

## **Diskussionsvorlage zum Fachgespräch Gesundheitsbildung am 26. März 2008 von 15:00 bis 18:00 Uhr im Kulturpalast Billstedt**

### **Ausgangslage**

Die 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung besagt, dass Gesundheitsförderung zum Ziel hat, *„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“*

Gesundheit wird nicht als das bloße Fehlen von Krankheit, sondern als *„umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“* definiert, das nur dann zu erlangen ist, wenn *„sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“*<sup>1</sup>

Zudem stellt Gesundheit eine bedeutsame Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben sowie für die Lebensqualität dar.<sup>2</sup> Sie ist gesellschaftlich jedoch höchst ungleich verteilt: Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem Bildungsstatus und insgesamt ungünstigeren Lebensbedingungen haben eine geringere Lebenserwartung, einen schlechteren Gesundheitszustand und verfügen über weniger Ressourcen, Belastungen und Einschränkungen zu bewältigen bzw. ihnen vorzubeugen.<sup>3</sup> Neben arbeitslosen und sozial benachteiligten Menschen, zählen MigrantInnen und Flüchtlinge sowie kinderreiche Familien, Alleinerziehende, chronisch Kranke und Wohnungslose zu den benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Diese Erkenntnisse der sozialwissenschaftlich-medizinischen Public-Health Forschung, werden für die Stadt Hamburg u.a. durch die Stadtdiagnose 2 aus dem Jahr 2001 bestätigt: *„Wer sozial benachteiligt ist, lebt in benachteiligten Stadtgebieten, verhält sich gesundheitsriskanter, ist verstärkt von Gesundheitsproblemen betroffen und stirbt früher.“*<sup>4</sup> Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten etwa 415.000 EinwohnerInnen in den 24 Hamburger Stadtteilen mit schlechterer sozialer Lage, in denen die Männersterblichkeit um 35 und die Frauensterblichkeit um 20 Prozent höher lag als in besser gestellten Stadtteilen.<sup>5</sup>

Horn, Billstedt und Mümmelmannsberg zählen zu diesen Stadtteilen mit schlechterer sozialer Lage, in denen das erhöhte Gesundheitsrisiko unter anderem geprägt wird durch ein spezifi-

---

<sup>1</sup> Weltgesundheitsorganisation: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, S. 1.

<sup>2</sup> Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Umwelt und Gesundheit: Kurzfassung des Landesberichtes Hamburg, Stadtdiagnose 2, April 2001. S. 9.

<sup>3</sup> Vgl. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, 2005.

<sup>4</sup> Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Umwelt und Gesundheit: Kurzfassung des Landesberichtes Hamburg, Stadtdiagnose 2, April 2001. S. 5.

<sup>5</sup> Sterblichkeit nach sozialer Lage in Hamburg, 1986 bis 1997 zusammengefasst. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Umwelt und Gesundheit: Kurzfassung des Landesberichtes Hamburg, Stadtdiagnose 2, April 2001. S. 6.

sches gesundheitsbezogenes Risikoverhalten (z.B. Ernährung, Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum, Bewegungsmangel), die begrenzte Verfügbarkeit von Ressourcen (Geld, Wohnsituation, soziale Unterstützung, Bewältigungskompetenzen), einen schlechteren Zugang und geringere Inanspruchnahme von Informationsangeboten und Versorgungsleistungen sowie durch mangelndes Vorsorgebewusstsein („Gesundheitsanalphabetismus“).

Gesundheitsbildung, also die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, ist ein wesentlicher Faktor, um die gesundheitliche Selbstbestimmung zu fördern und die soziale Ungleichheit auf diesem Gebiet zu mindern (Ziele der Ottawa-Charta). Gesundheitsbildung ist dabei ein Querschnittsthema, das in Kindertagesstätten, Schulen, Elternschulen, Familienhilfezentren, Integrationscentern, Sprachkursen, Seniorentreffs, Beratungsstellen etc. und nicht nur im originär medizinischen Bereich und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) seinen Platz haben muss, will man die Ziele der Ottawa-Charta erreichen.

Im Hamburger Osten gibt es bereits seit Jahren zahlreiche Ansätze und Angebote, die in verschiedenen Einrichtungen und Institutionen vor Ort entwickelt und umgesetzt werden und als Good-Practice in der Region dienen können.

Besonders bewährt haben sich lebensweltorientierte Angebote, die z.B. in den Bereichen Ernährung und Bewegung nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern durch gemeinsames Handeln, Kenntnisse praktisch erfahrbar und umsetzbar machen. Sie bieten zudem ganz konkrete alltagspraktische und finanzielle Entlastungen (z.B. Kochkurse, in denen gesunde und preiswerte Lebensmittel verwendet werden).

Niedrigschwelligkeit und Wohnortnähe sind wichtige Kriterien, um die Zielgruppen zu erreichen. Orte und Einrichtungen des täglichen Lebens bieten Anknüpfungspunkte für Gesundheitsbildung, ohne die Adressaten zu stigmatisieren.<sup>6</sup>

Um dauerhafte Lernerfolge und Verhaltensänderungen zu bewirken, sollte Gesundheitsbildung zudem bei den jeweiligen Potenzialen der TeilnehmerInnen ansetzen (Ressourcenorientierung), ihre Lebenssituation berücksichtigen und ihnen nicht zuletzt auch Spaß machen.

## **Gesundheitsbildung bei Familien und Kindern**

In der Verantwortung für ihre Kinder zeigen viele Eltern ein starkes Interesse an Gesundheitsthemen. Daher besteht in Familien mit kleinen Kindern eine große Offenheit gegenüber Angeboten der Gesundheitsbildung und -beratung.

Früh zeigt sich jedoch, dass die gesundheitliche Situation von Kindern aus sozial benachteiligten Familien durch verstärkte Risikofaktoren und ein erhöhtes Krankheitsrisiko gekennzeichnet ist. Der Lebensstil und das Verhalten der Eltern prägen das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder nachhaltig. Wird ein gesundheitsförderlicher Lebensstil nicht kontinuierlich entwickelt, treten im späteren Lebensverlauf deutlich häufiger Erkrankungen auf, die auf falsche Ernährung, mangelnde Bewegung oder den Konsum von Suchtmitteln zurückzuführen sind (Übergewicht, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere chronische Erkrankungen).

Der Hamburger Gesundheitsbericht (Stadt diagnose 2) untersucht den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Situation für die Bereiche frühkindliche Gesundheitsprobleme und Säuglingssterblichkeit, Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sowie Zahngesundheit und stellt in allen Bereichen einen eindeutigen Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und einem signifikant schlechteren Gesundheitszustand fest.

---

<sup>6</sup> Petra Hofrichter: Gesundheitsförderung nachhaltig stärken. In: HAG:Hilfe die Herdmanns kommen ... nicht! 2005, S. 9.

Vorsorgeuntersuchungen (U 1 – U 8/U 9) werden zudem deutlich weniger in Anspruch genommen. Dies bestätigt auch der erste Bericht zur „Kindergesundheit in Hamburg“ aus dem Jahr 2007 und stellt darüber hinaus fest, dass auch die Durchimpfungsrate in sozial benachteiligten Stadtteilen wesentlich geringer ist. Der Bezirk Hamburg-Mitte bildet hier mit einer Durchimpfungsrate von nur etwa 65 Prozent (Masern, Mumps, Röteln) das hamburgweite Schlusslicht.<sup>7</sup>

In einigen Bereichen kommt der Bericht zur „Kindergesundheit in Hamburg“ zwar zu einer vorsichtig optimistischen Einschätzung, da sich sowohl im Vorsorgeverhalten wie in der Zahngesundheit leichte Verbesserungen abgezeichnet haben.

Alarmierend sind hingegen die Ergebnisse beim Thema Übergewicht und Adipositas von Kindern. Ihre Zahl nimmt auch in Hamburg seit Jahren deutlich zu: während hamburgweit die Anzahl übergewichtiger Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung innerhalb von zehn Jahren von 9,3 auf 11,8 Prozent (Stand: 1994/95 und 2004/05) gestiegen ist, liegen die Werte im Bezirk Hamburg-Mitte weit über diesem städtischen Durchschnitt. Hier waren 15,3 Prozent (2004/05) der einzuschulenden Kinder übergewichtig oder fettleibig.<sup>8</sup>

Auch in den Bereichen der Entwicklungsstörungen (Sehen, Hören, Sprechen, motorische und orthopädische Auffälligkeiten) und der Aufmerksamkeitsdefizite (ADS/ADHS) bestehen enge Zusammenhänge zu den kulturellen und sozialen Lebensbedingungen der Kinder.

Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen langfristig und nachhaltig zu fördern, ist es notwendig, ihr Lebensumfeld gesundheitsfördernd zu gestalten und so früh wie möglich ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Praktische Gesundheitsförderung und Prävention gehen dabei Hand in Hand mit Gesundheitsbildung.

In diversen Einrichtungen des Hamburger Ostens gibt es seit langem integrierte Angebote zur Gesundheitsbildung und –förderung, die in den letzten Jahren ergänzt wurden durch Kooperationsprojekte wie z.B. „Bille in Bewegung“ und „Wake up“ im Legiencenter, an denen sich mehrere Netzwerkpartner vor Ort aktiv beteiligen.

Einerseits richten sich die Angebote von Elternschulen, Eltern-Kind-Zentren, Familienbildungsstätten, Mütterberatungsstellen, Familienhebammen etc. an Eltern, die oft aus Unkenntnis oder mangelndem Bewältigungsvermögen die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Stärkung ihrer Kinder wenig nutzen. Ziel ist eine ganzheitliche und familienbegleitende Förderung, die Eltern aktiviert und ermächtigt ihre Verantwortung und Vorbildfunktion im Bereich Gesundheit wahrzunehmen.

Andererseits haben sich lebensweltbezogene Ansätze z.B. im Setting Kita oder Schule als wirkungsvoll erwiesen. Bewegung und Psychomotorik bilden hier ebenso wie das gesunde Mittagessen Bestandteile des täglichen Angebotes. Darüber hinaus bietet z.B. die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) Fortbildungs- und Informationsmaßnahmen sowie Projektwochen zu gesunder Ernährung in Kitas und Schule (z.B. Ausschreibung „Gesunde Schule in Hamburg“, Modellprojekt „Kita fit für die Zukunft“).

Ab August 2008 wird in Hamburg-Mitte (Pilotbezirk) das „Gesundheits- und Familienmobil“ unterwegs sein, das – unter Federführung des Deutschen Kinderschutzbundes in Kooperation mit Einrichtungen vor Ort – Beratungsangebote rund um die Themen Gesundheit, Vorsorge (U-Untersuchungen), Bewegung und Familie anbietet.

---

<sup>7</sup> Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG): Kindergesundheit in Hamburg. Bestandsaufnahme der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung von Kindern in Hamburg. 2007. S. 23ff.

<sup>8</sup> Ebd. S. 31ff.

Trotz vieler guter Ansätze haben die Untersuchungen zur Kindergesundheit und -bewegung in Hamburg deutlich gezeigt, dass die bisherigen Anstrengungen nicht ausreichen. Insbesondere für die sozial benachteiligten Stadtteile belegen sie eine negative Entwicklung gerade in den Bereichen Übergewicht, Bewegung und Ernährung. Neben ungesundem Essverhalten und bewegungsarmen Freizeitbeschäftigungen spielt vor allem die schlechte sozio-ökonomische Lage vieler Haushalte im Hamburger Osten eine maßgebliche Rolle für die gesundheitliche Situation von Kindern, Jugendlichen und Familien. Gesundheitsbildung stößt hier an ihre Grenzen. Sie kann Verhalten ändern und Gesundheitsbewusstsein fördern, die zugrunde liegenden Probleme kann sie jedoch nicht lösen, sondern bestenfalls abmildern.

### **Handlungsempfehlung**

Gesundheitsbildung wird systematisch und flächendeckend in die Angebote von Kitas und Schulen integriert.

Die Themen werden sowohl an Grundschulen als auch an weiterführenden Schulen in den regulären Stundenplan aufgenommen und regelmäßig in Projektwochen oder bei Aktionstagen praktisch umgesetzt.

Alle sozialen Einrichtungen und Institutionen werden dabei unterstützt, niedrigschwellige und ganzheitliche Gesundheitsförderung und –bildung in ihre Angebote zu integrieren.

Frühstücksprojekte wie z.B. „Wake up“ werden in die Regelförderung aufgenommen und auf weitere Standorte in der Region ausgedehnt.

Schulen, Kitas und andere Einrichtungen werden gefördert bei der Ausgabe von gesunden und kostengünstigen Mittagessen.

Wohnort- und praxisnahe Kurse wie z.B. Mütterkochkurse werden regelhaft unterstützt.

Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9 bzw. U 10) wird verbindlich geregelt.

Schulärzte besuchen die Schulen regelmäßiger.

Im Hamburger Osten werden mobile Beratungsstellen geschaffen, die kompetent zu gesundheitsrelevanten Themen beraten können.

Mütterberatungsstellen und Familienhebammen werden gestärkt, Modellprojekte wie „Wellcome“ werden auf den gesamten Hamburger Osten ausgeweitet.

Der Erfahrungsaustausch zwischen Eltern wird ermöglicht und gefördert. Für Selbsthilfegruppen bspw. zu Themen wie ADS/ADHS stehen Räume und fachliche Unterstützung im Stadtteil zur Verfügung. Laut KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) besteht großer Unterstützungsbedarf für Selbsthilfegruppen im Hamburger Osten. Aus personellen Gründen kann KISS dort derzeit keine bessere Versorgung oder Betreuung leisten.

Ausweitung und Verankerung von Programmen zur gezielten Reduzierung von Übergewicht im Hamburger Osten in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen z.B. „Moby Dick“.

**Bewegung:**

Es werden gezielt öffentlich zugängliche Bewegungsräume und Freiflächen geschaffen, die als Spiel- und Sportflächen genutzt werden können.

Bewegungsanreize werden z.B. durch Projekte wie die „Abenteuerwege“ in die tägli-

chen (Schul-) Wege im Stadtteil integriert.

Durch Angebote der Gesundheitsbildung wird die Vorbildfunktion der Eltern für das Bewegungsverhalten der Kinder gestärkt z.B. durch Familiensportfeste, gemeinsame Stadtteil Radtouren etc.

Familienfreundliche Sport- und Bewegungsangebote werden kostengünstig und dezentral angeboten.

### **Gesundheitsbildung für SeniorInnen**

Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Daher ist es von besonderer Bedeutung, sich mit diesen Veränderungen vertraut zu machen, ihnen vorzubeugen und aktiv zu begegnen.

Angebote der Gesundheitsbildung und -förderung haben im Bereich der SeniorInnenarbeit einen hohen Stellenwert und werden häufig nachgefragt. Neben dem Erhalt der Mobilität und Gesundheit fördern sie vor allem die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bis ins hohe Lebensalter hinein.

Ernährungs- und Bewegungsangebote, Gymnastik, Spaziergänge und Tanz stellen integrale Bestandteile des Programms vieler Seniorentreffs (kirchlich und nicht konfessionell) und der Sport- und Bürgervereine in Horn, Billstedt und Mümmelmannsberg dar. Sturzprävention und Gedächtnistraining sind weitere wichtige Angebote.

Ein niedrigschwelliges Bewegungs-Projekt "Auf geht's – Spaziergangsbegleitung für Senioren" wird gerade im Bereich Schleemer Bach neu angeboten.

Seniorenlotsen, Seniorenbeiräte und öffentliche Seniorenberatungsstellen bieten darüber hinaus Informationen und setzen sich für die Belange der Zielgruppe ein.

Insgesamt gibt es im Hamburger Osten jedoch zu wenige Angebote für die heterogene Zielgruppe der SeniorInnen. Viele SeniorInnen werden daher von den vorhandenen Angeboten bisher nur unzureichend erreicht.

### **Handlungsempfehlung**

Es werden mehr wohnortnahe Angebote der Gesundheitsförderung und -bildung für SeniorInnen geschaffen, die lebensweltlich eingebunden sind z.B. bei Seniorentreffs, Bürgerhäusern, Sportvereinen etc.

Generationen übergreifende Angebote werden verstärkt gefördert, bei denen sich die verschiedenen Altersgruppen unterstützen und bereichern.

### **Interkulturelle Gesundheitsbildung**

Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie mangelnde Informationen über das deutsche Gesundheitssystem erschweren den Zugang zu Gesundheitsversorgung und -bildung erheblich. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der MigrantInnen auch und gerade im Hamburger Osten in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen lebt.

Einige MigrantInnen leiden zudem unter körperlichen und seelischen Problemen, die durch die Erfahrung von Migration, Flucht oder Verfolgung bedingt sind.

Die Berichte zur Kindergesundheit in Hamburg haben gezeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund seltener und unregelmäßiger zu den Früherkennungsuntersuchungen gehen, grö-

ßere Defizite bei den Fähigkeiten „Sehen“ und „Sprechen“ aufweisen und überproportional häufig von Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) betroffen sind. Sprachbarrieren erschweren zudem bei allen Altersgruppen die ärztliche Anamnese und Diagnose.

In vielen Einrichtungen und Kursen (z.B. Sprachkursen) vor Ort zeigt sich immer wieder, wie groß gerade bei Erwachsenen der Bedarf ist, gesundheitsrelevante Fragestellungen zu behandeln, entsprechende Vokabeln zu lernen und Informationen über das Gesundheitssystem zu erlangen.

Um sowohl Informations- als auch Behandlungsdefizite langfristig abzubauen, muss daher eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens erfolgen.

### **Handlungsempfehlung**

Im Hamburger Osten werden in verschiedenen Einrichtungen, die alltäglich von MigrantInnen besucht werden, niedrigschwellige und lebensweltnahe Angebote der Gesundheitsbildung integriert und systematisch vernetzt.

Informationen und Beratungen liegen in mehreren Sprachen vor bzw. werden in verschiedenen Sprachen angeboten.

Ärzte und medizinisches Personal werden im interkulturellen Dialog sowie im Hinblick auf kulturell divergierende Auffassungen von Gesundheitsversorgung geschult.

Langfristig werden mehr Ärzte und medizinisches Personal mit Migrationshintergrund ausgebildet und eingestellt. Die Berufsausübung von ausländischen Ärzten wird erleichtert.

Muttersprachliche MultiplikatorInnen werden geschult und eingesetzt, um Zugänge zum Gesundheitswesen zu erleichtern (z.B. „Mit Migranten für Migranten“: MiMi-Gesundheitsprojekt).

Spezielle Angebote für MigrantInnen, die sich mit der psychosozialen Situation nach Migration oder Flucht beschäftigen, werden systematisch und regelhaft unterstützt.

### **Suchtprävention**

Sucht ist ein Faktor, der nicht nur die Gesundheit von Erwachsenen, sondern auch bereits von Kindern und Jugendlichen massiv beeinträchtigt. Sie tritt in allen gesellschaftlichen Schichten auf; schwierige soziale Lagen begünstigen jedoch den Konsum von Sucht- und Genussmitteln wie Tabak, Alkohol, Medikamenten und anderen Drogen (Cannabis, Kokain, Ecstasy etc.) wie zahlreiche Untersuchungen zeigen.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern zeigt sich in Hamburg ein früherer Kontakt mit Suchtmitteln<sup>9</sup> und die Konsumanteile von illegalen Drogen liegen höher (Großstadtphänomen).

Trotz großer Nachfrage, ist das Angebot an Suchtberatungsstellen im Hamburger Osten sehr gering. Die notwendige Bildungs-, Präventions- und Beratungsarbeit kann daher nur unzureichend geleistet werden.

---

<sup>9</sup> Ebd. S. 61 ff.

In Hamburg werden durchschnittlich im Alter von 12,6 Jahren erste Erfahrungen mit dem Rauchen und im Alter von 12,9 Jahren erste Erfahrungen mit Alkohol gemacht. Cannabis wird mit 14 Jahren erstmalig probiert.

### **Handlungsempfehlung**

Im Hamburger Osten werden niedrigschwellige Suchtberatungsstellen gezielt gefördert.

Psychosoziale Betreuung und Präventionsangebote werden ausgeweitet.

Ein integriertes Beratungszentrum zu Sucht- und Gesundheitsproblematiken sowie zur allgemeinen Sozialberatung (Wohnung, Schulden etc.) wird im Hamburger Osten eröffnet.

### **Kooperation und Vernetzung im Stadtteil**

In zahlreichen Einrichtungen im Hamburger Osten haben sich unterschiedliche Modelle und Angebote zur Gesundheitsbildung etabliert und werden im Rahmen der jeweiligen personellen Möglichkeiten regelmäßig durchgeführt. Eine Vernetzung dieser Angebote im lokalen Kontext findet bisher punktuell z.B. zwischen benachbarten Einrichtungen und in Projekten wie „Bille in Bewegung“ und „Wake up“ statt.

Um jedoch langfristige und nachhaltige Verbesserungen der Lebens- und Gesundheitssituation bei allen Bevölkerungskreisen ungeachtet ihrer sozioökonomischen Situation, ihres Bildungsniveaus oder ihrer Herkunft zu erreichen, ist es von großer Bedeutung, systematische Strukturen der sozialräumlichen Vernetzung zu etablieren.

Gesundheitsbildung muss in die Angebote von Einrichtungen und Institutionen integriert sein, in denen sich Eltern und ihre Kinder, SeniorInnen, MigrantInnen und andere Zielgruppen der Angebote regelmäßig aufhalten.

Wichtig ist darüber hinaus jedoch vor allem eine enge Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Bereich (Ärzten, Kliniken, Apotheken etc.), den Öffentlichen Gesundheitsdiensten und den sozialen Einrichtungen und Institutionen im Stadtteil, sodass verschiedene Ansätze der Gesundheitsbildung und –förderung nahtlos ineinander greifen.

### **Handlungsempfehlung**

Lokale Netzwerke, an denen alle Akteure von Gesundheitsbildung beteiligt sind, werden aufgebaut und gefördert. Kooperationen von sozialen Einrichtungen und Institutionen mit Kinderärzten, Sportvereinen, Öffentlichen Gesundheitsdiensten etc. werden gestärkt.

Funktionierende, institutionalisierte Strukturen in den Stadtteilen z.B. Runde Tische, Kooperationsprojekte, Gesundheitskonferenzen sowie Fachforen werden ausgebaut.

### **Finanzielle Ressourcen und Qualitätsentwicklung**

Wirkungsvolle Gesundheitsbildung kostet Geld:

Gesundheitsbildung braucht Zeit und kompetente Fachkräfte. Die Akzeptanz der Angebote hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Angebote zu verstetigen. Das ist ein langwieriger Prozess, der nicht über wechselnde Einzel-

projekte bewegt werden kann. Vielmehr gilt es, Modellprojekte dauerhaft in die Regelförderung aufzunehmen, um langfristige und nachhaltige Perspektiven zu eröffnen.

Eine strukturelle lokale Vernetzung kann nur dann gelingen, wenn die Zusammenarbeit gut koordiniert und Angebote gemeinsam geplant werden, hierzu bedarf es ausreichender personeller Ressourcen.

Zudem benötigen die Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen (MedizinerInnen, PädagogInnen, ErzieherInnen, TrainerInnen, ErnährungsexpertInnen, HauswirtschaftlerInnen etc.) regelmäßige Weiterbildungen, die neben thematischen Schwerpunkten auch einen sozial-räumlichen Bezug herstellen.

Zusätzlich zu den personellen Ressourcen bedarf es geeigneter Räume für Bewegung und Sport, einerseits im öffentlichen Raum und andererseits in Kitas, Schulen, Elternschulen, Sporthallen etc.

Um Qualität und Weiterentwicklung des Angebotes sicherzustellen, sollten die vorhandenen Projekte regelmäßig unter qualitativen Gesichtspunkten evaluiert werden.

Für die Zielgruppe müssen die Angebote kostengünstig sein.

Wirkungsvolle Gesundheitsbildung spart Geld:

Die Folgekosten von Fehlernährung und mangelnder Bewegung einschließlich der daraus resultierenden Erkrankungen sind sozial und monetär kaum zu beziffern. Einerseits entstehen direkte Behandlungs- und Rehabilitationskosten, andererseits können die betroffenen Personen oft nur eingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen.

Ausgaben in den Bereichen Gesundheitsbildung und Prävention sind daher Investitionen, die sich langfristig auszahlen und in ihrer Bedeutung kaum hoch genug eingeschätzt werden können.

### **Handlungsempfehlung**

Für Angebote der Gesundheitsbildung müssen sowohl von der Öffentlichen Hand als auch den Krankenkassen ausreichend personelle und räumliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Modellprojekte werden in die Regelförderung aufgenommen und langfristig gesichert.

Einrichtungen, die Gesundheitsbildung in ihre Angebote integrieren, werden gestärkt und erhalten Unterstützung.

Für verschiedene Berufsgruppen, die an Gesundheitsbildung beteiligt sind, werden regelmäßig qualitätsgesicherte Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten.

Es stehen personelle Ressourcen für die Koordination und sozialräumliche Vernetzung des Angebotes z.B. in Form einer Koordinierungsstelle zur Verfügung.

Die Wirksamkeit von Programmen wird regelmäßig überprüft (qualitative Evaluation), um nachhaltige Erfolge zu sichern und gezielt erfolgreiche Projekte in die Regelförderung zu übernehmen.