

GLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN FÜR ALLE? DER EINFLUSS SOZIALER DETERMINANTEN AUF DIE GESUNDHEIT AM BEISPIEL DER PRIMÄRPRÄVENTION

Stefan Pospiech,
Geschäftsführer Gesundheit Berlin-Brandenburg
20.01.2016, Gesundheitspolitisches Kolloquium, SOCIUM

GLIEDERUNG:

1. ENTSTEHUNG GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEITEN – MODELLE UND DATEN
2. HANDLUNGSSTRATEGIEN AM BEISPIEL DER BERLINER GESUNDHEITSZIELE
3. PRIMÄRPRÄVENTION – STRATEGIEN UND WIRKUNGEN
4. DER KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT
5. AUSBLICK: PRÄVENTIONSGESETZ

Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in den Bundesländern

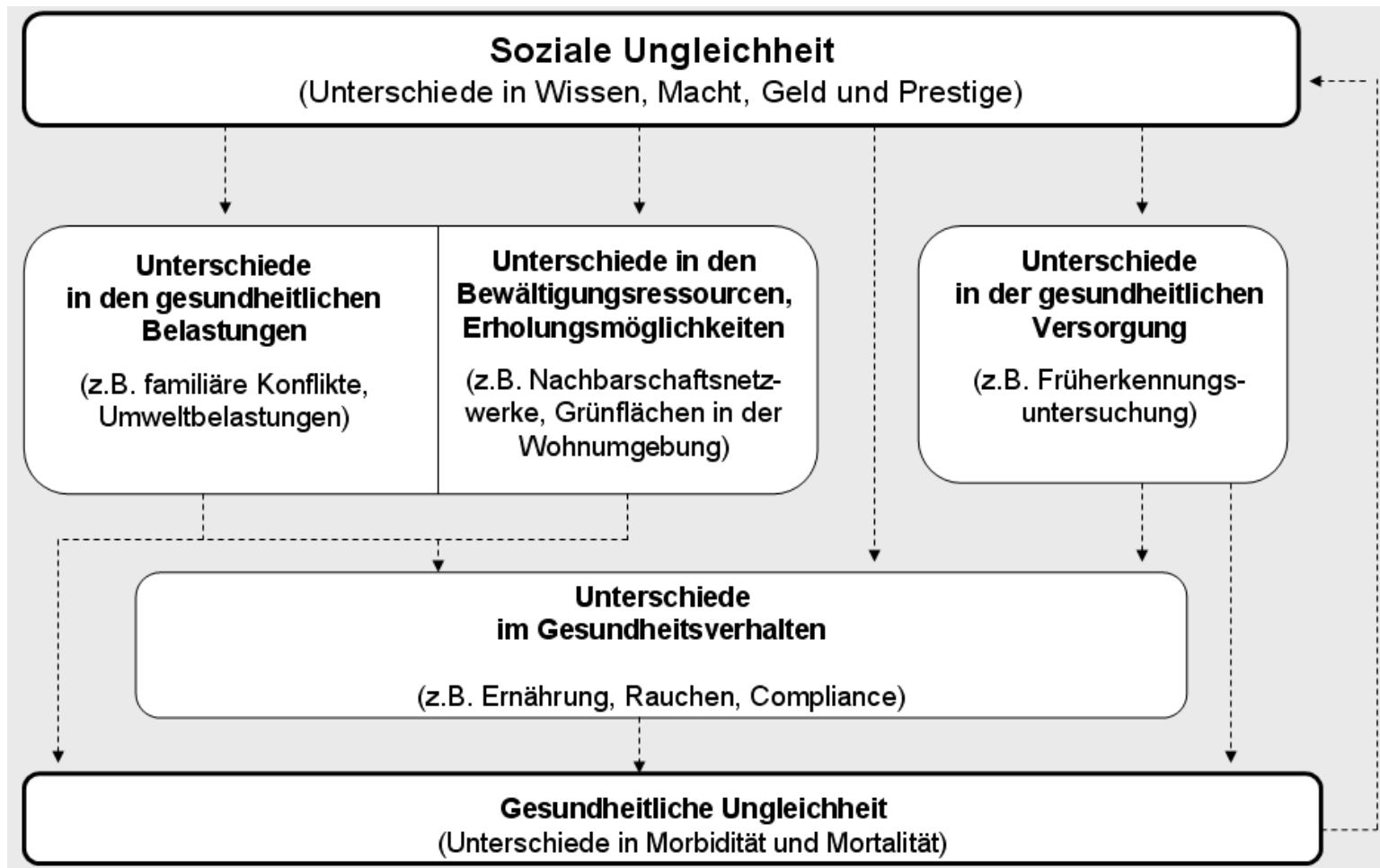


ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIALER UND GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT

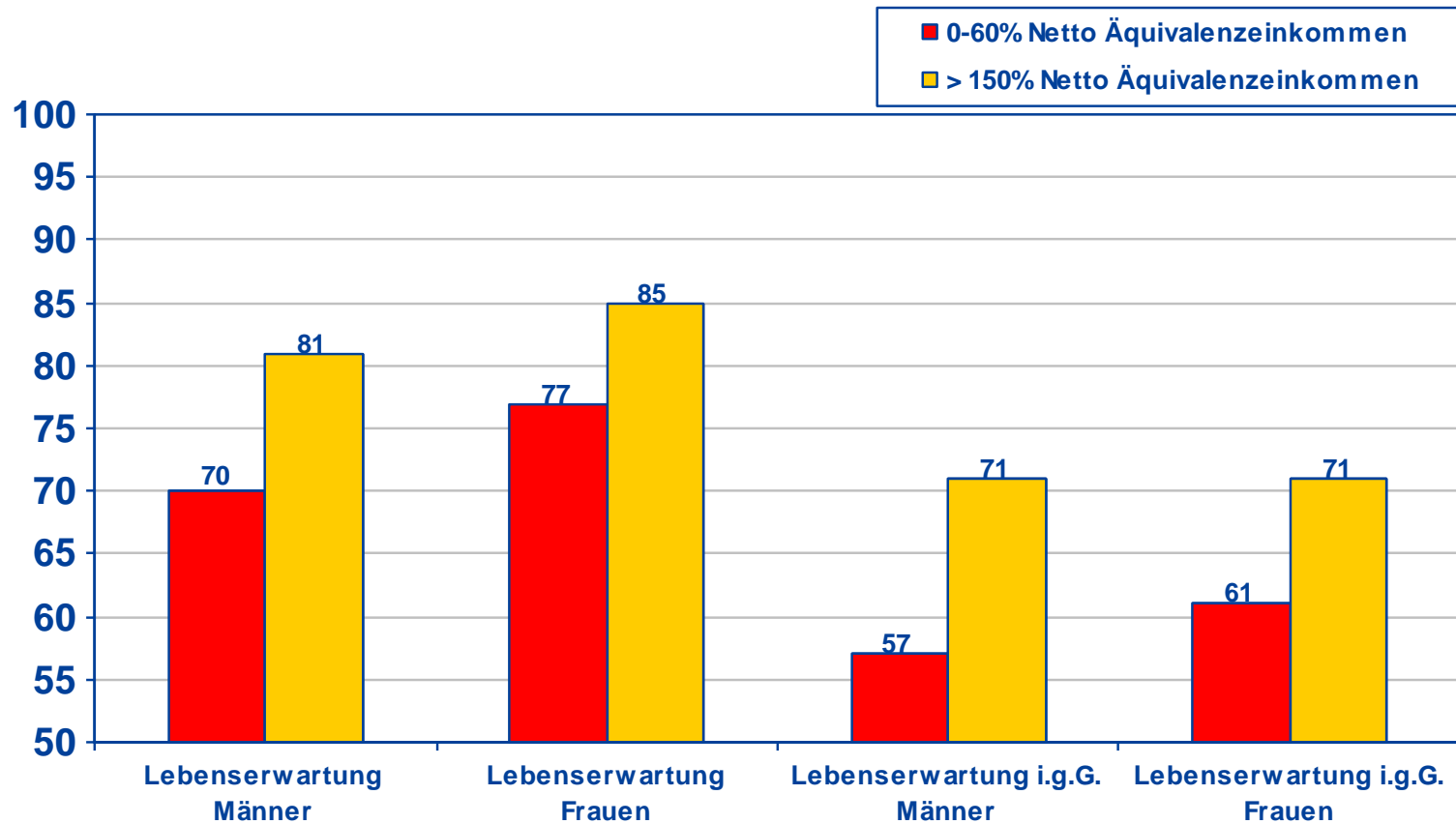
Die wichtigsten Indikatoren zur Messung sozialer
Ungleichheit in modernen Gesellschaften:

- Materieller Wohlstand (Einkommen, Vermögen, Besitz)
- Bildung
- Beruf (Berufsprestige, berufliche Stellung)

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIALER UND GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT



HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: LEBENSERWARTUNG



HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

Zeitraum	Bremen (Stadt)	Wohlhabende Viertel	Arbeiterviertel	Großsiedlungen
2000-2004	5,0	3,6	4,5	9,8
2005-2008	4,5	1,2	5,2	7,3

Zeitraum	Bremen (Stadt)	Bremerhaven (Stadt)
2007-2010	4,7	9,4

Armutsqoten	2007	2008	2009	2010
Bremen	29,7%	28,4%	29,1%	29,3%
Bremerhaven	40,8%	37,2%	37,7%	37,9%

**Kinder unter 15 Jahren in SGB II
in Bremen & Bremerhaven****

*Säuglingssterblichkeit: Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene nach Quartierstyp, Gesundheitsamt Stadt Bremen; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2010, S. 56; **BIAJ-Kurzmitteilung v. 27.4.12, eigene Darstellung

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: ARMUTSSPIRALE

Armutsspirale



**Keine Einmündung
in einen Beruf**
• Risikoverhalten

**Inanspruchnahme
von Leistungen**
• Gesundheit
• Förderungen

**Frühe, häufig über-
forderte Elternschaft**
• neue Armutslagen

Armut
• Mangelenerfahrungen

Rückzug
• Größe sozialer
Netzwerke
• Kitabesuch

**Beeinträchtigung der
Bildungschancen**
• Funktionsstörungen
• Sprachkompetenz
• Konzentrationsfähigkeit

Niedriger Schulerfolg
• leistungsbezogen
• sozial

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: Sprachdefizite

Kombinierter Indikator Sprachdefizite bei den Kindern bei der Einschulungsuntersuchung gesamt, nach Geschlecht, sozialer Lage und Migrationsmerkmalen in Berlin 2014 - Angaben in %

Merkmal	n =	Sprachdefizite	
		ja	nein
insgesamt	30.602	25,2	74,8
Geschlecht			
Jungen	15.967	27,0	73,0
Mädchen	14.635	23,3	76,7
Soziale Lage ¹			
untere Statusgruppe	4.861	55,3	44,7
mittlere Statusgruppe	13.208	20,4	79,6
obere Statusgruppe	9.118	8,3	91,7
Migrationshintergrund ²			
nein	18.713	9,9	90,1
ja	11.866	49,4	50,6
Herkunft ²			
deutsch	18.713	9,9	90,1
türkisch	2.877	56,6	43,4
arabisch	1.817	56,4	43,6
osteuropäisch	3.912	49,7	50,3
aus westl. Industriestaaten	1.220	25,2	74,8
aus sonstigen Staaten	2.040	46,8	53,2

¹ Fehlende Angaben zur sozialen Lage in 11,2 % der Fälle (n = 3.415).

² Fehlende Angaben zur Herkunft in 0,1 % der Fälle (n = 23).

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Tabelle 3.18:

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bei der Einschulungsuntersuchung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft und seit Geburt in Deutschland lebend) gesamt, nach Geschlecht und sozialer Lage in Berlin 2014 - Angaben in %

Merkmal	n =	Untersuchungsstufe									
		U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U1 bis U8 vollständig ¹
insgesamt	27.350	99,4	99,3	98,8	98,0	96,9	96,5	94,1	79,9	93,4	85,4
Geschlecht											
Jungen	14.335	99,5	99,3	98,8	97,9	96,8	96,3	94,1	80,3	93,4	85,3
Mädchen	13.015	99,4	99,2	98,7	98,1	96,9	96,6	94,1	79,6	93,4	85,6
Soziale Lage²											
untere Statusgruppe	4.086	98,8	98,7	97,4	95,7	93,5	92,3	87,2	71,1	86,5	71,2
mittlere Statusgruppe	12.279	99,6	99,4	99,0	98,3	97,5	97,4	95,3	80,9	94,5	87,8
obere Statusgruppe	8.303	99,6	99,5	99,4	99,0	98,4	98,4	97,2	84,7	96,4	92,1

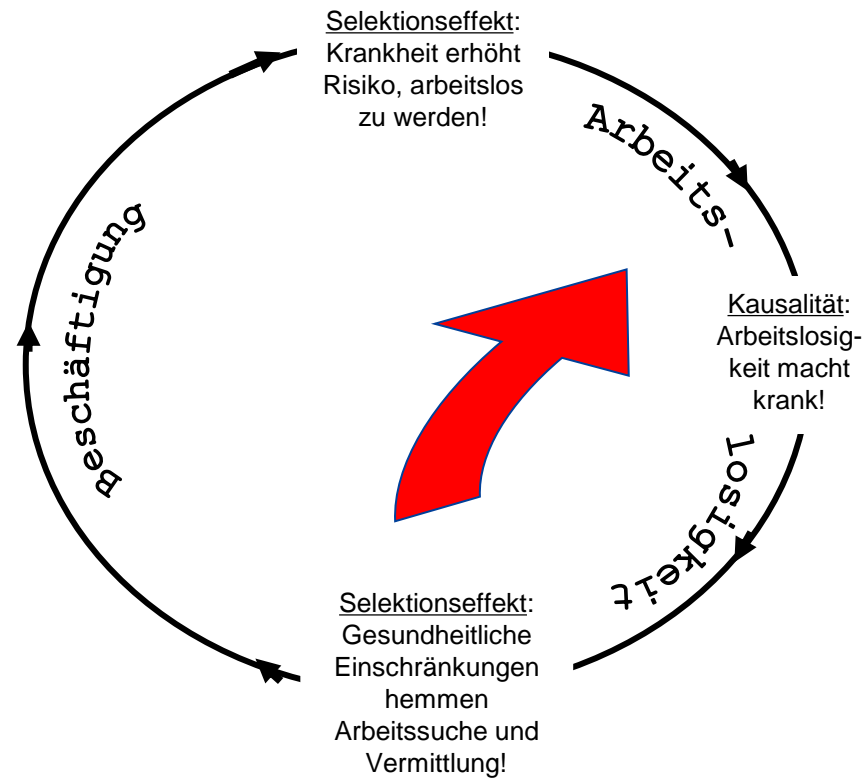
¹ Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Vorjahren wird die U7a bei der Berechnung der vollständigen Inanspruchnahme des Früherkennungsprogramms nicht berücksichtigt.

² Fehlende Angaben zur sozialen Lage in 9,8 % der Fälle (n = 2.682).

