



**EU-PROJECT 'CLOSING THE GAP:
STRATEGIES FOR ACTION TO TACKLE HEALTH INEQUALITIES IN EUROPE'**

Beispiele Guter Praxis in Europa

Qualitative Analyse der zielgruppenspezifischen Modelle für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche aus *Closing the Gap*

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
im Auftrag der BZgA



Ich danke Marcus Wächter vom Regionalen Knoten Saarland für seine Anregungen.

Hannover 2007

Zusammenfassung

Das Ziel des Good Practice Moduls des europäischen Projekts *Closing the gap* war, praktische und beispielhafte Interventionen (gute Praxis) zu sammeln, die zeigen, wie gesundheitliche Ungleichheiten vor Ort abgebaut werden können. Die Interventionen der Projektpartner aus 20 europäischen Ländern sind in der internationalen Datenbank *Closing the gap* recherchierbar. Zur Datenerhebung wurde ein Fragebogen entwickelt. Im ersten Teil wurden Informationen zu Hintergrund, Zielgruppen, Zielen, Aktivitäten, Ergebnissen etc. abgefragt. Im zweiten Teil gab es eine qualitative Erhebung über die Erfüllung von Qualitätskriterien. Die Projektpartner gaben alle Informationen in einen Online-Fragebogen ein, diese wurden wiederum in eine Projektbeschreibung eingespeist. In der Datenbank werden die Modelle daraufhin anhand einer vorgegebenen Struktur dargestellt.

Für die vorliegende Analyse der Beispiele „Guter Praxis“ zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden neunzehn Modelle aus elf Ländern einer qualitativen Analyse unterzogen, die sich allein an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche richten. Auswahlkriterium für die Analyse ist die Altersgruppe, d.h. ein entsprechender Eintrag im Fragebogen, der die Altersspanne von 0 – 18 Jahren nennt. Die Fragestellungen der Analyse richten sich auf die Strategien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die Chancen und Herausforderungen, die sich daraus für Deutschland ergeben, und auf das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis.

Strategien

Eine erste Übersicht über den Gegenstandsbereich ergibt ein vielfältiges Bild. Es finden sich verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Modelle, sowie Verfahrensweisen, die eine Integration beider Vorgehensweisen präferieren. Die Mehrzahl ist verhaltensorientiert und auf die Stärkung der Eigenaktivität gerichtet. Dabei steht die Vermittlung von Lebenskompetenzen, Health Literacy (i.S.v. allgemeinen Gesundheitskompetenzen) und die Stärkung von allgemeinen oder aktiven Problembewältigungskompetenzen im Vordergrund. Prioritäre Handlungsfelder sind psychische Gesundheit, sowie Ernährung, Bewegung und Bildung von Kindern und Jugendlichen. Innerhalb der neunzehn Modelle existiert eine große thematische Bandbreite, die in Abhängigkeit von den sozio-ökonomischen Determinanten des jeweiligen Partnerlandes zu betrachten ist.

Mit Ausnahme eines Modells, das sich ausschließlich auf landesspezifische Politikstrategien bezieht, nutzen alle Modelle einen settingorientierten Zugang zur Zielgruppe, z.B. über Schule, Nachbarschaft, Kindertagesstätte und Familie und über die flächendeckend verbreiteten *child/community health care center* der skandinavischen Länder. Das Setting Schule wird zwar bevorzugt, doch die meisten Modelle nutzen kombinierte Settings, wie z.B. Schule/Nachbarschaft/Kindertagesstätte.

Unter den beiden Aspekten „Strategien der Gesundheitsförderung“ wie auch „Qualität im Good Practice Bereich“ wird das Kriterium *Settingansatz* anhand von Modellbeispielen dargestellt. Innerhalb der settingorientierten Arbeitsweise sind zwei Strategien – Gesundheitsförderung *im* Setting und Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung - erkennbar, die sich durch eine unterschiedliche Gewichtung verhaltens- bzw. verhältnisorientierten Vorgehens unterscheiden. Modelle, die Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung durchfüh-

ren, lassen sich sowohl durch die Stärkung von Eigenaktivität (im Sinne von Befähigung) wie auch durch eine partizipative Entwicklung des Settings durch alle beteiligten Akteure kennzeichnen.

Außerdem sind grundsätzlich verschiedene Wege zur Minderung gesundheitlicher Ungleichheit erkennbar, die sich in zwei Kategorien unterteilen lassen. In der Mehrzahl zielen die Strategien zur Minderung gesundheitlicher Chancenungleichheit darauf ab, Gesundheitsbelastungen zu senken und -ressourcen zu stärken. Es finden sich jedoch auch Modelle, die über eine Minderung (des Ausmaßes an) sozialer Benachteiligung eine Erhöhung von gesundheitlicher Chancengleichheit anstreben. In diesen Fällen werden z.B. integrierte Politikstrategien oder die Erhöhung der Bildungschancen zur Zielerreichung genutzt.

Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis

Die Anwendung der Kriterien Capacity Building, Empowerment, Partizipation, Settingansatz und weitere Aspekte von Qualität im Good Practice Bereich unterliegen einem weiten Interpretationsspielraum. Zur Verdeutlichung dieses Ergebnisses werden einzelne Varianten herausgearbeitet und deskriptiv dargestellt. Ein Vergleich der Qualitätskriterien der neunzehn Modelle ergibt, dass *Qualitätsmanagement*, *Multiplikatorenkonzept* und *Kosten-Nutzen-Relation* kaum auffindig gemacht werden. Neben den Qualitätskriterien *Empowerment* und *Settingansatz* wird auch *Niedrigschwelligkeit* besonders oft zur Identifizierung guter Praxis genannt. Letzteres wird gemeinsam mit den Kriterien *Partizipation* und *Empowerment* anhand eines Modellbeispiels vorgestellt.

Chancen und Herausforderungen

In der Diskussion der Ergebnisse werden drei Modelle unter der vorgenannten Fragestellung als sog. Idealtypen in den Bereichen Verhaltensorientierung, Verhältnisorientierung und Integration von Verhaltens- und Verhältnisorientierung herausgestellt. Diskutiert wird außerdem das Verständnis des Aspekts „Zugangswege“ unter der Perspektive der (Nicht-)Stigmatisierung sozial benachteiligter Zielgruppen und der Zusammenhang von Kindergesundheit und sozialer Benachteiligung. Unter Beachtung der Ergebnisse aktueller Veröffentlichungen und Studien, z.B. des Robert-Koch-Instituts (KIGGS, u.a.), der Berliner Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2006 und der letzten Shell-Jugendstudie wird die Bedeutung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen als nicht zu vernachlässigender Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gewertet und in Beziehung zu den hohen Armutsraten in dieser Altersgruppe gesetzt. Abschließend wird das Good-Practice-Verfahren im Allgemeinen zur Diskussion gestellt. Dazu werden Schwachstellen benannt und konkrete Forderungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens für die weitere Nutzung im Bereich der Qualitätsentwicklung erhoben.

Inhalt

1. Einführung	5
2. Vorgehensweise	6
2.1. Erkenntnisinteresse	6
2.2. Untersuchungsgegenstand	7
2.3. Methodik	8
2.4. Definitionen zu Gesundheitsförderung und sozialer Benachteiligung	9
3. Interventionsstrategien	9
3.1. Verhältnisorientierte Strategien	10
3.2. Verhaltensorientierte Strategien	11
3.3. Bandbreite der Handlungsfelder	13
4. Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz	14
4.1. Settingansatz – Pro und Contra	16
4.2. Gesundheitsförderung im Setting	17
4.3. Gesundheitsfördernde Settings - Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung	17
5. Capacity building	19
6. Qualität im Good-Practice-Bereich	21
6.1. Empowerment	24
6.2. Partizipation	24
6.3. Zugangswege	27
6.4. Wege zur Beeinflussung gesundheitlicher Ungleichheit	28
7. Finanzierung der GP-Modelle	30
8. Diskussion	30
8.1. Settingorientierte Gesundheitsförderung – Chance und Herausforderung	30
8.2. Zielsetzung Stärkung der Eigenaktivität	32
8.3. Kindergesundheit und soziale Benachteiligung	33
8.4. Konkrete Umsetzung von Theorie in Praxis unterstützen	35
8.5. Leer-(-/)-Stellen	36
8.6. Spannungsfeld Good-Practice-Ansatz	37
8.7. Schluss	38
9. Literatur	40
Anhang	

1. Einführung

Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ist vielfach belegt¹ und die Notwendigkeit des Abbaus dieser Ungleichheit schon lange Gegenstand politischer Verlautbarungen und Entschließungen². Vor diesem Hintergrund ist das europäische Projekt „Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe“ entstanden. Es hat sich zum Ziel gesetzt, effektive Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit auf europäischer, nationaler und lokaler Ebene zu identifizieren und auf breiter Ebene auszutauschen.

Sowohl die Entwicklung wie auch der Austausch von Strategien zur Erhöhung der Chancengleichheit sind methodisch anspruchsvoll. Sie müssen einerseits vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der lokalen sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit, wie Einkommen, Beschäftigung, Erziehung, Wohn- und Umfeldbedingungen, gesehen werden und andererseits subjektive Faktoren, wie die soziale Position des Einzelnen einbeziehen, die den Grad der Kontrolle über das eigene Leben, die sich daraus ergebenden Teilhabechancen und deren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden bestimmen³. Eine mögliche Methode der Annäherung an diesen vielschichtigen Untersuchungsgegenstand - die Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten vor dem Hintergrund sozialer und ökonomischer Determinanten - ist die Identifizierung „guter Praxis“. Gemeint ist damit die Betrachtung von Beispielen lokaler Praxis im In- und Ausland, auf der Suche nach gelungenen Modellen oder funktionierenden Lösungsstrategien aus ähnlichen Kontexten.

Im Projekt *Closing the Gap* wurde die Methode des Good-Practice Ansatzes (GP) gewählt, der in einer Veröffentlichung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wie folgt beschrieben wird: „Als Good Practices in der Gesundheitsförderung werden diejenigen Maßnahmen und Aktivitäten bezeichnet, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt ist und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen“⁴. Die Auswahl einer Maßnahme als Good-Practice Modell hängt von dem (zumindest impliziten) Vorhandensein einer Konzeption ab, aus der ein klarer Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht, vom eindeutigen Bezug auf eine sozial benachteiligte Zielgruppe sowie weiteren ausformulierten Standards zu Effektivität, Dokumentation, Zeitrahmen, etc..⁵

Das Ziel des Good Practice Moduls aus *Closing the gap* ist, praktische und beispielhafte Interventionen zu sammeln, die zeigen, wie gesundheitliche Ungleichheiten vor Ort abgebaut werden können. Als Instrument zur Bewertung der Modelle als „Gute Praxis“ dient ein Fragebogen, in den die Projektpartner alle Informationen eingeben. Darin werden entlang einer vorgegebenen Struktur unter anderem Hintergrund, Zielgruppen, Ziele und Qualitätskriterien der vorgestellten Maßnahme abgefragt. Diese Interventionen aus 20 europäischen Ländern

¹ Vgl.: Mielk 2003, Mackenbach 2005

² Friedrich Ebert Stiftung 2006, vgl. Position Paper on tackling health inequalities, S. 4

³ vgl. Marmot, 2004, aus Position Paper: Closing the Gap, vgl. auch Bronfenbrenner 1981

⁴ BZgA 2005a, S. 128

⁵ Vgl. Anhang 1:Nationale Konferenz: Standardtexte-Good Practice; vgl. BZgA 2003, BZgA 2005a

werden in der Datenbank von *Closing the Gap* online gestellt und sollen den Nutzerinnen und Nutzern einen zentralen Orientierungsrahmen bei der Suche nach geeigneten Strategien zur Erhöhung der Chancengleichheit bieten.

Für die Analyse der Beispiele „Guter Praxis“ werden aus dieser Datenbank zielgruppenspezifische Modelle aus verschiedenen europäischen Ländern ausgewählt. Alleiniges Auswahlkriterium ist eine Altersangabe im Bereich von 0-18 Jahren. Modelle, die neben der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen höhere Altersgruppen (z.B. Eltern) einbeziehen, werden nicht zur Untersuchungsgruppe gezählt, auch wenn sie auf Kindergesundheit zählen.

2. Vorgehensweise

2.1. Erkenntnisinteresse

Gegenstand des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit sind also die europäischen Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten, die am Beispiel lokaler Projekte im In- und Ausland für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen dargestellt werden. Die intensive Auseinandersetzung mit Lerninhalten in diesem weiten Gegenstandsbereich erfordert die Rückbeziehung auf den jeweiligen Lebenszusammenhang und Einsichten in die Grundstrukturen sozialer und ökonomischer Determinanten. Um das Ziel nicht zu verfehlen, dabei Wissen für deutsche Strategien zur Gesundheitsförderung für/mit sozial benachteiligten Zielgruppen zu generieren, muss bereits zu Beginn hervorgehoben werden, dass es wenig Sinn macht, in Bezug auf Gesundheits- und Sozialpolitik anderer Länder einfache Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zu unterstellen oder diese anzustreben, da jede politische Regulierung oder Institutionenbildung in einem anderen Land im Rahmen der dortigen Geschichte ihre eigene Entwicklung hat und die Spuren der national sehr unterschiedlichen Durch- und Umsetzungsbedingungen trägt. Ein "one size fits all"-Beispiel gibt es hier nicht. Rosenbrock empfiehlt im Zusammenhang mit dem Blick über die Grenzen daher, die Orientierung an originellen, (aber eben unter anderen Bedingungen gefundenen und durchgesetzten) Lösungen, wie sie im Verfahren der "models of good practice" vorkommen⁶.

Folgt man dieser Argumentation, sind Aussagen über den Gegenstand der Analyse, wie bereits weiter oben ausgeführt, nur im jeweiligen Kontext der geltenden Alltagsbedingungen zu verstehen. Eine darüber hinaus reichende Verallgemeinerung der Erkenntnisse und die weiterführende Annäherung an den Untersuchungsgegenstand soll über die standardisierende Identifizierung guter Praxis mittels übergreifend geltender Qualitätskriterien verlaufen, wie sie vom *Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* entwickelt wurden. Darüber sollen sich Antworten auf folgende Forschungsfragen ergeben (siehe Abb. 1).

⁶ Rosenbrock, Butterwegge u.a. 2005

Abb. 1 Forschungsfragen

Wie sehen die europäischen Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen aus?

Welche Probleme ergeben sich bei der Überbrückung des Spannungsfeldes von Theorie und Praxis?

Welche Chancen und Herausforderungen bzgl. der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland lassen sich erkennen?

2.2. Untersuchungsgegenstand

Der Gegenstand der Untersuchung – die 19 Good Practice Modelle aus der europäischen Datenbank *Closing the Gap* - ist ausschließlich auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher von 0 -18 Jahren elf europäischen Ländern ausgerichtet. Die Abbildung 2 zeigt die Modelle in einer Tabelle.

