetenz in der Qualitätssicherung auch im internationalen Vergleich. Die BZgA genießt große Akzeptanz sowohl bei staatlichen als auch bei nicht-staatlichen Partnern und nimmt eine führende Rolle im Kooperationsverbund ein, indem sie Aktivitäten initiiert, bündelt, koordiniert und die Möglichkeiten hat diese auch nachzuhalten. Die BZgA ist inhaltlich und finanziell ein tragendes Element.

Empfehlungen für die weitere Arbeit des Kooperationsverbundes

Wenngleich die Vernetzung und Kooperation, der Austausch, der gegenseitige Lernprozess, die Entwicklung und Umsetzung vieler Projekte als erfolgreiche Ergebnisse gesehen werden, werden weitere Handlungsempfehlungen genannt:

- Förderung der partizipativen Forschung, um die Erreichbarkeit der Zielgruppen zu verbessern und die Wirksamkeit der Projekte zu erhöhen.
- Orientierung auf kommunale Prozesse durch vermehrte Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken, bei der Einbindung lokaler Kompetenzen und bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen.
- Kontinuität in der Projekt- und Programmstrategie im Sinne integrierter Handlungskonzepte, welche alle Altersphasen und alle Handlungsfelder umfassen.
- Einflussnahme auf politische Entwicklungen zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Anlehnung an europäische Beschlüsse, wie es in der 8. globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Helsinki 2013⁷⁵ definiert wird.
- Finanzierung flächendeckender, nachhaltiger, lösungsorientierter und vor allem qualitätsgesicherter Projekte.
- Steigerung der Eigeninitiativen der zivilgesellschaftlichen Organisationen und eine intensivere Vermittlung der eigenen Mitgliedschaft im Kooperationsverbund in den eigenen Strukturen zur Unterstützung regionaler und kommunaler Prozesse.
- Förderung intersektoraler Zusammenarbeit auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene mit dem Ziel noch erfolgreicher, effektiver und zufriedener zu arbeiten.

Diese Empfehlungen zielen darauf ab, den Kooperationsverbund in seiner Entwicklung als innovativen Prozess zu sehen und weitere Diskussionen, Abstimmungen und Handlungsschritte anzuregen.

7 Ausblick

Der Kooperationsverbund wird als erfolgreiches, innovatives Projekt und als dynamischer Prozess gesehen. Im Hinblick auf die weitere Entwicklung werden viele Vorschläge in Richtung Wissenschaft, Politik und Praxis gemacht. Abstimmungsbedarf scheint in den Bereichen *Schwerpunktsetzung in spezifischen Handlungsfeldern* und *flächendeckende Projektumsetzung* erforderlich und damit einhergehend auch über die Kapazitäten und Ressourcen der Institutionen.

Übereinstimmend wird gesagt, dass gerne im Verbund und mit den Partnern des Kooperationsverbundes gearbeitet wird und dass es eine ausgezeichnete Einrichtung zur

⁷⁵ 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies, Helsinki 2013



Umsetzung des Auftrages zur Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit ist. Es hat sich gezeigt, dass gemeinsam mit Partnern und hauptverantwortlichen Trägern durch Absprachen und Zusammenschluss auf gesetzlicher Basis viel erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang wird eine noch stärkere Einbindung der Führungsebenen empfohlen und dem Kooperationsverbund für die nächsten zehn Jahre weiterhin viel Erfolg gewünscht.



Literatur

Altgeld, Thomas: Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention (S. 40) in: Geene Raimund/Golde, Carola / Hans, Christian (Hg.): Armut macht krank! (S. 28) Berlin 2001

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. (S. 170) Berlin, New York 1993

Bundesagentur für Arbeit: Dachkampagne: Gesundheitsorientierung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Nürnberg 2010

Bundesärztekammer: Armut und Arbeitslosigkeit machen krank. Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages. Berlin 2005

Bundesärztekammer: 116. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Entschließung: Gesundheitliche Auswirkungen von Armut. Hannover 2013

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Lebenslagen in Deutschland. 4. Armuts- und Reichtumsbericht. Berlin 2012

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Programm: Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten E&C, Bonn 2000

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lokaler Aktionsplan für Toleranz und Demokratie Bonn 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bundesprogramm: Lokales Kapital für Soziale Zwecke – LOS 2003.

