

## F **Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und sozial Benachteiligten**

Carola Gold, Stefan Bräunling (Gesundheit Berlin e.V.),  
Monika Köster (BZgA)

### **Zusammenfassung**

Arbeitslosigkeit verschlechtert in erheblichem Maß Gesundheitschancen. Dennoch sind bislang nur relativ wenige Gesundheitsförderungskonzepte für diese Zielgruppen entwickelt und verbreitet worden. Die soziale Isolation, in die insbesondere Langzeitarbeitslose geraten, stellt zudem eine besondere Hürde für den Zugang zur Zielgruppe dar.

Die sozialogenbezogene Gesundheitsförderung steht in Deutschland insgesamt noch am Anfang. Eine Initiative zur Systematisierung dieser Ansätze hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Gründung des Kooperationsverbands „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gestartet. Unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise wurden im Verbund unter anderem Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten entwickelt.

Der Beitrag befasst sich mit diesen Qualitätskriterien und thematisiert, wie diese und weitere Erkenntnisse aus der Arbeit des Kooperationsverbands für die Entwicklung und Verbreitung gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Arbeitslosen genutzt werden können.

### 1 **Der bundesweite Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«**

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und schlechter Gesundheit ist für Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen oder bedroht sind, deutlich belegt (z.B. Grobe und Schwartz, 2003; Elkeles und Kirschner, 2004). Dennoch sind bislang nur relativ wenige Gesundheitsförderungskonzepte für diese Zielgruppen entwickelt und verbreitet worden. Hier zu einer Verbreitung erfolgreicher Konzepte zu kommen und diese in bestehenden Strukturen

zu verankern, ist eine der großen Herausforderungen, vor denen die soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung steht.

Für das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland fehlen klare Aufgabenzuweisungen, Budgetierungen und Qualitätsvorgaben. Zwar gibt es auf Bundes- und Länderebene mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung schon seit vielen Jahren Akteure, die Gesundheitsförderung und Prävention zu ihrem zentralen Thema gemacht haben, und es gibt vielfältige und zum Teil auch sehr erfolgreiche Praxisansätze für diese Handlungsfelder. Es fehlt aber sowohl eine verbindende inhaltliche Klammer, wie dies z.B. bundesweit konsentrierte Gesundheitsförderungs-Ziele sein könnten, als auch klare Verantwortlichkeiten. In dieser Situation wurde 2003 auf Initiative der BZgA der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet. Ihm gehören über 50 Institutionen und Organisationen an, darunter die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Wohlfahrtsverbände, der Deutsche Städtetag, Ärzteverbände, Bundes- und Landesvereinigungen für Prävention und Gesundheitsförderung, die Nationale Armutskonferenz etc. Gemeinsames Anliegen der Partner ist die Stärkung und systematische Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung für Zielgruppen, die auf Grund ihrer sozialen Lage schlechte Gesundheitschancen und somit in Bezug auf Prävention einen besonders hohen Unterstützungsbedarf haben.

Drei Arbeitsbereiche wurden geschaffen und arbeiten eng miteinander verzahnt:

- Die Internet-Plattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) vermittelt Transparenz über Anbieter und Aktivitäten der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Praxisdatenbank weist Maßnahmen der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung aus, fachliche Inhalte und Informationen zu aktuellen Entwicklungen werden bereitgehalten und ein bundesweiter Veranstaltungsüberblick zur Verfügung gestellt.
- Auf Länderebene finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit den Ländern Koordinierungs- und Vernetzungsstellen der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung, die Regionalen Knoten. Träger der Regionalen Knoten sind die Landesvereinigungen für Gesundheit, bzw. Institutionen mit vergleichbaren Aufgaben. Diese Struktur vernetzt in den Ländern Partner, identifiziert Beispiele guter Praxis, koordiniert den fachlichen Austausch etc.

