



GEMEINSAM.
GERECHT.
GESUND.



Diese Präsentation basiert auf Zusendung von Referierenden aus den einzelnen Veranstaltungen des Kongresses 2018. Sie ist nicht vollständig, da nicht alle Partner*innen hiervon Gebrauch gemacht haben, daher sind die Ergebnisse als exemplarische Sichtweisen zu werten. Eine Orientierung an folgenden Leitfragen wurde erbeten:

Was ist die (politische) Kernaussage Ihres Workshops oder Fachforums?

Was bringt Bewegung in die politische Landschaft um Gesundheit? Was brauchen wir noch?



Im Folgenden sind die einzelnen Aussagen aus den Veranstaltungen ungekürzt und im Originaltext dargestellt. Die zu Beginn genannte Nummer ist die Veranstaltungsnummer aus dem Kongressprogrammheft und der Titel ist der Titel der Veranstaltung. Die einzelnen Nummerierungen beziehen sich auf die vorformulierten Leitfragen als Orientierungsrahmen.

[2] Alles eine Frage des Zugangs?!

1)

- Menschen in Armutslagen erhalten und nutzen weniger Unterstützung, obwohl sie den höchsten Bedarf haben.
- Der Zugang ist wichtig, aber auch die (universelle) Programme/Angebote müssen armutssensibel, nicht stigmatisierend und bedarfsorientiert gestaltet sein.
- Unterstützungsprogramme/-angebote brauchen förderliche Rahmenbedingungen und ein solidarisches Gesamtklima.
- Peer-Ansätze, in denen die Zielgruppe selbst qualifiziert wird und dann wieder die Zielgruppe unterstützen kann, müssen ausgebaut werden.

2)

- Angebote (wie z.B. aufsuchende), die häufiger von Familien in Armutslagen genutzt werden, müssen ausgebaut und ihre Zugänge verbessert werden.
- Angebote sollten sich an den Bedarfen der Zielgruppen orientieren und nicht umgekehrt (Stichwort „Unterstützung unter einem Dach“). -
- Wichtig ist eine politische Verankerung und die Einbettung in ein integriertes kommunales Gesamtkonzept (integrierte Planung, Präventionsketten). Die Bedeutung der Kommunen muss stärker wahrgenommen werden. -
- Armutsbekämpfung und partizipative Beteiligung von Menschen in Armutslagen sichern den sozialen Frieden.

[5] Das Dilemma der Primärprävention im Spiegel der in den Frühen Hilfen tätigen Freiwilligen

1)

- **Universelle präventive Angebote in den Frühen Hilfen haben ihre Berechtigung und müssen mehr gefördert werden, denn ...**
 - sie schaffen Identifikation in und mit der Region.
 - sie fördern gesellschaftlichen Zusammenhalt.
 - hiermit kann auf alle Anfragen und Bedarfe reagiert werden; es entstehen keine Lücken.
 - sie fördern Engagement aufgrund niedriger Hemmschwelle.
- **Die Teilnehmerinnen fordern, dass die Bewältigung der „normalen“ Herausforderungen von Familien mit Säuglingen nicht als reine Privatangelegenheit gesehen werden, sondern dass auch „normale“ Familien in dieser Übergangs- und Umbruchsituation ein Recht auf Unterstützung haben.**

2)

- **Wir brauchen stigmatisierungsfreie Zugänge für Familien, die Unterstützung suchen.**
- **Bei universellen Angeboten sind stigmatisierungsfreie Zugänge ein Qualitätsmerkmal.**
- **Alle Familien haben ein Recht auf Unterstützung. Dies gilt es ernst zu nehmen und verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung zu bringen.**
- **Hierfür könnte das NZFH in Kooperation mit dem Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) in der Woche des Bürgerschaftlichen Engagements einen Schwerpunkt auf Freiwillige in den Frühen Hilfen legen.**
- **Die Bedürfnislagen unterschiedlicher Gruppen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Dies ist ein Beitrag zum sozialen Frieden.**
- **Beseitigung von Engagementbarrieren (z. B. Fahrtkosten)**



[24] Gesundheit von Jugendlichen

1)

- Sehr gut: Erhebungen von Situation und Bedarf (Forschung) mit evaluierter Umsetzung (Praxisprojekt) hier zu präsentieren und zu diskutieren. Wichtigstes Ergebnis war: Individuelle Gesundheitsbildung ist essentiell und kommt an.