BMG und BMU (Hg.): Bericht Deutschlands zur Umsetzung des „Aktionsplans zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ der WHO (CEHAPE) Bonn 2007

Bundesministerium für Gesundheit: Dialogforum V: Gesundheit und Pflege/ Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan Integration, www.bundesregierung.de Zugriff: 4. Okt. 2013

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hg.): Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“. Berlin 2005

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: Bund-Länder-Initiative: Die Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf. Berlin 1999.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: Gemeinschaftsinitiative Equal. Neue Wege der Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten am Arbeitsmarkt. Bonn 2002

BZgA: Determine – An EU Consortium for Action on the Socio – economic Determinants of Health. Nationaler Workshop. BZgA und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Köln 2009



BZgA: Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Köln 2002

BZgA: Ergebnispapier: Rosenbrock, Rolf: Experten-Workshop „Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung“ 13. und 14. September 2001 Köln

BZgA: Ergebnisprotokoll der 1. Sitzung des beratenden Arbeitskreises der BZgA: Aufbau einer Datenbank „Projekte und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“ 15.4.2002 Köln

BZgA: Ergebnisprotokoll der 2. Sitzung des beratenden Arbeitskreises der BZgA: Aufbau einer Datenbank „Projekte und Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“ 20.1.2003 Köln

BZgA: Ergebnisprotokoll 20. Sitzung des beratenden Arbeitskreises für das Verbundprojekt „Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten“. Köln 9/2009

BZgA: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Band 22. Köln 2003

BZgA: Konzeptpapier beratender Arbeitskreis 21.1.04 Köln

BZgA: Gesundheitsförderung Konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung. 4.Aufl. Köln. 2010

BZgA: Pott, Elisabeth: 1. Kooperationstreffen 12. 11. 2003 Köln

BZgA und Med. Psychologie-UKE, Hamburg: Arbeitspapier: Prävention und Gesundheitsförderung. Qualitätssicherung durch systematische, mehrdimensionale Begutachtung. Köln 2003

Deutsches Ärzteblatt: Armut und Gesundheit. Jg.104, Heft 43. (S.2496-2504) Köln 2007

Deutsches Institut für Urbanistik: Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt. Arbeitspapiere Band 2. Berlin 1999

Deutsches Institut für Urbanistik: Strategien für die Soziale Stadt. S. 136-142 Berlin 2003

Deutsches Institut für Urbanistik: Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Band 10. (S. 83-90) Berlin 2003

Deutsches Institut für Urbanistik: Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtteilentwicklung. Soziale Stadt info Heft 11. Berlin 2003

EuroHealthNet: Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe. (S. 70-71) Brüssel 2004

Fehr, Rainer/Neus, Hermann/ Heudorf, Ursel (Hg.): Gesundheit und Umwelt. Bern 2005

Geene, Raimund/ Gold, Carola (Hg.): Gesundheit für alle! Band 4. Berlin 2000



Geene, Raimund/ Gold, Carola/Hans, Christian (Hg.) Armut macht krank! Band III, Berlin 2001)

Geene/Raimund/Graubner, Sebastian/Papies-Winkler, Ingrid/Stender, Kalus-Peter (Hg.): Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung Berlin 2002

GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention, Berlin 2010

Gesunde Städte-Netzwerk. Symposium „Gesundheit für alle – eine Herausforderung (nicht nur) für Gesunde Städte“. Köln 1999

8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies, Helsinki 2013

Hopf, Christel: Befragungsverfahren in: Flick, Uwe u.a. (Hg.) Handbuch qualitativer Sozialforschung. (S.177) München 1991

Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (Hg.): Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen. Berlin 2012/2013

Krings-Heckemeier, Marie-Therese/Pfeiffer, Ulrich/Hunger, Bernd/Wallraf, Wolfram: Überforderte Nachbarschaften. GdW Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmer e.V. (Hg.) Köln 1998

Meuser, M. /Nagel, U.: Vom Nutzen der Expertise. Experteninterviews in der Sozialberichterstattung. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview. Wiesbaden 2005

Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern 2000

Robert-Koch-Institut: KiGGS. Berlin 2007

Stiftung SPI: 1. Zwischenbericht E&C (S.3) Berlin 2001

Stadt Flensburg: Vorbereitende Untersuchungen. Flensburg 1999.