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: ARBEITSLOSIGKEIT

Macht Arbeitslosigkeit krank? Macht Krankheit arbeitslos?
„Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit



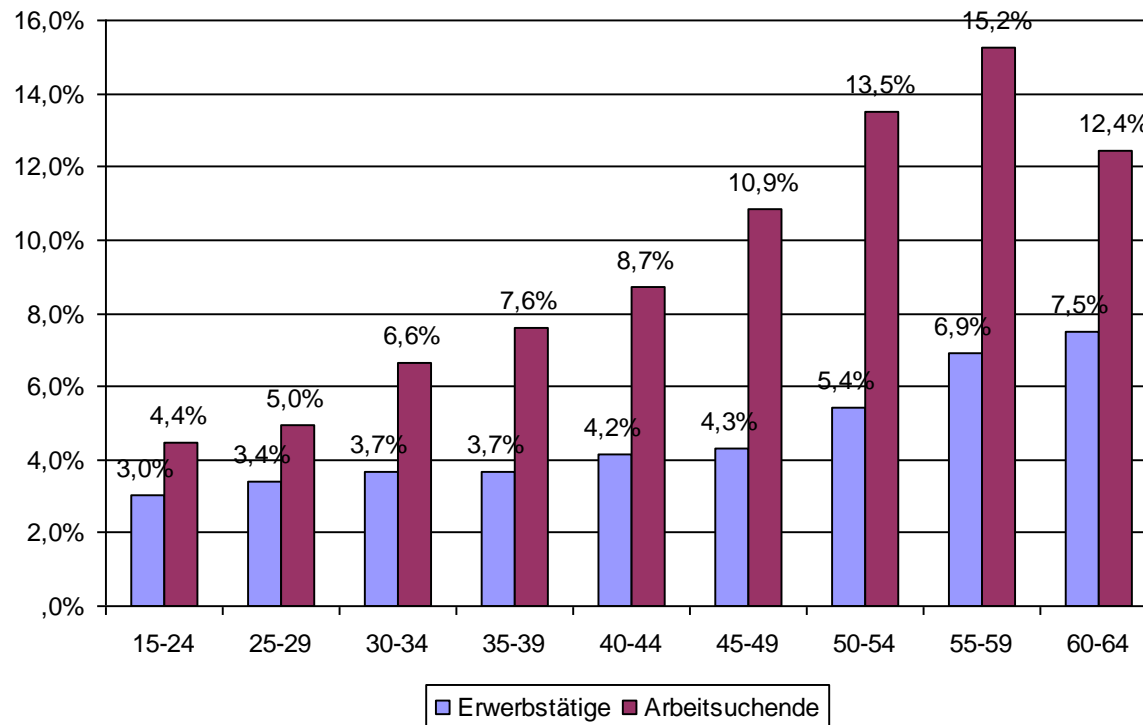
Quelle: Holleder, 2009

FORSCHUNGSSTAND ZUR GESUNDHEIT VON ARBEITSLOSEN IN RELATION ZU BESCHÄFTIGTEN:

- » signifikant erhöhtes **Morbiditätsrisiko** in einem breiten Krankheitsspektrum (insbesondere bei psychischen Erkrankungen)
- » schlechterer **subjektiver Gesundheitszustand**
- » eine stärkere **Inanspruchnahme** gesundheitlicher Leistungen in der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation
- » **Krankengeldbezug**: mehr Tage je 100 Vers. und je KG-Fall
- » häufigere **Arzneimittelverordnungen**, z.B. bei Anti-Depressiva-Verordnungen
- » höherer Konsum von **Suchtmitteln** (insbesondere Tabak und Alkohol)
- » ungünstigeres **Gesundheitsverhalten** (Ernährung, körperliches Aktivitätsverhalten etc.)
- » erhöhtes **Risiko für vorzeitige Sterblichkeit**

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: ARBEITSLOSIGKEIT

KRANKENSTANDSQUOTEN BEI ERWERBSTÄTIGEN UND ARBEITSUCHENDEN NACH ALTER IN DEUTSCHLAND IM MIKROZENSUS 2005 (JAHRES DURCHSCHNITT)



(N = 35.425 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben)

Hollederer, A. (2011). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Wiesbaden: VS-Verlag

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: GESUNDHEITZIELE BERLIN

- **Beschluss der Landesgesundheitskonferenz 2007**
- **Quantifizierte Ergebnisziele** in den Bereichen
 - » Motorik
 - » Ernährung
 - » Sprache
- **Unterziele zum Abbau von Benachteiligung**
 - » Halbierung vorhandener Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund
 - » Halbierung vorhandener Unterschiede zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren/oberen sozialen Schicht

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: GESUNDHEITZIELE BERLIN

Strukturziele

- bezogen auf Infrastruktur und Angebote
- Beispiel: „Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.“

Prozessziele

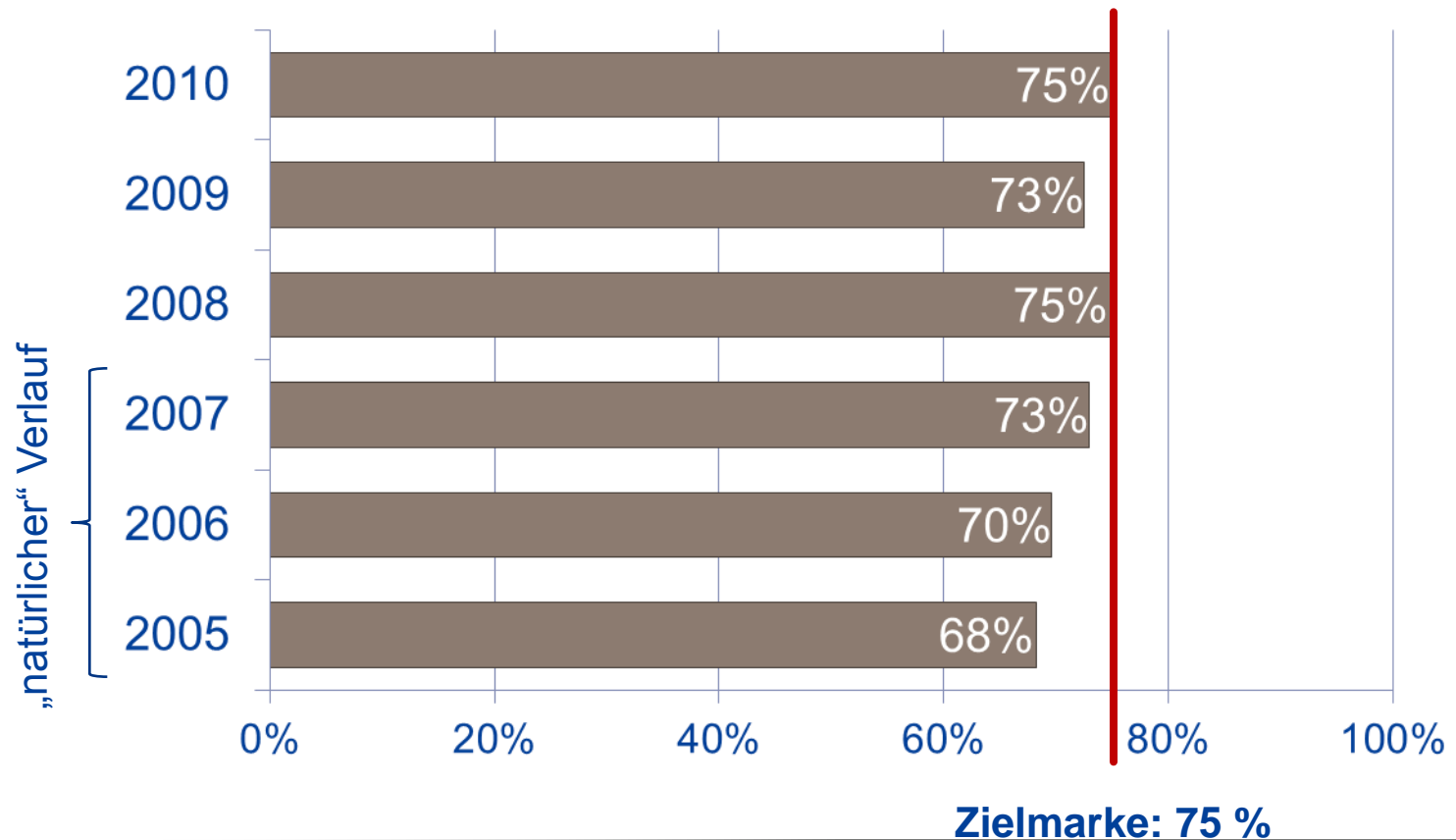
- bezogen auf Abläufe der „Produktion“ von Gesundheit
- Beispiel: „Eine gesunde Ernährung ist integraler Bestandteil jeder Berliner Kita.“