2)

- Politik: Mehr Umsetzung von signifikanten Forschungsbefunden in Praxisprojekte und dann in Regelversorgung. z.B. außenstehende Gesundheits-Experten in Schulen (von Schülern hochakzeptiert) mit Einbeziehung anderer Personen der Lebenswelt (Eltern, Lehrer/innen).



[30] Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Berlin

- 1)
 - Partizipation – sie gelingt doch! Ist aber voraussetzungsvoll und politisch!
- 2)
 - Mehr Partizipation. Die Menschen, um deren Lebens- und Arbeitswelt es geht, sollten einbezogen werden!



[38] Einmal „gendern“, bitte! Wie kommt geschlechtersensible Suchtprävention in die Praxis?

1)

- Es ist notwendig, über neue, verbesserte Zugangswege für Frauen zu Gesundheitsangeboten und Hilfe zu sprechen und diese zu entwickeln.
- Besonderheiten in der Versorgung von Frauen und Männern sind noch lange kein Mainstream, z.B. mit Blick auf strukturschwache Gegenden

2)

- Geschlechter-/gendersensible Angebote und Schutzräume und geschlechter-/genderübergreifenden Austausch gleichermaßen
- Stärkere Verbindung des Themas „Gender“ mit „Diversity“
- Weiterhin der Ungleichbehandlung von Frauen entschieden entgegen treten



[39] Bedürfnisorientierte Gestaltung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Im Fachforum wurden drei empirische Studien vorgestellt zu den Themen:

- Frauen, die in finanzieller Armut / mit Hartz IV leben, und Angebot für Selbstzahlerinnen in der Schwangerschaft
- Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarfe von Frauen unter 40 in den Wechseljahren
- Situation im Bereich Genitalverstümmelung von Frauen in Deutschland

1) & 2)

- Frauen und Mädchen brauchen mehr body-positive Informationen über Körper und Körperlichkeit von Frauen, die leicht verständlich sind, ein selbstbewusstes Körpergefühl stärken und Erfahrungen wie Schwangerschaft oder Wechseljahre nicht pathologisieren oder medikalisieren.
 - Konkret gefordert wurde hier, dass die BzGA mehr Informationen auch in einfacherer und leichter Sprache zu Verfügung stellt.
- Auch Kooperationen zwischen Frauengesundheitszentren und Akteuren der konventionellen Versorgung wurden vorgeschlagen.
- Die Heterogenität in den sozialen Lebenssituationen von Frauen muss noch mehr in Forschung und bei Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.
 - Konkret gefordert wurde hier, dass die besprochenen Themen auch im kommenden Frauengesundheitsbericht des RKI Eingang finden: Genitalverstümmelung in Deutschland – Situation und Handlungsansätze; Interaktionen / Intersektionen zwischen sozialem Status/Einkommen und Geschlecht oder auch Alter und Geschlecht
- Die Teilnehmer*innen des Fachforums begrüßten, dass der Kongress Armut und Gesundheit die Schwerpunktveranstaltungen zu Geschlecht und Gesundheit in der Themenlinie „Genderaspekte und Public Health“ sichtbar machen und wünschten, dass dies für die Zukunft beibehalten wird.
 - Darüber hinaus sollen Genderaspekte als Querschnittsthemen in allen Panels adressiert werden – dies soll als Vorgabe an alle Beitragenden kommuniziert werden.



[46] Vielfalt und gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung

- 1)
 - Die Förderung von Vielfalt bei der Arbeit ist ein Thema, das auf struktureller Ebene bearbeitet werden muss. Individuelle Ansätze reichen nicht aus. Dabei ist es wichtig, Ressourcen auf organisationaler Ebene zu identifizieren und zu nutzen.
- 2)
 - Integrative Ansätze, die die Lebenswelten verbinden.



[50] Vom „Fall“ zum Individuum. (Daten-)Zugänge zur Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

1)

- Erfordernis einer migrationssensiblen Datenerhebung und Analyse unter Berücksichtigung von Vielfalt
- Entwicklung eines kultursensiblen Gesundheitsmonitorings

2)

- Partizipation in der Gesundheitsforschung
- Möglichkeiten zur Datenerhebung von spezifischen Gruppen (z.B. Menschen ohne Krankenversicherung, ohne Aufenthaltsstatus)
- Differenzierte Analyse, die über das Geburtsland bzw. Staatsangehörigkeit hinausgeht (z.B. Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnis)



[67] Gesundheit für ‚alle‘ Statusgruppen

1)

- Verhältnisprävention ist die für die Studierendengesundheit ein wichtiger Faktor und erfordert insbesondere das Engagement der Hochschulleitungen und aller Akteure und Lehrbeauftragten.