Trabert, Gerhard: Armut und Gesundheit. Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. Deutsches Ärzteblatt 1999, Heft 12

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschungsgruppe Qualitätsmanagement: Qualitätssystem für Prävention und Gesundheitsförderung. Hamburg 2009

Wagner, Eugen: in Difu: Arbeitspapiere Soziale Stadt. Band 4 S. 12., Berlin, 2000

Wehmhöhner, Margot: Die sozialkompensatorische Rolle der GKV-Statement des BKK Bundesverbandes in: Geene Raimund/Golde, Carola / Hans, Christian (Hg.): Armut macht krank! (S. 28) Berlin 2001

Weyers, S./Lehmann, F./Meyer-Nürnberger, M./Reemann, H./Altgeld,T./ Hommes, M./Luig-Arlt, H./Mielck, A: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Online 3.2007



Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Rostock 2008

Wright, Michael/ Block, Martina/von Unger, Hella: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007 (S.1-5)

Witzel, Andreas: Verfahren der qualitativen Sozialforschung (S. 50-62) Frankfurt/Main 1982

www.bzga.de: (Zugriff 11.10.13)

www.eurohealthnet.eu Zugriff: 21.10.13

www.eurohealthnet.org Zugriff: 10.10.13

www.gesundheitberlin.de/download/Wright_M..pdf Zugriff: 6.10.13

www.gkv-spitzenverband.de Zugriff: 6.10.13

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/chronologie-in-stichworten/> Zugriff: 5. 10.13

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/chronologie-in-stichworten/ Zugriff: 5. 10.13

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/kooperationstreffen/1-6-kooperationstreffen/ Zugriff: 1.10.13/20.10.13

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bundesagentur-fuer-arbeit/ Zugriff: 6.10.13

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de Zugriff: 2./ 4./10.10.13

www.health-inequalities.eu Zugriff: 10.10.13

www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY Zugriff: 14.10.13

www.healthscotland.com/.../health-inequalities.aspx Zugriff: 14.10.13

www.euro.who.int Zugriff: 14.10.13

www.staedtetag.de/fachinformation/gesundheit Zugriff: 4.10.13



Anhang

Anschreiben für die Experteninterviews

Helene Luig-Arlt
Mitglied im Beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“

10 Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Prävention und Gesundheitsförderung sind – gerade unter dem Aspekt gesundheitlicher Chancengleichheit – zunehmend zu einem gesellschaftspolitischen Thema geworden. Auf Initiative der BZgA wurde der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ seit 2012 „Gesundheitliche Chancengleichheit“ genannt, gegründet. Im November 2013 feiert der Verbund sein 10-jähriges Bestehen – ein geeigneter Zeitpunkt für eine Zwischenbilanz. Zu diesem Anlass hat die BZgA, vertreten durch Herrn Dr. Frank Lehmann, das Büro für Stadtteilmanagement, vertreten durch mich, beauftragt, einen Bericht zu erstellen.

Aufgrund der zeitlich engen Begrenzung werde ich mich kurzfristig telefonisch an Sie wenden. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich für ein Interview zu folgenden Fragen zur Verfügung stellen würden.

1. Kontinuierlich wächst der Kreis der Kooperationspartner. Wie sind Sie/Ihre Organisation, zum Kooperationsverbund gekommen und weshalb?
2. Hat die Mitwirkung im Kooperationsverbund einen Einfluss auf das eigene Arbeitsgebiet? Wenn ja, in welcher Form?
3. Struktur und Arbeit des Kooperationsverbundes sind national und international komplex. Wie wird dieser Prozess auf Bundesebene koordiniert?
4. 10 Jahre besteht der Kooperationsverbund - welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach hier die BZgA?
5. Welches sind aus Ihrer Sicht Erfolge des Kooperationsverbundes?
6. Was empfehlen Sie für die künftige Arbeit des Kooperationsverbundes?

Mit freundlichen Grüßen

Sept. 2013

Helene Luig-Arlt

Büro für Stadtteilmanagement

Dipl. Päd. Helene L. Luig-Arlt
Heuberg 5
D – 24977 Langballig/bei Flensburg
Tel: 04636 – 977858
Fax: 04636 – 977857
Mobil: 0162/8741252
e-mail: luig-arl@foni.net



8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies, Helsinki 2013



The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013 The Helsinki Statement on Health in All Policies

Building on our heritage, looking to our future

The 8th Global Conference on Health Promotion was held in Helsinki, Finland from 10-14 June 2013. The meeting builds upon a rich heritage of ideas, actions and evidence originally inspired by the *Alma Ata Declaration on Primary Health Care* (1978) and the *Ottawa Charter for Health Promotion* (1986). These identified intersectoral action and healthy public policy as central elements for the promotion of health, the achievement of health equity, and the realization of health as a human right. Subsequent WHO global health promotion conferences¹ cemented key principles for health promotion action. These principles have been reinforced in the 2011 *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, the 2011 *Political Declaration of the UN High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, and the 2012 Rio+20 Outcome Document (*the Future We Want*). They are also reflected in many other WHO frameworks, strategies and resolutions, and contribute to the formulation of the post-2015 development goals.