- Zur Qualitätsorientierung wurden Kriterien guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt. Die hierzu identifizierten Good Practice-Beispiele dienen als niedrighschwelliger Ansatz, um gute Praxis zu identifizieren, zu systematisieren, zu verbreitern und die Qualitätsentwicklung bei Trägern und in Projekten zu unterstützen. Die Grundidee des Good Practice-Ansatzes ist, Praktikern durch die Orientierung an gelungenen Beispielen Anregungen zur Verbesserung der eigenen Angebotsqualität zu geben. Dieses Vorgehen soll eine maximale Multiplikations- und Motivationswirkung bei kalkulierbarem Mitteleinsatz ermöglichen.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbunds bei Gesundheit Berlin koordiniert im Auftrag der BZgA diese Aktivitäten.

## 2 **Akteure der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung**

Ein Blick in die Datenbank des Kooperationsverbunds [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) belegt nicht nur die Vielfalt der Handlungsansätze, sondern gibt auch einen Hinweis auf Akteure der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in verschiedenen Handlungsfeldern:

- **Gesundheit**  
Zum Beispiel Öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkassen, Arztpraxen und Krankenhäuser, Selbsthilfe, Frauengesundheitszentren
- **Soziale Arbeit**  
Zum Beispiel Wohlfahrtsverbände und freie Träger, Beratungsstellen
- **Bildung**  
Zum Beispiel Bildungsträger, Schulen und Kindertagesstätten, Universitäten und Volkshochschulen
- **Stadtentwicklung**  
Zum Beispiel Stadtverwaltungen, Quartiersmanagements im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“, Bürgerinitiativen, Nachbarschaftszentren und Gemeinwesenvereine
- **Weitere Handlungsfelder und Akteure**  
Zum Beispiel Familienberatungsstellen und Sportvereine.

Für die Aktivitäten der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen sind insbesondere folgende Partner zu ergänzen: Qualifizierungsträger, Eingliederungs-

und Beschäftigungsmaßnahmen, JobCenter, Selbsthilfeinitiativen Arbeitsloser, Sozialberatungen.

Es zeigt sich auch, dass etliche Anbieter von Gesundheitsförderung sich dieses Themas annehmen, ohne ihre Angebote ausschließlich oder vorrangig auf die Zielgruppe Arbeitsloser auszurichten. Die Stadt Neubrandenburg unterhält beispielsweise einen Sozialpädagogischen Dienst (MSPD), der präventive Familienberatung für Familien mit Kindern bis zehn Jahren bereitstellt. Hier wird ausdrücklich auf den hohen Anteil von Menschen in Arbeitslosigkeit in der Stadt verwiesen. Die Problemlagen arbeitsloser Eltern finden im Angebot Berücksichtigung. Besondere Bedeutung erlangt das Thema für den Dienst, da in Folge der Arbeitslosigkeit viele der aufgesuchten Familien mit ihren Kindern in sozialer Isolation leben. In der Projektbeschreibung unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) wird weiter ausgeführt: „Die Arbeit des MSPD liegt daher auch in dem Bemühen, den Familien Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzuzeigen und ihnen eine bessere Integration in den Sozialraum zu ermöglichen. Vor allem die Familien, die selbst den Kontakt zum MSPD aufbauen, haben oft das Bedürfnis aktiv zu werden und sich den vorhandenen Angeboten zu öffnen. Wichtig ist es, die Isolation der Familien aufzubrechen und durch die Vermittlung von Kontakten einen Zugang zum öffentlichen Raum herzustellen. Das Ziel besteht darin, sie in ihren Stadtteil zu integrieren und sie zur Selbstaktivität zu motivieren.“

Die Maßnahme wurde 2008 als Good Practice-Beispiel für die Qualitätskriterien „Niedrigschwellige Arbeitsweise“, „Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung“ und „Dokumentation und Evaluation“ ausgewählt.

### 3 **Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**

Insgesamt zwölf Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden 2003/2004 vom beratenden Arbeitskreis der BZgA entwickelt (Tab. 1). Sie bilden die Grundlage für die Auswahl von Beispielen Guter Praxis.

Die Auswahl erfolgt an Hand eines strukturierten, regelmäßig überprüften und aktualisierten Verfahrens. Die Kriterien „Gesundheitsbezug – Vorliegen einer Konzeption mit deutlichem Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung und Orientierung auf Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit“ und „Klare Zielgruppenorientierung“ sind obligatorisch zu erfüllen.

In diesem Auswahlprozess durchlaufen alle Beschreibungen ein einheitliches Verfahren. Dessen Stufen umfassen u.a. die Ermittlung der jeweiligen Stärken der Angebote anhand einer Checkliste, ein leitfadengestütztes Interview mit den Projektverantwortlichen zur Umsetzung der Good Practice-Kriterien, einen Peer Review-Schritt zur Diskussion der Erstversion der Good Practice-Beschreibung und die abschließende Begutachtung der Projektbeschreibung durch zwei Mitglieder des beratenden Arbeitskreises. Es wird also auf größtmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Vorgehens Wert gelegt. Die so ausgewählten Beispiele können im Rahmen der Online-Datenbank gezielt recherchiert werden und erscheinen - deutlich als „Good Practice“ gekennzeichnet - am Kopf jeder Trefferliste. Eine inzwischen in dritter Auflage vorliegende Veröffentlichung macht die Beispiele sowie Erläuterungen zum Good Practice-Prozess auch in Buchform zugänglich (BZgA, 2007).

Tabelle 1

**Zwölf Kriterien für Good Practice**

<p><b>1. Gesundheitsbezug</b> Die Konzeption des Angebotes macht einen klaren Gesundheitsbezug deutlich.</p>	<p><b>7. Befähigung der Zielgruppe (Empowerment)</b> Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt.</p>
<p><b>2. Klarer Zielgruppenbezug</b> Das Angebot berücksichtigt in besonderer Weise die Bedarfe von Menschen in schwieriger sozialer Lage.</p>	<p><b>8. Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz)</b> Das Angebot ist gleichermaßen auf die Beeinflussung von Verhaltensweisen und auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.</p>
<p><b>3. Innovation und Nachhaltigkeit</b> Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an und / oder entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt.</p>	<p><b>9. Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung</b> Das Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht auch „gesundheitsferne“ Kooperationspartner mit ein.</p>
<p><b>4. Multiplikatorenkonzept</b> Das Angebot bindet systematisch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Arbeit ein.</p>	<p><b>10. Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung</b> Das Angebot verbessert seine Qualität unter Zuhilfenahme eines Systems der Qualitätsentwicklung.</p>
<p><b>5. Niedrigschwellige Arbeitsweise</b> Zugangshürden für die Nutzung des Angebotes werden vermieden, z.B. durch aufsuchende Arbeit und kostenlose Angebote.</p>	<p><b>11. Dokumentation/Evaluation</b> Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und/ oder Evaluation der eigenen Arbeit.</p>
<p><b>6. Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation)</b> Die Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und / oder Bewertung des Angebotes einbezogen.</p>	<p><b>12. Kosten-Nutzen-Verhältnis</b> Die Kosten des Angebotes stehen in einem günstigen Verhältnis zum erzielten Nutzen.</p>

Dieser Prozess der Auswahl guter Praxisbeispiele integriert alle Arbeitsbereiche des Kooperationsverbundes: Die Koordinator/innen der Regionalen Knoten als Expert/innen für die regionale Praxis wählen die Beispiele aus, führen die vertiefenden Befragungen durch und erstellen die Beschreibungen. In den Auswahlprozess ist die Expertise sowohl der anderen Koordinator/innen (im

Schritt des Peer-Reviews) als auch der Mitglieder des beratenden Arbeitskreises (im Schritt der abschließenden Begutachtung) einbezogen.

#### 4 **Gute Praxis in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen**

Auch „JobFit Regional“ (siehe Beitrag von Faryn-Wewel et al. in diesem Band) wurde als Beispiel guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert. Es wurde ausgewählt hinsichtlich der Qualitätskriterien „Dokumentation und Evaluation“, „Multiplikatorenkonzept“ sowie „Innovation und Nachhaltigkeit“. „JobFit“ zählt zusammen mit dem sächsischen Modellvorhaben „AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ (siehe Beitrag von Rothländer in diesem Band) und dem Brandenburger Modellprojekt „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung (AmigA)“ (siehe Beitrag von Braummühl und Toumi in diesem Band) zu den prominentesten Präventionsangeboten bei Arbeitslosen in Deutschland. Gemeinsam ist diesen drei Modellen, dass vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitslosigkeit in den Regionen mit Unterstützung der Landesregierungen eine bessere Verknüpfung der Bereiche Beschäftigungsförderung und Gesundheit erzielt werden sollen.