Ergebnisziele

- bezogen auf messbaren Indikator des Gesundheitszustands
- Beispiel: „Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.“

ZEITVERLAUF MOTORIK 2005 - 2010

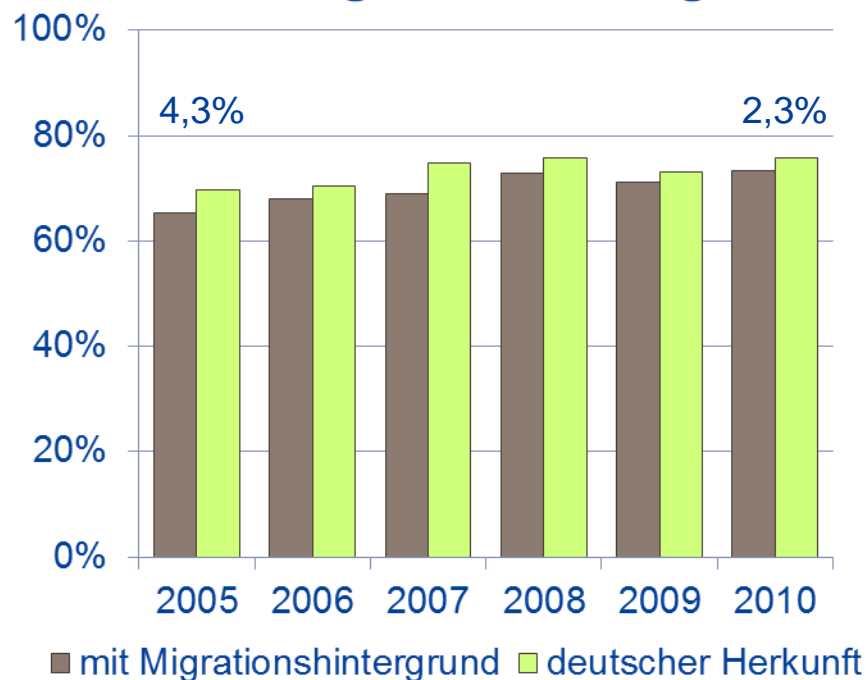
Kinder mit unauffälliger Körperkoordination



MOTORIK: ABBAU VON BENACHTEILIGUNG

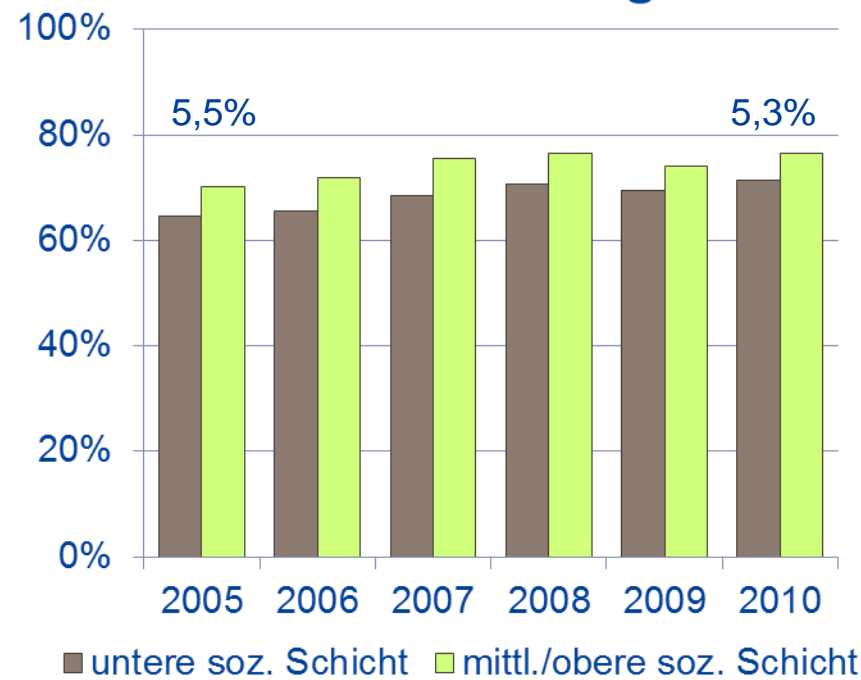
Kinder mit unauffälliger Körperkoordination

nach Migrationshintergrund



Ziel: Verringerung von 4 % auf 2 %

nach sozialer Lage



Ziel: Verringerung von 6 % auf 3 %

Prävention sollte stets Ressourcen stärken und Belastungen senken

- Chemische, physische Belastungen
- Körperliche und seelische Belastungen
- Disstress
- Schlechte Ernährung
- Geringe Verhaltensspielräume
- Mangelnde Bewegung
- Verhaltensspielräume
- Soziale Isolierung
- etc.

Belastungs-
senkung

- Selbstbewusstsein
- Selbstwirksamkeit
- Kompetenzen
- Bildung
- Einkommen
- Erholung
- Verhaltensspielräume
- soziale Netze
- Partizipation
- etc.

Ressourcen-
stärkung

PRIMÄRPRÄVENTION: STRATEGIEN UND WIRKUNGEN

Sog. „Legaldefinitionen“ im Präventionsgesetz

- **Primäre Prävention:**

„Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“

- **Gesundheitsförderung:**

„Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“

- **Lebenswelten:**

„für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“

PRIMÄRPRÄVENTION – DER SETTING ANSATZ

Verhaltensorientierung

Verhältnisorientierung

**Stärkung Individueller
Kompetenzen und Ressourcen**

Befähigung der Zielgruppe, aktiv mit Problemen und Belastungen umzugehen, Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zu formulieren und umzusetzen.

Strukturentwicklung

Entwicklung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einem gesundheitsfördernden Setting.

Zielgruppe wird befähigt und aktiviert, sich in die Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Lebenswelt einzubringen

Partizipation

Aktive Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse.

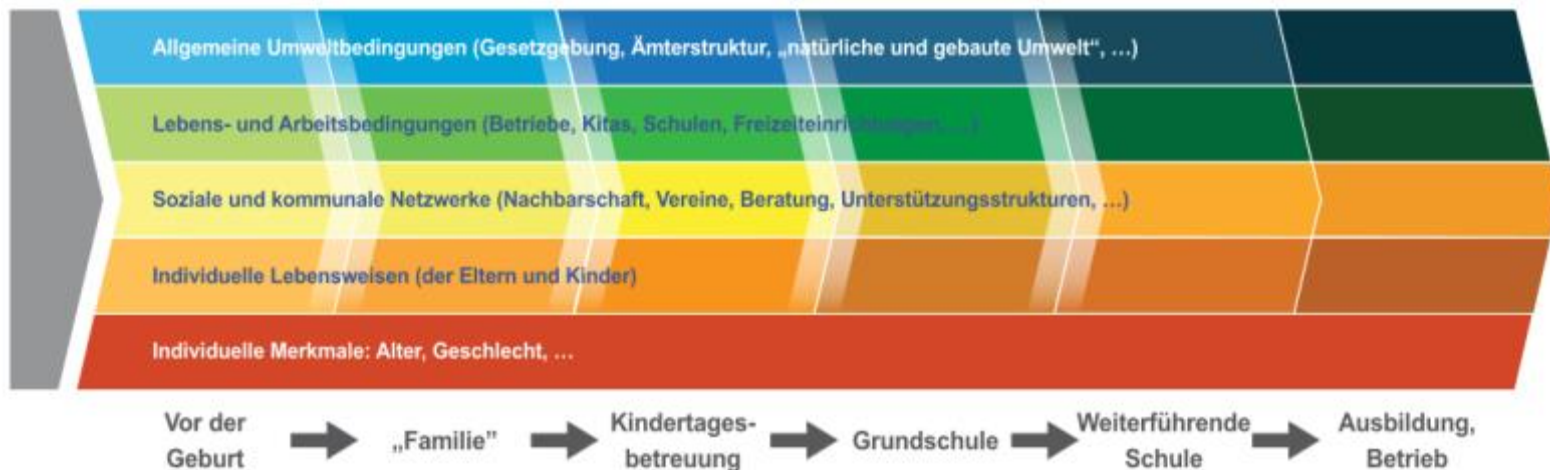
Erwerb von Erfahrungen und Selbstbewusstsein.