Abb. 2: Übersicht über die Good Practice Einträge für die Zielgruppe Ki/Ju

Schweden	Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures
	Smoke-free children
	It is your decision
	Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate
Lettland	Family support centre "Dialogue" at Boarding school of Vainode
Polen	A glass of milk in school
	Educational programme "Stress under control"
	Share Your Meal
	The School Programme of Health promotion entitled "Primal prevention of abnormal spinal curvature"
Niederlande	Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness
	Poverty and health of children
Deutschland	I go to the U! And You?
Finnland	Exercise guarantee of Pori
Estland	The Crisis Program for Children and Youth
Griechenland	European Early Promotion Project
Norwegen	The Pine House
Ungarn	Local Prevention Program: Summer Camp for Disadvantaged Children
	Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood
Slowakei	Healthy Roma mothers

Die Projektbeschreibungen der Good-Practice-Modelle folgen einem standardisierten Format, das sich aus der Struktur eines Fragebogens ergibt. Nach einer zusammenfassenden

Beschreibung von Aufbau, Ablauf und thematischer Ausrichtung des Projektes folgt die Darstellung des Bedarfs mit den daraus resultierenden Projektzielen. Anschließend werden die Strategien zum Ausgleich der gesundheitlichen Ungleichheit, der Zugang zur Zielgruppe und deren Zusammensetzung sowie das methodische Vorgehen im einzelnen benannt. Im Weiteren wird die Struktur des Projektes durch die Kategorien Kooperationspartner, Mitarbeiteranzahl und –qualifikation sowie Finanzierung dargestellt. Als drittes großes Element der Beschreibung folgt die Ergebnisdarstellung bezogen auf die Evaluationsmethode, Grad der Zielerreichung und den daraus resultierenden Verbesserungsmöglichkeiten. Abschließend benennen die Beschreibungen die Eigenschaften der Projekte, die besonders gelungen erscheinen. Insgesamt sind also vier verschiedene thematische Blöcke in den Projektbeschreibungen erkennbar: Kurzdarstellung, Konzeption, Strategien/Methoden und Ergebnisse.

2.3. Methodik

Aufgabe ist, die Ergebnisse der Abfrage – in Form von Freitexteinträgen - qualitativ zu analysieren. Die Aussagen sind durch den Aufbau des Fragebogens vorstrukturiert, so dass sie sich nicht in ihrem Gesamtumfang für die qualitative Untersuchungsmethode eignen. Daher wird der Freitexteintrag „Summary of intervention“, der in allen neunzehn GP-Modellen den ausführlichsten zusammenhängender Text darstellt, anhand einer Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht. In diesem Textteil geht es sowohl um die zusammenfassende Darstellung des gesamten Modells, wie auch der Interventionsstrategien. Aus dieser ersten Analyse werden gegenstandsnah bezeichnete Kriterien und Dimensionen für das weitere Vorgehen gewonnen.

Anhand dieser Kriterien und Dimensionen und weiterer sich neu ergebender Aspekte wird der Untersuchungsgegenstand dann einer typologischen Analyse unterzogen. Hierzu werden aus einer größeren Materialsammlung typische Bestandteile herausgefiltert und näher beschrieben. Diese Verfahren dient dazu, den Untersuchungsgegenstand überschaubar zu machen und die Charakteristika so hervor zu heben, dass zentrale Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten sowie bedeutsame Unterschiede im Datenmaterial deskriptiv zu verdeutlichen⁷. Vor der Darstellung der Ergebnisse sollen zwei für das weitere Vorgehen wesentliche Definitionen gegeben werden.

2.4. Definitionen

Gesundheitsförderung

Mit Gesundheitsförderung werden hier die gesundheitsbezogenen Anstrengungen bezeichnet, die im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation das Ziel verfolgen, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Gesundheitsförderung als gezielte Präventionsstrategie wird laut Ottawa-Charta sowohl als Instrument zur Steigerung der individuellen Handlungs- und Bewältigungskompetenzen wie auch als gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe mit dem Ziel gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen, definiert.

⁷ vgl. Lamnek, 2005, Mayring 1999

Ausdrückliches Ziel von Gesundheitsförderung ist die Förderung individuell zur Verfügung stehender Ressourcen, die zur Minimierung von Gesundheitsrisiken eingesetzt werden können. Dazu gehört auch die Verringerung gefährdender Einflüsse auf die Vulnerabilität des Individuums und der parallele Aufbau protektiver Kräfte.

Eine Schlüsselrolle bei der Etablierung der Gesundheitsförderung als Interventionsform nahm die Weltgesundheitsorganisation ein. Auf der europäischen Ebene sind in diesem Zusammenhang Konzepte und Strategien zur Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich entwickelt und konkretisiert worden, die für die Gesundheitsförderung in Europa grundlegend waren.⁸ Diese verstanden sich als Aktionsprogramm mit der Zielsetzung „Gesundheit für Alle“. Die Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancenungleichheiten gehört danach zum Kern der Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der WHO⁹.

Soziale Benachteiligung

Soziale Benachteiligung entsteht überall dort, wo bestimmten Gruppen der Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Werten aufgrund von Schichtzugehörigkeit und Diskriminierung verwehrt oder erschwert wird. Sie beruht auf starken gesellschaftlichen Segregationstendenzen, die entweder sozioökonomisch (wirtschaftliches Potenzial) oder sozialetisch (Normen, Werte, Einstellungen, Verhaltensmuster) begründet sind. Soziale Benachteiligung ist auch das Ergebnis spezifischer Sozialisation und damit von einer Generation auf die nächste „vererbbar“.

Soziale Benachteiligung wird sowohl durch soziostrukturelle (z.B. Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen usw.) als auch durch personale Merkmale (Verhaltensweisen, sozialer Status) sichtbar. Da sie genuiner Teil moderner Gesellschaften ist, lässt sie sich nie vollkommen vermeiden, sondern immer nur begrenzen. Gegenmaßnahmen müssen immer durch staatliche Rahmensetzungen und das (politische) Handeln Einzelner bzw. Gruppen eingeleitet und wirkungsvoll umgesetzt werden. Sie ist zugleich Ursache und Folge einer Vielzahl individueller Benachteiligungen. Dazu zählen unter anderem Armut, als besonders weit reichendes Merkmal, sowie Krankheit, Behinderung, Geschlecht und Migrationshintergrund¹⁰.

3. Interventionsstrategien

In einer ersten Analyse wird das Material anhand von zwei Leitgedanken der Ottawa-Charta typisiert. Die Charta definiert Gesundheitsförderung einmal als gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe aller Bereiche, die darauf zielt, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen. Zum anderen soll Gesundheitsförderung auf der Individualebene aktiv werden. Im Folgenden werden die beiden Typen *Gesellschaftliche Ebene* bzw. *Individualebene* einander kontrastierend gegenüber gestellt. Die Abbildung 3 verdeutlicht je zwei exemplarische Beispiele.

⁸ vgl. Whitehead 1991

⁹ vgl. Kaba-Schönstein 2003

¹⁰ vgl. Hradil 1987, Holz u.a. 2005

Abb. 3: Extremtypen

	Gesellschaftliche Ebene	Individualebene
Vorgehensweise	Eher unspezifische Interventionen Verhältnisorientierung Instrumente z.B. Politikstrategien, Vernetzung	Eher spezifische Interventionen Verhaltensorientierung Instrumente z.B. Maßnahmen zur individuellen Ressourcenstärkung und Kompetenzsteigerung
Modellbeispiele	“Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate” (Schweden) “Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures” (Schweden)	“It is your decision” (Schweden) “Family support centre “Dialogue” at Boarding school of Vainode” (Lettland)

3.1. Verhältnisorientierte Strategien

Der erste Typus der Interventionen ist relativ unspezifisch und betrifft Aktionsfelder auf der gesellschaftlichen Ebene, wie die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, politisch-administrative Veränderungen der Rahmenbedingungen oder die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten¹¹. Diese Modelle beziehen sich auf die Schaffung von Chancengleichheit durch Politikstrategien, z.B. im Bereich der Steuerpolitik, auf die Verbreitung von Maßnahmen zur Kindersicherheit, sowie auf allgemeine Interventionen zur sozialen Integration.

Die Vorgehensweise, die im schwedischen „Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ beschrieben wird, ist an ökonomischen Kriterien ausgerichtet. Sie beschreibt den schwedischen Versuch, kinderbedingte Kosten und Einkommensverluste über ein dreigeteiltes System von finanziellen Transfers, öffentlicher Kinderbetreuung und sozialen sowie gesundheitlichen Dienstleistungen auszugleichen. Im Ergebnis kann Schweden auf eine Senkung der Kinderarmutsrate mittels Finanzausgleich von 18% auf 4,2% verweisen. Ziel dieses Vorgehens ist eine Minderung ökonomischer Disparitäten zwischen Familien mit oder ohne Kinder im Rahmen des allgemeinen Wohlfahrtssystem: „The overarching aim for the family policy is to reduce disparities in economic conditions for families with or without children within the framework of the universal welfare system.“ Argumentativ wird diese Strategie mit dem Hinweis auf den evidenten Zusammenhang von Einkommenshöhe und Gesundheit begründet.

Ebenfalls aus Schweden kommt „Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures“, eine Maßnahme zur Verhütung von Kinderunfällen, bei der die Aktivitäten vorwiegend umgebungsbezogen ausgerichtet sind. Sie wurde bereits in den 1950iger Jahren eingeführt, konsequent weiterentwickelt und weist eine sehr hohe Erfolgsquote auf. Erfolgreich war die Idee, weil eine Senkung der Unfallhäufigkeitsrate nicht mehr vorwiegend von einer Verhaltensänderung der Kinder erwartet wurde. Man ging vielmehr davon aus, dass die Umgebung von Kindern so zu verändern sei, dass Kinderunfälle vermieden werden und dass von diesem Strategiewechsel vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten profitieren würden. Das führte dazu, dass der soziale Gradient bei Kinderunfällen anhaltend reduziert wurde. Die Einführung verhältnisorientierter

¹¹ vgl. Schwartz 2003

Prävention zur Verbesserung der Kindersicherheit erforderte große öffentliche Unterstützung, unter anderem wegen besonderer Bauvorschriften und Sicherheitsvorkehrungen. Als Erfolgsfaktor wurde die Beteiligung großer NGOs (Non-Government Organisation) mit hoher Anzahl aktiver Mitglieder und die Einbeziehung der *child health care center* identifiziert, die von fast 99 Prozent der Eltern besucht werden und auch Informationen über Kindersicherheit weitergeben. Das Konzept der Kindergesundheitszentren zur Unfallverhütung zielt darauf ab, Eltern nicht als bloße Informationsempfänger zu behandeln, sondern sie zu ermutigen, selbst mögliche Gefährdungen für Kinder zu erkennen und diese in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der NGO zu beseitigen.

In beiden Beispielen stehen Strategien im Vordergrund, die gesundheitlich relevante und sozial bedingte Risikofaktoren senken sollen. Sie benötigen zu ihrem Erfolg die Unterstützung durch eine Politik, die das Thema gesundheitliche Chancengleichheit hoch auf die politische Agenda setzt und auch Akteure einbezieht, die nicht dem Gesundheitsbereich zuzurechnen sind, sich des Einflusses ihrer Aktivitäten auf der Verminderung oder Erhöhung von Gesundheitsbelastungen jedoch bewusst sind bzw. sich dessen bewusst werden sollen¹².

3.2. Verhaltensorientierte Strategien

Der zweite Typus zielt auf die Individualebene ab und ist darauf gerichtet, ein höheres Maß an informierter und kompetenter Selbstbestimmung als „Garant für Gesundheit“ zu schaffen. Menschen sollen durch Gesundheitsförderung lernen, ihr persönliches Gesundheitspotenzial zu entfalten. Unter dieser Perspektive tritt insbesondere der Aspekt der individuellen Ressourcenstärkung und Kompetenzsteigerung und damit das Konzept der Förderung von individuellen Lebenskompetenzen (Life Skills) in den Vordergrund¹³. Bei Betrachtung des Materials wird schnell klar, welch hohen Stellenwert die Vermittlung von Lebenskompetenzen unter den europäischen Modellbeschreibungen einnimmt. Als Ziel der Vermittlung von Lebenskompetenzen wird die individuelle Befähigung genannt, die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen. Eingeschlossen ist auch die Fähigkeit Problemlösungsstrategien zu entwickeln und Probleme durch die Mobilisierung individueller und sozialer Ressourcen aktiv zu bewältigen¹⁴.

In einigen GP-Modellen wird das Konzept der Lebenskompetenzen sehr eng gefasst. Es ist vor allem auf die Erhöhung von Problembewältigungskompetenzen ausgerichtet. Die Vermittlung von Lebenskompetenzen wird innerhalb dieses engen Definitionsausschnitts in mehreren Modellen explizit angestrebt. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen wird im Fragebogen unter dem Item „main aims“ als Interventionsziel angegeben oder unter dem Item „Tackling Health Inequalities“ als Mittel zur Beeinflussung gesundheitlicher Ungleichheit genannt.

¹² Moberg 2006

¹³ Unter der Überschrift „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ wird dieses auf Kompetenzsteigerung gerichtete Ziel in der Ottawa-Charta präzise beschrieben: „Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie will Menschen befähigen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.“ (WHO 1986).

¹⁴ WHO 1993, 1998, BZgA 2005b

Zwei Modelle verdeutlichen das besonders gut: Im Schwedischen Modell „It is your decision“ wird die Erhöhung *aktiver* Problembewältigungskompetenzen konkret als Ziel benannt: „To train adolescents in coping by means of active problem solving“. Die Methode ermöglicht 15 bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern individuelle gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln, eigene Gesundheitsthemen zu bestimmen und über selbst bestimmte Aktivitäten persönlich relevante Ziele zu erreichen. Die Maßnahme wird im Setting Schule in Gruppen- und Einzelsitzungen durchgeführt.

Im lettischen Modell „Family support center *Dialogue* at boarding school of Vainode“ wurde ein soziales Rehabilitationszentrum an einer Grundschule der Region für Familien mit multiplen Problemen aufgebaut. Es setzt sich die Erhöhung der *allgemeinen* Problembewältigungskompetenzen explizit zum Ziel und erhofft sich damit eine Verbesserung der sozialen Integration sogenannter Risikofamilien: „Aim of the project is to facilitate integration into society for families at social risk by giving them necessary life skills.“

In der Abbildung 4 werden noch sechs weitere Modelle aufgeführt, deren explizites Ziel die Vermittlung von Lebenskompetenzen ist.

Abb. 4: Vermittlung von Lebenskompetenzen

„It is your decision“ (Schweden)	„The Crisis Program for Children and Youth“ (Estland)	„Local Prevention Program: Summer Camp for Disadvantaged Children“ (Ungarn)	„European Early Promotion Project“ (Griechenland))
„Family support centre „Dialogue“ at boarding school of Vainode“ (Lettland)	„Healthy Roma Mothers“ (Slowakei)	„The Pine House“ (Norwegen)	„Educational programme „Stress under control““ (Polen)

Implizit, und das heißt auch im Sinne der viel weiter gefassten Definition von Lebenskompetenzen, sollen Lebenskompetenzen in allen Projekten mit Ausnahme von *Policies and taxes as a mean...* vermittelt werden, ohne dass sie als Hauptziel der Maßnahme benannt werden - z.B. indem das Gesundheitswissen von Kindern und Eltern erhöht wird.

