

Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit

[Lotte Kaba-Schönstein](#), [Holger Kilian](#)

(letzte Aktualisierung am 15.06.2018)

Aktuelle Version

doi: [10.17623/BZGA:224-i052-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i052-1.0)

Gesundheitsförderung, soziale Benachteiligung und gesundheitliche Chancengleichheit stehen in einem engen konzeptionellen Zusammenhang. Gesundheitsförderung ist im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Konzept zur Beeinflussung der → [Determinanten der Gesundheit](#) entwickelt und verbreitet worden, um das gesundheitspolitische Ziel der "Gesundheit für alle" umzusetzen und die → [gesundheitliche Chancengleichheit](#) zu verbessern (→ [Gesundheitsförderung 1-3](#)).

Bei der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen stehen v.a. Menschen und Bevölkerungsgruppen im Fokus, die von *vertikaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind, d.h. die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf) geringere soziale und gesundheitliche Chancen haben und dadurch benachteiligt bzw. besonders vulnerabel (verletzlich) sind.

In den letzten Jahren wurde diese Perspektive erweitert auf Menschen und Bevölkerungsgruppen, die von *horizontaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Im Fokus der Wahrnehmung stehen hier insbesondere die Faktoren bzw. Eigenschaften Geschlecht, (frühes und fortgeschrittenes) Lebensalter und Migration(-shintergrund) und wurden zum Gegenstand von Initiativen (→ [Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming](#), → [Frühe Hilfen](#), → [Alter\(n\) und Gesundheitsförderung](#), → [Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund](#)). Das → [Präventionsgesetz](#) von 2015 hat im § 20 SGB V das Ziel der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit erweitert um die Verminderung der geschlechtsbezogenen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Enge Verbindungen bestehen zwischen Ungleichheit, Differenzen und Vielfalt (→ [Diversity und Diversity Management](#)).

Die Perspektive wurde in einem letzten Schritt auch ausgeweitet auf die Problematik des sozialen Gradienten, der sich durch alle Bevölkerungsschichten und -gruppen zieht (→ [Soziale Ungleichheit und Gesundheit](#)).

Probleme und Herausforderungen

Die Probleme und Herausforderungen einer Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen sind schon seit den 1970er Jahren bekannt und benannt worden:

- Missverhältnis zwischen größeren Gesundheitsproblemen und "erschwertem Zugang" zu (sogenannten) "schwer erreichbaren Zielgruppen" (→ [Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren](#)),
- Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch "soziallagenblinde" Angebote und Komm-Strukturen,
- Gefahren der Diskriminierung, Stigmatisierung und der Schuldzuweisung (Blaming the victim - dem Opfer die Schuld geben), der wohlmeinenden Bevormundung, die i.d.R. auf der Grundlage von Expert/innen-Wissen festlegt, was für die benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Individuen "das Beste" ist.

Beklagt wird seither, dass viele der üblichen Angebote zur Gesundheits-"Erziehung", die auf Komm-Strukturen beruhen, gerade die Gruppen mit den größten Gesundheitsproblemen nicht erreichen.

Als besonders bedeutsam stellte sich dabei das Problem der "versehentlichen" Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch gut gemeinte, aber "soziallagenblinde" Gesundheits-"Erziehung" und "-Bildung" heraus. Das Problem entsteht aus der sozial unterschiedlichen Zugänglichkeit, Inanspruchnahme und Akzeptanz dieser Angebote, die (oft unreflektiert) mittelschichtorientiert sind und bevorzugt Menschen mit höherem sozioökonomischem Status erreichen. Wenn diese Angebote zwar bei diesen erfolgreich sind, benachteiligte Menschen aber gerade nicht erreichen, öffnen sie die Schere der gesundheitlichen Ungleichheit noch weiter (→ [Präventionsparadox](#))

Dies geschieht auch dann, wenn durch die Einengung auf die verhaltensgebundenen Determinanten der Gesundheit die Gesamtsituation und die → [Lebenslage\(n\)](#) der benachteiligten Menschen nicht berücksichtigt werden. Obwohl ihre gesundheitliche Situation wesentlich auf schwierige Umstände und Lebensbedingungen zurückzuführen ist, wird ihnen gleichwohl die "Eigenverantwortung" für ihre gesundheitliche Lage und die "Schuld" an ihrer eventuell gesundheitsriskanten → [Lebensweise](#) und riskantem → [Gesundheitsverhalten](#) gegeben (Blaming the victim).

Wenn in der Gesundheitsförderung versucht wird, auf die spezifischen Lebensbedingungen von Gruppen sozial benachteiligter Menschen einzugehen und speziell auf sie zugeschnittene, an der sozialen Lage der Zielgruppen ausgerichtete Programme und Projekte zu entwickeln, kann das Problem der Stigmatisierung durch Sonderprojekte und durch diskriminierende Bezeichnungen auftauchen.

Die beschriebenen Probleme und Herausforderungen waren auch Bestandteil der Kritik an der "traditionellen" Gesundheitserziehung und Prävention. Sie sind gesundheitspolitisch aufgenommen worden in der Entwicklung der WHO - Strategien "Gesundheit für alle" mit der seit 1978 konstanten prioritären Zielsetzung der gesundheitlichen Chancengleichheit (GFA 2000, Gesundheit21, Gesundheit 2020). Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit war auch grundlegend für die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzepts nach dem Verständnis der WHO (→ [Gesundheitsförderung 1-3](#), → [Chancengleichheit](#)).

Die Diskussion und die einschlägigen praktischen Bemühungen sind seit den 1990er Jahren intensiviert worden, insbesondere durch den Fortschritt der Sozialepidemiologie im Nachweis und in der Beschreibung von vertikalen und horizontalen gesundheitlichen Ungleichheiten sowie von sozialen Determinanten der Gesundheit. Insgesamt besteht gegenwärtig (Sommer 2018) jedoch immer noch ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen dem immer größeren Wissen über die bestehenden und teilweise zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten, den noch unvollkommenen Versuchen, sie zu erklären sowie den erst spärlichen Nachweisen von erfolgreichen Ansätzen einer nachhaltigen Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Ansätze und Handlungsebenen einer Gesundheitsförderung zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten

Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Euro) sind von Whitehead (1991) sowie Dahlgren und Whitehead (1993) Konzepte und Strategien zur Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich entwickelt und konkretisiert worden, die auch für die Gesundheitsförderung in diesem Bereich weiterhin grundlegend sind. Diese Ausarbeitungen sind auch in den Abschnitt "Schließung der gesundheitlichen Kluft innerhalb der Länder" in der WHO-Strategie "Gesundheit21" eingeflossen.

Eine Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen kann sich orientieren an den von Dahlgren und Whitehead erarbeiteten Hauptdeterminanten und -strategien zur Verbesserung der Gesundheit und zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten:

- Individuen stärken,
- Gemeinden und Gemeinschaften stärken,
- Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern,
- makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen.

Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten nach Whitehead Individuen stärken

- Gesundheitsverhalten beeinflussen (Wissen, Motivation, Risikoverhalten)
- Bewältigungsfähigkeiten/Stressmanagement stärken
- Gesundheitsbildung/-beratung erweitern
- Empowerment, soziale Unterstützung und Begleitung fördern

Gemeinden/Gemeinschaften stärken

- Soziale Netzwerke aufbauen und stärken
- Gemeindeentwicklungs- und Regenerationsprogramme initiieren und weiterentwickeln
- Ökonomische, soziale, ökologische Strukturen gesundheitsgerecht gestalten
- Beteiligung an Planungen und Entscheidungen ermöglichen

Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern

- Voraussetzungen für Gesundheit im Alltag schaffen (Wasser, Wohnungen, Beschäftigung, Ernährung, Erziehung/Bildung, Gesundheitsversorgung, psychosoziale Unterstützung)
- Niederschwelligkeit sicherstellen - finanzielle, kulturelle, geografische Barrieren senken

Makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen

- Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessern durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäftigungs-, Einkommens- und Steuerpolitik, Armutsbekämpfung, Chancengleichheitspolitik

Abb. 1: Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten nach Whitehead: Zusammengestellt nach Whitehead 1995, in Benzeval et al., Tackling Inequalities in Health, 1995, 22-52

Bei den *strategischen Überlegungen für grundlegende Ansatzpunkte und "Zugänge"* einer Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Benachteiligung hat die WHO in "Gesundheit21" (WHO 1999), wie auch schon Dahlgren und Whitehead, einige weitere grundsätzliche Möglichkeiten und Perspektiven erörtert:

- *das Ansetzen an Gesundheitsdeterminanten*, d.h. sowohl die sozioökonomischen Grundursachen der Benachteiligung als auch die persönlichen Determinanten zu gestalten, z.B. schlechte Wohnbedingungen oder riskantes Gesundheitsverhalten,
- *das Ansetzen an konkreten Gesundheitsproblemen*, d.h. die spezifischen Gesundheitsprobleme in den Blick zu nehmen, bei denen signifikante Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen beobachtet werden,
- *das Ansetzen bei besonders gefährdeten Gruppen*, für die differenzierte Politikziele aufgestellt werden können. Aufsuchende Dienste und Methoden und ganzheitliche, integrierte Programme, die möglichst viele Bereiche und Stellen einbeziehen, werden als für sozial benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen besonders notwendig empfohlen. Derineingansatz/Lebensweltansatz der

Gesundheitsförderung wird als besonders geeignet angesehen, sozial benachteiligte Menschen und Gruppen in ihrem Alltag und in ihrer Lebenswelt nachhaltig über einen nichtdiskriminierenden und nichtstigmatisierenden Zugang zu erreichen und zu beteiligen ([Partizipation](#), → [Empowerment](#)) sowie die Strukturen der Lebenswelten nachhaltig gesundheitsgerecht(er) zu gestalten.

Seit Mitte der 2000er Jahre werden international v.a. drei prinzipiell mögliche Ansätze und Prioritäten der Erhöhung der Chancengleichheit und Gesundheitsförderung diskutiert (Whitehead und Dahlgren 2006):

1. Gesundheit(-sförderung) mit/bei am meisten betroffenen ("ärmsten") Gruppen,
2. Verringerung der Kluft zwischen den verschiedenen Gruppen,
3. Ansetzen am sozialen Gradienten: Gesamtpolitik, die alle Gruppen berücksichtigt, auch Angehörige mittlerer Statusgruppen.

Dabei ist zu beachten, dass diese drei Ansätze aufeinander aufbauen und sich ergänzen. Von Bedeutung ist, dass es bei der Verringerung der Kluft zwischen den Gruppen um ein Anheben der Gesundheit der am stärksten benachteiligten Gruppen geht und nicht um ein Absenken der Gesundheit privilegierter Menschen und Gruppen (Politik des "Levelling up").

International und national umgesetzt werden bislang v.a. die beiden ersten Ansätze. In Deutschland gibt es bisher einen Schwerpunkt und eine weitgehende Beschränkung auf den ersten Ansatz, die Gesundheitsförderung mit den am meisten betroffenen Menschen und Gruppen. In England wurde von der New Labour-Regierung (1997 - 2010) versucht, den zweiten Ansatz zu realisieren und über nationale Ziele auch die Kluft zwischen den verschiedenen Gruppen zu verringern. Das Ansetzen am sozialen Gradienten und den sozialen Determinanten sowie die Entwicklung einer Gesamtpolitik der Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten wird (seit 2003) im Rahmen der schwedischen Public-Health-Politik (→ [Gesundheitspolitik](#)) und der Norwegischen Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten versucht. Neuere, an den (sozialen und politischen) Determinanten der Gesundheit orientierte Strategien gehen davon aus, dass es notwendig ist, an den "Ursachen der Ursachen" (Causes of the causes) und Kausalketten von Gesundheits- und Ungleichheitsproblemen "stromaufwärts" anzusetzen (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Ursachenketten und -ströme in einer Gesamtstrategie zur Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten (modifiziert nach Directorate for Health and Social Affairs, Norway, Oslo 2007)

"Stromaufwärts" (upstream) und "stromabwärts" (downstream) beziehen sich auf die im Bereich der Bevölkerungsgesundheit/Public Health verbreitete Flussparabel, in der die Unterschiede zwischen einer individualmedizinischen und einer Bevölkerungsperspektive auf die Gesundheit von Menschen, die "in den Fluss gefallen sind", verdeutlicht werden. In diesem Bild konzentriert die Individualmedizin sich darauf, ertrinkende Menschen aus dem Fluss zu ziehen, wiederzubeleben und zu behandeln. Sie ist mit dieser Aufgabe so ausgelastet, dass keine Energie übrig bleibt, sich darüber Gedanken zu machen, was in der Flussmitte passiert - dort, wo die Menschen in den Fluss fallen und wo sie das Schwimmen lernen könnten (Kompetenzstärkung, Empowerment). Die Perspektive der Bevölkerungsgesundheit/Öffentlichen Gesundheit liegt näher an der Quelle, am Ursprung, wo die (gesellschaftlichen) Bedingungen und Strukturen liegen und beeinflusst werden, die bestimmen, dass Menschen und Bevölkerungsgruppen ungleiche Chancen und Risiken haben, in den Fluss zu fallen bzw. schwimmen zu lernen. Hier, nahe am Ursprung, setzen Gesundheitsförderung und → [Prävention](#) (Public Health) an. In dieser Perspektive wird der individualisierende, auf Verhaltensursachen ("Risikoverhalten") verengte Blick erweitert, indem die dem Verhalten zugrunde liegenden strukturellen "Ursachen der Ursachen" (soziale und politische Determinanten) beeinflusst werden.

Auch das Konzept der Verwirklichungschancen (Sen) findet in der Diskussion der Gesundheitsförderung zur Reduktion ungleicher Gesundheitschancen zunehmende Aufmerksamkeit → [Verwirklichungschancen/Capability Konzept](#)).

Entwicklung und derzeitige Situation in Deutschland

Die Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen befindet sich in Deutschland in einer Phase der gesteigerten Wahrnehmung des Handlungsbedarfs, die sich auch in den einschlägigen Entschlüssen äußert. Sie ist bisher gekennzeichnet durch viele isolierte und nur vereinzelt abgestimmte Aktivitäten, Arbeitskreise und Projekte weitgehend voneinander unabhängiger Akteure. Erschwert und verzögert wurde die Entwicklung in Deutschland dadurch, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesundheitspolitik relativ lange vernachlässigt worden sind. Zudem beschränkt die föderale Struktur des Gesundheitswesens die Zielsetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit auf der Bundesebene (→ [Gesundheitsförderung 5](#)). Die Umsetzung des 2015 verabschiedeten → [Präventionsgesetzes](#) mit den 2016 vorgestellten Bundesrahmenempfehlungen und der Konkretisierung in Landesrahmenvereinbarungen bietet Ansatzpunkte zur strategischen Weiterentwicklung des Handlungsfeldes.

Es gibt eine Vielzahl von Akteuren, die Gesundheitsförderung im Sinne der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit initiieren, durchführen bzw. unterstützen (können). Neben den Akteuren der Gesundheitsförderungspolitik und gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik auf Bundes- und Landesebene zählen dazu die Sozial- und Gesundheitspolitik und -Dienste der Kommunen, der Wohlfahrtsverbände sowie zielgruppenspezifische Akteure und Angebote (z.B. Migrationsdienste, Wohnungslosenhilfe), der Bildungsbereich (Kindertagesstätten, Schulen), die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Altenhilfe.

Ein wichtiger Impuls zur Entwicklung einer an der sozialen Lage orientierten Gesundheitsförderung war durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 gesetzt worden. Die gesetzlichen Krankenkassen erhielten in § 20 SGB V den Auftrag, mit ihren Leistungen der Primärprävention insbesondere "einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen" ([Gesundheitsförderung 5](#)).

Als wesentliche Informationslücke für Deutschland wurde auf einem Expertenworkshop der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2001 der fehlende Überblick über die laufenden und abgeschlossenen Interventionen nach Zielgruppen, Settings, Interventionstypen, beteiligten Akteuren und Ergebnissen festgestellt. Die Erstellung eines solchen Überblicks wurde 2002 eingeleitet über ein Projekt der BZgA (in Zusammenarbeit mit Gesundheit Berlin e.V. [seit 2009 Berlin-Brandenburg e.V.]) zur Dokumentation gesundheitsfördernder Projekte, aus dem sich in mehreren Entwicklungsschritten die bundesweite Übersicht auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank entwickelt hat. Die in der bundesweiten Praxisdatenbank vertretenen Angebote und Maßnahmen verdeutlichen die Spannweite der Handlungsfelder und -ansätze der Gesundheitsförderung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Im November 2003 wurde auf Initiative der BZgA und gemeinsam mit gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und den Landesvereinigungen für Gesundheit der bundesweite Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" gegründet (seit 2012 Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"). Mittlerweile zählen auch die Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesagentur für Arbeit zu den 66 Kooperationspartnern (Stand Sommer 2018).

Die Mitglieder im Kooperationsverbund verfolgen das gemeinsame Ziel, bundesweit die Bedingungen für eine gute Gesundheit aller Menschen zu verbessern, unabhängig von deren jeweiligen sozialen Lage. Dies geschieht im Wesentlichen durch die Herstellung von Transparenz über Angebote und Aktivitäten (s. Absatz "Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und Arbeitshilfen"), die Förderung der Qualitätsentwicklung (s. Absatz "Die Good Practice-Kriterien"), die Vernetzung von Akteuren (s. Absatz "Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit") und die Unterstützung bei der Umsetzung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung (→ [Setting-Ansatz](#)) auf kommunaler Ebene (s. Absatz "Kommunaler Partnerprozess ‚Gesundheit für alle‘").

Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und Arbeitshilfen

Die bundesweit umfassendste Plattform zu Themen rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit richtet sich an Personen und Organisationen, die Informationen und Materialien zu diesem Thema suchen, beispielsweise Projektverantwortliche, Fachkräfte der Kommunalverwaltung oder Studierende. Neben Informationen zu Struktur und Arbeitsweise des Kooperationsverbundes und der bundesweiten Praxisdatenbank finden sich auf der Website des Kooperationsverbundes die Seiten der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern, Informationen zur Qualitätsentwicklung (Good-Practice-Kriterien und -Beispiele, Qualität von Setting-Interventionen), umfangreiche Materialien rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sowie eine bundesweite Übersicht zu Veranstaltungsterminen.

Auf der Website stehen auch zahlreiche Materialien und Handreichungen zur Verfügung, die über Themen und Handlungsansätze informieren oder ganz praktisch die Arbeit vor Ort unterstützen. Dies gilt insbesondere für die seit 2009 kontinuierlich weiter entwickelten Arbeitshilfen "Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung". Sie enthalten aktuell sieben Fachhefte, die sich ausdrücklich auch an kommunale Akteure außerhalb des Gesundheitsbereiches wenden und aufzeigen, wie kommunale Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit gestaltet werden können. Jedes der Fachhefte behandelt einen wichtigen Aspekt der gesundheitsförderlichen Quartiersentwicklung - vom Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung als Grundlage über die partizipative Erstellung von Bestandsaufnahmen bis zur Gestaltung von Kooperationsbeziehungen im Quartier. In die Entwicklung der Arbeitshilfen gingen unter anderem eine Auswertung der Beispiele guter Praxis ein, die Ergebnisse mehrerer Expert/innen-Workshops sowie die Erfahrungen aus der Arbeit der Koordinierungsstellen auf Landesebene. Die Arbeitshilfen können über die Website kostenlos in elektronischer Form oder als Print-Version bezogen werden.

Auch in anderen Handlungsfeldern bündelt der Kooperationsverbund das Handlungswissen von Akteuren der Gesundheitsförderung, z.B. zu den gesundheitsrelevanten Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen, die sich im Zusammenhang mit Veränderungen in der Arbeitswelt, wie der Zunahme unsicherer Beschäftigungsverhältnisse, ergeben. Das Eckpunkte-Papier "Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen" findet sich ebenfalls auf der Website.

Die Good Practice-Kriterien

2003 zeigte die Analyse der in der Praxisdatenbank vertretenen Projekte und Maßnahmen einen Bedarf, die Qualitätsorientierung über Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen und Gruppen zu unterstützen. Daraufhin wurden von dem beratenden Arbeitskreis "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die vorhandenen Wissensgrundlagen und Erfahrungen analysiert und auf dieser Grundlage zwölf Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und konsentiert (s. Abb. 3).

Basiskriterien

1. Konzeption

Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt.

2. Zielgruppenbezug

Die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt.

3. Setting-Ansatz

Lebenswelten sind gesundheitsgerecht gestaltet.

Zielgruppenorientierung

4. Empowerment

Einzelne und Gruppen sind befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.

5. Partizipation

Entscheidungsbefugnisse sind an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen.

6. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Zugangshürden sind vermieden.

7. Multiplikatorenkonzept

Multiplikator/innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen.

Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahmen

8. Nachhaltigkeit

Die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiter entwickelt.

9. Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung

Die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden.

10. Qualitätsmanagement

Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet.

11. Dokumentation und Evaluation

Prozesse, Strukturen und Arbeitsergebnisse werden dokumentiert, überprüft und bewertet.

12. Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses

Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt.

Abb. 3: Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (modifiziert nach Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017)

Seit November 2015 liegen die Good-Practice-Kriterien auch als inhaltlich erweiterte und konkretisierte "Steckbriefe" vor (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015). Jeder der zwölf Kriterien-Steckbriefe enthält jeweils diese vier Elemente: 1. kurze Definition, 2. Darstellung aufsteigender Umsetzungs-Stufen (von ‚überhaupt nicht‘ bzw. ‚nur ansatzweise umgesetzt‘ bis zu ‚umfassend umgesetzt‘), 3. kurze Erläuterung der Stufen und 4. weiterführende Literaturhinweise. Die Beschreibung aufsteigender Umsetzungs-Stufen für jedes Kriterium unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur schrittweisen Weiterentwicklung der Praxis aufzuzeigen.

Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Um Transparenz und Zusammenarbeit auch auf der Landesebene zu verbessern, wurden in den 16 Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Institutionen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) (ehemals "Regionale Knoten") eingerichtet, die seit 2012 als "Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit" (KGC) arbeiten. Sie sensibilisieren für die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung, vernetzen die Akteure im Bundesland, begleiten kommunale Entwicklungsprozesse und unterstützen die Qualitätsentwicklung mittels des Good Practice-Ansatzes. Die KGC fördern eine handlungsfeld-übergreifende Perspektive und führen Akteure nicht nur aus dem Gesundheitsbereich sondern z.B. auch aus den Bereichen Arbeit und Soziales, Bildung, Stadtentwicklung und Umwelt zusammen. Neben der gesundheitlichen Versorgung sind auch beispielsweise Bildungschancen oder Umweltbelastungen Themen, ebenso wie die Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler (Gesundheits-) Strategien (vgl. folgenden Abschnitt) im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses "Gesundheit für alle".

Die KGC sind eine wichtige Struktur zur Umsetzung des → [Präventionsgesetzes](#) in den Bundesländern. Die Themen- und Arbeitsschwerpunkte der KGC werden - innerhalb eines bundesweit einheitlichen Aufgabenkatalogs - von den die KGC tragenden und steuernden Partnern im jeweiligen Land festgelegt.

Kommunaler Partnerprozess "Gesundheit für alle"

Der Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten (→ [Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie](#)) steht im Mittelpunkt des im Herbst 2011 durch den Kooperationsverbund initiierten kommunalen Partnerprozesses "Gesundheit für alle". Der Partnerprozess bietet Kommunen eine Plattform, sich über Strategien, Probleme und Lösungswege beim Aufbau kommunaler Präventionsketten auszutauschen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten ausgewählte Kommunen in ihren Bundesländern. Auf dem "Portal für Fachkräfte", [www.inforo-online](#) können sich die Kommunen in offenen oder geschlossenen Bereichen bundesweit austauschen. Mit dem Relaunch im Juni 2018 sind auf dem Portal neben der kommunalen Gesundheitsförderung und den Frühen Hilfen auch weitere Fachthemen, wie Suchtprävention und partizipative Gesundheitsforschung eingebunden. In den ersten Jahren der Arbeit standen vor allem die kommunalen Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen im Mittelpunkt, im November 2015 wurde der kommunale Partnerprozess unter dem aktuellen Titel "Gesundheit für alle" auf die gesamte Lebensspanne erweitert (→ [Gesundheitsförderung 5](#)). Die sehr stark institutionell geprägten Übergänge im Kindes- und Jugendalter (z.B. von der Kita in die Schule) sind in den späteren Lebensphasen wesentlich individueller und weniger normiert. Für die Gestaltung der kommunalen Strategien bedeutet dies, die Vernetzung der Unterstützungsangebote flexibler und breiter aufzustellen als für die ersten Lebensjahre. Die integrierte kommunale Strategie wird zur Klammer eines umfassenden kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventions-Netzwerkes.

Europäische Initiativen, Programme und Projekte mit deutscher Beteiligung.

Gesundheitliche Ungleichheiten (Health Inequalities, Health Inequity) sind ein globales und auch ein Problem aller europäischen Länder. Strategien zur Schließung der gesundheitlichen Lücke ("Closing the gap") und zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit erhalten zunehmend eine europäische Perspektive über gemeinsame Programme im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation und der Gesundheits(förderungs)politik der Europäischen Union (EU).

Die BZgA hatte von 2004 bis 2007 im Rahmen von EuroHealthNet die Federführung im EU-geförderten Projekt "Closing the Gap" ("European Partners for Equity in Health") zu Handlungsstrategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa. Das Nachfolgeprogramm DETERMINE (2007-2010) war ein ebenfalls im Rahmen von EuroHealthNet durchgeführtes Projekt zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit und Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Von 2011- 2014 war die BZgA am von der Europäischen Kommission geförderten Equity Action Programm beteiligt. Seit 2016 ist sie Partnerin in einem EU-Projekt zu Intersectoral Health and Environment Research for Innovation (INHERIT). (→ [Gesundheitsförderung 4](#)).

EuroHealthNet ist auf europäischer Ebene das zentrale Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt "Health Inequalities". Seit seiner neuen Ausrichtung (2013) versteht sich EuroHealthNet als europäische Partnerschaft zur Förderung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden. Es ist eine gemeinnützige Partnerschaft von 34 öffentlichen Organisationen der lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Ebene in Europa (Stand Juni 2018) mit dem Auftrag, gesündere Gemeinschaften aufzubauen und die gesundheitliche Ungleichheit in und zwischen den europäischen Staaten zu bekämpfen. EuroHealthNet unterstützt sowohl die Strategie "Gesundheit 2020" der WHO-Europa als auch die EU-Gesundheitsprogramme (→ [Gesundheitsförderung 3](#), → [Gesundheitsförderung 4](#)).

Der strategische EuroHealthNet - Plan 2014-2020 zielt auf eine nachhaltige Zukunft und einen umfassenden Beitrag zu Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden in Europa. EuroHealthNet ist beteiligt an den aktuellen Initiativen des Europäischen Parlaments zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten: *VulnerABLE: Improving the health of those in isolated and vulnerable situations* (2016-2017) und *"Reducing health inequalities among LGBTB people"* (2016 -2018) (www.eurohealthnet.eu).

Begrifflichkeiten, Synonyme: Es lässt sich ein zunehmendes Bemühen feststellen, Bezeichnungen der → [Zielgruppen](#) zu vermeiden, die diese (ungewollt) diskriminieren, stigmatisieren und zu passiven "Objekten" der Interventionen machen. Dieses Bemühen hat, zusammen mit vielen Unsicherheiten darüber, welche Begriffe "korrekt" sind, dazu geführt, dass es eine verwirrende Vielzahl synonym benutzter Begriffe und Bezeichnungen gibt, z.B. "soziallagenbezogene Gesundheitsförderung", "Gesundheitsförderung mit und für vulnerable Gruppen", "Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen ... in belasteten Lebenslagen ... in besonderen Lebenslagen". Bezeichnungen wie "ressourcenschwache" oder "sozial schwache" und "bildungsferne" Menschen sind zwar gut gemeinte Umschreibungen, können letztlich aber auch als stigmatisierend verstanden werden. Die Begrifflichkeiten in diesem Bereich bewegen sich auf einem schmalen Pfad zwischen realistischer Beschreibung, Diskriminierung und Beschönigung. Fachlicher Konsens besteht darüber, dass paternalistische Bezeichnungen wie "Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen" vermieden werden sollen bzw. dass sie erweitert werden in "mit und für". Die 2012 vorgenommene Umbenennung des bundesweiten Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" in "Gesundheitliche Chancengleichheit" ist in diesem Kontext als Perspektivwechsel zu verstehen: Der defizitorientierte Blick auf die soziale Benachteiligung wird zur ressourcenorientierten Perspektive auf das Ziel der gleichen Gesundheitschancen.

Stand und Perspektiven.

Bestehende und wachsende sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheit werden in Deutschland seit den 1990er Jahren verstärkt beachtet. Es wurden Strukturen wie der Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit" und die regionalen Koordinierungsstellen in den Bundesländern aufgebaut sowie Programme und Aktivitäten einer Vielzahl von Akteuren entwickelt und in einigen Bereichen auch aufeinander abgestimmt. Auch die Entwicklung und Verbreitung von Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und der besonders herausgestellten "Beispiele guter Praxis" sowie damit einhergehende Qualifizierungsmaßnahmen stellen eine sehr erfreuliche Kapazitätsentwicklung dar (→ [Capacity building](#); → [Gesundheitsförderung 5](#); → [Gesundheitsförderung 8](#)). Was bisher aber gleichwohl fehlt und auf die politische Agenda in Deutschland gesetzt werden muss, ist eine umfassende Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung und Prävention auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene mit einem gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz.

Das im Sommer 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (→ [Präventionsgesetz](#)) kann als ein Schritt in diese Richtung verstanden werden. Das Gesetz bestätigt und stärkt die Perspektive auf gesundheitliche Chancengleichheit, da es zusätzliche Ressourcen für lebensweltorientierte Maßnahmen bereitstellt und die Akteure aufruft, auf der Ebene von Bund und Ländern gemeinsame Präventionsstrategien zu entwickeln.

Seit Herbst 2016 ist es gelungen, als eine der ersten Maßnahmen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes, die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern deutlich auszubauen und formal abzusichern.

Gleichzeitig aber ist das Gesetz primär auf die gesetzliche Krankenversicherung und weitere Sozialversicherungsträger als Kostenträger ausgerichtet und beschränkt. Diese Struktur wird dem Anspruch eines umfassenden, an den sozialen und politischen Determinanten ansetzenden Upstream-Ansatzes nicht gerecht, der die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen als handlungsfeldübergreifende und gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht und alle gesundheitsrelevanten Akteursgruppen verbindlich einbezieht (Health in all Policies (HiAP) (→ [Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik](#); → [Gesundheitsförderung 3](#); [Gesundheitsförderung 4](#))).

Dahlgren und Whitehead (1993) schlagen in Anlehnung an den → [Public Health Action Cycle](#) folgenden strategischen Planungsprozess vor:

- Beurteilung der Lage, Abschätzung des Problemumfangs und Ermittlung von Informationslücken,
- Festlegung der Grundsatzziele und Vorgaben,
- Erwägung der möglichen Ansatzpunkte zur Umsetzung der Konzepte, Ermittlung potenzieller Interessenskonflikte,
- Abwägung der besten organisatorischen Strukturen und der finanziellen Voraussetzungen sowie Aufteilung der Zuständigkeiten und Zuweisung der für die Arbeit notwendigen Ressourcen,
- Aufbau eines Monitoring- und Evaluationssystems.

Dieses idealtypische Vorgehen muss an die konkreten Bedingungen in den Kommunen, Kreisen sowie auf Länder- und Bundesebene angepasst werden, um die bereits vorhandenen erfolgreichen Aktivitäten und Strukturen fortführen und weiter entwickeln zu können. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention und die mit seiner Umsetzung verbundene steigende Aufmerksamkeit für das Anliegen gesundheitlicher Chancengleichheit bieten eine Perspektive, die nächsten Schritte zur systematischen Verankerung des Themas in allen gesundheitsrelevanten Handlungs- und Politikfeldern zu gehen (→ [Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)).

Literatur: Benzeval M/Judge K/Whitehead M (ed.), *Tackling Inequalities in Health. An agenda for action*, London 1995;
WHO/Commission Social Determinants of Health (CSDH), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health* Geneva 2008
Dahlgren G/Whitehead M/Weltgesundheitsorganisation, *Regionalbüro für Europa, Konzept und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich*, Kopenhagen 1993;
Dahlgren G/Whitehead M, *Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen 2006;
Dahlgren G/Whitehead M/World Health Organization, *Europe: European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, Kopenhagen 2006, reprinted 2007
Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hg.) *Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (7 Fachhefte)*, 4. aktualisierte Auflage, Berlin 2014;
Geene, R/Rees, M, *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung*, Frankfurt am Main 2016
Graham H, *Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen*, in: Bauer U et al (Hg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden 2008, 455-479;
Kilian H/F Lehmann/A Richter-Kornweitz/L Kaba-Schönstein/A Mielck: *Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken*, Der Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit", *Bundesgesundheitsblatt* 2/2016, S. 266-273;
Kooperationsverbund *Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*, Berlin 2015;
Kooperationsverbund *Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.): Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit - Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele*, Berlin 2016;
Mielck A, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern 2005;
Mielck A/Kilian H/Lehmann F/Richter-Kornweitz A/Kaba-Schönstein L, *German cooperation-network "equity in health"-health promotion in settings*, *Health Promot. Int.* first published online September 4, 2016
doi:10.1093/heapro/daw069;
Richter M/K Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden 2009;
Rosenbrock R et al/Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*, *Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*, Essen 2004;
Siegrist J/M Marmot (Hg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, Bern 2008;
The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, The political origins of health inequity: prospects for change, *Lancet* 2014; 383:630 -667
Whitehead M, *Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit*. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 1991;
Whitehead M/G Dahlgren/World Health Organization, *Europe, Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, Copenhagen 2006, reprinted 2007;
WHO, *Gesundheit21 - das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die europäische Region*, Kopenhagen 1999
WHO, *Gesundheit 2020, Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*, Kopenhagen, 2013;
WHO, *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, Final Report*, Copenhagen (2013, updated reprint 2014)

Internetadressen:

- [Ec.europa.eu/health](https://ec.europa.eu/health) (European Commission Public Health)
- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- www.bzga.de
- www.eurohealthnet.eu
- www.health-inequalities.eu (European Portal for Action on Health equity)
- www.who.int/social_determinants
- www.inforo-online.de

Verweise: [Alter\(n\) und Gesundheitsförderung](#), [Capacity Building / Kapazitätsentwicklung](#), [Determinanten von Gesundheit](#), [Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten](#), [Empowerment/Befähigung](#), [Frühe Hilfen](#), [Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming](#), [Gesundheitliche Chancengleichheit](#), [Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#), [Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#), [Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa](#), [Gesundheitsförderung 4: Europäische Union](#), [Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#), [Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven](#), [Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund](#), [Gesundheitspolitik](#), [Gesundheitsverhalten](#), [Krankheitsverhalten](#), [Gesundheitshandeln](#), [Lebenslagen und Lebensphasen](#), [Lebensweisen / Lebensstile](#), [Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger](#), [Prävention und Krankheitsprävention](#), [Präventionsgesetz](#), [Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie](#), [Präventionsparadox](#), [Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus](#), [Settingansatz / Lebensweltansatz](#), [Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit](#), [Verwirklichungschancen/ Capabilities](#), [Zielgruppen](#), [Multiplikatorinnen und Multiplikatoren](#)

Dieser Text ist eine aktualisierte und erweiterte Version des Vorgängerbeitrags Kaba-Schönstein/Gold von 2011. Wir danken der verstorbenen Carola Gold für Ihren Anteil an diesem Leitbegriff.

[zurück zur Übersicht](#)