Beteiligung insbesondere der Zielgruppe(n) wird zum Strukturelement im Setting

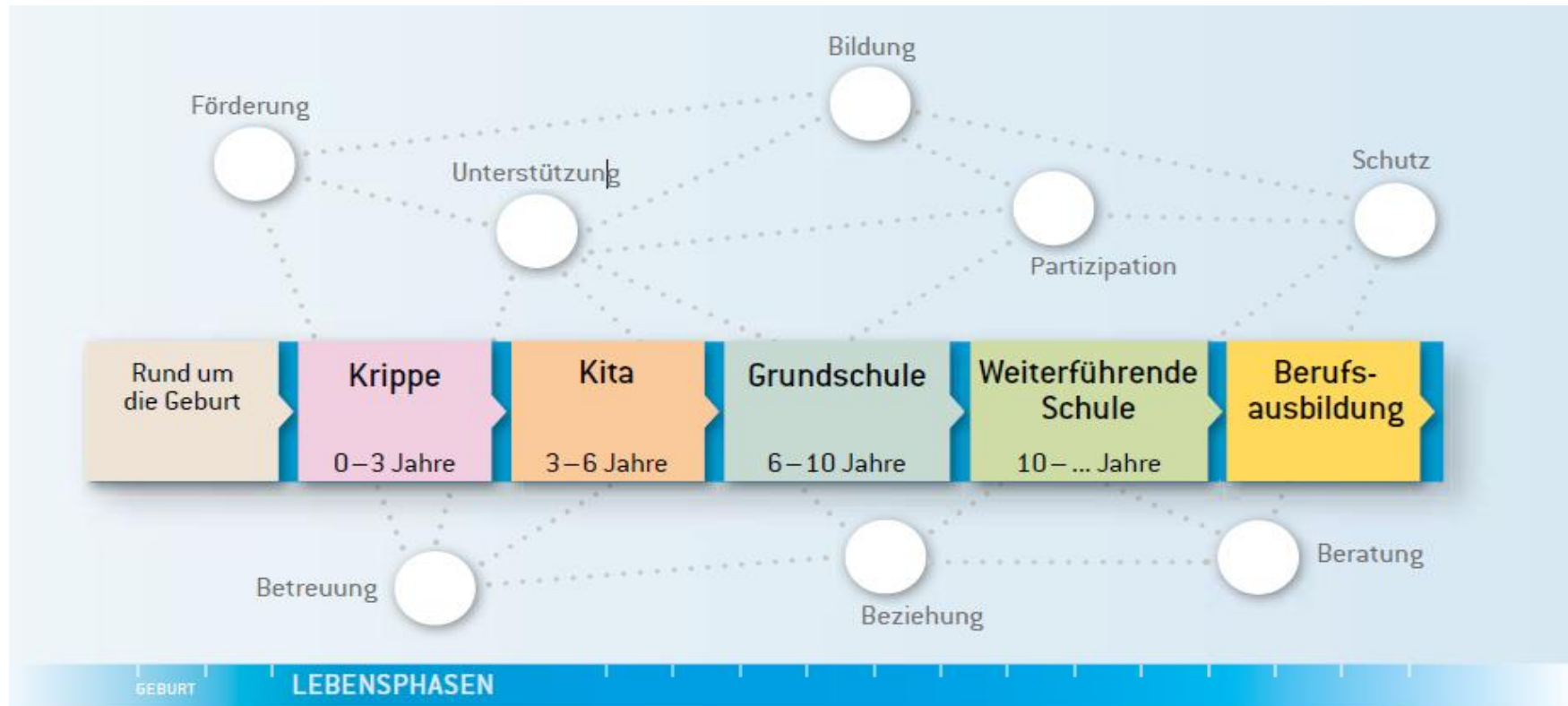


„PRÄVENTIONSKETTEN“

- Unterstützung und Hilfe so früh wie möglich
- Professionsübergreifende Zusammenarbeit
- Nutzung der Ressourcen unterschiedlicher Sektoren
- Übergänge werden als Chancen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche gestaltet und bestehende Hürden reduziert

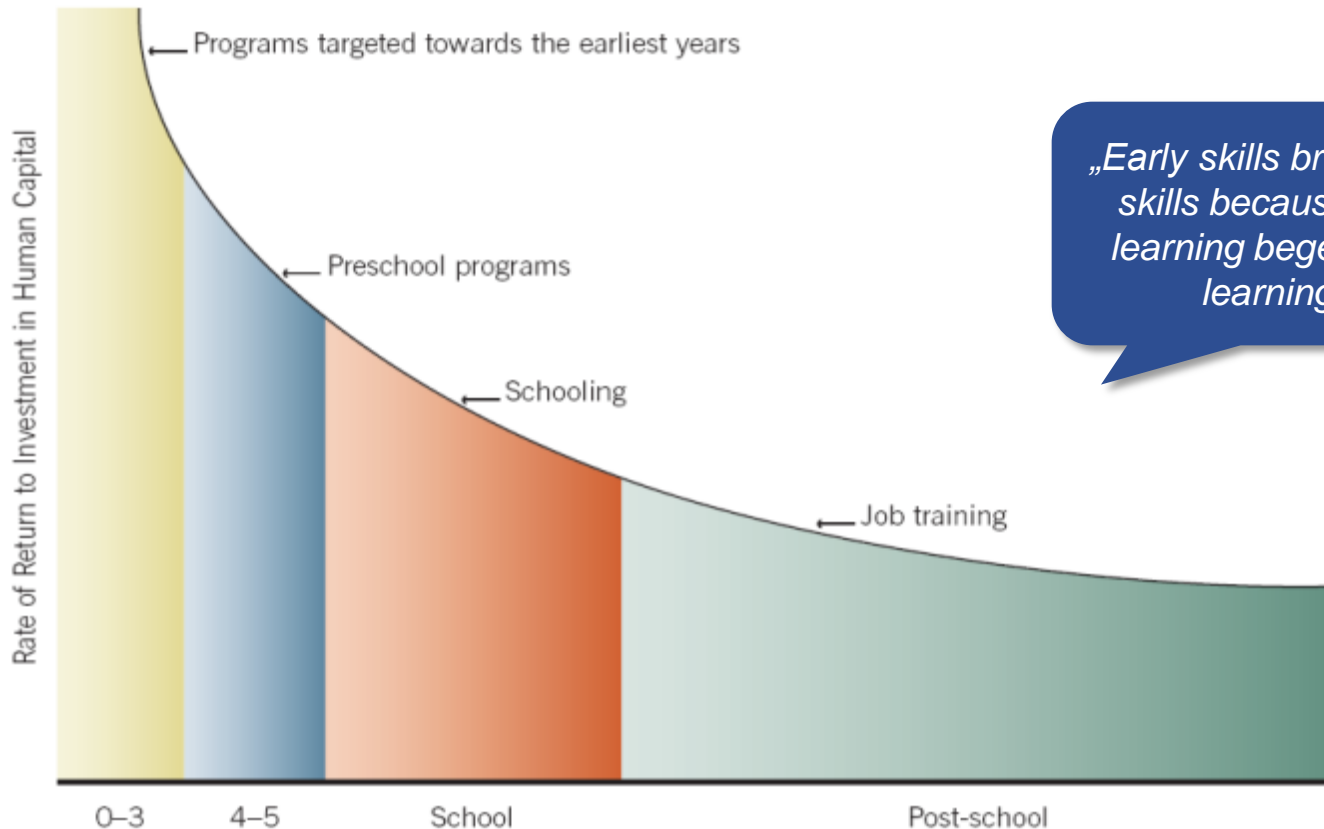


EINE PRÄVENTIONSKETTE IST:



DIE HECKMAN-THEORIE „LIFE CYCLE SKILL FORMATION“

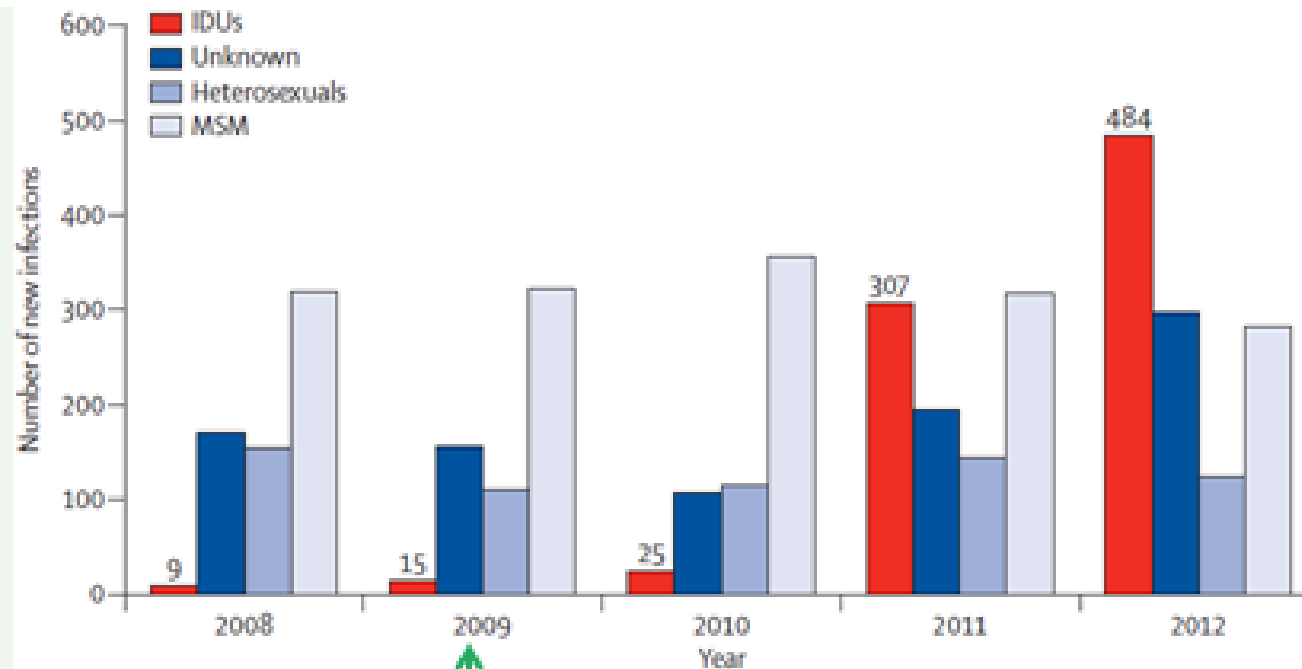
Rendite eines in Bildung investierten Dollars über die gesamte Bildungsbiographie:



„Early skills breed later skills because early learning begets later learning.“

Heckman, James & Masterov, D.:
The Productivity Argument for
Investing in Young Children, 2007

HERAUSFORDERUNG: UNGLEICHE GESUNDHEITSCHANCEN: FOLGEN DER SPARPOLITIK IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST GRIECHENLAND AM BEISPIEL HIV INFEKTIONEN,

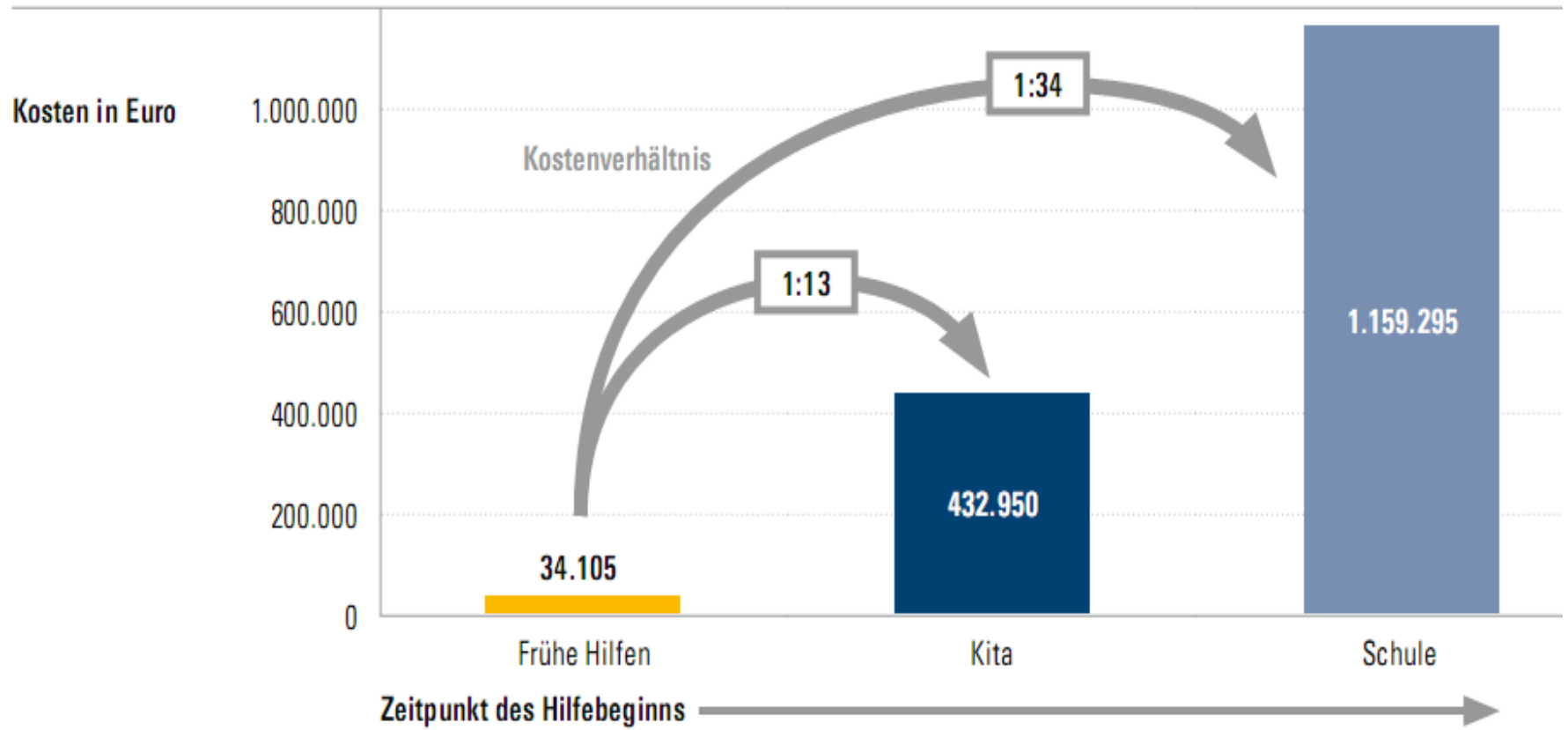


2009: 1/3 street programmes cut,
Drop in distribution of syringes (10%)
and condoms (24%) to drug users

Kentikelenis et al Lancet 2014

KOSTEN UND NUTZEN FRÜHER HILFEN NACH SZENARIEN FÜR KITA UND SCHULE

Kosten im Lebenslauf nach dem Zeitpunkt des Hilfebeginns



Quelle: Meier-Gräwe, Wagenknecht (2011)