In einigen Projekten wird mit Bildungsabschlüssen zugleich der Erwerb von Lebenskompetenzen verbunden. Das niederländische Modell „Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness“ eignet sich besonders als Beispiel für die implizite Vermittlung von Lebenskompetenzen durch Bildungserwerb. Hier wird als Beleg für die Wirksamkeit der Intervention einzig darauf verwiesen, dass damit junge Menschen vor einem Abbruch ihrer Schullaufbahn und vor künftiger Erwerbslosigkeit bewahrt würden. Diese Argumentation stützt sich darauf, dass mit der Ermöglichung des Bildungserwerbs auch die Voraussetzungen für die Sicherung gesunder Lebensumstände geschaffen werden. In der folgenden Abb. 5 werden die beiden Typen einander anhand von exemplarischen Beispielen gegenüber gestellt.

Abb. 5: Explizite versus implizite Vermittlung von Lebenskompetenzen als „Garant für Gesundheit“

	Explizite Vermittlung von Lebenskompetenzen	Implizite Vermittlung von Lebenskompetenzen
Ziel	Vermittlung von Problembewältigungskompetenzen um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern	Erwerb von Bildungsabschlüssen verringert gesundheitliche Ungleichheit durch Verringerung sozialer Ungleichheiten
Modellbeispiel	“It is your decision” (Schweden)	“Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness” (Niederlande)

Fast durchgängig streben die Modelle eine Vermittlung von *Health Literacy* im Sinne eines grundlegenden Erwerbs von Gesundheitskompetenzen an (Kickbusch u.a. 2006). Explizit wird der Erwerb von Gesundheitskompetenzen in den Hauptzielen („main aims“) des griechischen „European Early Promotion Project“ und des ungarischen “Healthy Roma Mothers” erwähnt. Als ein Teilziel wird Health Literacy im polnischen Modell „The School Programme of Health promotion entitled *Primal prevention of abnormal spinal curvature*“ gesehen, in dem vordergründig die Verringerung von Haltungsschäden bei Grundschülerinnen und –schülern auf dem Programm steht, gleichzeitig aber auch die Gesundheitserziehung für Kinder, Eltern und Lehrerinnen und Lehrer angestrebt wird. In der finnischen Kommune Pori dreht es sich eigentlich darum, genügend Entwicklungsmöglichkeiten für alle Kinder durch ausreichende Bewegungsmöglichkeiten und -anreize im Umfeld zu schaffen. Gleichzeitig soll jedoch auch das Wissen aller Einwohnerinnen und Einwohner über die Bedeutung von Bewegung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erhöht werden. „To increase knowledge of parents and adults in general about importance of exercise for children and adolescence“.

Extrembeispiel ist unter diesem Aspekt die schwedische Modellbeschreibung „Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ mit der Darstellung spezifischer Politikstrategien zur Senkung der Kinderarmutsquote. Es ist das einzige der 19 Modelle, in dem weder die Vermittlung von Lebenskompetenzen noch von Health Literacy explizit oder implizit als Ziel benannt wurde.

3.3. Bandbreite der Handlungsfelder

Differenziert man das Gesamtmaterial bezüglich der verschiedenen Handlungsfelder, so fällt zunächst eine Häufung der Interventionen im Feld „Psychische Gesundheit“ auf. Auch Ernährung und Bewegung sind vertreten, ebenso Themen wie Sexualerziehung, Nichtraucher oder Bildung (im Sinne von Schulerfolg oder Bildungserwerb). Die folgende Abbildung 6 bietet eine Übersicht über alle Handlungsfelder.

Abb. 6: Übersicht über die einzelnen Handlungsfelder

Psychische Gesundheit	Ernährung	Bewegung	Bildung	Sonstige
Family support centre "Dialogue" at Boarding school of Vainode (Lettland)	A glass of milk in school (Polen)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	Local Prevention Program: Summer Camp for Disadvantaged Children (Ungarn)	Allgemeine Politikstrategien Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate (Schweden)
It is your decision (Schweden)	Share Your Meal (Polen)	The School Programme of Health promotion entitled "Primal prevention of abnormal spinal curvature" (Polen)	Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness (Niederlande)	Kindersicherheit Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures (Schweden)
The Crisis Program for Children and Youth (Estland)				Nichtrauchen Smoke-free children (Schweden)
European Early Promotion Project (Greece)				Sexualerziehung Healthy Roma Mothers (Ungarn)
Educational programme "Stress under control" (Polen)				Verbesserung der Vorsorge I go to the U! And You? (Deutschland)
Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood (Ungarn)				Allgemeine sozio-ökon. Lebensbedingungen Poverty and health of children (Niederlande)
				Soziale Integration im Wohnumfeld The Pine House (Norwegen)

4. Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz

Die Forderung nach einer Berücksichtigung von Kontexten, die die Gesundheit belasten bzw. fördern und in denen gesundheitlich belastendes bzw. förderndes Verhalten stattfindet¹⁵, führt fast linear zum Begriff des „Settings“. Immer wieder wird von Akteuren in diesem Feld angeführt, dass mit einer settingorientierten Gesundheitsförderung die Problematik des Zugangsweges zu sozial benachteiligten Zielgruppen gelöst werden kann. Auch der Fragebogen von *Closing the Gap* enthält die Frage nach dem Interventionskontext. Die Ergebnisse erscheinen mit Blick auf die Altersgruppe wenig überraschend, sie finden vorwiegend im Setting Schule, Kindertagesstätte und Nachbarschaft statt.

In zwölf von neunzehn Modellen werden die Interventionen (unter anderem) im Setting Schule durchgeführt. Sie zielen auf psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegungsförderung, Sexualerziehung und soziale Integration.

¹⁵ Rosenbrock 2004

Abb. 7: Interventionen in verschiedenen Settings*

Schule	Family support centre "Dialogue" at Boarding school of Vainode (Lettland)	Educational programme "Stress under control" (Polen)	Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood (Ungarn)	It is your decision (Schweden)	The School Programme of Health promotion entitled "Primal prevention of abnormal spinal curvature" (Polen)	Local Prevention Program: Summer Camp for Disadvantaged Children (Ungarn)
	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness (Niederlande)	Healthy Mothers (Ungarn)	Roma (Ungarn)	Share Your Meal (Polen)	Poverty and health of children (Niederlande)
Kindertagesstätte	The Pine House (Norwegen)	Share Your Meal (Polen)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	I go to the U! And You? (Deutschland)	Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood (Ungarn)	
Nachbarschaft	A glass of milk in school (Polen)	Share Your Meal (Polen)	Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures (Schweden)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	The Pine House (Norwegen)	Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood (Ungarn)
Familie	The Pine House (Norwegen)	Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures (Schweden)	The Crisis Program for Children and Youth (Estland)	European Early Promotion Project (Greece)		

*Mehrfachnennungen möglich

In fünf von neunzehn Modellen wird (unter anderem) das Setting Kindertagesstätte für Interventionen genutzt. Die Interventionen betreffen z.B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, soziale Integration, Ernährung und Bewegungsförderung.

Sechs von neunzehn Modellen intervenieren (unter anderem) im Setting Nachbarschaft/Quartier. Themen sind Bewegungsförderung, Ernährung, Kindersicherheit, soziale Integration/Gesundheitsversorgung.

Eine Besonderheit stellen dabei die in den skandinavischen Ländern flächendeckend verbreiteten *child/community health care centers* dar (s. Abb. 8), die von fast allen Eltern in Anspruch genommen werden. In den drei Projekteinträgen wird der damit verbundene, nicht-stigmatisierende Zugangsweg positiv hervorgehoben. Die Einrichtung wird kreativ genutzt, indem z.B. medizinische Dienstleistungen mit anderen Interventionen kombiniert werden. Im schwedischen Modell „Smoke free Children“ scheint die non-direktive Vorgehensweise Erfolgsfaktor zu sein. Im norwegischen Modell „The Pine House“ wurden positive Erfahrungen mit der Neuorientierung des Gesundheitsdienstes gemacht, der sich nun auf eine enge Kooperation mit der Gemeinwesenarbeit stützt und einen hohen Grad an Beteiligung der Zielgruppe erreicht hat.

Abb. 8: Intervention im Setting *Child (Community) Health Care Center*

Child health care center	Smoke-free children (Schweden)	Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures (Schweden)
Community health care center	The Pine House (Norwegen)	

Bei dem griechischen „European Early Promotion Project“ und dem ungarischen Modell „Preventing disadvantages of the socio-cultural environment in early childhood“ handelt es sich um bereits abgeschlossene Forschungsvorhaben zur a) Entwicklung multikultureller Präventionsstrategien des öffentlichen Gesundheitsdienstes („Mütterberatung“) in der frühen Kindheit und b) einer Untersuchung der Entwicklungsdefizite mehrfach benachteiligter Kinder einer ethnischen Minderheit im Alter von fünf bis neun Jahren. Aus den Projektbeschreibungen ist jedoch nicht eindeutig zu entnehmen, welche weiteren Schritte zur Umsetzung der Ergebnisse bereits unternommen wurden.

4.1 Settingansatz – Pro und Contra

Der Settingansatz gilt in der Gesundheitsförderung als vielversprechend, ist jedoch nicht unumstritten. Befürworter loben die hohen Potenziale und verbinden damit ein integrierendes, nicht-stigmatisierendes Vorgehen mit selbstwertstärkender Wirkung bis hin zum Empowerment sozial benachteiligter Gruppen. „(Settings) sind relativ stabile soziale Zusammenhänge, die mit ihren physischen und sozialen Gegebenheiten nicht nur die Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer direkt, sondern auch ihre Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen beeinflussen. Sie sind zudem für die Möglichkeiten des Umgangs mit Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen von Bedeutung. (...) Im Setting-Ansatz werden die gesundheitsförderlichen Potenziale eines Settings genutzt, um Gesundheitsbelastungen sowie Anreize zu gesundheitsbelastendem Verhalten zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken. Dies geschieht durch bauliche, organisatorische und sozialklimatische Veränderungen, die die Nutzerinnen und Nutzer – also Bewohner, Beschäftigte, Lernende und Spielende – unmittelbar einbeziehen.“¹⁶

Der Ansatz verspricht die Überwindung der polarisierenden Gegenüberstellung einer entweder auf die individuelle oder auf die gesellschaftliche Ebene gerichtete Gesundheitsförderung durch die Einbeziehung der Wechselwirkungsprozesse zwischen Subjekt und Lebenswelt.

Skeptiker verweisen allerdings auf die Gefahr einer Verflachung in der Nutzung des Begriffs und befürchten, dass er künftig als Hülle für eine Vielzahl von Maßnahmen verwendet werden könnte¹⁷. Sie weisen darauf hin, dass die Veränderung gesundheitsrelevanter Rahmenbedingungen im Setting bisher kaum einer empirischen Überprüfung unterzogen werden konnte und machen dafür u.a. die schwierige Operationalisierung möglicher Settingeinflüsse verantwortlich. Außerdem fordern sie die genaue Differenzierung bisher nicht ganz trennscharf unterscheidbarer Arten des Setting-Ansatzes: zum einen als Gesundheitsförderung *im* Setting, zum anderen als Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung. In diesen kritischen Äußerungen findet sich ein grundlegender Hinweis auf das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, das auch die Analyse der settingorientierten Modelle prägt.

¹⁶ Friedrich-Ebert-Stiftung 2006:13ff

¹⁷ Vgl. Altgeld 2004, SVR 2005

Die GP-Modelle aus *Closing the gap* nutzen beide Vorgehensweisen, jeweils in Abhängigkeit von Kontext und Zielbestimmung.

4.2. Gesundheitsförderung im Setting

Gesundheitsförderung *im* Setting nutzt dieses primär als Zugangsweise zu speziellen Zielgruppen und beschränkt sich vorwiegend auf Informationsvermittlung, Aufklärungs- und Beratungsangebote. Mit einer Ausnahme („Policies and taxes as a mean...“) nutzen alle aus *Closing the gap* ausgewählten Modelle ein spezifisches Setting, um darüber die Zielgruppe der sozial Benachteiligten zu erreichen.

Die polnische Maßnahme „Educational programme *Stress under control*“ geht entsprechend vor. Das Programm ist verhaltensorientiert ausgerichtet und vertritt einen Ansatz zur Ressourcenstärkung, bei dem es primär um die Vermittlung spezieller Fähigkeiten zur Stressbewältigung an Schulabsolventinnen und -absolventen anhand von Unterrichtseinheiten und Gruppenarbeit geht. „Stress at school is a risk factor leading to depression, suicide and addictions. The high school finals is a stressful experience, which can be prevented by teaching young people how to cope with emotional tensions.“

Das Programm wurde speziell für diesen Zweck entwickelt und implementiert. Die Lehrerschaft wird als Anleiter der Trainingseinheiten in die Maßnahme einbezogen und Eltern erhalten eine Informationsbroschüre. Zu den Kooperationspartnern der Schulen gehören bei „Stress under control“ nationale Institute und Unternehmen, aber auch lokale schulische Einrichtungen wie z.B. Elternvertretungen. Zwischen 2002 und 2006 nahmen über eine Million Schüler (78% der Schülerinnen und Schüler der letzten Jahrgangstufe (final secondary) daran teil. Es ist das umfassendste Gesundheitsförderungsprogramm in Polen und wird weiter fortgeführt.

4.3. Gesundheitsfördernde Settings - Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung

Im Unterschied zur vorher beschriebenen Herangehensweise zielt der Ansatz Gesundheitsfördernde Settings¹⁸ oder auch Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung¹⁹ auf die Modifikation gesundheitsrelevanter bzw. -abträglicher Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung in der Kombination von verhaltens-/verhältnisorientierten Maßnahmen ist in einer Minderheit der auf die Zielgruppe der 0-18 Jährigen gerichteten Maßnahmen und Projekte aus *Closing the Gap* anzutreffen. Die Abb. 9 bietet dazu eine Übersicht.

¹⁸ vgl. SVR 2005, S. 26

¹⁹ vgl. Bauer und Bittlingmeyer 2006

Abb. 9: Integration verhaltens-/verhältnisorientierter Maßnahmen

The School Programme of Health promotion entitled "Primal prevention of abnormal spinal curvature" (Polen)	Smoke-free children (Schweden)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)
The Pine House (Norwegen)	Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures (Schweden)	I go to the U! And You? (Deutschland)

Der Settingansatz basiert auf der Überzeugung, dass die Stärkung der Eigenaktivität von Individuen mit der Herstellung von Lebensverhältnissen, die gesundheitsförderliches Verhalten überhaupt erst ermöglichen, einhergehen muss. Ein weiteres Element des Settingansatzes ist die Mitwirkung möglichst aller Beteiligten an Aktivitäten im Setting. Diese Strukturelemente finden sich in mehreren Modellen der europäischen Good-Practice-Sammlung. Exemplarisch sollen hier drei Modelle vorgestellt werden.