Health for All is a major societal goal of governments, and the cornerstone of sustainable development

We, the participants of this conference

Affirm our commitment to equity in health and recognize that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. We recognize that governments have a responsibility for the health of their people and that equity in health is an expression of social justice. We know that good health enhances quality of life, increases capacity for learning, strengthens families and communities and improves workforce productivity. Likewise, action aimed at promoting equity significantly contributes to health, poverty reduction, social inclusion and security.

Health inequities between and within countries are politically, socially and economically unacceptable, as well as unfair and avoidable. Policies made in all sectors can have a profound effect on population health and health equity. In our interconnected world, health is shaped by many powerful forces, especially demographic change, rapid urbanization, climate change and globalization. While some diseases are disappearing as living conditions improve, many diseases of poverty still persist in developing countries. In many countries lifestyles and living and working environments are influenced by unrestrained marketing and subject to unsustainable production and consumption patterns. The health of the people is not only a health sector responsibility, it also embraces wider political issues such as trade and foreign policy. Tackling this requires political will to engage the whole of government in health.

Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. It improves accountability of policymakers for health impacts at all levels of policy-making. It includes an emphasis on the consequences of public policies on health systems, determinants of health and well-being.

We recognize that governments have a range of priorities in which health and equity do not automatically gain precedence over other policy objectives. We call on them to ensure that health considerations are transparently taken into account in policy-making, and to open up opportunities for co-benefits across sectors and society at large.

¹ Subsequent conferences were held in Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jakarta (1997); Mexico City (2000); Bangkok (2005); Nairobi (2009).





Policies designed to enable people to lead healthy lives face opposition from many sides. Often they are challenged by the interests of powerful economic forces that resist regulation. Business interests and market power can affect the ability of governments and health systems to promote and protect health and respond to health needs. *Health in All Policies* is a practical response to these challenges. It can provide a framework for regulation and practical tools that combine health, social and equity goals with economic development, and manage conflicts of interest transparently. These can support relationships with all sectors, including the private sector, to contribute positively to public health outcomes.

We see *Health in All Policies* as a constituent part of countries' contribution to achieving the United Nations Millennium Development Goals and it must remain a key consideration in the drafting of the post-2015 Development Agenda.

We, the participants of this conference

- Prioritize health and equity as a core responsibility of governments to its peoples.
- Affirm the compelling and urgent need for effective policy coherence for health and well-being.
- Recognize that this will require political will, courage and strategic foresight.

We call on governments

to fulfil their obligations to their peoples' health and well-being by taking the following actions:

- **Commit to health and health equity as a political priority** by adopting the principles of Health in All Policies and taking action on the social determinants of health.
- **Ensure effective structures, processes and resources** that enable implementation of the Health in All Policies approach across governments at all levels and between governments.
- **Strengthen the capacity of Ministries of Health to engage other sectors of government** through leadership, partnership, advocacy and mediation to achieve improved health outcomes.
- **Build institutional capacity and skills** that enable the implementation of Health in All Policies and provide evidence on the determinants of health and inequity and on effective responses.
- **Adopt transparent audit and accountability mechanisms** for health and equity impacts that build trust across government and between governments and their people.
- **Establish conflict of interest measures** that include effective safeguards to protect policies from distortion by commercial and vested interests and influence.
- **Include communities, social movements and civil society** in the development, implementation and monitoring of Health in All Policies, building health literacy in the population.

We call on WHO to

- Support Member States to put Health in All Policies into practice
- Strengthen its own capacity in Health in All Policies
- Use the Health in All Policies approach in working with United Nations agencies and other partners on the unfinished Millennium Development Goals agenda and the post-2015 Development Agenda
- Urge the United Nations family, other international organizations, multilateral development banks and development agencies to achieve coherence and synergy in their work with Member States to enable implementation of Health in All Policies

We, the participants of this conference

- Commit ourselves to communicate the key messages of this Helsinki Statement to our governments, institutions and communities.

More information: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp>