Ein Blick auf die Umsetzung des Qualitätskriteriums „Multiplikatorenkonzept“ von JobFit verdeutlicht, welchen Nutzen der Good Practice-Ansatz für die Verstetigung soziallagenbezogener Gesundheitsförderung hat. Das Kriterium fordert ein Konzept, das die systematische Einbindung und ggf. Qualifizierung anderer Akteure beinhaltet.

Basis des Multiplikatorenkonzepts von JobFit ist, dass Beraterinnen und Berater aller beteiligten Projektträger vor Beginn der Maßnahmen an einer Qualifizierungsschulung teilgenommen haben. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass diese Schulungen nicht nur auf Grund fehlender Kenntnisse im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich sind, sondern durch die Schulungen auch das Bewusstsein für eigenes Verhalten und gesundheitsförderliche Maßnahmen auf betrieblicher Ebene geschärft wurde. Als weiterer Effekt wurde der Aufbau kommunaler Netzwerke durch die gemeinsamen Qualifizierungen befördert (BZgA, 2007, S. 183 ff.). Denselben Ansatz hat auch AktivA genutzt. In Sachsen wurden die Qualifizierungen der Multiplikator/innen vor allem mit Blick auf die nachhaltige Implementierung des Ansatzes durchgeführt.

Der Blick auf die Umsetzung des Kriteriums weist also nicht nur den Weg zu einer erfolgreichen Implementierung gesundheitsförderlicher Angebote für Ar-

beitslose, sondern unterstützt auch den Erfahrungsaustausch und die Qualitätsentwicklung in den Maßnahmen, z.B. bei der Gestaltung von Praxismodulen.

Einen besonderen Stellenwert in gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei Arbeitslosen hat das Kriterium „Empowerment“. So versucht das Good Practice-Projekt „Mut tut gut – Stärkung der psychischen Gesundheit für erwerbslose Frauen“ der Kieler Frauenberatungsstelle „donna klara“, die Frauen in einem Kurs durch Wissensvermittlung sowie Selbsterfahrungs- und Trainingsmodule zu stärken, damit „ein Gefühl von Handhabbarkeit und Verstehbarkeit ihrer jeweiligen aktuellen Lebenssituation entwickelt werden kann“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)). Das Angebot verfolgt einen verhaltensorientierten Ansatz, bei dem „persönliche Stärken bewusst gemacht, emotionale und soziale Kompetenzen durch Übungen in der Gruppe weiterentwickelt (werden). Die persönliche und soziale Handlungsfähigkeit wird durch gezieltes Training wie z.B. Selbstbehauptungstraining gestärkt.“ „Neben dem Anknüpfen an vorhandene Ressourcen werden gezielt Kompetenzen vermittelt, um vorhandene Defizite auszugleichen und die Fähigkeit zur Selbstregulation von Emotionen zu stärken und somit die Bewältigung alltäglicher Anforderungen auch im Hinblick auf einen beruflichen Wiedereinstieg zu verbessern. Elementare gesundheitliche Zusammenhänge werden im dem Programm erläutert, um die eigene Situation zu verstehen und einzuordnen“ (ebd.).

Auch das Projekt „BEAM - Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme“ wurde als Good Practice-Beispiel für den Empowerment-Ansatz ausgewählt. Es richtete sich an Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II, die Abhängigkeitserkrankungen und psychische Probleme aufweisen (siehe Beitrag von Kopf in diesem Band).

Eine Auseinandersetzung mit dem Qualitätskriterium „Gestaltung der Lebenswelt (Setting-Ansatz)“, wie sie der Träger schildert, stellt bislang in diesem Handlungsfeld eine große Ausnahme dar. Inwieweit Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger sich zukünftig dieser Herausforderung stellen, wird maßgeblich davon bestimmt werden, welcher Stellenwert gesundheitlichen Aspekten im Zusammenhang mit Beschäftigungsförderung zugemessen wird.