„The School Programme of Health promotion entitled *Primal prevention of abnormal spinal curvature*“

Das polnische Modell „The School Programme of Health promotion entitled *Primal prevention of abnormal spinal curvature*“ nutzt eine Schule als Zugangsweg für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Schülerinnen und Schülern. Nachdem Screenings zu Beginn des Schuljahres jährlich einen Anstieg von Haltungsschäden und einen hohen Bedarf an korrigierender Gymnastik ergaben, wurde ein Programm unter Beteiligung von Lehrerinnen und Lehrern, Eltern, Kindern, Ärztinnen und Ärzten und anderen entwickelt und durchgeführt. Es war zunächst auf die zweite Klasse der Grundschule beschränkt und wird nach erfolgreicher Evaluation in allen Klassen durchgeführt. Das Programm enthält viele Aktivitäten zur Prävention von Haltungsfehlern, u.a. Tanz- und Schwimmkurse, regelmäßige Eurhythmie und Gymnastikübungen, um Haltungsschäden zu korrigieren, sowie spezielle Körperübungen während der Schulstunden und zu Hause. Es wird auf die richtige Höhe von Tischen und Stühlen, auf passende Beleuchtung, auf Schuhe und richtiges Tragen von Rucksäcken geachtet. Schülerinnen und Schüler werden dazu ermutigt, sich am Programm zu beteiligen (über Wettbewerbe mit Preisen, Gruppengesprächen, Filme). Im Projektverlauf entstand ein Tanzübungsraum. Eltern werden an der Durchführung der Aktivitäten beteiligt, es gibt einen Projektkoordinator aus den Reihen der Lehrerschaft und es werden spezielle Lehrerinnen und Lehrer mit Kenntnissen im Problembereich eingebunden. Die für bestimmte Aktivitäten fälligen Kosten werden für Kinder sozial benachteiligter Familien von der Schule übernommen. Das Programm wird extern evaluiert und fortlaufend angepasst.

„Smoke free children“

Zigarettenrauch in der näheren Umgebung (Passivrauchen) von kleinen Kinder stellt ein Gesundheitsrisiko dar. In Schweden ist dieses Problem hauptsächlich in Familien mit einem niedrigen Sozialstatus verbreitet. Das schwedische Modell „Smoke free children“ zielt auf eine rauchfreie Umgebung von kleinen Kindern und ist erfolgreich, weil es die gesamte Umwelt der Kinder und nicht nur das Rauchverhalten der Eltern mit einbezieht. Die Intervention – eine spezielle Elternberatung - findet im Setting *Child Health Care Center* statt, das von fast allen Eltern genutzt wird. Sie wird nach einer eigens für diese Problemgruppe entwickelten Beratungsmethode durchgeführt, die mittlerweile 90% der dort tätigen Kinderkrankenschwestern anwenden. Die Eltern werden nicht dazu aufgefordert, das Rauchen insgesamt

zu beenden, sondern darin unterstützt, nicht in der Nähe der Kinder zu rauchen. Obwohl den Eltern nicht direkt vom Rauchen abgeraten wurde, reduzierte sich die Anzahl an Rauchenden unter ihnen schneller als das in vergleichbaren Bevölkerungsschichten normalerweise der Fall ist. Es wird erwartet, dass der Risikofaktor Passivrauchen von kleinen Kindern im Jahr 2010 nicht mehr existent ist. Das Modell wird extern evaluiert.

„Exercise guarantee of Pori“

Das finnische Modell strebt Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche im gesamten kommunalen Umfeld an. Jedes Kind und jede/r Jugendliche in der Stadt Pori erhält die Möglichkeit, sein Wachstum und seine Entwicklung durch Bewegungs- bzw. Sportangebote zu verbessern, indem die dafür notwendigen Bedingungen geschaffen werden. Es handelt sich um ein multisektorales Projekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren. In diesem Zeitraum wird ein dauerhaftes Netzwerk aufgebaut, in dem jede Person, die entweder indirekt oder direkt mit Kindern und Heranwachsenden arbeitet, gleichzeitig in der Bewegungsförderung aktiv ist oder entsprechendes Wissen vermittelt. Damit sollen Kinder und Jugendliche beeinflusst werden, sich mehr zu bewegen. Beteiligt sind neben den Bildungs-, Jugend- und Sozialressorts auch Schulen und Kindergärten, ein Kulturzentrum, das Verkehrsressort, das städtische Gartenamt und das Bau- und Planungsamt, das *Child Health Care Center* und kommunale und regionale Sportorganisationen. Das Netzwerk zielt nicht nur auf Kinder und Jugendliche, sondern auch auf die Erwachsenen in der Kommune, deren Wissen über die Bedeutung von Bewegung für den individuellen Gesundheitsstatus erhöht werden soll, und auf die verschiedenen Behörden und nicht-behördlichen Institutionen, die angeregt werden sollen, ausreichend Bewegungsmöglichkeiten zu schaffen. Unter dem Item `The Main Aims` wurden diese Aspekte im Fragebogen als Hauptziele vermerkt:

- “To build a permanent network to promote exercise of children and adolescence.
- To increase knowledge of parents and adults in general about importance of exercise for children and adolescence.
- To increase exercise possibilities of children and adolescence.“

Geplant ist, dass jedes Kind schwimmen lernt, bevor es in die Schule kommt. Für die öffentliche Kindertagesbetreuung und in Schulen werden spezielle Curricula zur Bewegungsförderung geschaffen, die „Bewegte Pausen“, Sportclubs und andere Aktivitäten vor und nach der Schule/Tagesbetreuung einbeziehen. Es gibt öffentliche Diskussionstreffen und eine online-Befragung der Einwohnerinnen und Einwohner zu den Sportmöglichkeiten und Planungen. Auch andere Medien werden einbezogen, um das Projekt bekannt zu machen. Das Modell wird evaluiert.

5. Capacity building

Netzwerkbildung, ein weiteres zentrales Element (und Qualitätsmerkmal) des Settingansatzes, ist im finnischen Modell „Exercise guarantee of Pori“ das Hauptinstrument zur Durchsetzung einer nachhaltigen Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Die Interventionen sind primär auf den kommunalen Lebensraum ausgerichtet. Hier wird auf Vernetzung einer Vielfalt von Kooperationspartnern gesetzt und es findet sich dabei eine in der Landschaft der Gesundheitsförderung (noch) vergleichsweise seltene Bündelung verschiedenster

Ressourcen und Aktivitäten, die in der Zielsetzung sehr konkret auf Gesundheitsförderung durch Ressourcenstärkung und Strukturbildung ausgerichtet sind. Das finnische Modell fällt mit dieser Zielsetzung in der Modellsammlung auf, denn ähnlich wie in der schwedischen Maßnahme zur Verhütung von Kinderunfällen „Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures“ wird hier umfassend sektorenübergreifend kooperiert und gesundheitsrelevantes Wissen an Akteure in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen vermittelt.

Die lokale und regionale Vernetzung diverser Partner schreibt sich die Mehrzahl (13 von 19) der Modelle in die Agenda. Allerdings besteht im Verständnis des Begriffs, der Ausgestaltung von Vernetzung und der damit angestrebten Ziele eine große Bandbreite mit verschiedensten Abstufungen, die sich kaum vereinheitlichen lassen. Beispiele dafür sind:

- Die landesweite Kooperation von staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren mit wissenschaftlichen Sektoren, Eltern und anderen Bürgerinnen und Bürgern,
- die sektorenübergreifende Vernetzung unter Einbezug aller relevanten Partner einer Kommune,
- die Zusammenarbeit regionaler Abteilungen einer nationalen Behörde.

Dabei werden die unterschiedlichsten Ziele genannt, wie allgemeine Strukturbildung, die Erhöhung von Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung bis hin zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements (z.B. „Share your meal“). Vernetzung wird in manchen Modellen als Hauptziel der Maßnahme angegeben, in anderen als eine Art Nebenprodukt erwähnt.

Die Abbildung 10 zeigt Modelle, die vor allem in Richtung Vernetzung zielen und dies im Projektfragebogen unter *Summary of the Intervention, The Main Aims* und/oder *Tackling Health Inequalities* explizit formulieren.

Abb. 10: „Haupt“ziel Vernetzung

„A glass of milk in school“ (Polen)	„Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness“ (Niederlande)	„Exercise guarantee of Pori“ (Finnland)	„The Crisis Programme for Children an Youth“ (Estland)
--	--	--	--

Der Gesundheitssektor übernimmt in diversen Projekten der europäischen Good Practices anwaltschaftlich die Aufgabe der sektorenübergreifenden Vernetzung. Es werden zahlreiche Kräfte aus anderen Sektoren sowie ehrenamtlich Tätige eingebunden. Da Vernetzungsaktivitäten sehr arbeitsintensiv sind, kann die adäquate Ausstattung mit Personal zum Erfolgs- bzw. Misserfolgswert werden. Das finnische Modell „Exercise guarantee of Pori“ beschäftigt zwei Vollzeitkräfte zur Netzwerkbildung im kommunalen Raum. In dieser Modellbeschreibung findet sich auch der Hinweis, dass Kooperation und Vernetzung insbesondere bei knappen finanziellen Ressourcen unverzichtbar sind. Als Erfolgsfaktor wird außerdem die hohe Anerkennung gewertet, die die Förderung sportlicher Aktivitäten bei Kindern in den verschiedenen Sektoren genießt.

Netzwerkbildung wird unter den GP-Modellen im Allgemeinen als Mittel zur Ressourcen**bündelung** unter Kooperationspartnern des gleichen oder benachbarten Sektors gesehen. Eine andere Sichtweise wird durch das norwegische Modell „The Pine House“ eingebracht. Die Akteure betrachten Vernetzung dagegen vor allem als Möglichkeit zur individuellen Ressour-

cenbildung (capacity building). Die Akteure werten eine nutzerorientierte Gestaltung gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen als Möglichkeit zum Aufbau individueller Ressourcen in Form von persönlichen Beziehungen im nachbarschaftlichen Umfeld und erwarten eine Befähigung der Nutzerinnen und Nutzer zur selbstbestimmten Erhöhung ihrer gesundheitlichen Potenziale.

Mit diesen Vorstellungen von Ressourcen aus sozialen Netzwerken, aus Vertrauensverhältnissen, aus gegenseitigen Verpflichtungen und Erwartungen ist in der aktuellen Debatte - unter dem Aspekt der erhöhten Vulnerabilität sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen - der Begriff „soziales Kapital“ eng verknüpft²⁰. Die damit verbundene Diskussion liefert Erklärungsmuster für die im Allgemeinen geringere Partizipation sozial Benachteiligter. Sie weist darauf, dass in der Realität subsistenzliche Verpflichtungen die Bereitschaft und Fähigkeit zu sozialer Partizipation und zur Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen in der Nachbarschaft schwächen. Allein die Existenz sozialer Bindungen zwischen benachbarten Anwohnerinnen und Anwohnern stellt keine hinreichende Bedingung dar, soziales Kapital zu entwickeln. Als entscheidender Faktor für die „Kapitalbildung“ wird die Fähigkeit zu kollektiver Wirksamkeit ermittelt, d.h. die Fähigkeit von Anwohnerinnen und Anwohnern, gemeinsame Überzeugungen und eine konsensfähige Willensbildung bezüglich spezifischer Aufgaben zu entwickeln. Entsprechende motivationale Fähigkeiten fehlen bei sozial benachteiligten Gruppen häufig vor allem aufgrund fehlender Kontrollüberzeugung und Zukunftsorientierung. Die Überwindung dieses Mangels kann gelingen, wenn lokale Kontaktmuster ausgeweitet, Anschluss an kommunale oder regionale Netzwerke erreicht und gezielte Strategien zur Partizipation sozial benachteiligter Zielgruppen entwickelt werden.

Diese verstärkte Orientierung und Fokussierung gesundheitsfördernder Maßnahmen auf die Ebene der Nachbarschaften, gekoppelt mit Methoden des Empowerments und gestützt auf ein nachbarschaftliches Zentrum zeichnet das Modell „The Pine House“ aus, das später zur Verdeutlichung von Qualität im Good-Practice-Bereich näher vorgestellt werden soll.

6. Qualität im Good-Practice-Bereich

Über konkrete Beispiele guter Praxis soll die Hilfestellung bei der Entwicklung von Angeboten und Methoden leichter und anschaulicher gelingen, als durch die reine Vermittlung theoretischer Konzepte. Die Befürworter dieses Verfahrens gehen davon aus, dass Beispiele guter Praxis gelungene Problemlösungsstrategien darstellen und in anschaulicher Weise Wege zur Qualität aufzeigen²¹. Entsprechend ist auch das Vorgehen in *Closing the Gap* gestaltet. Jedes Modell soll anhand der Good-Practice-Qualitätskriterien des *Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* gekennzeichnet werden. Dadurch sollen das Profil der Intervention und deren Besonderheiten konkreter in Erscheinung treten. Ein Vergleich der Modelle, bezogen auf die Good-Practice Qualitätskriterien, zeigt schnell, dass sie a) verschieden häufig Anwendung finden, b) inhaltlich verschieden interpretiert und c) unterschiedlich ausführlich ausgeführt werden. Darin ist in erster Linie ein gewichtiger Hinweis auf das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis gegeben, der in der Auslegung der Good-Practice-Kriterien deutlich in Erscheinung tritt. Diesem Interpretationsspielraum

²⁰ Vgl. Siegrist u.a. 2006

²¹ BZgA 2005

wird hier nachgegeben, u.a. weil keine Zusatzmaterialien zur Verfügung stehen, anhand derer die Relevanz der Bewertung überprüft werden könnte.

Im Anschluss wird zunächst ein Überblick über die Häufigkeit der Nennung einzelner Qualitätskriterien gegeben. Danach werden der Spielraum und die Anwendungsvielfalt anhand von Beispielen deskriptiv dargestellt.

Wie der Abbildung 11 zu entnehmen ist, wird das Kriterium *Empowerment der Zielgruppe* besonders häufig genannt. Mit Abstand folgen die Kriterien *Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung*, sowie *Settingansatz* und *Niedrigschwelliger Ansatz*. Das Kriterium *Qualitätsmanagement* findet sich nur einmal wieder. Da die Aspekte *Capacity Building* und *Settingansatz* bereits ausführlicher behandelt wurden, sollen im Anschluss die Kriterien *Empowerment* und *Partizipation der Zielgruppe* näher betrachtet werden.

