



Info_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

2 | 17

Themenschwerpunkt Solidarität



ARMUT UND GESUNDHEIT 2017
Der Public Health-Kongress in Deutschland
Donnerstag und Freitag, 26. und 27. März 2017 an der TU Berlin

GESUNDHEIT SOLIDARISCH GESTALTEN

**SEHR GEHRTE DAMEN UND HERREN,
LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,**

Das Prinzip der Solidarität hat eine lange Geschichte und ist nicht zuletzt seit Anbeginn der Sozialversicherung in Deutschland ein zentraler Bestandteil unserer gesellschaftlichen Ordnung. Solidarität bedeutet die Bereitschaft, zu gegenseitigen Unterstützungseinstellungen, die moralisch geboten, aber nicht erzwingbar sind. Ziel einer solidarischen Gemeinschaft ist es, ungleiche Chancen und individuelle Verwundbarkeiten auszugleichen.

Auf der einen Seite gibt es derzeit einen Trend zur Leistungsorientierung. Das Leben wird zur leistungsorientierten Daseinsverpflichtung, zur leistungssportlichen Alltags- und Freizeitgestaltung. Auf der anderen Seite werden die Auswirkungen sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitsschancen immer sichtbarer und dramatischer.

In welcher Beziehung stehen Solidarität und Gesundheit zueinander? Wie kann sich Public Health mehr auf die Förderung der Voraussetzungen für ein gesundes Leben als auf die Optimierung des Menschen konzentrieren? Hierfür braucht es einen Perspektivwechsel. So fragen wir nicht mehr: Welche Verantwortung trägt das Individuum?, sondern: Wie lassen sich ge-

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen, heißt zu realisieren, dass Gesundheit nicht in Einzelanstrengung erbracht werden kann und auch nicht muss. Lassen Sie uns gemeinsam die Solidaritätspotenziale in unserer Gesellschaft sichtbar machen!

Wir heißen Sie herzlich willkommen und freuen uns auf anregende Gespräche, neue Einblicke und lebhaft Diskussionen auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2017!

IHR KONGRESSTEAM

Minister Hermann Gröhe (Regierender Bürgermeister von Berlin) Michael Müller
Anmeldung: www.armut-und-gesundheit.de

In dieser Ausgabe

„Gesundheit solidarisch gestalten“

Inequality and Social Dysfunction

Richard G. Wilkinsons Eröffnungsrede auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2017 | 3

„Gesundheit solidarisch gestalten“

Richard G. Wilkinson, Rolf Rosenbrock und Stefan Etgeton im Gespräch | 7

Solidarität und Inklusion

Imke Kaschke und Fabian van Essen im Gespräch | 11

Was bedeutet Solidarität für Menschen, die aus dem Raster der Gesundheitsversorgung fallen?

Werena Rosenke und Uwe Denker im Gespräch | 14

Solidarität in der Gesundheitsförderung mit arbeitslosen Menschen

Karin Schreiner-Kürten, Tomas Steffens und Manfred Klasen im Gespräch | 18

Kindergesundheit solidarisch gestalten

Susanne Borkowski und Thomas Lampert im Gespräch | 21

Solidarität im „Fluchtpunkt Kommune“

Benjamin Ollendorf und Joost Butenop im Gespräch | 25

Impressum | 28

Editorial

Der Kongress Armut und Gesundheit widmete sich in diesem Jahr dem Schwerpunkt Solidarität. Sein Thema – „Gesundheit solidarisch gestalten“ – wird in dem Ihnen vorliegenden Info_Dienst noch einmal konsequent beleuchtet. Den Rahmen dafür bildet der Beitrag von Richard Wilkinson, dessen Ausführungen auch auf dem Kongress eine inspirierende Grundlage für alle weiteren Diskussionen waren. Im Anschluss daran haben wir Menschen, die sich in ganz unterschiedlichen Themenfeldern aktiv in das Kongressprogramm eingebracht haben, darum gebeten, rückblickend miteinander ins Gespräch zu kommen. Die auf dem Kongress geführten Diskussionen sollten in diesen Dialogen noch einmal aufgegriffen und fortgeführt werden.

Die Vielfalt der Perspektiven ist beeindruckend! Ebenso beeindruckend ist die Kraft des Dialogs, die sich in den Gesprächen zeigt: Gemeinsam werden Blickwinkel geweitet, Pläne geschmiedet, Kooperationen angedacht und angestoßen. Der Kongress ist schon immer ein Ort gewesen, der die Ideen und das Engagement zur Verringerung gesundheitlicher Chancengleichheit über die Veranstaltungstage hinaus beflügelt. Bündnisgründungen fanden hier statt, Kooperationsvereinbarungen wurden geschlossen, neue Themen eingebracht und zur Diskussion gestellt.

Was bleibt vom Kongress 2017? Reicht ein „Gut, dass wir darüber geredet haben“? Natürlich nicht. Aber: Starke Stimmen Gehör zu verschaffen in einem gesellschaftlichen Diskurs, der eher die Entsolidarisierung vorantreibt, ist ein Wert, und kein unbedeutender. In dieser Ausgabe finden Sie solche starken Stimmen. Wir möchten allen, die sich an der Erstellung des Blattes beteiligt haben, unseren herzlichen Dank aussprechen!

Wir laden Sie außerdem dazu ein, sich in die Gestaltung des kommenden Kongresses einzubringen. Er findet im kommenden Jahr am 20. und 21. März 2018 statt (Achtung: Dienstag und Mittwoch) und wird den Titel „Gemeinsam. Gerechtes.Gesund.“ tragen. Schwerpunktmäßig wird der *Health in all Policies*-Ansatz diskutiert. Näheres zum Aufruf zur Beteiligung (Call for Abstracts) sowie alle organisatorischen Hinweise finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de.

Das Kongressteam von
Gesundheit Berlin-Brandenburg

| Inequality and Social Dysfunction

Richard G. Wilkinsons Eröffnungsrede auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2017



Prof. em. Richard G. Wilkinson studierte Wirtschaftsgeschichte und Wirtschaftsphilosophie an der London School of Economics und im Anschluss Epidemiologie. Er nahm eine bedeutende Rolle in der internationalen Forschung über gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit und die gesellschaftlichen Auswirkungen von Einkommensungleichheit ein. Gemeinsam mit Kate Pickett schrieb er den Bestseller „The Spirit Level“ (dt. „Gleichheit ist Glück“), der inzwischen in 24 Sprachen verfügbar ist. Wilkinson ist jetzt Professor Emeritus der Sozialepidemiologie an der University of Nottingham Medical School, Honorarprofessor am University College London und Gastprofessor an der University of York.

Der vorliegende Text gibt Auszüge der Eröffnungsrede von Prof. Richard G. Wilkinson wieder. In Gesamtlänge können Sie den Text in der Online-Dokumentation unter www.armut-und-gesundheit.de einsehen.

When we are thinking about poverty and inequality, we are talking not simply about a small amount of goods, of poor living conditions. We are talking about a social relationship. I want to show you that inequality and poverty in our countries are social relationships. I am going to start by reading from a study of poverty in seven different countries: in Uganda, India, China, Pakistan, Korea, United Kingdom and Norway. And of course, in those countries, poverty means totally different things. In India, it means living in a little shack with an earth floor and no water or sewerage. In Norway, it means living in a three bedroom house with central heating and a flat-screen television. And yet, in the interviews they did with people in poverty in these different countries, they found the experience of poverty was almost identical.

An American anthropologist, whom I very much admire, Marshall Sahlins, went as far as saying “Poverty is not a certain small amount of goods, it is an invidious distinction between classes. It’s about inferiority.”

We are really not dealing with the effects of absolute material standards, but the effects of being lower down on the social ladder. When you compare differences of life expectancy in relation to gross domestic product per capita, in the rich countries, there is no relationship between the two. But *within* every country, there are extraordinary close relationships between life expectancy and wealth or poverty.

This has not something to do just with poverty or homelessness. That makes a small contribution end. To understand the huge differences in life expectancy between

social classes, you have to also have an explanation of why the people just below the top are doing less well than the people at the top.

„Since before the French Revolution people have had an intuition that inequality is divisive and socially corrosive. But now, we have the data!“

It’s a paradox, you know. Why does income or something like it look so important within our societies and wasn’t important at all between them? The explanation is that within our societies we are looking at the effects of relative income, social status, and where we are in relation to each other. And as soon as you’ve got that idea – that it’s about relativities, where we are in relation to each other – you must ask ‘What happens if you make the differences between us bigger or smaller?’

How much more do the top 20 percent get than the bottom 20 percent in each country? In the more equal countries – Japan, Finland, Norway, Sweden, Denmark – the top 20 percent are getting three and a half or four times as much as the bottom 20 percent. But in the more unequal countries – Singapore, USA, Portugal, UK – the gap is twice as big!

That allows us to start looking at what effect it has. And of course, since before the French Revolution people have had an intuition that inequality is divisive and socially corrosive. But now, we have the data. We can actually compare countries and see what difference it does make.

What we did was download data for a range of important problems: life expectancy in each country (source: WHO), children's math and literacy scores (from the PISA), OECD-measures: infant mortality, homicides, imprisonment – that's the proportion of the population in prison in each country –, teenage birth rates, how much people feel they can trust others (from the World Values Survey), obesity rates, mental illness (again from WHO). The standard classification of mental illnesses includes drug and alcohol addictions, and some figures on social mobility. We put them all into one index, an index of health and social problems. They are all weighted equally, so where a country is, is a sort of average score for those things.

I want now to give you a sort of taste of what inequality does to the relationships between us. There are now quite a number of papers that show that community life is stronger in more equal societies. They are more likely to belong to voluntary groups and different associations, more likely to be involved in community life in more equal societies. There are also papers that show that people are more likely to be helpful to their neighbours, to the elderly, to disabled people, more helpful to each other in more equal societies. Their sense of solidarity is stronger. They are also more likely to trust each other.

Big differences there in trust: When I go to Sweden or some of the Scandinavian countries, you feel more relaxed, you

unwind a bit, you don't have to be aware of who is on the street at night. And I think, in terms of women's freedom, to feel you can walk home alone at night without the slightest worry, that's such an important issue. But with increasing inequality, community life declines, helpfulness declines, trust declines, violence increases.

And if you go to the really unequal countries, much more unequal than the United States, countries like Mexico, you see that people are frightened of each other. Houses endlessly have these big fences, bars on the window, razor wire on the top of the fences. It's exactly the same in South Africa: those wires on the top are electric fences. And this notice says "armed response". So, you move from societies with a good deal of reciprocity to societies in which people are afraid of each other and defend themselves from each other. Even the guide books in Mexico tell you not to go out at night. We really have to understand these things in terms of the social relationships they create. And the way, they damage relationships between us in the public sphere.

Inequality damages 90 or 95 percent of the population

I want also to point out that income inequality is not some new determinant of all these outcomes. It's telling us more about the class and status differences which we've always known were important. Everyone here has always known that the poorest areas have the worst health, the most violence, the poorest educational outcomes. So, all the things to do with class and status are part of this picture. The material differences between us provide the framework of scaffolding around which or on which all the cultural markers of class and status, attach themselves, in a sort of way that the French sociologist Bourdieu and many others have described.

I should say that it's not all problems that get worse with more inequality. It's the problems which have those social gradients, it's the problems which tend to be worse at the bottom of the social ladder. Of course, there is ill health, violence, depression and so on at the top of society, but they are all more common at the bottom. It's those problems which are worse in more unequal societies.

Because the income differences between us make class and status divisions more powerful determinants of what happens to us. To say, the problems related to status get worse when you increase the status differences – we should have always known that. The only surprise is, they don't just get worse amongst the poor. The biggest



difference that inequality makes is amongst the poor. But even amongst the vast majority, the middle class, inequality is damaging.

If we are going to make a generalisation about what inequality does, it is that: it increases the social gradients. Colleagues at the Harvard School of Public Health found that inequality goes so far up the social scale – the income scale – that inequality works as a sort of general social pollutant affecting the vast majority of society. We can't say whether or not it affects the super-rich because it is a fraction of one percent of the population and we don't have separate data for them. But we can say that inequality damages 90 or 95 percent of the population.

We are social beings and inequality is divisive

So now, what's going on behind the data? For a long time, we have known that psycho-social factors were important for ill health: working partly through making you drink more, eat for comfort, less likely to take exercise. When you feel stressed, life is getting on top of you. Your health-related behaviour is likely to be poorer. But also, that chronic stress has direct biological effects on the immune system, the cardio-vascular system and many other physiological processes. And the main groupings of chronic stress are things to do with low social status – that I have been talking about – but also stress in early life. A difficult early childhood casts a long shadow forwards, affecting people when they get to my age and older. The other important part of that picture is whether or not you have friends, your social relationships, whether you are involved in community life. And those aren't just the sort of vague, uncertain area. In a meta-analysis of 150 studies of friendship and health, they found that friendship was at least as important as whether or not you smoke to survival over a follow-up period. So, what the minister said about solidarity being essential to health: we are social beings and inequality is divisive.

„If we are going to make a generalisation about what inequality does, it is that: it increases the social gradients.“

What I think is going on is that the low social status, those feelings of insecurity, anxiety, feelings that you are not valued, are very like the feelings from a difficult early childhood, of not being valued, of insecurity, anxiety and so on. And friendship fits into that because as soon as you have friends, you feel there are people who value you, you are liked. They choose to sit next to you, they

enjoy your company. But if you feel, they avoid you, then we all know those self-doubts that come creeping in. 'Maybe I'm unattractive, boring, people think I'm stupid', all those self-doubts, that we all know pretty well. And I think those are the most important sources of chronic stress when you are looking at the whole population of a society. Of course there are worse stresses – losing your home, having a child sent to prison, something like that is more stressful – but it happens only to a small minority.

Kongress Armut und Gesundheit 2018 „Gemeinsam. Gerecht. Gesund.“

Unter diesem Motto findet am Dienstag und Mittwoch, den 20. und 21. März 2018, der kommende Kongress Armut und Gesundheit statt, wiederum an der Technischen Universität Berlin. In diesem Jahr steht das Thema *Health in all Policies* im Mittelpunkt.

Näheres zum Aufruf zur Beteiligung (Call for Abstracts) erfahren Sie unter www.armut-und-gesundheit.de.

Inequality causes chronic stress

We all feel these things. And indeed, another meta-analysis of studies looking at how stress hormones respond to people being given stressful tasks to do in a meta-analysis of 208 studies of that kind. They asked 'What kind of tasks most reliably push up stress hormones?' They were looking at cortisol that you can measure in saliva or in blood. They found out that the tasks that are most likely to push up your cortisol levels are tasks that include what they call 'social evaluative threat'. That means your worries about how you are seen and judged by other people. They say threats to self-esteem or social status where others can negatively judge your performance: that's what really gets to us. And so you can immediately see how issues to do with status fit into that picture as a chronic stressor.

And indeed, what we see in the epidemiology is a sort of constant opposition of issues to do with social status, which are damaging, and issues to do with friendship, which are extraordinary protective of health. Those are the two opposite ways in which people can come together. Either that's an issue of status competition – I'm better than you – or we recognize each other's need, we cooperate, we share. Those are the two opposite ways in which members of the same species can come together.



Friendship as a protector of health

The importance of cooperating, of not disputing access to basic necessities, is shown in our language style: words for companion, I'm afraid I don't know what the German equivalent is, but in many European languages it's *con* meaning 'with' and *pan* meaning 'bread'. Your friends and your companions, you share with them. Sharing is the key to friendship, whereas status – where I get it because I'm wealthier or stronger than other people on the street – is the opposite relationship for that.

And the anthropologist I mentioned earlier – Marshall Sahlins – who spent his life studying very egalitarian hunting and gathering societies, he said "Gifts make friends, and friends make gifts." The gift is the concrete symbol that I don't compete with you for access to basic necessities. And of course, we eat together, because it's important to have that symbol of sharing access to basic necessities. In the religious symbolism of the communion, sharing is essential.

But look, if we are in very unequal societies, where some people are terribly important and other people don't matter at all, we all get more worried about how we are seen and judged. And you can see that now in studies of social status anxiety. The more unequal countries in the top line have more status anxiety right across the population. And the less, the more equal societies at the bottom, have lower levels of status anxiety.

There are two responses to being more worried about how you are seen and judged. One is of course that you're overcome with low self-esteem, self-doubt, and depression. You withdraw from social life, because social contacts seem so stressful. You don't feel relaxed with other people. And you find, depression goes up in more unequal societies.

But there is another response, which we also see more commonly in more unequal societies, and that's what you could call self-enhancement, self-advertisement, self-aggrandisement. You talk yourself up. You find ways of mentioning in conversations your successes, your achievements. Instead of being modest about your achievements and abilities, you flaunt them. With that, of course, consumerism is driven upwards: people in more unequal areas spend more on status goods and you can see debt is going up with inequality.

I think I better stop there. But thank you all very much!

| „Gesundheit solidarisch gestalten“

Richard G. Wilkinson, Rolf Rosenbrock und Stefan Etgeton im Gespräch



Prof. Dr. Rolf Rosenbrock war von 1988 bis 2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Berlin. Seine Themen sind sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Im April 2012 wurde er zum ehrenamtlichen Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband – gewählt und 2016 wiedergewählt. Gleichzeitig war er 2015-16 ehrenamtlicher Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW). Im Juni 2017 erhielt er das Bundesverdienstkreuz für seinen Einsatz für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

Dr. Stefan Etgeton hat ein Studium der Kulturwissenschaft (Promotion), Philosophie, Evangelische Theologie (Diplom) absolviert, war u. a. vier Jahre lang Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe (1996-2000) und von 2007 bis 2011 Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Ernährung der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Seit 2011 ist er als Senior Expert bei der Bertelsmann Stiftung tätig.



Das Gespräch findet sich hier in Auszügen, unter www.armut-und-gesundheit.de finden Sie es in ungekürzter Form.

Etgeton: Wir wollen die Thesen des Eröffnungsvortrages von Richard Wilkinson diskutieren, vertiefen und vielleicht auch über Konsequenzen sprechen. Ich würde Herrn Rosenbrock gerne zu Beginn die Gelegenheit geben, noch einmal etwas ausführlicher auf den Vortrag von Herrn Wilkinson einzugehen. Auch mit der Frage: Was bedeutet es eigentlich für die Einrahmung von Gesundheitspolitik, wenn deutlich wird, dass wir in vielen Fällen eigentlich über Wirtschaft und Sozialpolitik oder soziale Fragen reden müssen?

Rosenbrock: Ja, mir ist das Werk von Richard Wilkinson seit den 90er Jahren sehr wohl bekannt. Aber ich bin in all den Jahren unsicher geblieben, ob eigentlich die Brisanz der Botschaft wirklich klar geworden ist.

Wir haben jetzt im Armutsbericht des Paritätischen und mit den Zahlen des Robert Koch-Instituts immer wieder gehört „Männer, die an oder unter der Armutsgrenze leben, leben im Durchschnitt 11 Jahre kürzer als wohlhabende Männer“. Das sind beides Gruppen von 16 Prozent – oben und unten – und wir wissen, dass die Lebenserwartung ein Kontinuum über die soziale Stufenleiter hinab bedeutet. Wir wissen, bei Frauen liegt die Differenz ungefähr bei 8 Jahren. Wir fragen uns immer: Woran liegt das? Welchen Beitrag zur Ungleichheit leistet das in den sozialen Unterschichten zweifellos weitverbreitete gesundheitsriskante Verhalten? Die Studien sind sehr

klar: Das Gesundheitsverhalten – Rauchen, Trinken, Laufen und was alles dazu gehört – erklärt weniger als die Hälfte der Unterschiede. Und auch diese Hälfte ist nicht einfach mit Appellen, Plakaten und Strafandrohungen zu bewältigen.

Aber die andere Hälfte, woran liegt das? Das liegt an der Erfahrung der Armut, die sich über die gesamte Lebensspanne akkumuliert hat, in einem Mangel an Teilhabe, in einem dauernden Erlebnis unten zu sein, dem dauernden Erlebnis „despised“ zu sein, wie es Richard Wilkinson sagte. Das dauernde Erleben, verachtet zu sein, für geringerwertig gehalten zu werden... Und nun kommt noch die brisante Botschaft von Richard Wilkinson dazu, der mit großen Studien von der Yale University völlig in Übereinstimmung steht. Es kommt nicht nur darauf an, wie viel Geld ich habe, wie viele materielle Ressourcen ich habe – also, wo stehe ich auf der sozialen Stufenleiter – sondern seine These ist, und die ist empirisch belegt: es kommt auch darauf an, wie lang die Stufenleiter ist, wie ungleich die Gesellschaft ist, um Gesundheit zu beschädigen oder zu fördern. Und es ist ganz klar: Je geringer die Ungleichheit ist, desto geringer sind die Unterschiede in der Lebenserwartung, in der Erkrankungshäufigkeit und in allen sozialen Problemen, die er aufgeführt hat. Von *teenage pregnancy* über Übergewicht bis hin zu Vertrauen, bis hin zur Anzahl der Menschen im Gefängnis, bis hin zu Drogenproblemen, wodurch sich eigent-



lich zwingend ergibt: Gesellschaften, die eine weniger ungleiche Verteilung haben, sind gesündere und auch humanere und auch effektivere und effizienter funktionierende Gesellschaften.

Das ist nicht ein Aufruf zum Kommunismus, sondern das ist einfach der Hinweis auf die Tatsache, dass Gesellschaften immer ungastlicher, ungesünder, weniger human und weniger solidarisch werden, je mehr sich diese Unterschiede vergrößern.

Solidarität ist gut für die Gesundheit

Auch die Einkommensungleichverteilung, also die Frage der Länge der sozialen Stufenleiter, ist eine Frage nach den Voraussetzungen für Solidarität. Und das ist in meiner Wahrnehmung eine sehr komplexe Frage, weil einerseits klar ist: wer es ernst meint mit der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, wie es so schön in § 20 SGB V steht, – der muss sich auch in die Wirtschaftspolitik einmischen, der muss sich auch z. B. in die Frage nach dem Mindestlohn, der Alterssicherung einmischen. Und es hat auf der anderen Seite die Implikation, wie man auch in kleinen Gemeinschaften, in überschaubaren Räumen, die aus der großen Ungleichheit resultierenden Beschädigungen der Menschen in Form von erlebter Verachtung, erlebter Demütigung, aufheben kann. Wie kann man dort Solidarität besser organisieren? Weil auch das eine direkte Konsequenz aus den Werken von Richard Wilkinson ist: Solidarität ist gut für die Gesundheit und deshalb lohnt es sich darüber zu reden, wie man sie herstellen und vergrößern kann.

Etgeton: Die Befunde relativieren ja sehr deutlich die Bedeutung des individuellen Verhaltensansatzes. Meine Frage wäre, ob nicht die Befunde von Richard Wilkinson dahingehend interpretiert werden müssen, dass die Fokussierung auf das Gesundheitsthema in den settingbezogenen Präventionsansätzen, also bei der Verhältnisprävention, möglicherweise eine Engführung ist.

Rosenbrock: Ja, zweifellos. Das ist eine Engführung und eine Effektivitätsmindernde Engführung. In guten Setting-Interventionen kommt das Wort Gesundheit erstmal überhaupt nicht vor, sondern da geht es eigentlich um Prozesse, die die zentralen Basisressourcen von Menschen stärken können. Erstens das Selbstwertgefühl „Ich bin einmalig. Es ist gut, dass es mich auf dieser Welt gibt.“, das Selbstwirksamkeitsgefühl „Ich kann etwas erreichen, alleine oder mit anderen, wenn ich mir das vornehme.“ Und dabei zu erleben, wie hilfreich die Verankerung in reziprok wirksamen sozialen Netzwerken ist. Und dass das alles etwas mit mir, mit Fragen zu tun hat, die mir wichtig sind. Das ist gute Setting-Prävention, denn das fördert die Basisressourcen, die vorhanden sein müssen, um überhaupt über Verhalten sinnvoll reden zu können. Wenn ich keine Lebensperspektive habe, mich dauernd gedemütigt fühle, wenn ich nicht weiß, wie ich mit dem Geld bis zum Monatsende hinkommen soll, wenn ich meinen Kindern kein Eis kaufen oder mit ihnen in den Zoo gehen kann, warum soll es dann wichtig für mich sein, mit dem Rauchen aufzuhören, um die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Herzinfarktes in dreißig Jahren zu senken?

Die Voraussetzung von Gesundheitsförderung ist Zukunftsorientierung und es liegt viel Weisheit in dem nicht gerade wissenschaftlichen Satz, der da sagt „Die beste Prävention ist die Lust auf die eigene Zukunft“. Und diese Basisressourcen sind in meiner Ansicht nach die Voraussetzung dafür, Lust auf die eigene Zukunft zu schaffen und zu erhalten. Dadurch werde ich mir selbst wichtiger. Dadurch wird meine Gesundheit für mich selbst wichtiger. Und dadurch bin ich auch eher geneigt und auch mehr in der Lage, meinen Lebensstil so zu gestalten, dass ich nicht zusätzliche Risiken schaffe.

„In guten Setting-Interventionen kommt das Wort Gesundheit nicht vor, sondern es geht um Prozesse, die die zentralen Basisressourcen von Menschen stärken: das Selbstwertgefühl, das Selbstwirksamkeitsgefühl. Und dabei zu erleben, wie hilfreich die Verankerung in reziprok wirksamen sozialen Netzwerken ist.“

Setting-Projekte werden heute häufig so gemacht: Wir haben das Setting, die Einflugschneise und den Ablageort für mehr oder weniger modisch verbal aufgehübschte Formen der alten Verhaltensprävention. Das sind Aktivitäten, die kann man sich, wenn man wirklich sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern will, richtig schenken. Die machen nur denen ein gutes Gewissen, die dann hinterher die Hochglanz-Evaluationsbroschüren verteilen dürfen, aber sie nützen denen, die eigentlich gemeint sind, überhaupt nichts. Und darum, glaube ich, sollte es uns heute hier auch darum gehen zu fragen: „Wie können wir die schädlichen Wirkungen der wachsenden Ungleichheit in kleinen Lebenswelten auffangen?“. Da geht es sicherlich nicht primär darum, über gesundes Essen, weniger Rauchen, weniger Trinken, mehr Bewegen zu reden. Sondern da geht es darum, Prozesse zu organisieren, die Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsgefühl steigern und die Verankerung in hilfreichen sozialen Netzen verstärken.

Wilkinson: Everything we do is for other people's consumption. Everything we use, your breakfast, my pen, the paper, it's produced by other people. So, we have become in a sense a completely interdependent species, on a scale it has never happened before. Also, with migration unifying the human race. You know human beings developed in Africa, we came out of Africa, diverged culturally and a little bit biologically. And now, what we are seeing is the reunification of the human species through migration and intermarriage and so on. Those are just extraordinary developments and they need changes in our politics.

We need global cooperation, international cooperation rather than competition. It's idiotic that we are spending so much more on arms, on weapons, on the military than on aid and development. Particularly, when we know how much the survival of the planet depends on helping developing countries, develop on the basis of renewable technology and energy. So, we need to move towards a radically different society and different world. And the most important thing is to begin to envision the future. What kind of society we are moving towards? And until we do that, we are lost. We will get people like Trump going backwards in all sorts of ways.

Publikum: What are the policies, not the services, in society that will move society towards different responses than the aggrandisement and the depression but towards more collective power with visioning of that change? And what are the institutions in society that are blocking us from that? What do you see? Is social media an important institution? Is media important? Are academics of any relevance to this?

The extension of democracy into economics

Wilkinson: Governments reduce income inequality when they have to, when there is popular pressure. What it tells us is that we have to create a mass movement. I think the way we have to move forward in the future is not the limitation of democracy, but the extension of democracy into the economy. Not only employee representatives on

Carola Gold-Preis 2017 geht an Enikő Bán und Kerstin Moncorps



Den Beitrag zur Preisverleihung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/Carola-Gold-Preis.2017.o.html.

company boards, but also incentives to the growth of co-operatives; employee-owned companies. So, that's where I think a mass movement should be aiming. But I also think that people are not going to commit themselves to political change unless they have a vision of a world that is better for all of us, qualitatively better. And that means linking these issues up with dealing with the threats of climate-change and so on. How we are going to move towards sustainability and achieve a higher quality of life? Not regard sustainability as a threat to our quality of life.

Publikum: Ich frage mich, warum wir eigentlich nicht über die Agenda 2010, über kommunale Austeritätspolitik und Schuldenbremse und so etwas reden und das auch nicht wirklich hier auf dem Kongress insgesamt auftaucht. Herr Wilkinson wurde etwas konkreter und hat eine neue soziale Bewegung in dem Feld gefordert und auch das, finde ich, taucht hier bisher nicht wirklich auf. Und ich frage mich, wo die Bewegung hier auf dem Kongress eigentlich auftaucht?

Wilkinson: I could have been more helpful in talking about what we can do, not just stop at saying we need a mass social movement. Amongst the things we have been doing in Britain, most of the big cities which have labour controlled local governments, have set up what we call 'fairness commissions'. We set up something called the Equality Trust which now has a staff of five or six people and it has about 25, maybe 30 local groups around the country campaigning for greater equality.

Rosenbrock: Was mich immer verwundert, seitdem ich mich mit Public Health beschäftige, ist, eine wie geringe Lautstärke das Fach Public Health auf dem Markt der öffentlichen Meinungen hat. Wir haben etwas zur Makropolitik zu sagen, aber wenn wir über die schwarze Null, die hier wie ein Mantra durch die Gegend getragen wird, oder die Schuldenbremse reden, oder wenn es um die Erhöhung der HartzIV-Sätze geht, dann wird da immer mit Sozialpolitik und mit Ängsten argumentiert. Dass jemand das sagt, was wir wissen: „Das geht knallhart auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Leute!“ Da sind wir noch wirklich schwach, da haben wir noch wirklich Entwicklungspotenziale um zu sagen „Ihr Wirtschaftspolitiker*innen habt eure Logik, aber wir vertreten die Gesundheit der Bevölkerung und was ihr da gerade macht, kann man absehen, kostet soundso viel zehntausend Lebensjahre.“ Das wären schon Aussagen, die ich sehr viel lieber, sehr viel öfter, sehr viel lauter hören würde.



Publikum: Lässt sich der Gesundheitsbegriff auf die Gesellschaft übertragen? Und zweitens: ist es dann nicht möglich, zusammen mit der Soziologie Strategien zu entwickeln, Politik zu überzeugen? Also nicht fertige Konzepte der Politik zu präsentieren, sondern Befunde, der sich die Politik dann nicht mehr verweigern kann? Es ist ja schon lange mein Anliegen, dass Gesundheit zur Chefsache wird. Das wäre mal so ein Weg.

Wilkinson: I am sure that the WHO definition of health as „a state of complete mental and social well-being“ is very near what we need to be thinking about. The relationship between friendship and health tells us so much. The meta-analysis of 150 studies of friendship and health found that whether or not you have friends is at least as important as whether or not you smoke to your survival in a follow-up period. You are four times as likely to catch a cold if you are more socially isolated. This sort of work on health is telling us something fundamental about human sociality. There are a lot of small steps one can take. For instance, in some American states, cooperation tax on companies is higher for cooperations that have very big pay differences. You know, there are things we can do, there are things we can campaign on. Sweden and maybe a few other Scandinavian countries make everyone's tax returns publicly available.

But we also have to use the social media and internet. There are a number of films about greater equality. There are of course YouTube talks, there are people tweeting about it. The most effective thing, I've ever done was a TED-talk which until now had on different websites close to three million viewings. That in itself, goes far beyond the effect of books and research papers I have written. So, we need to use these other methods of communication. All these things are part of the way you build a mass movement.

I often say, to understand inequality within societies, you need to understand monkeys more than Marx. It's about our evolved psychology and sensitivity to social hierarchy.

| Solidarität und Inklusion

Imke Kaschke und Fabian van Essen im Gespräch



*Dr. Imke Kaschke ist Zahnärztin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie hat mehr als 20 Jahre am Zentrum für Zahnmedizin, Universitätsmedizin Berlin Charité gearbeitet und dort u. a. die Zahnärztliche Sondersprechstunde für Patient*innen mit Behinderung geleitet. Seit 2009 leitet sie bundesweit das Gesundheitsprogramm von Special Olympics Deutschland e.V. Darüber hinaus ist sie 2. Vorsitzende AG Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) in der DGZMK und Mitglied des Ausschusses Behinderenzahnmedizin der Bundeszahnärztekammer.*



Dr. Fabian van Essen vertritt an der Hochschule für Gesundheit in Bochum die Professur „Behinderung und Inklusion“ und arbeitet dort in einem interdisziplinärem Team am Department of Community Health mit Zielgruppen- und Sozialraumbezug an gesundheitsförderlichen Lebenswelten. Er ist außerdem für den Bereich Innovation am Institut für Inklusive Bildung verantwortlich und unterstützt dabei unter anderem die bundesweite und internationale Verbreitung des Projekts.

Kaschke: Aus meiner Sicht gibt es eine besondere Spezifik in der Gruppe von Menschen, ob wir sie nun Menschen mit geistiger oder Lernbehinderung bezeichnen. Eine geistige Behinderung ist immer eine ganz besondere Herausforderung. Diese Gruppe hat kaum Fürsprecher*innen. Und sich selbst zu äußern, ist mitunter schwierig.

Außerdem ist die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung sehr inhomogen. Es gibt nur wenige statistische Daten bzgl. der Schweregrade. Nur ungefähr 10 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung sind schwerstbehindert. Alle sollten mitten im Leben stehen. Nur: die deutsche Bevölkerung ist es einfach nicht gewohnt. Fährt man nach Holland, nach Schweden, nach Frankreich, selbst in England stehen diese Menschen mitten in der Gesellschaft. Und bei uns ist gerade die geistige Behinderung etwas, das Berührungängste und Erwartungshaltungen bei den Mitmenschen schürt.

Van Essen: Ich glaube, das hat ganz viel damit zu tun, dass sie in institutionalisierten Welten leben und man keine gemeinsamen Erfahrungsräume hat. In Krankenhäusern und in Arztpraxen erlebt man häufig, dass ein Mensch mit einer geistigen Behinderung mit einer Begleitperson dorthin kommt. Und mit wem wird dann gesprochen? Nicht mit dem Patienten oder der Patientin selbst, sondern mit der anderen Person. Und das hat dann natürlich auch Auswirkungen auf das eigene Gesundheitsverhalten, auf die eigenen Gesundheitschan-

cen. Das ist ja häufig nicht mal bewusst oder böser Wille, sondern gut gemeint, aber es hilft nicht weiter.

Kaschke: Es gibt nach wie vor keine obligaten Ausbildungsinhalte zum Umgang oder den Besonderheiten von Menschen mit Behinderungen: in den medizinischen Fachberufen nicht und auch in den Hochschulstudien nicht. Oftmals erfolgt die Gesprächsführung nicht zielgruppengerecht in Leichter Sprache, weil auch das Wissen um Leichte Sprache nicht obligat vermittelt wird. Auf der anderen Seite muss ich sagen: Ich habe 1985 angefangen zu arbeiten und es hat sich seither unheimlich viel bewegt. Es gibt verschiedene gesetzliche Regelungen, in dem Versorgungsstrukturgesetz zum Beispiel zur Schaffung sogenannter MZEB [Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen]. Sie sollen keine Regelversorgung, sondern spezialisierte Zusatzversorgung sein. Wenn der Hausarzt bzw. die Ärztin an ihre Grenzen stoßen oder Expertenrat braucht, dann sollen Patient*innen in MZEB behandelt werden.

Es gibt bereits seit langem die sozialpädiatrischen Zentren, die Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Schwerst-Mehrfachbehinderung betreuen, auch außerhalb der Kassenbudgets. Es gibt den § 22a SGB V, in dem es um zahnärztliches Präventionsmanagement geht, wo Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen oder einen Pflegegrad haben, kostenlos ein zahnärztliches Präventionsmanagement als Kassenleistung er-

halten werden. Das Gesetz ist jetzt in der Richtlinien-Entwicklung und wird im nächsten Jahr kommen. Es gibt also schon einiges, aber es ist natürlich viel zu wenig. Und wenn man den Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention sieht, dann haben wir noch ganz viel zu tun. Oftmals denke ich, dass nach wie vor die Zuständigkeit für die Umsetzung der UN-BRK noch gar nicht in allen Köpfen und in allen Bereichen angekommen ist.

Van Essen: Es muss gelingen, dass die Menschen auch im Gesundheitswesen sich möglichst selbstbestimmt bewegen können. Dass sie die Möglichkeit haben, sich einen Arzt oder eine Ärztin auszusuchen, sich einen Eindruck zu verschaffen usw. Sie befinden sich häufig in Abhängigkeitsstrukturen. Was im Gegensatz dazu zu mehr Selbstbestimmung führen würde, hat die Professorin Sigrid Graumann sehr schön mit „assistierter Freiheit“ beschrieben. Die Menschen zu befähigen, das finde ich wichtig! Und gleichzeitig auch die späteren Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zu befähigen – also meine Studierenden! Das versuche ich, indem ich partizipative Seminare anbiete, in denen die Studierenden und Werkstattbeschäftigte möglichst gleichberechtigt miteinander arbeiten.

Inklusion von Anfang an: Kitas als Inklusions-Vorreiter

Van Essen: Dass Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland so institutionalisiert leben, ist im Grunde genommen auch eine anfänglich historisch gut gemeinte Reaktion auf das Dritte Reich. Dass man gesagt hat, nach allem, was passiert ist, brauchen wir jetzt besonders gute Strukturen und Systeme für Menschen mit Behinderung, um sie zu schützen, sie möglichst gut zu fördern. Wir bilden extra Lehrer*innen aus. Es gibt Sonderschulen. Das hat auch seine historische Berechtigung. Nur, wenn es jetzt darum geht, dass Menschen möglichst selbstbestimmt leben können, dann muss sich das Ganze noch sehr stark weiter entwickeln.

Kaschke: In Bezug auf die Inklusion finde ich es in Deutschland einfach absolut wichtig, dass die Inklusion von Kindesbeinen an in den Kindergärten beginnt, weil sie da absolut niedrigschwellig ist. Weil die Kinder dort völlig natürlich miteinander umgehen, damit aufwachsen. Dies setzt sich dann in den Schulen fort.

Van Essen: Kitas sind aus meiner Sicht Inklusions-Vorreiter. Da haben wir eine Inklusionsrate von 80 Prozent. Aber je weiter es im Schulsystem hoch geht, umso stärker wird separiert.

Kaschke: Eine Mitarbeiterin, die gerade im Referendariat ist, die Sonderpädagogik studiert hat, berichtet aus Berliner Schulen, wie schwierig diese Umsetzung der Inklusion ist. Es fehlen Lehrkräfte. Dann hat sie nicht nur Einzel-Impulse mit ihren Schüler*innen, sie muss die ganze Klasse betreuen. Dann hat sie das Problem, dass sie Schüler*innen mit verschiedenen Behinderungen hat, die sie gar nicht alle gemeinsam zusätzlich fördern kann.

Van Essen: Ich komme auch aus der Sonderpädagogik. Wenn inklusive Schule tatsächlich funktionieren soll, dann brauchen wir eine ganz andere Art und Weise, wie Schule funktioniert. Weil Schule in Deutschland ja traditionell sehr auf Homogenität ausgerichtet ist und auf gleichschrittiges Voranschreiten. Wenn man von jetzt auf gleich Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf in die Schulen schickt, ohne dass eine Schulentwicklung stattfindet, dann wundert es mich überhaupt nicht, dass das häufig nicht funktioniert. Mich ärgert das auch, weil ich glaube, dass die Schulzeit eine Phase sein könnte, in der Menschen mit und ohne Behinderungen über viele Jahre hinweg gemeinsame Erfahrungen machen könnten – und Inklusion gesellschaftlich betrachtet dadurch viel besser klappen würde.

Kaschke: Hinzu kommt, dass wir natürlich durch den sehr positiv gemeinten Föderalismus auch die Probleme dieser unterschiedlichen Länderstrukturen haben. Oder in der Medizin und Zahnmedizin z. B. die Approbations-Ordnung, die genau festschreibt, welche obligaten Lehrinhalte in einem Curriculum drin sind. Ich hab z. B. auch über mehrere Jahre Fortbildung an verschiedenen Ausbildungsstätten für Heilpädagog*innen und Heilerziehungspfleger gemacht. Es gibt einfach keine obligaten Lehrinhalte.

Von Inklusion profitieren Viele

Van Essen: Es gibt vermutlich manche, die es nicht laut aussprechen, aber denken: Menschen mit geistiger Behinderung? Das ist doch nur eine kleine Gruppe, warum sollte man da so viel verändern? Aber ganz vielen Bevölkerungsgruppen hilft es, wenn man diese Anpassungen vornimmt, also: Leichte Sprache, verändertes Kommunikationsverhalten, leichte Orientierungsmöglichkeiten. Das hilft Menschen, die nicht gut Deutsch sprechen, das hilft auch älteren Menschen ... Und dabei sollte man die Menschen mit geistigen Behinderungen als Expert*innen wahrnehmen: Wie funktioniert das denn, dass man sich in einem Krankenhaus gut orientieren kann? Wie muss da mit mir umgegangen werden, damit ich mich auch kompetent verhalten kann? Menschen mit geistigen Be-

hinderungen stehen immer wieder vor der Aufgabe, komplexe Sachverhalte herunter zu brechen. Und deshalb sind viele von ihnen auch Expert*innen.

Kaschke: Wir erheben bei Special Olympics standardisierte, anonymisierte Daten zum Gesundheitszustand von Menschen mit geistiger Behinderung in den verschiedenen Bereichen. Es gibt hierzu einfach sehr wenig. Ich kann aus eigener Erfahrung sprechen, wenn ich sage: Sie bekommen mit solchen Themen kaum Publikationen in impactzierten Zeitschriften. An den Universitäten können dafür nur selten Drittmittel eingeworben werden. Und damit besteht im Prinzip auch kaum Interesse an der Forschung auf diesem Gebiet.

Van Essen: Ich stelle mir die Frage, wie man es schaffen kann, mehr Solidarität im Gesundheitswesen in diesem Kontext hinzubekommen, weil das Gesundheitswesen – eben wie Sie es ja auch beschreiben – sehr stark unter ökonomischen Zwängen steht.

Kaschke: Ich glaube, wir hätten eine große Chance, wenn wir es schaffen würden, dass Angebote, die es im Kindes- und Jugendalter gibt, im Erwachsenenalter für Menschen mit einem besonderen Bedarf fortgeführt werden. Zum Beispiel dieser § 22a, den ich in der Zahnmedizin erwähnt hatte: er baut eigentlich auf diesen Angeboten auf: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, Beratung, Mundhygienetraining. Und unsere Idee war damals einfach, diesen Paragraphen zu öffnen für Menschen mit Behinderung. Lebenslang.

Gemeinsame Begegnungs- und Erfahrungsräume schaffen

Van Essen: Das Problem ist, dass es keine Begegnungsräume gibt zwischen Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen, die nicht in dem Feld beruflich tätig sind, sondern eigentlich überhaupt nichts mit dem Thema am Hut haben. Ich glaube, es braucht viel mehr solcher Begegnungs- und gemeinsamer Erfahrungsräume. Wenn ich Arbeitsgruppen mache, Studierende und Menschen mit geistiger Behinderung, da gibt es immer solche Aha-Effekte bei den Studierenden. Die dann z. B. sagen: „Selbstbestimmt leben... Das heißt, ich helfe ihm das nächste Mal nicht dabei, dies oder das zu machen, sondern er oder sie soll es dann selbst tun“.

Kaschke: Wir versuchen z. B. in dem Gesundheitsprogramm, Menschen mit geistiger Behinderung so einzubeziehen, dass wir Multiplikatoren-Angebote machen. Ich habe z. B. bereits mehrmals selbst in dem Bereich der



Zahnmedizin ein Multiplikatoren-Training für Zahnputz-Expert*innen durchgeführt. Da wird 10-12 Teilnehmenden einen halben Tag lang Wissen über Zahn- und Mundgesundheit zielgruppengerecht vermittelt und praktisch geübt. Danach bekommen sie eine Urkunde, dass sie Zahnputzexpert*in oder Mundgesundheitsexpert*in sind. Und sie können dann ihr Wissen niedrigschwellig innerhalb ihrer Gruppe praktisch weitergeben. Tandem-Projekte machen wir grundsätzlich bei Special Olympics, nicht nur bei dem Gesundheitsprogramm. Wir führen immer Menschen mit und ohne Behinderung zusammen, auch an den verschiedenen Punkten des Helfens. Und alle, die bei Special Olympics dabei waren, sind danach mit einem Virus infiziert, von den Begegnungen mit und der Lebensfreude unserer Athlet*innen! Viele Ehrenamtliche engagieren sich über viele Jahre gern weiter.

Van Essen: Am Institut für Inklusive Bildung, eine der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel angegliederte selbständige Einrichtung, machen Menschen mit sog. geistigen Behinderungen über drei Jahre in Vollzeit eine Ausbildung zu Bildungsfachkräften, um nachher in die Universitäten und Fachhochschulen zu gehen und dort selbst Lehre zu gestalten. Dort geht es um die Vermittlung der Lebensrealitäten von Menschen mit geistigen Behinderungen, um das Thema Inklusion. Und Ziel ist es immer, dass die so qualifizierten Bildungsfachkräfte in den ersten Arbeitsmarkt wechseln und sozialversicherungspflichtige Jobs bekommen. Das ist in Schleswig-Holstein, in Kiel, auch schon gelungen, finanziert durch das Wissenschaftsministerium. In Baden-Württemberg geht das Projekt demnächst an den Start und aller Voraussicht nach auch in NRW.

Das Gespräch führten Lena Kückels und Marion Amler.

Was bedeutet Solidarität für Menschen, die aus dem Raster der Gesundheitsversorgung fallen?

Werena Rosenke und Uwe Denker im Gespräch



Werena Rosenke ist stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) und leitet die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes. Als Fachreferentin ist sie u. a. zuständig für den Bereich Wohnungslosigkeit und Gesundheit.



Uwe Denker führte 40 Jahre lang eine Praxis als Facharzt für Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin, ehe er in 2010 die erste „Praxis ohne Grenzen“ in Bad Segeberg (Schleswig-Holstein) gründete. Dort werden Menschen ohne bzw. mit unzureichendem Krankenversicherungsschutz medizinisch versorgt. Mittlerweile gibt es neun Praxen ohne Grenzen in Norddeutschland, insgesamt 13 Praxen in der gesamten Republik.

Info_Dienst: Wie wurde der Begriff der Solidarität in Ihren Panels diskutiert? Welche Schwerpunkte wurden gesetzt?

Rosenke: Aus der Perspektive „meines“ Themas „Migration, Gesundheit und Wohnungslosigkeit“ haben wir das Problem, dass es im Prinzip eine gesamtgesellschaftliche Solidarität nicht gibt. Zugewanderte wohnungslose Menschen, insbesondere aus den süd-/osteuropäischen Staaten, also Unionsbürger*innen, sind oft nicht krankenversichert und haben auch keine sozialhilferechtlichen Ansprüche in Deutschland. Die Politik zielt darauf ab, diese Menschen möglichst schnell außer Landes zu bringen. Sie sind aber hier, werden krank, sind zum Teil sehr stark verelendet und suchen dann das im Prinzip letzte Netz auf. Dazu gehören die medizinischen Projekte zur Versorgung wohnungsloser Menschen. Und dort gibt es wiederum eine sehr große Solidarität. Die Mitarbeitenden sind damit konfrontiert, dass sie ohnehin mit sehr begrenzten Ressourcen arbeiten müssen, um wohnungslose Menschen zu versorgen. Zusätzlich sind sie in den letzten zwei, drei Jahren konfrontiert mit einer sehr großen Zahl von zugewanderten Menschen, bei denen die Versorgung ungleich schwerer ist: a) sind sie dafür gar nicht zuständig und b) gibt es die große Sprachbarriere, die es gerade in der medizinischen Versorgung besonders schwierig macht, überhaupt einen Zugang zu finden. Aber trotzdem werden diese Menschen in der Regel nicht abgewiesen. Also, ohne die Solidarität in den Projekten wären diese Menschen gänzlich von allem abgeschnitten.

Info_Dienst: Herr Denker, wie erleben Sie dieses Spannungsfeld? Können Sie Ihre Erfahrungen aus der Praxis

kurz schildern? An welchen Stellen fehlt Ihnen Solidarität, wo sehen Sie sie??

Denker: Unser Begriff der Solidarität war von Anfang vernetzt mit dem Begriff Barmherzigkeit. Wir haben das aus der christlichen Sicht zunächst als Nächstenliebe verstanden, das heißt, für unser Dorf, für unsere Gemeinschaft hier. Inzwischen, in den sieben Jahren der Tätigkeit der Praxen ohne Grenzen, hat sich die Solidarität gewissermaßen globalisiert.

Wir empfinden für die Menschen, die in unsere Praxis kommen, Solidarität. Dabei verstehen wir Gesundheit als ein Menschenrecht und das versuchen wir für sie zu erwirken. Zu uns kommen nur in ganz geringer Zahl Wohnungslose. Zu uns kommen der deutsche, abgestürzte Mittelstand, aber auch Flüchtlinge und Menschen ohne Papiere. Wir diskriminieren nicht. Wir fragen nicht nach dem Woher oder Wohin, sondern ‚Was ist dein Problem?‘. Und versuchen dann zu helfen. Das ist uns in großem Stil gelungen dank eines unheimlich großen Spendenaufkommens, das wir dankenswerterweise seit Jahren haben, sodass wir auch bei aussichtslos erscheinenden Fällen helfen können.

Je länger wir tätig sind, umso selbstverständlicher werden wir gesehen und das ist uns natürlich überhaupt nicht recht. Insbesondere von der Politik sind wir schwer enttäuscht. Auch jetzt, in dem Wahlprogramm Gesundheit, erscheint das Thema Armut überhaupt nicht. Dass es in der Bundesrepublik im vergangenen Winter allein über 300.000 Stromabschaltungen gab, ist eine Riesenkatastrophe.

Also: wir sehen die Solidarität innerhalb unseres Verbandes, unserer Praxen, aber die gesamtgesellschaftliche Solidarität zerbricht immer mehr. Das bedrückt uns und macht uns in gewisser Weise auch hilflos, weil eigentlich die Politik am Zuge wäre. Wir erfüllen zum Teil Staatsaufgaben. Die Politik muss den Ball aufnehmen. Wir möchten ja nicht, dass die radikalen Parteien – rechts oder links – sich dieses Themas bemächtigen. Das müssen die Volksparteien tun. Und da kommt einfach zu wenig.

Rosenke: Wir haben immer das Ziel, die Menschen in die regelhafte Krankenversorgung zurückzuholen, sehen aber, dass das immer schwieriger wird und dass die Ausgrenzung aus dem medizinischen System eher größer wird bzw. für mehr Menschen relevant ist als es noch vor zehn Jahren der Fall war.

Info_Dienst: Sehen Sie da tatsächlich auch Veränderungen im System innerhalb der letzten zehn Jahre oder sind es schlicht mehr Menschen?

Rosenke: Ich sehe schon, dass wir einen zunehmenden Trend zur Privatisierung haben, auch im Gesundheitssektor. Bestimmte Leistungen, die vor Jahren noch von der Kasse übernommen wurden, müssen die Menschen nun selbst zahlen. Wir haben das Problem der nicht mehr verschreibungspflichtigen Medikamente. Also gerade im Bereich der Wohnungslosenhilfe sind das oft Medikamente, über die sich Andere gar keine Gedanken machen: Kopfschmerztabletten, Erkältungsmittel oder sonstiges. Nur... wenn Sie nichts haben, können Sie auch nichts kaufen.

Und diese Tendenz – die zunehmende Privatisierung von Gesundheit, die Eigenverantwortung, die jede*r für seine bzw. ihre Gesundheit übernehmen soll, und hier und da noch eine Zusatzversicherung abschließen soll, um sich vernünftig zahnärztlich behandeln zu lassen oder um sich eine Brille leisten zu können – das hat sich noch verschärft.

Und das betrifft natürlich insbesondere die Menschen, die ganz arm sind und nichts haben. Die sich dann eine Brille teilen oder sich im Discounter eine Lesebrille kaufen... Das sind absolute Armutslagen. Wir haben ja hier in Deutschland immer die Diskussion um relative und absolute Armut. Im Bereich Wohnungslosigkeit würde ich so weit gehen zu sagen, da geht es um absolute Armut. Wenn jemand sich das – wie Sie sagten – Menschenrecht auf Gesundheit nicht mehr leisten kann und dann eben auf die Solidarität solcher Projekte und Initiativen angewiesen ist.

Außerdem gehe ich davon aus, dass es mehr Menschen sind. Das wird in unseren Projekten sehr deutlich: Je niedrigschwelliger die Angebote sind, etwa bei Straßenambulanzen, die mit Fahrzeugen bestimmte Orte in der Stadt aufsuchen, desto höher ist der Anteil ausländischer Patient*innen. Das gab es vor einigen Jahren so nicht. Das ursprüngliche Klientel – die Wohnungslosen – ist weiterhin nicht versorgt. Von ihnen gibt es immer noch viele, die keine Krankenversicherung haben oder, wenn sie formal eine haben, z. B. die Karte nicht haben und es viel zu lange dauert, bis die Jobcenter das den Krankenkassen melden. Oder Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation Diskriminierungserfahrungen im Regelsystem machen, die auch auf das System der Projekte angewiesen sind.

Wir sehen also sowohl bei der Zuwanderung als auch bei der Wohnungslosigkeit steigende Zahlen. Von daher wird die Lage ernster. Staatlicherseits aber – von der Politik – gibt es keinerlei Anzeichen, wie Herr Denker vorhin sagte, dass da einschneidende Maßnahmen ergriffen werden, um endlich einmal eine medizinische Grundversorgung für alle zu ermöglichen.

Info_Dienst: Nun gibt es ja seit 2015 das Präventionsgesetz, das den Anspruch formuliert, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu minimieren. Wurde das im Rahmen Ihrer Panels diskutiert? Haben Sie selbst bestimmte Erwartungen an das Gesetz?

Rosenke: Bei uns ist das gar nicht diskutiert worden.

Denker: Bei uns auch nicht... Es betrifft ja auch nur die Krankenversicherten.

Rosenke: Genau! Wir haben ja mit den Leuten zu tun, die aus diesem ganzen System entweder herausgefallen sind, grundsätzlich keinen Zutritt haben oder ihr Recht nicht realisieren können. Weil sie entweder nicht wissen, welche Rechte sie haben oder weil sie aufgrund von Diskriminierung gar keinen Zugriff auf diese Leistungen haben. Was wir ein paarmal diskutiert haben, ist, dass man Härtefallregelungen haben müsste, dass man die Zuzahlungsregelungen für Sozialhilfebeziehende abschaffen müsste, also für die Leute, die im ALG II-Bezug stehen. Es gibt auch Menschen, die trotz Arbeit arm sind – Stichwort Niedriglohnsektor – auch darüber muss man reden. Das ist das eine.

Zum anderen gibt es in Nordrhein-Westfalen einen gemeinsamen Fonds aus Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Kommunen, die solch ein niedrigschwelliges Angebot für Wohnungslose unterhalten. Sie alle zahlen in den Fonds ein und daraus gibt

es dann pro Patient*in ein Entgelt, mit dem sich ganz gut arbeiten lässt. Aber in ganz NRW gibt es meines Wissens nach nur sechs Kommunen, in denen das realisiert worden ist. Grundsätzlich denken wir als BAG W, dass man auf Bundesebene – angelehnt an ein solches Modell – eben auch einen gemeinsamen Fonds haben müsste, gefüllt mit Bundesmitteln, aber auch mit Mitteln der Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung, aus dem heraus dann solche medizinischen Angebote finanziert werden, wie wir sie machen.

Da es im Kongresspanel auch stark um Migration und Wohnungslosigkeit ging, wurde auch angedacht, ob man nicht Lobbyarbeit für einen europäischen Fonds machen müsste. Denn wir haben wirklich eine große Zahl von EU-Bürger*innen, die in dieser Notlage sind. Wieso sollte es da nicht einen Fonds auf EU-Ebene geben, um deren gesundheitliche Versorgung einigermaßen sicherzustellen? Es kann ja nicht sein, dass das Problem der Zuwanderung gelöst wird von Projekten, die sowieso auf kleinster finanzieller und personeller Flamme arbeiten. Das ist nicht einleuchtend. Denn so wie jetzt kann es nicht weitergehen. Die Helfer*innen, die Professionellen aus den Projekten arbeiten alle am Limit und das ist nicht unbegrenzt weiter ausdehnbar.

Denker: Wir haben vor Jahren schon einen Rettungsschirm gefordert für nicht und nicht ausreichend versicherte Kranke. Ähnlich, wie man Banken rettet, so muss es auch mög-

lich sein, Kranke zu retten. Da haben wir detailliert einen Plan an die Politik weitergegeben, bislang ist keine Reaktion erfolgt. Im Gegenteil, ich habe Anfang des Jahres noch einmal das Gespräch mit unserer Gesundheitsministerin in Schleswig-Holstein gesucht und sie antwortete: „Kein Gesprächsbedarf“. Das frustriert natürlich sehr!

Rosenke: Sollten wir nicht darüber nachdenken, uns enger zusammenzuschließen, um gemeinsam voranzugehen? Auch wenn wir es mit einem unterschiedlichen Klientel zu tun haben... es sind alles Menschen, die ihr Recht auf gesundheitliche Versorgung nicht realisieren können. Und wir werden von der Politik im Regen stehen gelassen. Ob man nicht wirklich noch einmal überlegen sollte, gemeinsam eine Initiative zu starten, um dem Thema mehr Gehör zu verschaffen und vernünftiger Reaktionen zu bekommen.

Schließlich haben wir in diesem Jahr auch Bundestagswahlen. Dass dieses Thema so ganz vom Tisch gefegt wird, möchte ich noch nicht akzeptieren.

Denker: Wir haben es ja vor zwei Jahren auf dem Kongress schon einmal versucht, dass wir ein Netzwerk gebaut haben: www.gesundheit-ein-menschenrecht.de und da sind schon gewisse Hilfen für Betroffene zusammengefließen. Das ist schon mal ein Weg, dass wir uns dort vernetzt haben.



Was uns besonders umtreibt und worüber wir noch gar nicht gesprochen haben: der Anspruch der Kinder. Es ist eine riesige Katastrophe, dass es unversicherte Kinder in Deutschland gibt. Das darf nicht sein. Kein einziges Kind darf unversorgt sein! Es darf nicht passieren, dass wir in der Praxis ohne Grenzen die Notfallversorgung für Kinder übernehmen!

Rosenke: Aber es gibt doch die Versicherungspflicht und selbst Vorsorgeuntersuchungen werden bei Kindern übernommen. Wie kann es sein, dass Familien mit Kindern in diese Situation kommen?

„Es ist eine riesige Katastrophe, dass es unversicherte Kinder in Deutschland gibt. Das darf nicht sein. Kein einziges Kind darf unversorgt sein! Es darf nicht passieren, dass wir in der Praxis ohne Grenzen die Notfallversorgung für Kinder übernehmen!“

Denker: Einmal, wenn die Eltern privatversichert sind, sind die Kinder zusätzlich zu versichern. Sie sind dann zwar in der Notfallversorgung mit drin, das steht im Gesetz. Nur, wenn die Eltern in die Arztpraxis gehen, dann sind sie Privatpatient*innen und das heißt, sie bekommen Privatrezepte. Privatrezepte müssen sie bezahlen, einreichen und kriegen dann erst das Geld zurück. Und das Geld ist einfach nicht da. Oder Impfungen, die kosten ca. 90 Euro und das Geld ist einfach nicht da. Selbst wenn der Arzt kein Honorar berechnet, muss er den Impfstoff kaufen und das tut er natürlich nicht, wenn er das Geld nicht wiederbekommt.

Info_Dienst: Mit Blick auf die Zeit möchte ich abschließend die Frage an Sie richten, was Sie aus dem Kongress mitnehmen: welche Anregungen Sie für Ihre weitere Arbeit mitgenommen haben, was Sie sich wünschen?

Rosenke: Ich würde mir wünschen, dass die sehr marginalisierten Interessengruppen, die wir vertreten, einen größeren Platz auf dem Kongress einnehmen sollten. Diese Themen sind inzwischen sehr an den Rand gedrängt worden. Ansonsten habe ich in den Diskussionen festgestellt: Es herrscht bei den Professionellen zum Teil sehr große Ratlosigkeit, weil man – genau wie es auch in diesem Gespräch herausgekommen ist – an die Grenzen stößt und denkt: die Problemanzeigen sind gemacht und jetzt müsste politisch etwas passieren. Das Problem ist so groß, dass man das nicht einfach auf Projektebene, nur mit Spenden und Ehrenamtlichkeit, bewältigen kann.

Denker: Aus unserem Verein waren mehrere Mitglieder auf dem Kongress. Wir haben uns danach noch einmal zusammengesetzt und festgestellt: Das alles hat für uns zu große Dimensionen angenommen. Wir treffen uns nochmal intern (landesweit) in kleineren Gruppen und versuchen, von Schleswig-Holstein aus Strategien zu entwickeln.

Info_Dienst: Interessant. Da gehen Sie in Ihren Lösungsvorschlägen insofern auseinander, als dass bei Frau Rosenke von einem bundes- oder gar europaweiten Fonds die Rede ist und bei Herrn Denker eher die landesweite Ebene in den Fokus rückt.

Rosenke: Ich sehe nicht, dass das ein Widerspruch ist. Ich rede ja über unterschiedliche Ebenen. Es ist klar, dass die Projektkoordination wenig Sinn auf EU-Ebene macht. Deswegen machen wir im Zweijahresrhythmus unsere eigenen Tagungen, auf denen sich Projekte relativ regelmäßig treffen, um Bestandsaufnahme zu machen, sich auszutauschen, vielleicht auch gemeinsame Aktivitäten vor Ort zu planen. Das ist das Eine.

Aber wenn man jetzt auch noch einmal an die politischen Ebenen denkt, an die wir unsere Forderungen richten, müssen wir bzgl. der EU-Migration gucken, ob es nicht die EU sein muss. Und dann nicht als einzelnes Projekt, sondern konzertiert. Auf europäischer Ebene z. B. gibt es den Dachverband der Europäischen Wohnungslosenhilfe, FEANTSA. Wenn, dann würde ich versuchen, es darüber umzusetzen. Da noch einmal zu diskutieren, zu gucken: Wie läuft das eigentlich in den anderen EU-Mitgliedsstaaten? Haben die ähnliche Probleme? Wie kann man sich vielleicht besser koordinieren mit Rumänien, Bulgarien, Polen ...? Ein Großteil unserer Klient*innen kommt aus diesen Ländern.

Denker: Das ist ein riesiger Aufwand! Und wir müssen immer bedenken: wir sind Ehrenamtler. Für mich ist das inzwischen ein Fulltime-Job, schon das alles zu erledigen, was die Praxis in Segeberg von mir fordert. Also, ich hätte keine Möglichkeit, mich noch EU-weit zu engagieren. Das wär nicht drin. Selbst in Berlin gibt es ja bislang keine Praxis ohne Grenzen. Ich war ganz erfreut, als ich letztens hörte, dass open.med dort eine Praxis eröffnen möchte. Dann müssen die Patient*innen aus Berlin nicht mehr nach Bad Segeberg kommen. Also, in dieser Richtung tut sich doch etwas!

Info_Dienst: Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen, dass Sie uns Ihre Zeit geschenkt haben, um mit uns und miteinander ins Gespräch zu kommen!

Das Gespräch führte Marion Amler.

Solidarität in der Gesundheitsförderung mit arbeitslosen Menschen

Karin Schreiner-Kürten, Tomas Steffens und Manfred Klasen im Gespräch

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, hat das Modellprojekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung“ gemeinsam mit den Projektpartnern – Bundesagentur für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag – vorgestellt.

*Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland, legte mit Kolleg*innen zusammen eine Kritik gegenwärtiger Gesundheitsstrategien im Umgang mit arbeitslosen Menschen dar.*

Manfred Klasen stellte für die Saarländische Armutskonferenz einen Film „Leben trotz Armut“ vor, der die Sicht von Betroffenen unkommentiert wiedergibt.

Info_Dienst: In welcher Weise sind die Aktivitäten, die Sie auf dem Kongress vorgestellt haben, von Solidarität gekennzeichnet?

Schreiner-Kürten: Solidarität ist ein grundlegendes Wesensmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung: Starke Schultern tragen mehr als schwache.

Im Bereich der Gesundheitsförderung gilt es besonders, niedrigschwellige Zugänge zu Leistungen für jene Menschen zu schaffen, die sozial bedingt geringere Gesundheitschancen haben. Hierzu gehören arbeitslose Menschen, die wir in Kooperation mit Jobcentern und Arbeitsagenturen in kommunalen Zusammenhängen erreichen wollen. Das ist gelebte Solidarität. Grundsätzlich verknüpfen die Krankenkassen bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung verhältnispräventive Maßnahmen mit verhaltenspräventiven Angeboten.

Steffens: Wir haben ein Fachgespräch durchgeführt, das sich mit der Gesundheitssicherung von Langzeitarbeitslosen, also Menschen im SGB II-Bezug, beschäftigt hat. In der Veranstaltung haben wir den sozialpolitischen Hintergrund der mit „Hartz-IV“ bezeichneten sozialpolitischen Reformen dargestellt und kritisiert, Probleme und Fallstricke einer „gesundheitsorientierten Arbeitsmarktpolitik“ aufgezeigt und ein alternatives Modell entwickelt. Arbeitslosigkeit, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit, ist bekanntlich ein eigenständiges gesundheitliches Risiko. Zugleich ist Arbeitslosigkeit ein systemisches Problem, das eng mit dem Kapitalismus verbunden ist. Langzeitarbeitslosigkeit reproduziert sozialer Ungleichheit, denn je niedriger der soziale Status ist, desto größer ist das Risiko einer langen Arbeitslosigkeit, von Krankheiten und Teilhabebeeinträchtigungen.

Bei einer Teilgruppe bündeln sich vielfältige Probleme. Sie sind in mehrfacher Hinsicht davon bedroht, von sozialer Teilhabe ausgeschlossen zu werden. Es geht also auch um das Thema der sozialen Exklusion als besondere Form von Ungleichheit.

Solidarität heißt im Zusammenhang der Gesundheit von Arbeitslosen, anzuerkennen, dass sie das gleiche Recht auf Gesundheit und soziale Teilhabe haben wie alle anderen Menschen auch. Es bedeutet vor allem, dass sie nicht stigmatisiert und auf Objekte administrativen Handelns reduziert werden.

Klasen: Die Vorstellung des Films „Leben trotz Armut“ hatte das Ziel, die teils dramatischen Zusammenhänge zwischen Armut, Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Situation, die bis zum Tod führen können, bewusst zu machen. Acht Menschen haben Mut bewiesen und in diesem Film – im wahrsten Sinn des Wortes – dafür den Kopf hingehalten. Das nenne ich gelebte Solidarität mit allen von Armut betroffenen Menschen, die nicht die Chance haben – vor Publikum – für eine Veränderung der Verhältnisse in Richtung einer solidarischen Gesundheitsförderung zu werben.

Info_Dienst: Welche zusätzlichen Anregungen konnten Sie, aus den Diskussionen auf dem diesjährigen Kongress, für Ihre Arbeit, mitnehmen?

Schreiner-Kürten: Wertschätzende Ansprache, Kommunikation auf Augenhöhe, Freiwilligkeit der Nutzung gesundheitsfördernder und präventiver Angebote – dies sind für uns selbstverständliche Prämissen bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung für Arbeitslose ohne Stigmatisierung. Und wir sind uns des Span-



nungsfeldes sehr bewusst, das sich aus der Verzahnung von Arbeitsförderung – mit verpflichtendem Charakter – und Gesundheitsförderung – als freiwillig zu nutzendes Angebot – ergibt. Hierzu gab es wichtige Diskussionsbeiträge, z. B. mittels Multiplikatoren-schulung Ansätze der peer education zu verstärken. Sehr anschaulich wurden auch Problemlagen im ländlichen Raum beschrieben. Strukturprobleme werden plötzlich zu Barrieren für die Gesundheitsförderung. Denn dort, wo junge Menschen wegziehen, Anbieter sich nicht ansiedeln und der öffentliche Nahverkehr auf zwei Abfahrtszeiten am Tag reduziert wird, gibt es auf einmal ungeahnte Hürden für Prävention und Gesundheitsförderung. Hierfür muss gemeinsam eine Lösung gefunden werden.

Steffens: Die Diskussion hat uns gleichsam genötigt, eigene Überlegungen noch einmal zu präzisieren, darin, wie das Gesundheitsthema aufgegriffen werden sollte. Es ist hoch problematisch, die Gesundheit von Arbeitslosen in einem Kontext zu verhandeln, der durch starke Machtasymmetrien gekennzeichnet ist. Soll das gelingen und die Autonomie der Arbeitslosen ernst genommen werden, dann sind Aspekte der Grundsicherung, der Vermittlung in Arbeit, sowie der Beratung und Unterstützung, einschließlich Prävention und Rehabilitation, auseinanderzuhalten.

Klasen: Eine Anregung ist, das Thema „Gleichheit“ noch stärker, noch energischer zu thematisieren und im Sinne der positiven Wirkungen, auch auf die Gesundheit, zu

argumentieren. Im Einführungsreferat des Kongresses wurden die direkten Zusammenhänge zwischen Gleichheit, allgemeinem Wohlstand, Zufriedenheit und einer besseren Gesundheit sehr anschaulich vermittelt.

Aus unserem Workshop stammte die Anregung, den Film und seine Inhalte noch stärker zu verbreiten, was wir natürlich nach Kräften tun wollen.

Info_Dienst: Wo sehen Sie besonders geeignete Ansatzpunkte, die Gesundheitschancen, bei erwerbslosen Menschen und anderen Gruppen in schwieriger sozialer Lage, zu fördern?

Schreiner-Kürten: Gesundheitsförderung und Prävention muss vor Ort, in den Kommunen und dort gemeinsam von den jeweils gesetzlich Verantwortlichen und Zuständigen getragen werden. Dies gilt allgemein und ganz besonders für Menschen in sozial schwierigerer Lage. Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) bieten hierfür die geeignete Richtschnur, die in den Landesrahmenvereinbarungen konkretisiert wird.

Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten ist das Thema, das die Träger der NPK in diesem Jahr besonders intensiv bearbeiten: Die Bundesrahmenempfehlungen werden diesbezüglich konkretisiert; alle verantwortlichen Partner sitzen dabei mit am Tisch: Bund, Länder,

kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Patientenvertreter, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und auch die PKV. Auch das Präventionsforum 2017 wird schwerpunktmäßig der Frage nachgehen, wie die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden können. Ziel ist es, dass Gesundheitsförderung (auch) für sozial benachteiligte Menschen integraler Bestandteil des gemeinsamen Handelns wird.

Steffens: Wenn Arbeitslosigkeit ein gesundheitliches Risiko darstellt, dann kommt es vorrangig darauf an, die Lebenslage zu verändern, d.h. ein Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. Für viele langzeitarbeitslose Menschen ist die Tätigkeit in einer öffentlich geförderten Beschäftigung machbar. Die Diakonie hat dazu detaillierte Überlegungen angestellt.

Es geht nicht darum, wie ein langzeitarbeitsloser Mensch lebt oder leben sollte, sondern, ob seine Teilhabe aus gesundheitlichen Gründen möglicherweise eingeschränkt ist. Liegen Anzeichen dafür vor, hat eine „Clearingstelle“ mit dem betroffenen Menschen gemeinsam zu klären, was zu tun ist. Manchmal mag die Vermittlung in eine Suchtberatungsstelle Sinn machen. In einem anderen Fall ist die Vermittlung eines Facharzttermins, oder auch die Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sinnvoll. Die „Clearingstelle“ fungiert also als Wegweiser durch das Gesundheitssystem. Sie kann auch ein Fallmanagement anbieten. In komplexen Fällen ist eine Fall- bzw. Teilhabeplankonferenz sinnvoll. Entscheidend ist, dass die Clearingfunktion, die Beratung,

das Fallmanagement und die Bedarfserhebung fachlich unabhängig sind und der arbeitslose Mensch diese Angebote freiwillig in Anspruch nimmt. Gesundheitsbezogene Leistungen müssen sanktionsfrei angeboten werden. Das hat auch Auswirkungen auf die Organisation der Jobcenter, das beim Thema Gesundheit vornehmlich die Aufgabe hat, Anzeichen für einen gesundheitlich bedingten Teilhabebedarf zu erkennen und den arbeitslosen Menschen zu Beratung und Unterstützung zu verhelfen, aber nicht die Aufgabe hat, den Lebensstil des bzw. der Arbeitslosen zu beeinflussen.

Ganz wichtig schließlich ist, dass die verschiedenen Bausteine, einschließlich präventiver Module, in einem politisch verantworteten regionalen Verbund durchgeführt werden. Dazu sind fachliche Vereinbarungen in einer Region nötig. In den Verbänden sind die Jobcenter einer von mehreren Partnern.

Klasen: Die zentrale Forderung der Gesundheitsförderung bei von Armut und Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen heißt: Vollständige Freistellung von allen, angemessenen Kosten der Gesundheit! Komplette kostenlose Gewährung aller notwendigen medizinischen Leistungen, wie vom behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin verordnet!

Es ist grundrechtswidrig, wenn Menschen deshalb früher sterben, weil sie die notwendigen zusätzlichen Kosten ihrer medizinischen Versorgung nicht leisten können.

Das Gespräch führte Stefan Bräunling.



| Kindergesundheit solidarisch gestalten

Susanne Borkowski und Thomas Lampert im Gespräch



Susanne Borkowski ist Geschäftsführerin des Vereins KinderStärken e. V. in Stendal. Bis 2010 leitete sie 15 Jahre lang eine Kindertagesstätte in Stendal. Die studierte Kindheitswissenschaftlerin besitzt außerdem einen Master of Social Work – Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession (MSW). Schwerpunktmäßig setzt sie sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen und die Stärkung der Kompetenzen von Kindern in Stendal und Umgebung auf der Grundlage neuester kindheitswissenschaftlicher Erkenntnisse ein.

PD Dr. Thomas Lampert, gelernter Soziologe, ist seit 2016 Leiter des neuen Fachgebietes Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert Koch-Institut (RKI). Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen die Themen Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Er lehrt unter anderem an der Berlin School of Public Health (BSPH) in der Charité Berlin und am Universitätsklinikum Leipzig. Zudem ist er Sprecher der in mehreren Fachgesellschaften verankerten Arbeitsgruppe Sozialepidemiologie und Mitglied des wissenschaftlichen Gutachterkreises der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung.



Info_Dienst: Was verstehen Sie persönlich unter Solidarität?

Lampert: Solidarität verbinde ich stark mit den Begriffen Chancengleichheit und Gerechtigkeit, angesichts der sehr ungleichen Verteilung von Lebenschancen, Teilnahmemöglichkeiten und Gesundheit. Mehr Chancengerechtigkeit kann dadurch erreicht werden, dass die Gruppen stärker zusammenrücken, einer Umverteilung ein Stückweit auch zustimmen, sie mittragen, ihren politischen Willen bilden. Also einen gewissen Druck erzeugen und auch gemeinsam durchsetzen.

Borkowski: Mir kommt immer gleich der Anerkennungsbegriff von Honneth in den Kopf. Darin ist Solidarität ein ganz wichtiger Teilaspekt. Menschen können sich selbst nur wertschätzen, wenn ihr Beitrag von den anderen als wertvoll angesehen wird. Kein Mensch möchte nur als bedürftig angesehen, sondern als Individuum mit besonderen Eigenschaften und Fähigkeiten akzeptiert werden. Solidarität trägt also zu Anerkennung bei. Nur so haben Menschen überhaupt die Möglichkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben.

Info_Dienst: Was bedeutet „Gesundheit solidarisch zu gestalten“ für den Bereich Kindergesundheit?

Lampert: Ich glaube, wir sind uns einig darüber, dass wir eine besondere Fürsorgepflicht für unsere Kinder haben. Das kann solidarisch nur gestaltet werden als gesamt-

gesellschaftliche Aufgabe. Im Moment sprechen wir sehr viel über „healthy ageing“, was angesichts des demografischen Wandels auch seine Berechtigung hat. Die Frage nach den Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen darf dabei aber nicht aus dem Blick geraten. Bezüglich Chancengerechtigkeit ist es doch viel naheliegender, dass man von Anfang an, bereits um die Geburt ansetzend, Teilhabemöglichkeiten und Entwicklungschancen eröffnet. Und nicht vom höheren Lebensalter zurückblickt.

Borkowski: In der Praxis heißt es immer: Wer ist eigentlich die starke Wählergruppe? Das sind nicht die Kinder, weil: sie haben keine Stimme. Und damit ist es natürlich auch immer nur eine Frage der Zeit, bis die Kinder aus dem Fokus verschwinden. Ich finde neben dem Aspekt der Fürsorge haben wir natürlich auch eine Verantwortung, dafür zu sorgen, dass Kinder selbst mehr zu Wort kommen. Selbst Möglichkeiten haben, ihr Leben mitzugestalten, ihr Lebensumfeld mitzugestalten, ihre Schulen, ihre Kitas.

Info_Dienst: Haben Sie denn das Gefühl, dass diese beiden Bereiche in Konkurrenz zueinander stehen?

Lampert: Ja. Die Konkurrenz ist da, weil die Mittel, die uns zur Verfügung stehen, begrenzt sind. Ein anderer Punkt, der mir wichtig ist, wenn es um Solidarität geht, ist, wie fragmentiert die Public Health-Landschaft ist. Und wie schwer es ist, die Akteure zusammen zu brin-

gen. Und da reden wir nur über Public Health, da reden wir noch nicht über Bildung oder andere Bereiche. Und wie sehr man doch im eigenen Bereich verfangen ist. So kann Solidarität nicht gelingen. Es muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein.

Borkowski: Es wird zum Kampf der Generationen gemacht, wenn es um die Verteilung von Mitteln geht. Und das entspricht dem, was Solidarität meint, gar nicht. Auf der anderen Seite – gerade auch, was die unterschiedlichen Bereiche betrifft – sind wir Wanderer zwischen den Welten. Wir sind weder Sozialbereich, noch Gesundheitsbereich, noch Hochschulbereich, sondern wir bewegen uns immer ein Stück dazwischen. Und bekommen dadurch auch diese unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Bereiche ganz gut mit. Und lernen von ihnen auch eine ganze Menge. Aber da sind schon doch sehr verhärtete Fronten untereinander. Angefangen damit, wer wichtig ist, wer mehr Geld bekommen sollte. Und nicht zu sehen, wie gut es eigentlich wäre, gemeinsam für die Sache einzustehen und weniger auf die finanziellen Ressourcen zu gucken.

Info_Dienst: Und fängt die Chancenungerechtigkeit nicht schon bei der Entscheidung an, welches Thema wie auf die Agenda kommt? Es gibt keine Beteiligungsforma-

te für diese Ebene der Entscheidung, keine Lobby für besonders vulnerable Zielgruppen, sondern man muss immer darauf vertrauen, dass jemand sich an der richtigen Stelle anwaltschaftlich einsetzt.

Lampert: Definitiv. Und ich finde es auch schwierig, das Thema Chancengerechtigkeit permanent auf der Agenda zu halten. Wir haben es ja jetzt im Vorwahlkampf wieder gesehen, dass die Chancengerechtigkeit letztlich hinter andere Themen, wie z. B. der inneren Sicherheit, zurückgetreten ist.

Man muss auch feststellen, dass einige Akteure dazu neigen, das Thema sehr einseitig darzustellen und positive Entwicklungen, die es auch gibt, auszublenden. Weil sonst die Öffentlichkeit wieder wegschaut. Dies erschwert den so notwendigen sachlichen und konstruktiven Diskurs.

Info_Dienst: Was der Kongress in den letzten Jahren versucht, ist, einen „Mutlilog“ zu ermöglichen. Also keinen Monolog oder Dialog, sondern ein Gespräch zwischen verschiedenen Parteien. Und da ist es uns immer wichtig, Wissenschaft, Politik und Praxis an einen Tisch zu bekommen. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Ist uns das in diesem Jahr gelungen?



Lampert: Ich habe das immer als großen Vorteil gesehen. Der Kongress ist aus Sicht der Wissenschaft in Deutschland der einzige Ort, an dem das in dieser Art und Weise möglich ist. In vielen Bereichen kommen wir inzwischen zu einer sachlicheren Diskussion, weil die Parteien einander besser verstehen. Und auch eine größere Bereitschaft haben, sich zuzuhören und aufeinander zuzugehen. Ob das in der Konsequenz dann immer auch zu mehr Taten führt, sei mal dahingestellt. Es ist aber eine wichtige Voraussetzung für den Praxis- und Politiktransfer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Ich habe das Gefühl, dass das Spektrum an Gruppen letztendlich größer geworden ist, durch eine gute Weiterentwicklung des Kongresses. Ich weiß, dass es immer wieder Diskussionen gab: Wie groß können wir noch werden, sodass noch erhalten bleibt, was uns wichtig ist? Nämlich der Austausch und die Diskussionen zwischen verschiedenen Gruppen. Das ist im Moment ganz gut gelungen, was z. B. die Veranstaltungen zum Thema Flucht, Asyl und Migration gezeigt haben. Dieser Bereich ist – ganz unabhängig davon, wie sich die Zuwanderung in den nächsten Jahren entwickelt – ein wichtiges Thema im Hinblick auf Solidarität. Weil es die ganze Struktur in Deutschland ändert. Und wir auch innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sehr unterschiedliche Gruppe und Prozesse beobachten werden.

Borkowski: Die Bandbreite der eingereichten Beiträge ist wesentlich größer gewesen. Das finde ich bereichernd. Auch sind die Diskussionen inzwischen in einer anderen Qualität. Es wird nicht mehr darüber gesprochen, woher das Geld kommt, sondern eher über die Inhalte. Dass in den Foren von Kommunalpolitik über Sozialarbeit bis zum Gesundheitsamt alles vertreten war, fand ich spannend. Ich glaube, das spricht auch Menschen an, die erst mal sagen würden: Mit dem Gesundheitsbereich hab ich doch eigentlich nichts zu tun. Weil deutlich wird, wie viel das Gesundheitssystem mit den gesamten Prozessen in Kommunen zu tun hat.

Info_Dienst: Mein Eindruck ist, dass diese Gruppen – also Praxis, Wissenschaft, Politik – in den letzten Jahren eine stärkere gemeinsame Sprache gefunden haben. Oder es zumindest schaffen, sich auf dem Kongress für eine gewisse Zeit auf eine gemeinsame Sprache zu einigen. Und wenn der Kongress einen Teil dazu beigetragen hat, dann freut uns das natürlich. Dass insgesamt eine größere Aufgeschlossenheit da ist, sich tatsächlich mit den jeweiligen Arbeitsfeldern auseinanderzusetzen. Und ich glaube auch, dass Praxis wissenschaftlicher geworden ist, weil sie es sein muss und möchte. Praxis muss stärker einbetten, verankern, sich begleiten lassen. Und

ich habe den Eindruck, das bekommt die Wissenschaft auch mit, dass da einfach eine größere Kompetenz aus der Praxis kommt.

„Es ist schwierig, das Thema Chancengerechtigkeit permanent auf der Agenda zu halten.“

Wir haben es ja jetzt im Vorwahlkampf wieder gesehen, dass die Chancengerechtigkeit letztlich hinter andere Themen, wie z. B. der inneren Sicherheit, zurückgetreten ist.“

Lampert: Umgekehrt hat aber auch die Wissenschaft einen stärkeren Anwendungsbezug. Jetzt kommen Generationen in die Wissenschaften, die anders ausgebildet sind. Dass sich Wissenschaftler*innen selbstzufrieden damit abfinden, unter ihresgleichen zu sein, ist bei vielen Kolleg*innen nicht mehr gegeben. Es besteht der Wunsch, einen Anwendungsbezug zu haben und die Praxis zu erreichen. Für unser Haus kann ich sagen, dass wir uns stark daran orientieren und auch den Erfolg daran messen, inwieweit unsere Zahlen in der Kommune aufgenommen werden und bei den Akteuren ankommen.

Info_Dienst: Hätten Sie denn trotzdem noch Wünsche aneinander? Also Wissenschaft an Praxis und Praxis an Wissenschaft? Oder wäre das eher ein „weiter so“?

Borkowski: Manchmal würde ich mir wünschen, dass man auch mal vom Praxis-Theorie Transfer spricht, weil bestimmte Dinge in der Praxis anders funktionieren als sie von der Wissenschaft gedacht werden. Dieser Weg funktioniert noch schlechter: aus der Praxis etwas mitzunehmen und Wissenschaft damit weiterzuentwickeln.

Info_Dienst: Armut und Gesundheit – eine Gegenüberstellung, die es in sich hat. Vieles ist seit der ersten Ausrichtung des Kongresses passiert: Die Datenlage ist besser und wird kontinuierlich erdrückender. Die Akteurslandschaft wird bunter und größer. Die Anstrengungen scheinen aber kaum Effekte zu haben. Armut nimmt zu und die Auswirkungen entsprechend. Was braucht es, um in etwa fünf bis zehn Jahren postulieren zu können, dass dieser Zusammenhang abnimmt?

Lampert: Es braucht in erster Linie den politischen Willen. Und der Wissenschaft-Politik-Praxis-Transfer muss verbessert werden. Wir haben auch nicht genügend Plattformen, um uns auszutauschen. Wir müssen unsere Vernetzung und Zusammenarbeit kritisch hinterfragen und vermutlich auch neu denken, in jedem Fall kontinuierlich weiterentwickeln und an neue Anforderungen an-



passen. Und letztlich brauchen wir auch ein Umdenken in der Bevölkerung.

Ich finde es erstaunlich, wie wenig die Zahlen – gerade im Hinblick auf die Auswirkungen auf Gesundheit, oder, wie wichtig die ersten Jahre sind – in der Bevölkerung bekannt sind. Da sind wir nach wie vor gefordert, das Thema noch mehr in die Öffentlichkeit zu bringen. Nur über einen großen Einstellungswandel in der Bevölkerung bekommt dieses Thema eine andere Wertigkeit.

Info_Dienst: Aber haben Sie den Eindruck, dass der Hauptgrund tatsächlich Unwissenheit ist? Ich habe nämlich den Eindruck, und das wird auch an uns so herange-

tragen, dass auch eine Müdigkeit dem Thema gegenüber herrscht. Wir hören ganz oft den Satz: Armut lockt keinen mehr hinterm Ofen vor.

Borkowski: Insgesamt fehlt es noch an einer Sensibilität für das Thema. Es wird skandalisiert: ‚Diese schlimmen Eltern, die das Geld für sich selbst ausgeben statt für die Kinder.‘ Auf der anderen Seite natürlich auch Institutionen und Einrichtungen, die damit Geld verdienen und möglichst traurige Kinderaugen auf irgendwelche Zeitungen bringen und damit eine Menge an Spendengeldern einsammeln. Das ist meines Erachtens eine wirklich große Schwierigkeit. Damit ist den Kindern nicht geholfen und dem Thema insgesamt auch nicht, weil: Das erzeugt diese Müdigkeit. Und, was auch Frustration auslöst: die eigene Ohnmacht.

Es gehört meines Erachtens eine Menge Mut dazu und der fehlt mir an ganz vielen Stellen in der Politik. Eben diesen Mut auch des Scheiterns. Eine ganz große Schwierigkeit ist auch, dass der Begriff „Kinderarmut“ möglichst vermieden wird.

Es gehört meines Erachtens eine Menge Mut dazu und der fehlt mir an ganz vielen Stellen in der Politik. Eben diesen Mut auch des Scheiterns. Eine ganz große Schwierigkeit ist auch, dass der Begriff „Kinderarmut“ möglichst vermieden wird. Ich glaube aber, solange nicht deutlich ist, dass wir hier von Kinderarmut reden, wird es auch schwierig, Strategien dagegen zu entwickeln.

Lampert: Das kann ich nur unterschreiben.

Das Gespräch führten Maren Janella und Marion Amler.

| Solidarität im „Fluchtpunkt Kommune“

Benjamin Ollendorf und Joost Butenop im Gespräch

Im Vorfeld zum Kongress fand am 14. März 2017 die Satellitentagung „Fluchtpunkt Kommune. Gesundheitsförderung und Prävention bei Geflüchteten und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ statt. Joost Butenop und Benjamin Ollendorf engagierten sich dort als Referenten. Für den Infodienst reflektieren sie noch einmal gemeinsam: Was bedeutet es für das Themenfeld Flucht, Gesundheit in der Kommune solidarisch zu gestalten?



Dr. med. Joost Butenop MPH studierte Medizin in Göttingen und war von 1998 bis 2016 in der internationalen medizinischen Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit tätig. Er ist Erfinder der innovativen und international renommierten online Bibliothek MEDBOX (www.medbox.org), die Ende 2015 die Toolbox www.refugeetoolbox.org für Flüchtlingsgesundheit aufbaute. Seit April 2016 arbeitet Joost Butenop für die Regierung von Unterfranken, als Fachberater für Asyl- und Flüchtlingsgesundheit, einer bis dato bundesweit einmaligen Position im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Benjamin Ollendorf arbeitet seit 2010 bei KinderStärken e.V. in der Koordinierungs- und Fachstelle Partnerschaft für Demokratie sowie im Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee. 2011 erwarb er seinen Bachelorabschluss Angewandte Kindheitswissenschaften, seit 2014 absolviert er ein berufs begleitendes Masterstudium: Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession.



Ollendorf: Ich habe das Projekt „Partnerschaften für Demokratie“ vorgestellt. Das wirkt in der Gesundheitsförderung vielleicht erst mal ein bisschen „artfremd“. Es ist aus dem Bundesprogramm „Demokratie leben!“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Bei dem Programm geht es darum, Rechtsextremismus abzubauen und auch Gewalt und sogenannte Menschenfeindlichkeit. Im Rahmen des Projektes werden Fondsmitteln angeboten, um Menschen zu unterstützen, sich aktiv mit diesen Themen auseinanderzusetzen.

Der Abbau von Diskriminierungen ist elementarer Bestandteil von Gesundheitsförderung

Ich hatte bei der Vorstellung provokant die These in den Raum gestellt: „Abbau von Rassismus das ist jetzt keine Gesundheitsförderung!“. Und da gab es doch ziemlich heftige Reaktionen, die gesagt haben: „Also Gesundheitsförderung ist genau das! Der Abbau von Diskriminierungen ist eigentlich ein elementarer Bestandteil von Gesundheitsförderung“. Das Projekt zielt nicht in erster Linie auf die Menschen, um deren Gesundheit es letztlich geht, also die Geflüchteten, sondern eher auf die Menschen, die Solidarität ermöglichen müssen. Sie müssen ein gesundes Leben und eine gesunde Lebenswelt ermöglichen. Und ich glaube, dass dieses Projekt ein Mittel sein kann, Gesundheit solidarisch zu gestalten. Es ist ein Baustein, der dazu beiträgt, dass die Menschen hier ankommen können, dass sie sich hier wohlfühlen.

Und dass ihnen bis hin zur politischen Ebene der Wille entgegenschlägt: „Ihr seid Menschen. Ihr seid wertvoll. Wir helfen euch!“. Das war der Tenor der Diskussion: wie wichtig es ist, Gesundheit solidarisch zu gestalten und nicht nur ausschließlich auf Impfen etc. zu schauen. Wo bei das natürlich auch sehr wichtig ist.

Butenop: Im Workshop „Kommunen stellen sich vor“ haben sich zwei Leuchtturm-Initiativen vorgestellt: Zum einen das Gesundheitsamt Hamburg-Altona mit seiner Arbeit in der Prävention und in der kurativen Arbeit mit Asylbewerber*innen. Der Stadtstaat Hamburg ist sehr progressiv, sie haben früh die elektronische Gesundheitskarte eingeführt, sind auch auf politischer Ebene extrem offen und handlungsbereit. Dort wurde auf kommunaler Ebene ein ganzes Mediziner-Team zusammengestellt. Und im Süden, im Flächenland Bayern, habe ich in Unterfranken eine Position im öffentlichen Gesundheitsdienst auf der Regierungsebene, also auf einer mittleren Behördenebene, inne. Meine Aufgabe ist es, neun Gesundheitsämter dabei zu beraten und zu begleiten, Präventionsarbeit mit Asylbewerber*innen/Geflüchteten umzusetzen. Meine Stelle als Fachberatung für Asylgesundheit sollte eigentlich in jedem Regierungsbezirk hier in Bayern eingerichtet werden, es gibt aber bisher nur mich auf dieser Position. Ich bin damit bisher bayernweit einmalig und bis auf die Kolleg*innen in Hamburg gibt es auch bundesweit keine Pendanten im ÖGD. Ich versuche hier in Unterfranken so eine Art Koordination-/Lotsenfunktion einzunehmen. Also mitzuschneiden, was

alles über das Regierungsengagement hinaus läuft im Bereich Asyl- bzw. Geflüchteten-gesundheit, gerade im präventiven Bereich. Denn, die Regierung hat keine Idee, was eigentlich die Ehrenamtsnetzwerke machen, was Hilfsorganisationen machen, und wo und warum, ob es Duplizierungen gibt, ob es Lücken gibt...

Wir bewegen uns im luftleeren Raum – es fehlen Daten

Und ich bin jetzt letztlich dann in diese Position gekommen auch mit der Feststellung, dass wir so gut wie keine Daten und Informationen haben. Das heißt, wir bewegen uns ziemlich im luftleeren Raum. So dass ich ganz bei null angefangen habe, zu erheben: „Wer ist hier eigentlich Akteur? Wer macht was, mit welchen Mitteln und warum?“ um die Regierungsrolle ein bisschen besser zu verstehen und eben auch, um hier bei uns in Unterfranken sogenannte „Best Practice-Modelle“ anzusiedeln.

Grundsätzlich läuft auch vieles schon sehr gut – aber es ist manchmal schwer den Überblick zu bekommen. Das ist eine Aufgabe, der wir uns jetzt stellen. Wir könnten so viel auch von anderen Bundesländern lernen, die mehr Erfahrung haben, man könnte sich da viel mehr austauschen.

Um den Bogen zu spannen zum Thema Solidarität bzw. solidarisch arbeiten und handeln: Wir haben von der Regierung zunächst mal einen gesetzlichen Auftrag. Der ist zusammengefasst im Asylgesetz und im Asylbewerberleistungsgesetz, das seine Grenzen hat. In diesem Rahmen ist aber einiges an Spielraum möglich. Und ich sehe meine Funktion auch darin, ein bisschen zu vermitteln, dass wir gerade auch hier im Süden mit einer christlich-sozialen Regierung so einen solidarischen Auftrag wahrnehmen müssen. Die Solidarität, die von der Bevölkerung, von der Zivilgesellschaft gezeigt wird, ist aus meiner Sicht endlich. Das Ehrenamt ist inzwischen an vielen Stellen erschöpft, gerade auch, da außer Schulterklopfen und Händedrücker nicht viel kommt. Vieles gehört aus meiner Sicht professionalisiert. Dazu gehört Gesundheit, dazu gehört Bildung. Da sind wir noch nicht und da versuche ich ein bisschen ein Brett zu bohren, damit dieser Solidaritätsaspekt, der gesetzlich ja verankert ist, so minimal, so rudimentär wie er auch ausgeprägt ist, trotzdem auch umgesetzt wird.

Ollendorf: Durch unser Programm lässt sich das Thema ganz gut in der Lebenswelt Kommune verankern: „Partnerschaften für Demokratie“ sind so gestrickt, dass sie an der Kommune angedockt sind, d. h. die Kommune muss Träger sein. Sie beauftragt aber zivilgesellschaftliche In-

stitutionen, also dann uns (KinderStärken e.V.), mit der Umsetzung. Es gibt auch einen Begleitausschuss. Da ist vorgeschrieben, dass Verwaltung, Kommunalpolitik aber auch mehrheitlich Zivilgesellschaft, in diesem Begleitausschuss vertreten sein muss. Dieser Ausschuss ist dann der strategische Kopf des Ganzen, er vergibt die Mittel und setzt Schwerpunkte. Denn das ist eins unserer Hauptziele: Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung in den Austausch zu bringen, um sich gemeinsam vor Ort und kommunal zu überlegen: Was können wir hier machen? Welche Probleme haben wir? Wo müssen wir ansetzen?

Und ganz praktisch ist es so: Wir sind eher eine Region, wo das Geld nicht so fließt im Norden Sachsen-Anhalts. Da sind auch 2000 Euro schon mal was. Und auch Kommunen, Kitas etc. schauen darauf. Und das ist ein guter Hebel, diese Aktionsfondsgelder, um das Thema ins Bewusstsein zu bringen. Es werden viele Aktionen gemacht, die dann wieder auch den öffentlichen Diskurs fördern sollen.

Butenop: Ich möchte das Thema Lebenswelten aufgreifen. Denn hier ist Diskriminierung ganz klar relevant und es sollte die Frage gestellt werden, inwiefern ist diese z. B. auch systemisch verankert? So etwas ist ja unerschwinglich gar nicht nachweisbar. Der unklare Schwebestatus, in dem sich viele Asylsuchende über Monate und Jahre ohne einen Anerkennungsstatus befinden, tut seinen Teil dazu. Da brauchen wir nicht diskutieren, inwiefern sich z. B. dieser unklare Status auf die seelische Gesundheit auswirkt.

Was wir von der Regierungsseite aus machen, ist oft noch sehr stark ressortbezogen vorzugehen, also vertikal und nicht horizontal. Bei uns hat der öffentliche Gesundheitsdienst nur den Auftrag der Prävention. Die kurative Versorgung von Asylsuchenden/Geflüchteten ist bei uns über das Sozialministerium verankert, das wiederum keine medizinische Expertise besitzt. Zur Lebenswelt gehören neben präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung auch die Bildung von der Grundschule bis zur Berufsausbildung. Dafür sind auf kommunaler Ebene Jugendämter und Sozialämter mit Bildungsreferenten zuständig, die Ausbildungsplätze an Asylbewerber*innen vermitteln. Auch die Mittel, sind ressortgetrennt verfügbar. Und da gibt es teils wenig Absprachen. Interdisziplinäre Projekte, wie sie auch von der Zivilgesellschaft, von den Hilfsorganisationen angeboten werden, fallen dann oft in so eine Lücke.

Und was ich versuche, ist ein wenig holistischer zu schauen: Mit Jugendämtern, die sich um die unbegleiteten



Minderjährigen kümmern, mit den Sozialämtern, mit den Kultusämtern, die zuständig sind für Bildung usw. Das geht bei mir sogar bis in den Austausch mit der Raumplanungsabteilung, um Karten zu erstellen – ein Mapping: „Wer macht wo was? Wie ist eigentlich die Hausarzt-dichte, die Psychologendichte usw.“ Damit man einen Überblick bekommt. Können wir die Geflüchteten da, wo sie wohnen, überhaupt medizinisch versorgen?

Traditionell sind diese verschiedenen Ressorts nicht überall gewohnt, sich miteinander auszutauschen oder abzusprechen.

Viele Menschen engagieren sich solidarisch, auch wenn die Gegenstimmen lauter wirken

Ollendorf: Man muss dringend auch diese rechte extreme, diese rechtspopulistische Seite im Blick haben, wenn man für Menschen, die von rassistischer Diskriminierung betroffen sein können, Gesundheit solidarisch gestalten will. Das ist brisant. Hier werden Hass und Vorurteile über Geflüchtete verbreitet, z. B. über soziale Netzwerke. Das wird massiv geschürt und mit einer unheimlichen Anstrengung unter's Volk gebracht. Und das findet sich dann irgendwann auch wieder in den Diskussionen der Helfenden, auch bis hin zur höchsten politischen Ebene. Solchen Entwicklungen müssen wir entgegenwirken.

Ich fand es sehr spannend, von Ihren Erfahrungen zu hören Herr Butenop. Ich glaube, dass vieles schon sehr gut läuft. Dass man die Übersicht verliert, heißt ja auch, dass viel da ist. Da ist doch sehr viel am Werk, sehr viele Leute setzen sich ein und versuchen, Gesundheit im Be-

reich Flucht und Migration solidarisch zu gestalten. Ich kann nur noch einmal raten, auch diese andere Seite mitzudenken, diese aufnehmende Bevölkerung. Das sollte auch öffentlich dargestellt werden: Es sind viele, viele Menschen, die sich solidarisch engagieren, auch wenn die Gegner*innen oftmals lauter wirken.

Butenop: Für mich als Abschlussatz: Die Solidarität zeigt sich auch in einer gemeinsamen Arbeitsweise und Umsetzung. Was Sie vorhin sagten, Herr Ollendorf, fand ich ganz spannend: dass Kommunen zivilgesellschaftliche Organisationen beauftragen. Das finde ich hier in Bayern noch nicht so ganz ausgeprägt. Wir haben die staatliche hoheitliche Verantwortung, die die Bundesregierung mit verschiedenen internationalen Abkommen ratifiziert und unterschrieben haben, um geflüchteten Menschen gewisse Basispakete zur Verfügung zu stellen. Für die Umsetzung können wir auch andere beauftragen, wir müssen es aber bezahlen. Und damit behalten wir auch die Verantwortung, die Rechenschaft, dass das, was umgesetzt wird, auch funktioniert und ankommt. Für mich ist das ein ganz wichtiger Baustein von praktizierter Solidarität, dass Staat und Zivilgesellschaft Hand in Hand arbeiten. Dann kann man in einem Dialog bestimmen, wofür und mit welchen Zielen Gelder ausgegeben werden sollen. Und das ist ein Prozess, der mir total fehlt. Es gibt staatliche Interventionen und es gibt zivilgesellschaftliche. Und wenn man Solidarität geflüchteten Menschen gegenüber ernst meint, dann müsste man eigentlich mehr Brücken bauen. Ich versuche das hier, und im Kleinen, in meinem Einflussbereich, sind erste Erfolge zu sehen.

Das Gespräch führte Lea Winnig.

Herausgeber und Verleger:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030-44 31 90-60,
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail: sekretariat@gesundheitbb.de,
www.gesundheitbb.de

Wenn Sie den Info_Dienst abbestellen oder eine Adressänderung angeben möchten, schreiben Sie bitte an sekretariat@gesundheitbb.de. Auch wenn Sie die Publikation künftig lieber in elektronischer Fassung erhalten möchten, schreiben Sie uns bitte.

Redaktion:

Stefan Pospiech (V. i. S. d. P.),
Marion Amler, Stefan Bräunling, Maren Janella,
Lena Kückels, Lea Winnig

Auflage: 3.000

Satz und Layout:

Connye Wolff, www.connye.com

Druck:

Schöne Drucksachen,
Bessemmerstraße 76a, 12103 Berlin
www.schoene-drucksachen.eu

Copyright:

Gesundheit Berlin-Brandenburg, Juli 2017
E-Mail an: redaktion@gesundheitbb.de
ISSN 1614-5305

Bildnachweise:

sämtlich: André Wagenzik
S. 14: BAG W
S. 22: RKI