Noch schwieriger zu bestimmen ist die Frage, welchen Stellenwert das Qualitätskriterium „Partizipation“ in diesem Handlungsfeld hat. Der „Frauengesundheitstreff Tenever“ in Bremen, der auch spezielle Angebote und Kurse für arbeitslose Frauen bereitstellt, wurde als Good Practice-Beispiel für dieses Kriterium ausgezeichnet. Genannt werden als Ebenen der Beteiligung „Programmentwicklung und –gestaltung, Selbstorganisation von Angeboten, Mitarbeit bei der Vereinsarbeit, konzeptionelle Weiterentwicklung und Qualitätsentwicklung“ (BZgA, 2007, S. 112). Für ein im Stadtteil verankertes Angebot,



zudem noch in einer sozialen Brennpunktlage, ist dieses Verständnis nicht ungewöhnlich.

An diesem Beispiel zeigt sich auch der enge Zusammenhang von Partizipation und Empowerment. Im Bezug auf Empowerment wird besonders der Aufbau der Fähigkeit betont, sich immer wieder auf neue Herausforderungen einzustellen und „sich mit verändernden körperlichen und seelischen Fähigkeiten und Bedürfnissen, sowie verändernden Lebensbedingungen (...) auseinanderzusetzen“. Dafür gilt es, „Ressourcen wahrzunehmen, zu aktivieren oder sich neuer Fähigkeiten und Stärken anzueignen“. Empowerment steht damit für die „Ermöglichung“, sich um die eigenen Angelegenheiten kümmern zu können. Partizipation ist zu verstehen als die Vertretung der eigenen Interessen „von unten“ und die aktive Einbindung Betroffener in die Planung und Umsetzung und ggf. auch in die Ergebnismessung von Interventionen. Partizipation ist die Einmischung in bestehende Verhältnisse zur Vertretung eigener Interessen und zur Verbesserung der Verhältnisse. Selbstbestimmung wird damit zum Kern von Gesundheitsförderung. Insofern ist Partizipation sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis von Empowerment (Kilian et al., 2004, S. 160). Die jetzt im Rahmen des Forschungsvorhabens der partizipativen Qualitätsentwicklung vorgelegte differenziertere Betrachtung der Stufen der Partizipation (siehe Tab. 2) wird auch die noch erforderliche Bestimmung der Qualität von Partizipation in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen unterstützen.

Tabelle 2  
**Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung**

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Quelle: Wright, Block & v. Unger, 2007, S. 5.

Auch das Qualitätskriterium „Integriertes Handlungskonzept“ ist bislang für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen nicht systematisch betrachtet worden. Der Stellenwert, den Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit in diesem Handlungsfeld haben, dürfte jedoch erheblich sein. In vielen Fällen häufen sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit auch die Problemlagen. Der Verlust des Arbeitsplatzes kann schnell finanzielle Probleme nach sich ziehen, im schlimmsten Fall Überschuldung. Gesundheitliche Belastungen sind auf Grund der Arbeitslosigkeit entstanden oder können sich, sofern sie bereits bestanden haben, während der Arbeitslosigkeit verstärken. Qualifizierungsträger berichten über eine Vielzahl von Belastungen, die auch Erziehungsprobleme und andere familiäre Nöte umfassen. Mit der Vernetzung, besser noch Verzahnung der entsprechenden Angebote, eröffnet sich die Möglichkeit, den Betroffenen den Zugang zu den für sie hilfreichen Unterstützungsleistungen zu erleichtern.

Wie bereits das Beispiel des Sozialpädagogischen Dienstes Neubrandenburg zeigte, kann eine systematische Zusammenarbeit auch erforderlich sein, um Kinder und Familien zu unterstützen, deren Eltern von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Einen besonderen Stellenwert hat dieses Thema für Quartiersgebiete im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“. Im Jahr 2007 hat hier eine Zusammenarbeit zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung begonnen, die maßgeblich vom Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ getragen wird. Diese Zusammenarbeit sollte auch für den fachlichen Austausch genutzt werden, um erfolgreiche Gesundheitsförderungsansätze für Arbeitslose in den Stadtteilen zu verbreiten.

Für das Kriterium „Dokumentation und Evaluation“ dürfte es eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit bei den Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern geben, da sich ihnen eine besondere Notwendigkeit stellt, Erfolge und Entwicklungen gegenüber den Finanzgebern zu dokumentieren.

## 5 **Schlussfolgerungen**

Der Good Practice-Ansatz kann dabei unterstützen, dass erfolgreiche Strategien und Konzepte der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen identifiziert werden. Ein systematischer Erfahrungsaustausch bezogen auf die einzelnen Kriterien hilft, die Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementierung und die systematische Qualitätsentwicklung in diesem Handlungsfeld zu benennen. Sie können dann mithilfe relevanter Entscheidungsträger verbreitet werden. Die Kriterien können als fachliche Orientierungsmarken für

Interventionsplanung, -durchführung und -bewertung ebenso dienen wie für den Ausweis der Qualitätsorientierung z.B. gegenüber Kostenträgern. Beleg dafür ist die Aufnahme in den GKV-Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V (Arbeitsgemeinschaft, 2008) und die Empfehlung im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat, 2007).

Der Kooperationsverbund bildet für diesen Prozess eine gute Basis. Als Plattform der zentralen Akteure in der Gesundheitsförderung bietet er sich auch den regionalen Verbänden von Beschäftigungsträgern, Verwaltung, JobCentern und Arbeitsagenturen, Krankenkassen, Nachbarschaftszentren, Selbsthilfeinitiativen und weiteren Partnern an, um ihre Erfahrungen zu verbreiten. Die Regionalen Knoten als Informations- und Vernetzungsstellen in den Ländern können dabei helfen, diese Erfahrungen zwischen den einzelnen Bundesländern zu transportieren und auch in den Bundesländern Initiativen zu entwickeln, in denen das Thema trotz großen Bedarfs von Entscheidungsträgern bislang nicht aufgegriffen wurde.

Partner in diesem Prozess sind jedoch nicht nur die klassischen Akteure im Beschäftigungs- und Qualifizierungsbereich. Insbesondere den Städten und Kommunen kommt bei der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen für Arbeitslose und ihre Familien eine besondere Verantwortung zu. Der im Kooperationsverbund entwickelte Austausch zur Stärkung der Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ sollte auch in dieser Richtung weiterentwickelt werden.

Ziel ist es, nicht nur in den bestehenden Strukturen der Beschäftigungs- und Qualifizierungsförderung Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen zu entwickeln, sondern sie auch als Teil einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung zu stärken. Eine gesetzliche Verpflichtung der Bundesagentur für Arbeit, im Rahmen der Beschäftigungsförderung auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslosen zu berücksichtigen und zu fördern, ist Voraussetzung, damit diese Orientierung erfolgreich in der gesamten Republik umgesetzt werden kann.

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ kann für die Bewältigung dieser Herausforderung und für die Verstärkung des Diskurses über angemessene Konzepte und Instrumente der Qualitätsentwicklung und Evaluation in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung eine wichtige Plattform bieten.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2008). Leitfa-  
den Prävention, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der  
Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V  
vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bonn: KomPart
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2007). Kriterien guter  
Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsför-  
derung konkret, Bd. 5, 3., erw. und überarb. Auflage. Köln: BZgA
- Elkeles, T., Kirschner, W. (2004). Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen  
durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befund und Strate-  
gien. Neubrandenburg: Wirtschaftsverlag NW, S. 15ff.
- Grobe, T.G., Schwartz, F.W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Heft 13, i.d.R.  
Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis für sozial Benachteiligte im Set-  
ting, in: R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hg.), Primärprävention im  
Kontext sozialer Ungleichheit. BKK Band Nr. 8, S. 151-230
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
(2007). Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten  
Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)  
[24.09.2008]
- Wright, M., Block, M. & v. Unger, H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesund-  
heitsförderung. Info\_Dienst für Gesundheitsförderung 3\_07, 4-5