Abb. 11: Verteilung der Qualitätskriterien

Needs assessment	Low barrier method	Participation of...	Empowerment of ...	Setting approach	Collaborative capacity building...	Snowballing / multipliers....	Quality management	Evaluation	Proportionality	Sustainability
Reduction of ... child accidental injuries (Schweden)	Family support centre... (Lettland)	Reduction of ... child accidental injuries (Schweden)	Smoke free children (Schweden)	Smoke free children (Schweden)	A glass of milk in school (Polen)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	Primal prevention...spinal curvature (Polen)	Reduction of ... child accidental injuries (Schweden)	I go to the U... (Deutschland)	Smoke free children (Schweden)
European early promotion... (Griechenland)	A glass of milk in school (Polen)	It is your decision (Schweden)	Family support centre... (Lettland)	Family support centre ... (Lettland)	Supervision by youth practitioner ... (Niederlande)	Share your meal (Polen)		Supervision by youth practitioner ... (Niederlande)	Healthy Roma mothers (Ungarn)	Supervision by youth practitioner ... (Niederlande)
Poverty and health of children (Niederlande)	I go to the U... (Deutschland)	Exercise guarantee of Pori (Finnland)	Policies and taxes as a means... (Schweden)	A glass of milk in school (Polen)	The crisis programme.....(Estland)			The crisis programme.....(Estland)		Exercise guarantee of Pori (Finnland)
Healthy Roma mothers (Ungarn)	Poverty and health of children (Niederlande)	The Pine House (Norwegen)	It is your decision (Schweden)	I go to the U... (Deutschland)	European early promotion... (Griechenland)					Healthy Roma mothers (Ungarn)
	The Pine House (Norwegen)		The crisis programme.....(Estland)	...Stress under control (Polen)	...Stress under control (Polen)					
			European early promotion... (Griechenland)	Primal prevention...spinal curvature (Polen)	Share your meal (Polen)					
			The Pine House (Norwegen)							
			...Stress under control (Polen)							
			Share your meal (Polen)							
			Primal prevention...spinal curvature (Polen)							

6.1. Empowerment

Die häufige Nennung des GP-Kriteriums *Empowerment der Zielgruppe* entspricht der bereits ausführlich beschriebenen Konzentration vieler Modelle auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen (Life Skills) (vgl. 3.2). Die Good-Practice-Modelle setzen sich Empowerment im Sinn einer Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebensbedingungen²² zum Ziel. Unter der Überschrift „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ wird dieses Ziel in der Ottawa-Charta präzise beschrieben: „Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie will den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen“²³.

Empowerment von Individuen zielt jedoch nicht nur darauf ab, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Ebenso wichtig sind erweiterte Problemeinsicht sowie das Bereitstellen von strukturellen Ressourcen, womit Empowerment zu einem wirksamen Instrument der Armutsbekämpfung wird, das echte Wechselwirkungen zwischen Verhalten und Verhältnissen ermöglicht. Das erklärt auch, warum dieses Kriterium die Liste der Good-Practice-Kriterien anführt. Empowerment geht Hand in Hand mit dem Versprechen, die Zielgruppe zu mobilisieren und soziale Benachteiligung nachhaltig zu verringern. Die polnische Maßnahme „Share your meal“, in der es um den Abbau von Fehl- und Unterernährung bei Kindern geht, sieht Empowerment als Grundkonzept des gesamten Projekts. Ziel ist, gute Ideen und Konzepte zu fördern und lokale Initiativen zum Handeln anzuregen. Besonders ausgezeichnet wurde dort ein Schulprojekt, in dem Kinder im Schulgarten Biologieunterricht erhielten, mehr über Selbstversorgung durch Gartenbau lernten und gleichzeitig ihr eigenes Gemüse für den Winter anbauten.

Der offenen Definition von Empowerment entspricht die breite Anwendung, die sich in den GP-Modellen in sehr unterschiedlichen Begründungen zur Auswahl des Qualitätskriteriums zeigt. Die Bandbreite betrifft sowohl den Umfang der Texte als auch das grundlegende Verständnis des Begriffs. Das Kriterium wird genutzt, um a) psychologische und therapeutische Unterstützung für Familien und Individuen in einer ländlichen Region, b) Hausbesuche und klientenzentrierte Beratungsmethoden bei jungen Familien und c) allgemeinen zwischenmenschlichen Beziehungsaufbau zu bezeichnen. Es kennzeichnet außerdem Maßnahmen, über die d) mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten entwickelt werden und e) geübt wird, eigene Bedürfnisse zu erkennen.

6.2. Partizipation

Zu einem Erfolgsmodell wird die settingorientierte Gesundheitsförderung, wenn sie mit einem hohen Grad an Partizipation einhergeht. Verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen sind umso erfolgreicher und nachhaltiger, je stärker die Zielgruppe am Prozess der Maßnahmenentwicklung und –durchführung beteiligt ist. Die Analyse des Datenmaterials zu diesem Aspekt ergibt ebenso wie im vorhergehenden Fall ein sehr uneinheitliches Bild.

²² BZgA 2005

²³ WHO 1986

Zwar wurde das Kriterium *Partizipation der Zielgruppe* nur in vier Modellen als charakteristisches Good-Practice Merkmal gewählt und die Freitexteinträge zu diesem Qualitätsmerkmal in der Mehrzahl inhaltlich sehr kurz gehalten wurden. Doch ergeben sich durch den Fragebogenaufbau (unter dem Item *Participation of target group*) weitere Ergebnisse, auf die weiter unten eingegangen wird. Als Begründung für die Auswahl der einzelnen GP-Kriterien werden u.a. Aussagen genannt wie:

- a) eine breite öffentliche Unterstützung
- b) die Beteiligung verschiedener gesellschaftlicher Sektoren (öffentlicher bzw. nicht-öffentlicher und wissenschaftlicher Bereich)
- c) eine Beteiligung der Zielgruppe (z.B. an Bedarfsformulierung und Entscheidungsfindung).

In „Exercise guarantee of Pori“ werden alle Kooperationspartner aufgeführt, doch es bleibt unklar, warum das Kriterium Partizipation und nicht beispielsweise *Capacity building* gewählt wurde. Nur in einem Modell (The Pine House) erschließt sich die Auswahl durch einen Hinweis auf die konzeptionelle Verankerung dieses Aspekts unmittelbar. Es wird außerdem auf die enge Zusammenarbeit mit der Zielgruppe bei der Auswahl der Aktivitäten verwiesen.

Der in *Closing the gap* verwendete Fragebogen ermöglicht durch den Itembereich „Participation of target group“ weitere Aussagen zu diesem Aspekt. Ein Vergleich der Einträge zeigt wiederum Unterschiede, die sich sowohl auf den Umfang der Texte als auch auf das Verständnis des Begriffs „Partizipation der Zielgruppe“ beziehen. In Bezug auf letzteres sind deutliche Unterschiede vorzufinden: Das Auslegungsspektrum von Partizipation reicht von Befragungen der Zielgruppe bezüglich ihres Bedarfs (bspw. durch Evaluation des Modells in einer Pilotstudie oder mittels Online-Befragung) oder ihrer subjektiven Wahrnehmung einer bestimmten Beratungsmethode (durch Beratende) über eine Beteiligung von Familienmitgliedern am therapeutischen Vorgespräch, an Anamnese und an Therapiesitzungen bis hin zur Auslegung, die Partizipation der Zielgruppe (Schülerinnen und Schüler) sei dadurch gegeben, dass diese zwischen verschiedenen zur Verfügung gestellten Nahrungsmitteln wählen können.

Nur in vier Fällen wird eine Beteiligung der Zielgruppe im Sinne der gegebenen Definition von Partizipation verneint. Die Bandbreite der Einträge belegt die Vielfalt der Ansätze, Strategien und Methoden vor dem Hintergrund der sozialen und ökonomischen Determinanten, aber auch den Spielraum der Definitionen. Am Beispiel Partizipation wird klar, wie breit der dadurch vorbestimmte Verständnis- und Interpretationsspielraum wirklich ist. Wird in einigen Ländern darunter vor allem die Chance sozial benachteiligter Zielgruppen zur Einflussnahme auf die Gestaltung von Maßnahmen gesehen, bedeutet dieses Kriterium in anderen Ländern allein die Möglichkeit der Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen/Maßnahmen. Die aufgefundenen Partizipationsstrategien beinhalten im Einzelnen:

- Die bedarfsorientierte Befragung der Zielgruppe,
- die Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Aktivitäten,
- die Modifizierung von Programminhalten durch die Zielgruppe durch individuell zu bearbeitende Themen,
- die Unterstützung der Zielgruppe durch professionelle Akteure bei der Formulierung ihrer Wünsche und Bedürfnisse,

- die Beteiligung aller durchführenden bzw. relevanten Akteure an der Planung der Aktivitäten,
- die breite politische Unterstützung einer Maßnahme,
- die Beteiligung öffentlicher, nicht-öffentlicher und wissenschaftlicher Akteure an der Konzeption und Durchführung einer Maßnahme,
- die Teilnahme der Zielgruppe selbst an der Maßnahme.

Partizipation der Zielgruppe ist eines der Good-Practice-Kriterien, die für die Modellbeschreibung des norwegischen „The Pine House“ ausgewählt wurden. Weitere GP-Kriterien sind *Niedrigschwelliger Ansatz* und *Empowerment der Zielgruppe*. Das Modell soll beispielhaft für Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung und die Umsetzung der drei Qualitätskriterien ausführlicher dargestellt werden.

Im Modell „The Pine House“ wird die Neuorientierung des Gesundheitsdienstes und die enge Kooperation mit der Gemeinwesenarbeit im *community health care center* beschrieben. Die Angebote sind nach dem „one-door-principle“ organisiert, d.h. der Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Leistungen wird vereinfacht, indem nur noch ein Standort aufgesucht werden muss, an dem Angebote zur gesundheitlichen Vorsorge, Betreuungsangebote für Kinder unterhalb des Schulalters und weitere spezialisierte Beratungsangebote für Kinder und Erwachsene versammelt sind. Ziel der Maßnahme ist:

- Die Angebote für Familien neu zu organisieren und so miteinander zu verknüpfen, dass damit so viele sozial benachteiligte Familien wie möglich erreicht werden,
- das Haus mit so vielen Angeboten wie möglich entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen der Zielgruppe zu füllen,
- die Zielgruppe zu eigenen Problemlösungen zu befähigen und sie dabei zu unterstützen
- eine Entwicklung zu ermöglichen, in deren Verlauf Kinder und Eltern Gefühle von Zugehörigkeit, Kontinuität und Bewältigungskompetenz entfalten können.

Die Maßnahme umfasst neben den üblichen medizinischen Angeboten die pränatale Vorsorge, Betreuungsangebote („community care“) für Kinder von 0-6 Jahren, einen offenen Kindergarten und Gruppenangebote für Erwachsene und Kinder. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich für eine niedrigschwellige Vorgehensweise in einem Umfeld entschieden, in dem viele Familien mit komplexen Problemen leben, ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen aufwächst und ein bedeutender Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner einen Migrationshintergrund aufweist. Die Familien, die mit diesem Angebot erreicht werden sollen, leben sehr isoliert bzw. mit schwachen sozialen Bindungen. Es finden sich sprachliche Defizite, existentielle Probleme und Erfahrungen von Trennung, Verlust und Traumata. Als Garant für Niedrigschwelligkeit gilt der Zugang über den Service des *community health care centers*, über den fast die gesamte Bevölkerung erreicht wird, in Kombination mit anderen Dienstleistungen, die besonders auf sozial benachteiligte Gruppen gerichtet sind.

Die Angebote sind in „The Pine House“ nach dem „one-door-principle“ organisiert und umfassen Einzel- und Gruppenberatungen, die Gemeindegewerkschaftlerinnen und Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Psychologinnen und Psychologen in intersektoraler Zusammenarbeit durchführen. Thematische Gruppen betreffen eine Bandbreite von Themen, wie Sprach-

und Sportangebote, Kindererziehung, Demokratie oder Genderaspekte. Alle Gruppenaktivitäten werden gemeinsam mit der Zielgruppe geplant und ausgeführt, u.a. um sie zu eigenen Problemlösungen zu befähigen und dabei zu unterstützen. In ihrem Kommentar beschreiben die Beschäftigten die mit der Methode des Empowerment verbundenen Erfahrungen: „Our experiences convince us that this is a good way of organizing Public Health work in the community. The one door solution and the belief in empowerment make us find solutions that works. But this is no easy way to proceed. Co-operation between different experts with different traditions is a challenge and it is also a long way to go to make the “helpers” really believe in peoples` own capacity to find their own solutions und to support them in their own solutions.“ Das Vorgehen in multidisziplinärer gezielter Zusammenarbeit stellt ebenso eine Herausforderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar wie das partizipative Prinzip. Auf diesen Überzeugungen bauen sie eine Vorgehensweise auf, die darauf basiert, dass die Nutzerinnen und Nutzer eigene Probleme und Lösungen definieren und dabei von Professionellen unterstützt werden.

Das Beispiel zeigt übrigens auch, welche neuen Chancen sich aus dieser veränderten Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ergeben können. In „The Pine House“ wird damit bereits eine der zentralen Forderungen aus der Ottawa Charta – die nach der Neuorientierung der Gesundheitsdienste- erfüllt, über deren praktische Umsetzung in Deutschland vielerorts zur Zeit nur debattiert wird²⁴.

6.3. Zugangswege

Die Frage nach den Strategien der Gesundheitsförderung ist - wie so oft - auch in den europäischen Modellen mit der Suche nach einer nicht-stigmatisierenden Zugangsweise zu sozial benachteiligten Zielgruppen verbunden. Dort wurden ganz unterschiedliche Lösungen gefunden. „The Pine House“ hebt den nicht-stigmatisierenden Zugang zur Zielgruppe über das Community health center hervor, das von der Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in der Kommune genutzt wird. Das Modell „I go to the U. And You?“ wählt den Zugang über Kindergärten in sozial benachteiligten Gebieten. In „Smoke free children“ wird mit dem Thema Passivrauchen ein Problem gewählt, das vor allem Familien mit niedrigem sozialen Status betrifft. Das Modell „Reduction of social inequalities in child accidental injuries...“ wählt denselben Weg bezogen auf die Vermeidung von Kinderunfällen. „It is your decision“ wählt ein Problemverhalten, das in sozial benachteiligten Gruppen stärker verbreitet ist.

Andere Strategien zielen ab auf die Gewähr staatlicher Zuwendungen und Dienstleistungen unabhängig vom Erwerbsstatus oder bieten Leistungen wie Netzwerke für *alle* Kinder. Es existieren auch Modelle, die das Problem der Stigmatisierung in Kauf nehmen und je nach

²⁴ In der Ottawa-Charta werden fünf Aktionsfelder benannt, die das Handlungsmodell Gesundheitsförderung kennzeichnen:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
3. Persönliche Kompetenz entwickeln
4. Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
5. Gesundheitsdienste neu orientieren.

materieller Situation auf Antrag die anfallenden Kosten für Nahrungsmittel, Sportkurse, etc. ersetzen und dazu mit der Kommune oder mit Sponsoren zusammenarbeiten. Im wesentlichen finden sich zwei Lösungsansätze, die als strukturelle und thematische Variante bezeichnet werden können.

- **Strukturelle Lösung**, z. B. durch ein Gesundheitszentrum, in dem alle Angebote versammelt sind und das Bürger aller sozialen Statusgruppen nutzen, durch ein Schulprogramm oder Netzwerk, das zur Gesundheitsförderung aller Kinder und Jugendlichen der Schule/Kommune gedacht ist.
- **Thematische Lösung**, indem Probleme bearbeitet werden, die vor allem sozial Benachteiligte betreffen.

Für ein nicht-stigmatisierendes Vorgehen werden verhältnisorientierte Methoden, non-direktive Methoden, nicht-wertende Beratungstechniken und eine „einfache Sprache“ , d.h. wenig Text in Kombination mit Bildersprache empfohlen. Zu einigen Modellen liegen Broschüren bzw. Evaluationsberichte vor, in denen weitere Einzelheiten zu finden sind.

6.4. Wege zur Beeinflussung gesundheitlicher Ungleichheit

Strategien zur Beeinflussung gesundheitlicher Chancenungleichheit zielen in der Regel darauf, Gesundheitsbelastungen zu senken und -ressourcen zu stärken. Diese Strategien finden sich auch in den europäischen Modellen, die entweder auf Kompetenz- und Ressourcenstärkung (z.B. Verbesserung der Problembewältigungskompetenzen) oder auf die Verringerung gesundheitlicher Risiken (z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung) gerichtet sind. Außerdem wird in der zugehörigen Theorie immer wieder gefordert, dass Interventionen auch die Kontexte berücksichtigen und verändern sollten, die Gesundheit belasten bzw. fördern und in denen gesundheitlich belastendes bzw. förderndes Verhalten stattfindet²⁵. Kurz gesagt: Es geht dabei strategisch um die Integration von Verhaltens- und Verhältnisorientierung (vgl. 4.3).

Unter den europäischen Good-Practice-Modellen finden sich außerdem mehrere Ansätze, für die eine Erhöhung von Gesundheitschancen *durch Minderung der sozialen Benachteiligung* das Mittel der Wahl ist. Wegen des für Deutschland eher ungewöhnlichen Vorgehens werden sie an dieser Stelle vorgestellt (vgl. Abb.: 12).

Abb. 12: Erhöhung von Gesundheitschancen durch Minderung sozialer Benachteiligung

Poverty and health of children (Niederlande)	Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness (Niederlande)
Local Prevention Programme: Summer Camp for Disadvantaged Children (Ungarn)	„Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ (Schweden)

Das niederländische Modell „Poverty and health of children“ verweist in seiner Problemanalyse auf eine Untersuchung des kommunalen Jugendgesundheitsdienstes zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit bei Grundschülerinnen und –schülern. Hauptziel des Projekts ist es, in sektorenübergreifender Kooperation von Gesundheits- und Sozialdienst gesundheitliche Ungleichheit zu mindern, indem die materielle Lage von Kindern durch finanzielle Zuwendungen gebessert wird. Diese Zuwendungen werden z.B. zur Finanzierung von

²⁵ Rosenbrock 2005

Schwimm- und Sportkursen, von Bekleidung, Schuhen und Matratzen verwendet. Die Beteiligung der Kinder an gesunden Aktivitäten fördert nach dieser Argumentation die soziale Inklusion. „Influence poverty of children is influencing the core of inequalities in health. It influences socio-economic inequalities in itselfes.“

Das zweite Modell aus den Niederlanden „Supervision by the youth practitioner of pupils with absence because of illness“ baut in diesem Fall auf eine sektorenübergreifende Kooperation des Gesundheitssektors mit der Schule. Durch ein standardisiertes Verfahren wird bei wiederholter Schulabwesenheit ein Kinder- und Jugendmediziner hinzugezogen, der bei Bedarf weitere psychosoziale Dienste zur Unterstützung der Schülerinnen und Schüler einschaltet. Als Hauptziel wird eine bessere Kontrolle über „Hochrisiko“-Schüler mit hoher Fehlrate genannt. Eine Minderung gesundheitlicher Ungleichheit wird durch einen erfolgreichen Schulabschluss und die damit verbundenen besseren Erwerbschancen erwartet. “The intervention contributes to reducing health inequalities in the way that it tries to prevent young people from dropping out of school and having no job opportunities.”

Das ungarische Modell „Local Prevention Programme: Summer Camp for Disadvantaged Children“ möchte Kindern aus Roma-Familien nach fehlgeschlagenen Jahresabschlussprüfungen mit einem Feriencamp und einer Mixtur von Unterricht und gemeinsam verbrachter Freizeit eine stimulierende Umgebung bieten, die ihre Motivation zum Lernen erhöht. In der Problembeschreibung der Maßnahme werden als zentrale Aufgabe die Bekämpfung von Analphabetismus, Lernschwierigkeiten und damit verbundene Verhaltensauffälligkeit benannt. In der Zielbestimmung stehen der Erwerb eines Schulabschlusses und die Antizipation künftiger Beschäftigungschancen im Vordergrund. Mit der Maßnahme soll die in der Zielgruppe weit verbreitete, ablehnende Haltung gegenüber jeglichem Wissenserwerb positiv beeinflusst und die soziale Integration gefördert werden. „The global aim can be defined as reducing school failures, increasing the possibility for later employment, and minimizing the social segregation process of the Roma population.“ Die Orientierung an gesundheitsbewusstem Verhalten und die Vermittlung von Gesundheitskompetenz werden in der Zielsetzung erst an dritter Stelle genannt.

Das unter 3.1. bereits beschriebene schwedische „Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ kann im Ergebnis auf eine Senkung der Kinderarmutsrate mittels Finanzausgleich von 18% auf 4,2% verweisen. Argumentativ wird auch diese Strategie mit dem Hinweis auf den evidenten Zusammenhang von Einkommenshöhe und Gesundheit und der Notwendigkeit zur Minderung der sozialen Benachteiligung begründet.

Unabhängig von den dahinter stehenden nationalen Politikstrategien zeigen alle vier Beispiele, dass die Erhöhung von Gesundheitschancen durch Minderung der sozialen Benachteiligung politikstrategisch umsetzbar ist. Die optimale Voraussetzung bietet in diesem Zusammenhang eine entsprechend gesicherte Unterstützung aller Sektoren - auch des Finanzsektors, damit die erforderlichen Kapazitäten und die notwendige Infrastruktur nachhaltig gesichert ist. Für Deutschland könnte die größte Herausforderung und auch Chance darin bestehen, die Gesamtheit der politischen Entscheidungen einer Art „Gesundheitstest“, d.h. einer

Überprüfung auf positiven bzw. negativen Einfluss auf den Gradienten gesundheitlicher Ungleichheit zu unterziehen²⁶.

7. Finanzierung der GP-Modelle

Über die Finanzierung der GP-Modelle sind wegen der begrenzten Informationen, die den Fragebögen zu entnehmen waren, nur allgemeine Angaben möglich. Alle Modelle erhalten öffentliche Mittel, die sich sehr unterschiedlich zusammensetzen und teilweise durch andere Quellen ergänzt werden. Überwiegend stammen die Mittel aus einer Mischfinanzierung mit nationalen, regionalen/föderalen und kommunalen/lokalen Mitteln. In einem Fall stehen auch EU-Mittel zur Finanzierung zur Verfügung. Drei Projekte werden allein durch nationale Mittel finanziert. In drei Fällen stehen nur lokale bzw. kommunale Mittel zur Verfügung, die durch ehrenamtliche Arbeit ergänzt werden. In zwei Fällen fallen Gebühren an, die auf Antrag erlassen werden können. In einem Fall stellt die Schule einen Teil der Mittel aus eigenem Budget. Fünf Projekte werden durch Ehrenamtlichkeit und sieben Projekte durch (zusätzliche) private Spenden und Stiftungen ergänzt. Einige Projekte geben auch die Personalstunden hauptamtlich Beschäftigter, z.B. Lehrerinnen und Lehrer oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Finanzierungsgrundlage an. In zwei Fällen sind multinationale Konzerne am Projekt beteiligt.

8. Diskussion der Ergebnisse

Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse des Good-Practice-Prozesses aus *Closing the Gap* zeigt eine Fülle von Konzeptionen, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Zielgruppe der 0-18 Jährigen. Mittels qualitativer Verfahren werden zunächst Kriterien und Dimensionen gewonnen, anhand derer das Material gegliedert wird. Durch einen deskriptiven, nicht-wertenden Analysevorgang entstehen so verschiedene Typologien, die sich auf Strategien, Methoden und Handlungsfelder beziehen.

Die Ansatzpunkte für eine Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit finden sich in den drei Bereichen. Sie zielen auf:

- die am stärksten benachteiligten Kinder und Jugendlichen (z.B. Healthy Roma mothers),
- auf alle Kinder (z.B. Reduction of social inequalities in child accidental injuries through environmental measures)
- auf eine bestimmte Teilmenge von Kindern und Jugendlichen²⁷ (z.B. Stress under control).

Die Anwendung zweier Leitgedanken der Ottawa-Charta erlaubt es, die Maßnahmen in individuen- bzw. gesellschaftsbezogene Strategien grundlegend zu unterteilen und liefert damit weitere Bezugspunkte für die Analyse sowie zur relevanten Fachliteratur. Diese Perspektive

²⁶ Vgl. auch Judge u.a. 2006

²⁷ Vgl. Mielk, Graham, Bremberg 2002

gibt den Blick frei auf die Bedeutung verhältnis- und verhaltensorientierter Strategien im europäischen Bereich und die notwendigen Rahmenbedingungen zu deren Entwicklung. Zusätzlich finden sich Modelle, die kontextbezogen vorgehen, den Settingansatz bevorzugen und sich dabei in ganz verschiedenen Entwicklungsstufen befinden. Gesundheitsförderung *im* Setting, Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung und verschiedene Zwischenstufen zeugen nicht nur vom unterschiedlichen Verständnis der Begrifflichkeiten in den verschiedenen Partnerländern, sondern vor allem von der Abhängigkeit auch der europäischen Modelle von Förder-, Personal- oder Umfeldbedingungen.

8.1. Settingorientierte Gesundheitsförderung - Chance und Herausforderung

Die vorliegende Good-Practice-Sammlung zeigt, dass Themen wie psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Bildung priorisiert werden. Die Bestimmung der Zielgruppe und des Interventionsthemas verläuft in den meisten Modellen über eine risikoorientierte Problemdefinition, die an den Anfang der Modellbeschreibung gestellt wird. Vorgestellt werden vor allem verhaltensorientierte, auf den Einzelnen fokussierte Maßnahmen, die bevorzugt in Settings wie Schulen oder Kindertagesstätten durchgeführt werden, u.a. um die Zielgruppe mit nicht-stigmatisierenden Maßnahmen zu erreichen. Sie sind damit allerdings noch nicht gleichzeitig auch zu den settingorientierten Maßnahmen zu rechnen. Projekte, die Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung betreiben, sind auch in der Datenbank *Closing the Gap* zumindest für die Altersgruppe der 0-18 Jährigen Mangelware.

Die eher verhaltensorientierten, individuumszentrierten Maßnahmen sollen mit diesem Argument jedoch nicht abgewertet werden. Ihr oberstes Ziel ist die Stärkung der Eigenaktivität des Einzelnen und die individuelle Kompetenzförderung und das ist weitaus mehr, als die Alltagsrealität normalerweise für diese Zielgruppe bereit hält. In verschiedenen Modellen aus *Closing the Gap* wird diese Zielsetzung durch flankierende, verhältnisbezogene Ansätze ergänzt, wobei diverse Mischformen bestehen.

Durch Zuweisung in ein einfaches Raster bezogen auf die Verhaltens- bzw. Verhältnisorientierung (Abb. 12) werden drei Modelle als idealtypische Beispiele für die Ausrichtungen der Strategien genannt. Alle drei Maßnahmen wurden extern evaluiert und haben eine unbegrenzte Laufzeit.

Abb. 12: Idealtypische Strategien aus Closing the Gap

Verhaltensbezogener Ansatz	Integration von Verhaltens- und Verhältnisorientierung- (Gesundheitsfördernde Settings)	Verhältnisbezogener Ansatz
It is your decision	The Pine House	Policies and Taxes as a mean...

Idealtypus für den verhaltensbezogenen Ansatz ist das schwedische Modell „It is your decision“. Die Methode ermöglicht 15 bis 16 Jährigen individuelle gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln, eigene Gesundheitsthemen zu bestimmen und über selbst bestimmte Aktivitäten persönlich relevante Ziele zu erreichen. Ein herausragendes Merkmal ist der Grad der Partizipation der Zielgruppe und der Fokus auf die Erhöhung *aktiver* Problembewältigungskompetenz.

Im verhaltens- und verhältnisbezogenen Modell „The Pine House“ (siehe unter 6.2). Ein weiteres herausragendes Merkmal ist der nicht-stigmatisierende Zugang zur Zielgruppe und der hohe Grad an Empowerment und Partizipation der Zielgruppe.

Der verhältnisbezogene Ansatz „Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ (vgl. 3.1.) Ein weiteres herausragendes Merkmal ist die Effektivität der Strategie: Senkung der Kinderarmutsrate vor bzw. nach Finanzausgleich von 18% auf 4,2%.

8.2. Zielsetzung Stärkung der Eigenaktivität

Der individuellen Kompetenzförderung wird hohe Bedeutung²⁸ beigemessen, was an der Beschreibung der Interventionsabläufe, der Ziele und der Zielerreichung, sowie an der Auswahl des Good-Practice-Kriteriums *Empowerment der Zielgruppe* zu identifizieren ist. Als Ziele werden die Erhöhung von Problembewältigungskompetenzen, von allgemeinen Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) und/oder die Aktivierung zur Erwerbsarbeit benannt. Die Ansätze weisen im einzelnen in folgende Richtungen:

- in die Richtung konkreter Handlungsfeldern, wie die Förderung psychischer Gesundheit, die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens, die Bewegungsförderung, etc.,
- in die Richtung unspezifischen Handlungsfelder wie die Verbesserung der sozialen Integration, des Bildungserwerbs, der allgemeinen Vorsorge
- oder sehen sinnvolle Zielsetzungen in deren Verknüpfung.

Es finden sich als Good Practices auch spezielle Ansätze, die in Deutschland nicht unbedingt in der Gesundheitsförderung, sondern vor allem im psychotherapeutischen Bereich oder im Jugendhilfe-, Bildungs- und Sozialbereich zu finden wären (z.B. Crisis Programme..., Family support center, Poverty and Health of children). Darin ist ein bedeutender Hinweis auf größere Differenzen im Verständnis der Definition von Gesundheitsförderung innerhalb der Partnerländer zu sehen, denen dringend nachgeforscht werden sollte. Einige europäische Modelle stehen für einen Ansatz, der mit dem Erwerb von Bildungsabschlüssen implizit auch den von Lebenskompetenzen verbindet. Es wird argumentiert, dass mit der Bildungsbefähigung gleichzeitig die Voraussetzungen für die Sicherung von Gesundheit geschaffen werden. Das bedeutet jedoch, dass man die Definition von Gesundheitsförderung auch anders als bisher in Deutschland allgemein üblich verstehen kann. Die Fähigkeit, Kontrolle über Gesundheitsdeterminanten zu erlangen, wird in mehreren europäischen Ländern stärker als hierzulande auf soziale und ökonomische Determinanten bezogen (im Sinne von Gesundheitsförderung durch Armutsbekämpfung). In europäischen Positionspapieren findet sich dazu die Forderung, dass Maßnahmen zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern auch die sozioökonomischen Bedingungen erfassen sollten, die sich negativ auf Entstehung und Ausprägung von Gesundheitsstörungen in dieser Altersgruppe auswirken²⁹.

Drei Beispiele sollen zeigen, was gemeint ist. Ungarn führt eine für Deutschland geradezu klassische Maßnahme des Jugendhilfebereichs als Good-Practice der Gesundheitsförderung

²⁸ trifft auch auf das zuletzt genannte Modell zu, auch wenn es zunächst unlogisch klingt. Hier liegt ein Schwerpunkt auf der Aktivierung von Männern und Frauen zur Erwerbsarbeit

²⁹ Vgl. Mielk u.a. 2002; vgl. Position Paper

ein – der Aufenthalt sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler in einem Feriencamp, das der Erholung und Vorbereitung auf eine Examenswiederholung dienen und über den Bildungserwerb gesundheitsfördernd wirken soll.

In „Poverty and Health of Children“ aus den Niederlanden kooperieren Gesundheits- und Sozialbereich und übernehmen die Kosten für sportliche Aktivitäten, Kleidung und Schuhe sozial benachteiligter Mädchen und Jungen. Begründet wird dieses Vorgehen mit dem Hinweis auf die Ergebnisse kommunaler Erhebungen, die den negativen Effekt von Geldmangel auf den Gesundheitsstatus von Kindern belegt haben. Damit zielt die Intervention über die Verbesserung der materiellen Situation auf die Verbesserung der Gesundheit der am schlechtesten Gestellten in der Gesellschaft.

Das schwedische Modell „Policies and taxes as a mean for decreasing child poverty rate“ zielt auf die Senkung ökonomischer Disparitäten für Familien im Rahmen des allgemeinen Wohlfahrtssystems und begründet dies mit dem Hinweis auf den evidenten Zusammenhang von Einkommenshöhe und Gesundheit. Es zielt mit seiner kombinierten Politikstrategie direkt auf die Unterschiede zwischen sozialen Schichten, die damit verbundenen Vorteile oder Benachteiligungen und damit auf die Verhinderung von Armut als Strategie der Gesundheitsförderung.

Ein eigentlich guter Ansatz - die Strategie „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ im Rahmen des Gesundheitszielprozesses - wirbt für die settingorientierte Perspektive in der zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung³⁰. Leider ist der mit dem Ziel 10 verbundene Auftrag, der die Rahmenbedingungen fokussiert und dazu auffordert, nicht nur die Symptome von gesundheitlicher Ungleichheit zu beheben, sondern auch deren Ursachen zu beseitigen, in der Diskussion um die Gesundheitsziele kaum angekommen. Eine stärkere Betonung der sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit würde der Aushöhlung des Bedeutungsgehalts der Gesundheitsziele entgegenwirken.

8.3. Kindergesundheit und soziale Benachteiligung

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein Thema, das die Akteure in der Gesundheitsförderung europaweit bewegt und zu kreativen Strategien und Projektansätzen anregt. Für dieses Interesse sind allem zwei Aspekte verantwortlich: Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensmuster bilden sich bereits im Kindes- und Jugendalter, verfestigen sich im weiteren Lebensverlauf und können später oft nur noch schwer beeinflusst werden. Außerdem bestehen gerade in den frühen Lebensphasen besonders hohe Entwicklungs- bzw. Vulnerabilitätspotenziale auf organischer und psychischer Ebene. Diese Entwicklungen sind alters- und geschlechtsspezifisch geprägt und kommen in dieser Relation unterschiedlich zum Tragen. Beide Aspekte sprechen für möglichst frühzeitige Interventionen bei sozial benachteiligten Zielgruppen mit hohem Risikopotenzial.

Psychische Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Bildung - das sind die bevorzugten Handlungsfelder der europäischen Good Practices. Die Modellsammlung aus *Closing the Gap* spiegelt auch die Problembereiche, die in deutschen Studien und Berichten zur Kinder- und

³⁰ Altgeld 2003

Jugendgesundheit immer wieder benannt werden. Die ersten Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KIGGS-Studie) belegen die Häufung von psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung, von Übergewicht, Essstörungen, sowie Einschränkungen im Bewegungsverhalten bei 3 - 17 Jährigen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Ebenso belegen die Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts (RKI), die Daten der Einschulungsuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie der 2006 veröffentlichte Berliner Kinderspezialbericht und andere, dass Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Familien stärker als andere Gleichaltrige von körperlichen sowie psychischen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Auch Unfallverletzungen, Zahngesundheit oder die Einbindung in Gleichaltrigengruppen (z.B. in Sportvereine) sind statusabhängig. Entsprechende Befunde finden sich außerdem bei der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen, beim elterlichen (Nicht-)Rauchen und bei den Kinderunfällen³¹. Die an KIGGS angeschlossene BELLA-Studie lässt für den Bereich der psychischen Gesundheit dringenden Handlungsbedarf erwarten. Sie verzeichnet bei einem kumulierten Auftreten mehrerer Risikofaktoren einen starken Anstieg der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten. Auch die Ergebnisse der Shell-Studie, die in unteren Statusgruppen gesundheitsbelastende Verhaltensweisen sowie Defizite im Bereich der psychischen Gesundheit diagnostiziert, lassen vermuten, dass die psychischen Probleme sozial benachteiligter jugendlicher Mädchen und Jungen weiter ansteigen werden.

Hier liegen die größten Herausforderungen. Die Shell-Studie prognostiziert gesellschaftlich bedingte negative Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen und einen erhöhten psychischen Druck wegen der hohen gesellschaftlichen Erwartungen bei gleichzeitig anhaltend hohen Armuts- und Arbeitslosigkeitsraten in dieser Altersgruppe. Es ist dringend zu diskutieren, ob diese Probleme tatsächlich durch Projekte und Maßnahmen der in Deutschland verbreiteten vorwiegend verhaltensorientierten Gesundheitsförderung gemindert werden können oder ob nicht doch die massive Unterstützung durch verhältnisorientierte Politikstrategien notwendig ist, die über eine erweiterte Definition von Gesundheitsförderung auch auf die Erhöhung von Gesundheitschancen durch Verringerung der sozialen Benachteiligung zielt. Des Weiteren ist abzuwägen, ob nicht die Frage der „Gesundheitsverträglichkeit“ für sozial benachteiligte Zielgruppen zu einer grundlegenden Messlatte in allen politischen Entscheidungsprozessen werden sollte. Im Kontext dieser Diskussion sollten sowohl die zu erwartenden gesellschaftlichen Kosten³² der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit wie auch die Fragen der demografischen Entwicklung behandelt werden.

Die gesellschaftliche und ökonomische Entwicklung könnte anderenfalls dazu führen, dass das Ausmaß der psychisch verwurzelten Gesundheitsrisiken und -belastungen schneller ansteigt, als die dagegen gerichteten Maßnahmen Wirkung zeigen können. Gründe liegen in der zunehmenden Spaltung der Gesellschaft, durch die sich bereits heute ein erheblicher Teil der Deutschen gesellschaftlich abgekoppelt fühlt. Das Problem stellt sich aktuell im Vergleich zur gesamten Nachkriegszeit mehr denn je als ein Problem des „Drunten oder Draußen“, d.h. der In- bzw. Exklusion bestimmter Bevölkerungsgruppen dar. Armutsprozesse lassen sich besonders deutlich durch den Grad der Ausgrenzung, der mangelnden Teilhabe an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der umgebenden Gesellschaft bestimmen.

³¹ u.a. Einschulungsuntersuchungen Berlin 2006 und Brandenburg 2001, KIGGS-Studie des RKI 2006

³² Vgl. Suhrke, McKee, Arce, Tsovala, Mortensen 2005

Armut ist mehr als eine Frage des Kontostandes und finanzielle Armut ist heute nicht mehr alleiniges Merkmal der unteren Statusgruppen, sondern einer weitaus größeren Bevölkerungsgruppe. Prekäre Lebenslagen mit geringer Sicherheit, wechselnder Beschäftigung und niedrigem Lohn gibt es mittlerweile auch in bildungsstarken Sozialgruppen, die nicht zur sogenannten „Unterschicht“ gehören. In den westdeutschen Bundesländern sieht sich laut der im letzten Herbst veröffentlichten Teilergebnisse der Studie „Gesellschaft im Reformprozess“ der Friedrich Ebert Stiftung jeder zehnte, im Osten sogar jeder fünfte Wahlberechtigte als „abgehängt“. „In der Mitte der Gesellschaft ist das Gefühl der Verunsicherung längst angekommen“³³. Damit ist, - das zeigen gut dokumentierte Erfahrungen aus der internationalen Forschung³⁴, zu oft ein deprimierendes Gefühl der Deklassierung und sozialen Resignation verbunden. Die negativen Auswirkungen auf die in diesen Familien lebenden Kinder sind auch bei uns spätestens seit den 1980er Jahren gut belegt. Man bezeichnet diese Kinder in der dazugehörigen Forschung auch als „Opfer-durch-Nähe“.

Als Gegenmittel auf der individuellen Ebene wird von Expertinnen und Experten immer wieder die Stärkung der Widerstandskraft von Kindern und Jugendlichen empfohlen. In diesem Zusammenhang taucht in den letzten Jahren besonders häufig das Konzept der „Resilienz“ auf³⁵. Dabei handelt es sich um einen für die Gesundheitsförderung interessanten Ansatz, der auf salutogenetischen Orientierungen beruht und eine möglichst frühzeitige ressourcenorientierte Förderung des Individuums propagiert. Doch auch Resilienzförderung bedeutet nicht nur individuelle Kompetenzförderung! Schlüsselstrategien zur Resilienzstärkung zielen nicht nur auf die Stärkung personaler und familialer Schutzfaktoren, sondern auch auf außerfamiliale Ressourcen, wie ein ausgedehntes Freundschafts- und Verwandtschaftsnetzwerk, auf regelmäßige Freizeitaktivitäten mit Freunden oder Nachbarn, auf Wohlbefinden in Kindertagesstätte und Schule und auf die Öffnung kommunaler Systeme. Kurzum: Sie zielen nicht nur auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch auf den Grad der Integration in das soziale Umfeld und auf eine positive Veränderung der Rahmenbedingungen und damit auf die Möglichkeit „soziales Kapital“ als Grundlage zur Förderung von Eigenaktivität und Integration aufzubauen³⁶.

8.4. Konkrete Umsetzung von Theorie in Praxis unterstützen

Ein Blick auf kleinteiligere Ergebnisse der Analyse zeigt hinreichend bekannte, häufig geforderte, aber immer wieder in den Hintergrund gedrängte und nicht ausreichend umgesetzte Erkenntnisse. Ein Beispiel ist das vielschichtige Thema Vernetzung. Ein genauer Blick zeigt, dass dieses Instrument viele, bisher nicht ausreichend genutzte Potenziale bietet, die wegen mangelnder Unterstützung bei der Umsetzung in die Praxis fehlschlagen. Dazu gehören:

- Die Einbeziehung der Eltern a) als gleichberechtigte Partner in der settingorientierten Gesundheitsförderung und b) als Multiplikatoren. Die Zusammenarbeit mit Eltern, manchmal auch Erziehungspartnerschaft genannt, bringt Erfolge auf lange Sicht. Ihr Potenzial liegt in deutschen Kindertagesstätten und Schulen überwiegend brach und

³³ FES 2006b

³⁴ Vgl. dazu die unter anderem bei Elder, u.a. 1988, 1991, Takeuchi, u.a. 1991, Walper 1995 referierten Ergebnisse amerikanischer Langzeitstudien

³⁵ Rutter 1998, 2001, Masten 2001

³⁶ Richter 2000, 2006

es müssen dringend mehr wirksame Instrumente zur Elternpartizipation entwickelt werden, die über die üblichen Strategien, wie die der Elternvertretungen hinaus gehen.

- Ein weiterer Punkt ist die sektorenübergreifende Vernetzung auf lokaler Ebene, die dringend durch entsprechende Serviceleistungen unterstützt werden sollte. Dazu könnten so genannte „Werkzeugkästen“ gehören, die Instrumente für die Arbeit in verschiedenen Settings (Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen), erprobte Beteiligungsstrategien, Qualitäts-“Richtlinien“, einfache Projektmanagementansätze, einfache Evaluations- und Qualitätssicherungsinstrumente, Beratungsleistungen im individuellen oder im Gruppenformat, Grundkenntnisse in der Mittelbeschaffung (Fundraising), etc. gehören.
- Die intersektorale Zusammenarbeit mag zwar wie ein „alter Hut“ klingen, ist aber auch in den europäischen GP-Modellen immer wieder Thema. Nur wenn der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit (politisch vereinbarter) Konsens auf *allen* gesellschaftlichen Ebenen ist, kann die Blockierung durch Prioritätendifferenzen verhindert werden. Das heißt auch, dass die Kompetenzen auf diesen Ebenen durch Beratung und Ausbildung der Kooperationspartner entwickelt werden müssen.

Mehr Beachtung als üblich, sollte auch der Dauer der Maßnahmen bzw. der Projektlaufzeiten zuteil werden. Wie die Modelle zeigen, sind auf langfristige oder unbegrenzte Laufzeiten angelegte Maßnahmen dann besonders erfolgreich, wenn sie auf Gesundheitsprobleme zielen, die vorwiegend in unteren sozialen Statusgruppen in Erscheinung treten. Ähnliche Erfolge sind bei langfristigen Planungen zu erwarten, wenn es um Themen geht, die eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießen, wie z. B. Bewegungsförderung bei Kinder und Jugendlichen.

8.5. Leer-(/)-Stellen

Die europäischen Good Practices beschreiben sehr kreative Modellansätze, in denen Kindern und Jugendlichen ein gesundheitsförderndes und oft lebensweltorientiertes Angebot gemacht wird. Partizipation findet in diesen Fällen mittels der oben genannten Strategien statt, bezieht sich in der Regel jedoch auf ein spezielles Angebot (z.B. Bewegungsförderung). Es gibt jedoch unter den Modellen nur wenige, die diesen Begriff so weit fassen, das Kinder und Jugendliche aus verschiedenen gesundheitsfördernden Angeboten frei wählen oder sogar eigene konzipieren können. Ansätze, die die Altersgruppe zur Partizipation im Sinne einer Beteiligung an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen einladen, wie sie die UN Kinderrechtskonvention vorschreibt, sind in den neunzehn untersuchten Modellansätze nicht zu finden. Ein Blick über die Sektorengrenzen in den Bildungs- oder Jugendhilfebereich ist angebracht, in dem schon seit langem die unterschiedlichsten Konzeptionen zur Umsetzung von Partizipation existieren. Kinderparlamente, die bereits in Kindertagesstätten funktionieren, Kiezdetektive, die ihr Wohnumfeld erkunden und gesundheitsrelevante Themen auf die Agenda heben oder der Methodenkoffer des NAP (Nationaler Aktionsplan für ein

kindergerechtes Deutschland³⁷) bieten jede Menge bewährter Beispiele, um das verbriefte Kinderrecht auf Partizipation auch umzusetzen.