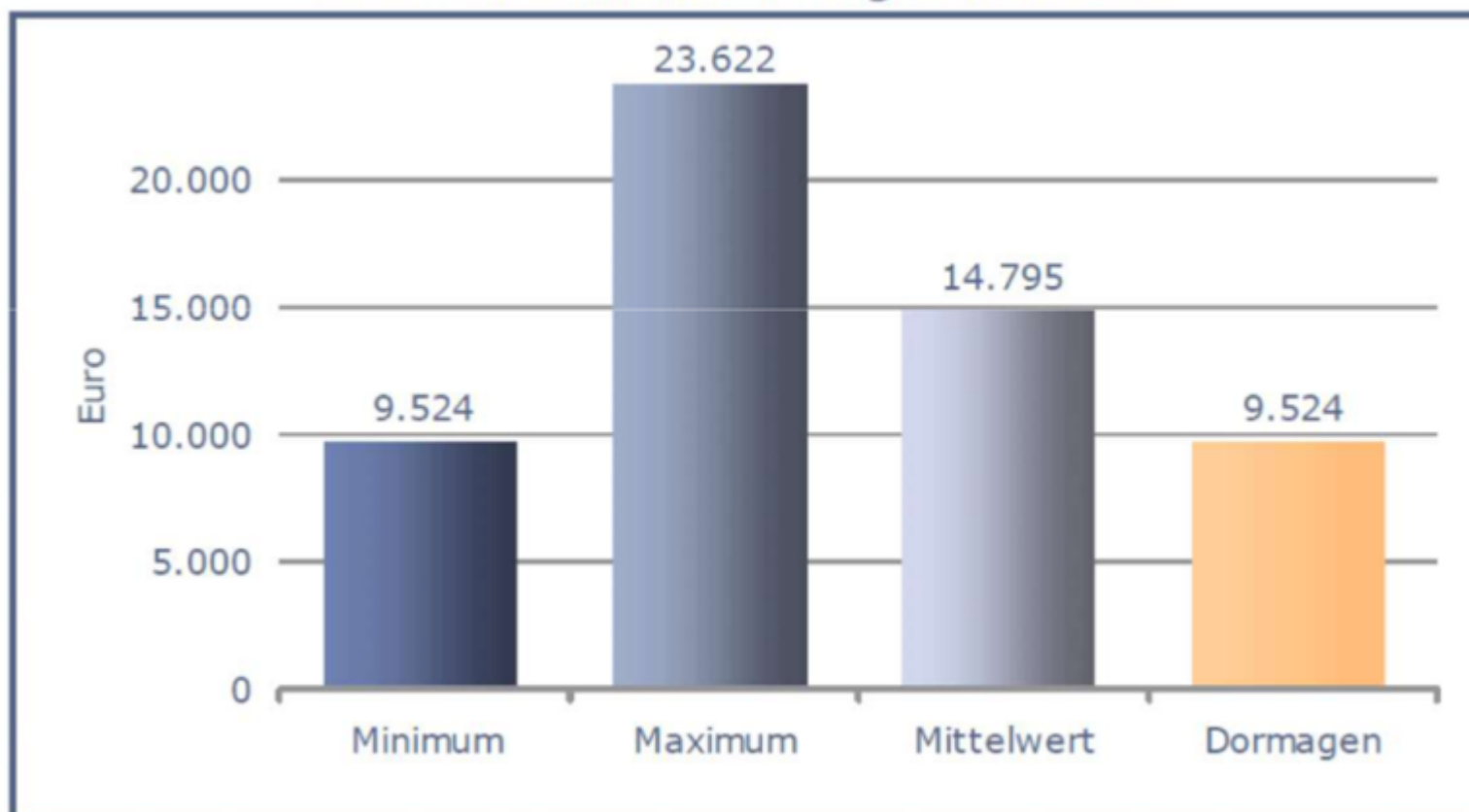
Dormagen: Netzwerk Frühe Förderung seit Mitte der 90er Jahre



- Seit 2005 Zunahme der frühen und präventiven Hilfen
- Seit 2007 starker Rückgang der Inobhutnahmen bei Kindern unter sechs Jahren
- Rückgang der Sorgerechtsentzüge (keiner seit 2006!)
- Starke Steigerung der Teilnahme an Elternbildungsangeboten und Elternkompetenztrainings
- „Über 99% der Eltern empfangen uns zum Hausbesuch.“

ERGEBNISSE IN DORMAGEN

Ausgaben der Hilfe zur Erziehung je Hilfefall mit § 35a SGB VIII im interkommunalen Vergleich in 2007



Quelle: Bericht der Gemeindeprüfungsanstalt (GPA) in NRW von Oktober 2009 bis Februar 2010

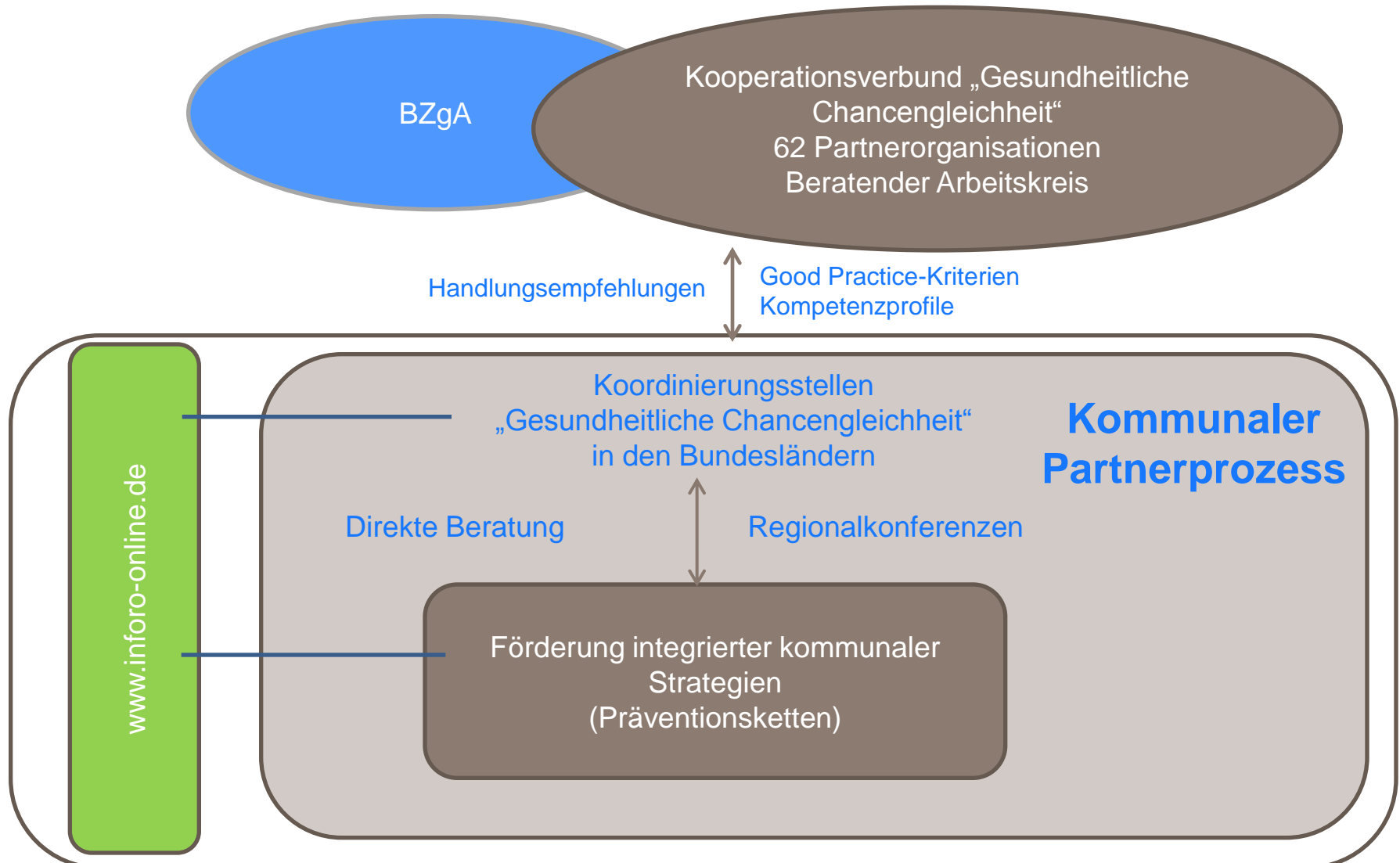
12 JAHRE KOOPERATIONSVERBUND „GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT“