2)

- Das Thema „Studentisches Gesundheitsmanagement“ sollte in jeder Hochschule im Hochschulentwicklungsplan aufgenommen werden und auch durch die Ministerien der Länder unterstützt werden.
- Wenn eine Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch die Länder (z.B. in Baden-Württemberg) vorhanden ist, sollte sich diese nicht nur auf Aktionen und Maßnahmen an Hochschulen beziehen, sondern auch die Finanzierung von Strukturen und personellen Ressourcen einschließen. Eine solche finanzielle Förderung sollte auf alle Länder ausgeweitet werden.



[81 & 82] Mobil in der Stadt – gesundheitsfördernd, umweltbewusst und sozialverträglich

1)

- Der Grad der Mobilität misst sich nicht an den zurückgelegten Kilometern, sondern am Grad der gesellschaftlichen Teilhabe
- Integrierte Mobilitäts-/Verkehrsplanung ist ein wichtiger Beitrag zu Health in all policies

2)

- Wir brauchen eine mutige, durchsetzungsstarke integrierte Verkehrspolitik auf Bundesebene – keine Klientelpolitik!



[88] Bewegt in Berlin – Sport- und Bewegungsförderung als Präventionsstrategie auf kommunaler Ebene

- 1)
 - Bewegungsförderungsangebote sind zentral für Gesundheit und soziale Integration und können in jedem Alter (bei Kindern wie bei Älteren) enorme Wirkung entfalten. Wir müssen von der Diagnose zum Handeln kommen und wirklich investieren! Wichtig wäre z.B., in sozialen Studiengängen Kompetenzen in Sport und Bewegungsförderung einzubeziehen. Es lohnt sich, jetzt zu handeln!

- 2)
 - Wir brauchen die Vernetzung der Akteur*innen über den Gesundheitsbereich hinaus, z.B. zu dem Organisierten Sport, der Stadtplanung, Mobilitätsplanung... Sie müssen von Anfang an ganzheitlich einbezogen werden, schon bei den politischen Rahmenbedingungen.



[95] Gesundheit für ‚alle‘ Statusgruppen

1)

- In den Institutionen (Arbeitsagenturen, Jobcenter) muss ein anderes Menschenbild verankert werden. Die Freiwilligkeit der Maßnahme muss als Prinzip gelten. Es sollen keine falschen Versprechungen gemacht werden (Maßnahme als Erhöhung der Wiedervermittlung statt als Stabilisierungsmaßnahme). Es muss eine Vertrauensbeziehung zwischen Arbeitsvermittler/Fallmanager und Erwerbslosen ermöglicht werden und für den Erwerbslosen Partizipationsmöglichkeiten angeboten werden.
- Die gegenwärtige Vorgabe von Fördern und Fordern ermöglicht dies offenbar nicht. Das „Fördern“ mutiert allzu häufig in einem unsinnigen Maßnahmenkarussell. Das Instrument des „Forderns“ (i. d. Regel finanzielle Sanktionen) untergräbt den Aufbau von Selbstwirksamkeit. Das Fordern von Aktivitäten enthält kontraproduktive Elemente (z. B. das Fordern von Bewerbungsaktivitäten, die aussichtslos sind).

[95] Gesundheit für ‚alle‘ Statusgruppen

2)

- **Was Bewegung rein bringt:**

Es sollte eine Durchforstung der Gesetzgebung statt finden (und der Anweisungen für die Arbeitsvermittler/Fallmanager, inkl. deren Zielvorgaben bzw. Anreizsysteme) auf Aspekte hin, die die psychische Gesundheit der Erwerbslosen schädigen statt aufzubauen.

Wir müssen das Recht auf Teilhabe auch für (Langzeit-) Erwerbslose einfordern. Wenn keine Erwerbsarbeit für sie da ist, dann müssen Modelle gefunden werden, wie diese nicht vermittelbare Gruppe teilhaben kann am kulturellen und sozialen Leben, und zwar ohne durch unsinnige Forderungen ständig destabilisiert zu werden.

- **Was wir noch brauchen:**

Wir brauchen Untersuchungen darüber, inwieweit die Strukturen der Arbeitsverwaltung krankmachend sind (für die Erwerbslosen und auch die Vermittler. Nur ein gesunder Vermittler kann gut beraten).

Wir brauchen einen „peer-to-peer Ansatz“ in der Gesundheitsförderung – also Kommunikation unter Gleichen auch in den „Mittlerstrukturen“ der Gesundheitsförderer.

Für die Langzeiterwerbslosen reichen Gesundheitsförderprogramme nicht aus. Wir brauchen psychosoziale Beratung (d. h. Beratung z. B. durch Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen) für die leichteren Fälle und ein Kontingent an Psychotherapieplätze (analog der Vereinbarung der Bundespsychotherapeutenkammer für die Versorgung von traumatisierte Soldaten). (Ein depressiver geringqualifizierter Langzeiterwerbsloser wird es nicht aus eigener Kraft schaffen, sich ein halbes Jahr um einen Therapieplatz zu bemühen). Andere brauchen Vernetzung medizinischer Therapie.

Die Evaluation einer Maßnahme muss von Anfang an mit geplant werden. Wir brauchen Evaluationen, die vor Beginn der Maßnahme starten. Wir brauchen (einschließlich der Jobcenter) externe Evaluationen der Maßnahmen und entsprechende Budgets.



[100] Suchtprävention und Suchthilfe

1)

- **Gelingensfaktoren in der Gesundheits- und Suchtprävention für Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung sowie Mehrfachbelastungen sind**
 - **Aufsuchende Arbeit**
 - **Begleitende Arbeit**
 - **Angebote orientiert am subjektiven Bedarf der Betroffenen**
 - **Eine offene, kultursensible Haltung**
- **Dafür braucht es eine ausreichende, langfristige Ausstattung mit Ressourcen!**

2)

- **Vielfalt**
- **Kritisches Überprüfung unseres Gesundheits- und Hilfeverständnisses**



[104] Schlaglichter auf die Gesundheitsversorgung nicht versicherter Menschen

- 1)
 - Ehrenamtliche medizinische Versorgung nicht-Krankenversicherter bleibt weiterhin prekär und wird auf den Schultern der Patient_innen und ehrenamtlich Tätigen ausgetragen. Auch Versorgung im Rahmen von Modellprojekten hat Einschränkungen, stellt aber einen ersten Schritt in die Umsetzung des Menschenrechts auf Zugang zur Gesundheitsversorgung dar.
- 2)
 - Umsetzung des Menschenrechts auf tatsächlich freien uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung



[105] Fachkräftebedarf- Fachkräftesicherung

- für eine gelingende Integration in den Arbeitsmarkt ist ein ganzheitliches Beratungs- und Betreuungsangebot notwendig
- die Anwerbung muss ethisch erfolgen, keine Anwerbung ohne die Möglichkeit des Familiennachzugs
- Notwendig ist die Schaffung einer zentralen Informationsstelle für die Berufsankennung
- Die Anerkennungsverfahren müssen beschleunigt werden und transparenter sein
- Für eine gelingende Integration ist eine interkulturelle Öffnung der aufnehmenden Institution erforderlich



[116] Gesundheit von Alleinerziehenden und ihren Kindern

- 1)
 - Alleinerziehende und ihre Kinder sind in besonderem Maße durch Armut und eine beeinträchtigte Gesundheit belastet.
- 2)
 - Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung für Alleinerziehende und ihre Kinder sollten ausgebaut werden und neben individuellen auch strukturelle Maßnahmen beinhalten.



[128] Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Berlin

- 1)
 - Der Runde Tisch medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin stellte erstmalig einen Gesundheitsbericht vor. Er zeigt mit im Jahr 2016 27.000 dokumentierten Behandlungen die hohe Inanspruchnahme der Hilfeangebote. Diese sind jedoch trotz hohen Engagements aller Beteiligten qualitativ betrachtet als Mangelversorgung anzusehen und die meisten Behandlungen finden unter Bedingungen der Spendenfinanzierung und auf Basis des Ehrenamtes statt.

- 2)
 - Der Runde Tisch fordert deshalb ein neu aufgestelltes, bedarfsgerechtes, niedrighschwelliges Hilfesystem für obdachlose Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, das eine weitgehende Ausfinanzierung der hierin tätigen Dienste mit einschließt.