Es gibt noch weitere Themen, die in der europäischen Modellsammlung und damit auch in diesen Ausführungen nicht angesprochen wurden, was nicht heißen soll, dass sie für weniger bedeutsam gehalten werden. Für manches gibt es einfache Erklärungen, wie z.B. für den erstaunlich geringen Anteil an Maßnahmen zur frühkindlichen Entwicklung bzw. zur frühen Förderung von Familien. Diese Modelle gehören wegen der abweichenden Altersgruppe, anhand derer der Umfang des Untersuchungsgegenstandes bestimmt wurde, nicht zum analysierten Material. Die Tatsache, dass sie trotz der momentan hohen gesellschaftlichen Aktualität in dieser Untersuchung unterrepräsentiert sind, bedeutet also nicht, dass sie auf europäischer Ebene von geringerer Relevanz sind.

Weniger einfach ist zu erklären, warum die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als relevante Zielgruppe in den Modellen kaum auftaucht, obwohl entsprechende Studien und Gesundheitsberichte³⁸ immer wieder einen besonderen Bedarf belegen. Nur zwei bzw. vier Good Practices sind in der Zielsetzung explizit auch auf Migrantinnen und Migranten bzw. eine spezielle ethnische Gruppe ausgerichtet und wurden entsprechend ihrer Zielerreichung evaluiert. Zunächst ist zwar davon auszugehen, dass alle Angebote auch für Migrantenkinder offen sind, auch wenn sie nicht passgenau entwickelt wurden. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass nur Maßnahmen, die sprachlich bzw. kulturell zielgruppengerecht konzipiert wurden, wirklich erfolgreich sein können³⁹. Eine entsprechende Ausrichtung könnte als ein Qualitätsaspekt gewertet werden.

Vermissten könnte man als Zeichen von Qualität übrigens auch eine stärker betonte Genderdimension der Maßnahmen, die in den meisten Modellen laut GP-Fragebogen „not genderspecific“ konzipiert wurden. Es wäre interessant im einzelnen zu untersuchen, wie gendersensibel die Maßnahmen tatsächlich entwickelt wurden und wie die Zusammensetzung der Nutzergruppen im Einzelnen aussieht. Doch dazu müssten die vorhandenen Informationen entsprechend ergänzt werden. Interessant wäre auch anhand des Datenbankmaterials zu untersuchen, ob sich diese Defizit tatsächlich nur auf die untersuchte Gruppe der Kinder und Jugendlichen bezieht oder sich in allen Altersstufen wiederfindet.

8.6. Spannungsfeld Good-Practice-Ansatz

Der Good-Practice-Ansatz bietet Zugang zum Feld über die Darstellung exemplarischer Interventionen und zeigt die Bandbreite lokaler Beispiele zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit. Er basiert unter anderem auf der Vorannahme, dass systematisches Lernen am Beispiel funktioniert und vertraut auf die Strategien des Informations- und Wissenslernens⁴⁰. Damit wird ihm eine Brücken- und Multiplikatorfunktion zwischen Forschung und Praxis zugesprochen, die den Transfer von neuen Ansätzen aus der Praxis in die Forschung und umgekehrt ermöglichen soll. Ziel des Good-Practice-Ansatzes ist es, die Erfahrungen

³⁷ Vgl. Projekt P- Misch dich ein, Methodenkoffer Archiv: <http://www.projekt-p.de>

³⁸ Vgl. zuletzt Berliner Kinderspezialbericht 2006

³⁹ Vgl. Borde T., David M. 2005

⁴⁰ Vgl. Wächter, 2006

„Guter Praxis“ für die Fachöffentlichkeit sichtbar zu machen und so aufzuarbeiten, dass ein Erfahrungstransfer leichter möglich wird.

Bisher wird weitgehend unreflektiert davon ausgegangen, dass der Good-Practice-Ansatz die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllt. Man geht davon aus, dass durch diesen Ansatz Beispiele gelungener Praxis vorgestellt werden, die Lösungen für spezifische Probleme in bestimmten Situationen und unter bestimmten Rahmenbedingungen darstellen und damit Grundlagen für den systematischen Vergleich und die Bewertung verschiedener Projekte liefern. Für diese Annahmen liegen jedoch bisher kaum ausreichende Belege vor, mit Ausnahme der von Experten geäußerten Überzeugung, dass eine Orientierung an originellen, erfolgreichen Modellen mehr Wissen generiert⁴¹. Dabei scheint vor allem die Möglichkeit des Good-Practice-Ansatzes zu faszinieren, auf einer sehr pragmatischen Ebene Evidenz zu erzeugen.

In einer der wenigen deutschsprachigen Arbeiten, die bisher zu dieser Fragestellung vorliegen, wird diese Selbstverständlichkeit angezweifelt. Der Autor nennt wesentliche Implementationshürden für eine erfolgreiche Anwendung und fordert eine tiefer gehende Auseinandersetzung mit den Implikationen des Good-practice-Ansatzes⁴². Zu den dort aufgeführten Problemen gehört die Schwierigkeit des Wissenstransfers, zu der das Auffinden der zentralen Erfolgsfaktoren, die Identifikation der Ursachen und der daraus resultierenden Wirkungen zu rechnen ist. Zudem erhöht die für eine Übertragung notwendige Anpassung an die vor Ort gegebene Situation den Aufwand für die Akteure und kann Modifikationen erfordern, durch die der zukünftige Erfolg fraglich wird. Als grundsätzlich problematisch, weil finanziell eventuell aufwändig ist auch die notwendige Begleitung des Projekts bis zur vollständigen Implementierung anzusehen. Dieser Vorgang schließt im Unternehmensbereich, aus dem das Best-Practice-Lernen kommt, das Pate für die Entwicklung des Good-Practice-Ansatzes stand, auch die finanzielle Absicherung des Projekts ein. Dafür bestehen zur Zeit jedoch in der Gesundheitsförderung kaum ausreichende Grundlagen. Damit ist ein weiterer wichtiger Hinweis auf das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis benannt, der prinzipiell im Verständnis des Good-Practice-Ansatzes verortet werden kann.

Probleme im realen Wissenstransfer in *Closing the gap* erzeugen auch die „unscharfen“ Beschreibungen der Qualitätskriterien in den Modellbeschreibungen. Die Einträge sind verschieden ausführlich ausgeführt, enthalten zum Teil sehr wenig Text und lassen einen weiten Verständnis- und Interpretationsspielraum. In manchen Fällen entstehen wegen der knappen Formulierungen Zweifel, ob die Kriterien passend gewählt wurden. Mehr Interpretationssicherheit kann dann aus Mangel an Zusatzmaterialien nicht erreicht werden. Die zu Beginn geäußerte Erwartung, mittels Qualitätskriterien eine Standardisierung und Übertragbarkeit der Erfahrungen durch Vereinheitlichung zu erreichen, lässt sich daher leider nur begrenzt einlösen.

8.7. Schluss

Diese kritischen Anmerkungen sollen jedoch keinesfalls demotivieren, sondern darauf aufmerksam machen, dass neben der Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren strukturell vor allem eine grundlegende Zustimmung auf (finanz-)politischer Ebene obligat ist, um Imp-

⁴¹ Vgl. Rosenbrock u.a. 2005

⁴² Vgl. Wächter 2006

lementierungshindernisse wirksam zu beseitigen und nicht allein am fehlenden politischen Willen und fehlender Finanzierbarkeit zu scheitern. Für die Praxisebene sollte ein ausreichendes Instrumentarium erstellt werden, zu dem z.B. Interventionsrichtlinien und -beschreibungen, Evaluationsvorschläge, Angaben über das notwendige Personal und den Finanzbedarf, die zu investierende Zeit oder auch Hinweise für den Umgang mit eventuellen Kooperationspartnern gehören.

Good-Practice-Beispiele und der Austausch auf europäischer Ebene können Ideen, Motivation und Veränderungswillen erzeugen. Zu ihrer Umsetzung müssen sie einen kulturellen Transformationsprozess auf Basis der unterschiedlichen (politischen, sozialen, ökonomischen, kulturellen, etc.) nationalen und lokalen Grundlagen und ihrer historische Entwicklung durchlaufen. Die Umsetzung sollte jedoch nicht nur von vereinzelt engagierten Akteuren abhängig sein, die eigene pragmatische Lösungen finden, sondern sollte durch gesellschaftliche Leistungen in ideeller, finanzieller und instrumenteller Form gefördert werden. Unter diesen Gegebenheiten kann die Arbeit mit den Beispielen guter Praxis zu einem wirklichen Wissenstransfer und somit zu geringeren gesundheitlichen Belastungen von Kindern und Jugendlichen führen.

9. Literatur

Altgeld T.: Gesundheitsfördernde Settings in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin 2004.

Altgeld T.: Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung – Können Gesundheitsziele einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten? In: Geene, Raimund Hans Christian (Hrsg.): Gesundheitsförderung: Daten, Ziele, Strategien. Armut und Gesundheit: Themenheft 6 (Materialien zur Gesundheitsförderung, Bd. 18. 2003.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2006

Bauer U., Bittlingmayer U.: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K., Laaser U., Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim 2006.

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004 – Spezialbericht 2006 – 1. Berlin 2006.

Borde Th., David M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main 2005.

Bronfenbrenner U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente. Stuttgart 1981

BZgA: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele - Weiterführende Informationen. In: Reihe Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5. Köln 2005a.

BZgA: Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme. Grundlagen und kommentierte Übersicht. In: Reihe Gesundheitsförderung Konkret Bd. 6: Köln 2005b.

BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz 1996.

Elder G.H., Caspi A. (1988). *Economic Journal of Social Issues*, 44, 25–45

Elder G. H., Caspi A.: Lebensverläufe im Wandel der Gesellschaft: soziologische und psychologische Perspektiven. In: Zeit für Kinder! Kinder in Familie und Gesellschaft. Weinheim. 1991.

Stegeman I., Costongs C.: Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities in Europe – An Overview of Good Practices from the Health Field. EuroHealthNet, December 2004.

FES Friedrich Ebert Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik (FES) Prävention und Gesundheitsförderung. Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. [online]. Bonn, FES. Einsehbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf>. 2006a

FES Friedrich Ebert Stiftung: Gesellschaft im Reformprozess. Präsentation von Rita Müller-Hilmer 2006b, unter:

http://www.fes.de/inhalt/Dokumente/061017_Gesellschaft_im_Reformprozess_komplett.pdf

Holz G., Richter A., Wüstendörfer W., Giering D.: Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. ISS-Aktuell 8/2005. Frankfurt a.M. 2005.

Hradil S.: Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen 1987.

Judge K., Platt S., Costongs C., Jurczak K.: Health Inequalities: a Challenge for Europe: An independent, expert report commissioned Presidency of the EU (February 2006).

Kaba-Schönstein L.: Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 78-82. 2003b.

Kickbusch I., Maag D., McGuire P. und Wait S.: Navigating Health. The Role of Health Literacy, online unter: www.ilcuk.org.uk , Rubrik «Publications». 2006.

KIGGS-Studie: Abstracts / Symposium zur RKI-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am 25.09.2006 1. Überblick über Kennzahlen und Charakteristika des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Berlin 2006.

Kilian H., Geene R., Philippi T.: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R.; Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit – Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. BKK Bundesverband Essen 2004

Lamnek S.: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim. 2005.

Lampert T., Ziese T.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005.

Mackenbach JP (2005). Health Inequalities: Europe in Profile. London: UK Presidency of the EU.

Marmot M.: Status Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy. London 2004.

Masten, A. S.: Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: Röper, Gisela, von Hagen, Cornelia, Noam, Gil: Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart 2001.

Mayring P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim 1999.

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

Mielck A., Graham H., Bremberg S.: Kinder - eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche). In: Mackenbach J.P., Bakker M. (Hrsg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective, London/New York 2002, 144 - 168. Download unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=de1559a3ae7da5514519b1fcf3b671c9&id=Seite3052> .

Moberg H.: The Swedish public health policy - historical background and present position. Präsentation auf dem Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 2006.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Berlin.

Schwartz F.W. u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München 2003.

- Suhrke M.; McKee M., Arce R. S., Tsoлова S., Mortensen J.: The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities. Belgium 2005.
- Ravens-Sieberer U. Wille N. Bettge, S., Erhart M. KIGGS Studie- Abstractband - Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie).
- Richter A.: Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region. Shaker Verlag, Aachen 2000. Aachen 2000.
- Richter A.: Was brauchen arme Kinder? - Resilienzförderung und Armutsprävention. In: kitspezial 4/2006 vom 19.12.2006.
- Rosenbrock R.: Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. 13 Befunde und Empfehlungen zur Umsetzung des § 20 Absatz 1 SGB V. Essen. 2004.
- Rosenbrock R., Butterwegge Ch., u.a. 2005 im Expertenpanel zum Sozialstaat auf ARTE unter <http://www.bpb.de/themen/8HUNRX.html>
- Rutter, M.: Psychosocial Adversity: Risk, Resilience and Recovery. Unveröffentlichtes Manuskript. 1998.
- Rutter, M.: Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. In: Richman J. M., Fraser M. W. 2001, (Hrsg.) The context of youth violence: resilience, risk and protection (S. 13 -41). Westport 2001
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Berlin 2005.
- Siegrist J., Dragano N., von dem Knesebeck O.: Soziales Kapital, Soziale Ungleichheit und Gesundheit . In: Richter M., Hurrelmann K.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wiesbaden 2006.
- Takeuchi D.T., Williams D.R., Adair R.K.: Economic stress in the family an children`s emotional and behavioral problems. Journal of Marriage and the Family. 53, 1031-1041, 1991.
- Wächter M.: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Darstellung und Diskussion des Good Practice-Ansatzes des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Unveröffentlichte Diplomarbeit, vorgelegt im WS 06/07 am Fachbereich 8 der Hochschule Bremen. Bremen 2006.
- Walper S: Kinder und Jugendliche in Armut. In: Bieback K.-J; Milz H. (Hrsg.): Neue Armut. Frankfurt/New York. 1995.
- Whitehead M. Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. WHO - Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1991.
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): Ottawa-Charta for health promotion. Kopenhagen, Genf 1986.
- World Health Organization (WHO): Life Skills Approach. Genf 1993.
- World Health Organization (WHO): Health Promotion Glossary. Genf 1998.