- Bundesweites Verbundprojekt mit 62 Partnern
- Gründung 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Ziel: Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit
- zentrale Aktivität seit 2011: Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Partner des Kooperationsverbundes



Kommunaler Partnerprozess im Kooperationsverbund





Weiterentwicklung des Good Practice-Ansatzes

- ➔ **12 Good Practice-Kriterien** durch den Beratenden Arbeitskreis entwickelt und konsentiert
- ➔ **120 ausgezeichnete Good Practice-Beispiele** auf der Internetplattform gesundheitliche-chancengleichheit.de vorgestellt
- ➔ Entwicklung und Durchführung von **Good Practice-Werkstätten** für direkten Austausch vor Ort
- ➔ **anschauliche Arbeitshilfen** „Aktiv werden für Gesundheit“
- ➔ **Veröffentlichung von Good Practice - Steckbriefen**

The screenshot shows the website interface for 'Kooperationsverbund GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT'. The main navigation bar includes 'Über den Verbund', 'Wir in den Ländern', 'Praxisdatenbank', 'Good Practice', 'Partnerprozess', 'Qualität im Setting', 'Veranstaltungen', and 'Service'. The 'Praxisdatenbank' sidebar has options like 'Über die Praxisdatenbank', 'Recherche', 'Mein Angebot', 'Häufige Fragen', and 'Neueste Angebote'. The main content area is titled 'Recherche' and shows search criteria, a search result count of 118, and a table of results. The table has columns for 'Nr.', 'Titel', 'Anbieter', and 'Jahr'. The results list various 'Good Practice' examples such as 'Altersfreundliche Kommune - Stadtteilanalyse Weinheim-West' and 'Generationennetz Gelsenkirchen e. V.'.

Nr.	Titel	Anbieter	Jahr
1	GOOD PRACTICE Altersfreundliche Kommune - Stadtteilanalyse Weinheim-West (69115 Heidelberg)	Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg	2015
2	GOOD PRACTICE Generationennetz Gelsenkirchen e. V. (45879 Gelsenkirchen)	Generationennetz Gelsenkirchen e. V.	2015
3	GOOD PRACTICE Netzwerk für Familien (NeFF), Dormagen (41539 Dormagen)	Stadt Dormagen	2014
4	GOOD PRACTICE 'Du weißt, wo's lang geht' (24939 Flensburg)	Stadt Flensburg Gesundheitsdienste	2014
5	GOOD PRACTICE Gesund und fit 50+ (79114 Freiburg)	Quartiersarbeit Weingarten-West des Forum Weingarten e.V.	2014
6	GOOD PRACTICE open.med (80737 München)	Ärzte der Welt e.V.	2014
7	GOOD PRACTICE arbeit & gesundheit (89081 Ulm)	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	2013
8	GOOD PRACTICE Sport- und Bewegungsangebote für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche (10119 Berlin)	Humboldt-Universität zu Berlin, Phil. Fakultät IV, Institut für Sportwissenschaft, Sportsoziologie	2012

Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!

GOOD PRACTICE

1. Beteiligung

2. Partnerschaftlich zusammen arbeiten

3. Niedrigschwellige Angebote schaffen

4. Ressourcenorientierung

5. Die Lebenswelt gestalten

6. Multiplikatoren/innen einbinden

7. Ehrenamtliche qualifizieren und unterstützen

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Entwicklung der Good Practice-Steckbriefe

- über die Praxisbeispiele hinaus weitere Informationen zur Umsetzung der Kriterien erhalten
- Zugang zu und die Arbeit mit den Kriterien erleichtern
- Reflexion über die Qualität der Arbeit unterstützen
- Umsetzung der Kriterien als Prozess verdeutlichen
- zu einem besseren inhaltliches Verständnis beitragen
- Wege und Möglichkeiten zur Entwicklung qualitätsgesicherter Praxis aufzeigen

→ „**Handwerkszeug**“, welches Praktikerinnen und Praktiker bei der *fachlichen* Konzeption und Umsetzung von Gesundheitsförderung unterstützt





Partner- und online teilnehmende Kommunen

[Stand 24.06. 2015]

KOMMUNALER ERFAHRUNGSSCHATZ



Stadt Braunschweig
Präventionsnetzwerk



Landkreis Zwickau
Netzwerk zur Förderung des Kindeswohls



Stadt Leipzig

- Leipziger Netzwerk für Kinderschutz
- Koordinierungsstelle Gesundheit



Marzahn
Hellersdorf

Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf
Aufbau einer Präventionskette

Stadt Dormagen
Dormagener Netzwerk
für Familien - NeFF

Willkommen
Netzwerk für Familien

WILLKOMMEN VON ANFANG AN

Stadt Kassel
Willkommen von Anfang an
– Gesunde Kinder in Kassel

AUSBLICK PRÄVENTIONSGESETZ

- Verbesserung von **Kooperation und Koordination** aller Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen
- Stärkung der **Lebenswelten/Settings** Kita, Schule, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen
- Sicherstellung von **Qualität** und Förderung der **Wirksamkeit** von Leistungen
- Verbesserung der **Rahmenbedingungen** der **Betrieblichen Gesundheitsförderung**
- Fortentwicklung der Leistungen zur **Früherkennung** von Krankheiten zu **Gesundheitsuntersuchungen**
- Förderung des **Impfwesens**
- Präventionsangebote für Menschen in **stationärer Pflege** durch soziale Pflegeversicherung
- (Finanzielle) Unterstützung der gesundheitlichen **Selbsthilfe**

AUSBLICK PRÄVENTIONSGESETZ

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (**primäre Prävention**) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (**Gesundheitsförderung**) vor.

Die Leistungen sollen insbesondere zur **Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen** beitragen (...).

| .

AUSBLICK PRÄVENTIONSGESETZ

Übergreifende Regelungen

- GKV-Spitzenverband legt Handlungsfelder und Kriterien fest (Leitfaden Prävention)
- Leistungen bleiben Satzungsleistungen
- *Neu1*: Sachverstand wird gesetzlich festgelegt
- *Neu2*: Qualitätskriterien gesetzlich erweitert
- *Neu3*: Gesundheitsziele sollen berücksichtigt werden
- *Neu4*: Mehr Geld – 7 €, 2 € GF LW, 2 € BGF

| Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Satzungsleistungen stehen in der Regel im freien Ermessen der Krankenkassen und können im Wettbewerb der Krankenkassen eingesetzt werden. Soweit sie bestehen, ist die Krankenkasse gegenüber allen Versicherten an ihre Satzungsregelung gebunden.

AUSBLICK PRÄVENTIONSGESETZ

Der bestehende Krankenkassenwettbewerb ist nicht förderlich für das Erreichen von sozial benachteiligten Zielgruppen, wenn er Marketing und Gewinnung „guter Versichertenrisiken“ fokussiert und nicht zielorientiert über die besten Präventionsansätze und Qualität der Leistungserbringung ausgetragen wird. Dagegen bieten die neuen Regelungen des Präventionsgesetzes zur trägerübergreifenden Kooperation gute Ansatzpunkte, um Angebote für die Zielgruppe der Arbeitslosen vor Ort und dem Bedarf entsprechend auszugestalten.

- Zitat: Dr. Holleder, in: GKV/MDS Präventionsbericht 2015

KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT



ARMUT UND GESUNDHEIT 2016
Der Public Health-Kongress in Deutschland

Gesundheit ist gesetzt!?

Donnerstag und Freitag, 17. und 18. März 2016 an der Technischen Universität Berlin





Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit