

Eine für alle
Gesundheit für alle

Betrachtung der gesundheitlichen Situation vulnerabler Zielgruppen in Mecklenburg-Vorpommern



Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Hintergrund	6
2.1	Präventionsgesetz	6
2.2	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit	9
3	Begriffsklärungen	10
3.1	Prävention und Gesundheitsförderung	10
3.2	Vulnerabilität im gesundheitlichen Kontext	14
4	Identifizierung der prioritär zu betrachtenden Gruppen	16
5	Situation in Mecklenburg-Vorpommern	20
5.1	Gesundheitliche Situation junger Familien im Zusammenhang mit Arbeits- / Erwerbslosigkeit	20
5.2	Gesundheitliche Situation bei alleinerziehenden Müttern und Vätern	33
5.3	Gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Senioren	40
5.4	Gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderung	45
5.5	Gesundheitliche Situation von Geflüchteten / Migranten	50
6	Handlungsempfehlungen zu vulnerablen Zielgruppen	56
7	Schlussfolgerungen	63
	Abbildungsverzeichnis	65
	Tabellenverzeichnis	65
	Quellenverzeichnis	66

1 Einleitung

Im Rahmen des Präventionsgesetzes und der Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit spielen die vulnerablen Zielgruppen, wie beispielsweise Erwerbslose, Alleinerziehende, Migranten, Geflüchtete und anderweitig benachteiligte Gruppen, eine gewichtige Rolle. Sie haben am ehesten schlechtere Gesundheitschancen, können aber zeitgleich auch am stärksten von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung profitieren.

Um gesundheitsförderliche Maßnahmen auf die Bedürfnisse und die Lebensrealitäten dieser Zielgruppen auszurichten, bedarf es zunächst einer Analyse der Ausgangssituation in Mecklenburg-Vorpommern. Hierbei stellen sich unter anderem die Fragen, welche konkreten Zielgruppen für unser Bundesland relevant sind, welche Angebote bereits vorgehalten werden, welche weiteren Bedarfe noch bestehen und wie die Zielgruppen erreicht werden können.

Ziel dieser Broschüre ist es, fundierte Kenntnisse über die einzelnen Gruppen und ihre jeweilige gesundheitliche Situation zu erhalten und diese Ergebnisse in Form von Handlungsempfehlungen zusammenzufassen. Die dadurch entstehende Situationsbeschreibung ist als Grundlage für die zukünftige gesundheitsförderliche Arbeit mit vulnerablen Zielgruppen zu sehen.

2 Hintergrund

2.1 Präventionsgesetz

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) trat in seinen wesentlichen Teilen am 25. Juli 2015 und in vollem Umfang zum 1. Januar 2016 in Kraft. Die Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme wurde im Vorwort des Gesetzesentwurfes als ein wesentliches Ziel des Präventionsgesetzes angeführt. Im §1 „Zweck des Gesetzes“ wird der Erhaltung und Stärkung von „Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit“ große Bedeutung zugesprochen. Die Erwerbsfähigkeit steht eng mit der Gesundheit und der Lebensqualität im Zusammenhang. Eine Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme kann somit durch die Erhaltung und Stärkung dieser Faktoren erzielt werden. Präventionsmaßnahmen stellen diesbezüglich Instrumente dar, mit denen die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit vermieden beziehungsweise verzögert werden sollen. Zugleich sollen die Maßnahmen der Prävention zur Verbesserung der Gesundheitschancen der Bevölkerung beitragen. Vor allem sozial benachteiligte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen sollen dabei laut §3 „Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention“ reduziert werden.

Ein weiteres Ziel des Präventionsgesetzes besteht in der verbesserten Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies gilt für alle Altersklassen in den verschiedenen Lebensbereichen. Mit Hilfe des Gesetzes sollen unter anderem die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen weiterentwickelt werden. Des Weiteren sollen wichtige Maßnahmen zum Schließen von Impflücken in den einzelnen Altersstufen wieder aufgegriffen werden. Die Kranken- und Pflegekassen werden im neuen Gesetz stärker in die Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden. Es sollen künftig mehr als 500 Millionen Euro in die entsprechenden Bereiche investiert werden. Im Fokus steht dabei die Gesundheitsförderung in den einzelnen Settings, wozu zum Beispiel Kitas, Schulen, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen zählen.¹

Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 2000 wurde der § 20 SGB V überarbeitet. Die Neufassung führte zu einer Erweiterung des Handlungsspielraums der Krankenkassen für die Primärprävention und die Gesundheitsförderung. Bei einer aktiven Prozessbeteiligung aller Akteure kann eine dauerhafte Verbesserung des Gesundheitszustands der Versicherten erreicht werden, denn Krankheitsvorbeugung ist in der Regel effektiver als eine kurative Behandlung. Daher ist es

¹ Präventionsgesetz (2015)

erforderlich, Krankheiten und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühestmöglich und erfolgreich entgegenzuwirken.

Im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz werden die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Gesundheitsförderung und Prävention nun in drei Bereiche unterteilt:

- a) Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention,
- b) Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und
- c) Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

Die verhaltensbezogenen Maßnahmen und die Gesundheitsförderung in Lebenswelten wurden bisher unter dem Begriff „Primärprävention“ betrachtet. Die relevanten Neuregelungen des Präventionsgesetzes beschreiben nun die Einführung der Gesundheitsförderung nicht-betrieblicher Lebenswelten in das SGB V.² Das Gesetz knüpft dabei an die bereits gewonnenen Erfahrungen aus den Umsetzungsempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in seinem „Leitfaden Prävention“ an, insbesondere in Hinblick auf den Settingansatz. Zudem erfolgt, verglichen mit dem Leitfaden, eine Ausweitung der Lebenswelten um die Bereiche der medizinischen beziehungsweise pflegerischen Versorgung und der Freizeit, vor allem des Sportes. Darüber hinaus entsteht durch die Aufnahme des Settings „Lebenswelt“ in das SGB V ein umfassender Auftrag der Krankenkassen, Maßnahmen in diesem Bereich durchzuführen.³

Die Zugangswege umfassen sowohl den individuellen Ansatz als auch den Settingansatz. Der individuelle Ansatz knüpft an die individuelle verhaltensbezogene Prävention an und ist in Form von Präventionskursen an einzelne Versicherte gerichtet. Speziell im Setting „Lebenswelt“ sollen Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld durch die Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen angesprochen und erreicht werden. In Hinblick auf das Lebensumfeld wird die Verhältnisprävention somit zum Thema gesundheitsförderlicher Veränderungen. Verhaltens- und verhältnispräventive Elemente werden bei lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in eine enge Beziehung gesetzt.⁴

Die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen, Partizipation der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen sowie die Erhebung der Risiken und Potenziale, stellen zentrale Aspekte in Bezug auf die Leistungen der Krankenkassen dar. Daneben soll der Aufbau von Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der individuellen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten gefördert werden und eine Unterstützung der Umsetzung erfolgen.⁵ Die

² Leitfaden Prävention (2017), S. 9

³ vgl. Geene/Reese (2016), S. 38f

⁴ Leitfaden Prävention (2014), S. 11

⁵ vgl. Geene/Reese (2016), S. 39

Bundesrahmenempfehlungen gestalten dabei die Grundlage für die Gesundheitsförderung unter anderem auch in nicht-betrieblichen Lebenswelten.

Die Bundesrahmenempfehlungen wurden erstmalig im Februar 2016 auf der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedet. Von den Trägern der nationalen Präventionsstrategie (Unfall-, Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegekassen) wurden gemäß § 20d Abs. 3 SGB V bundeseinheitliche und trägerübergreifende Rahmenempfehlungen geschaffen, die nun gemeinsam mit den einzelnen Ländern mittels Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V umgesetzt werden sollen. Die Zielbereiche der Rahmenempfehlungen orientieren sich dabei an folgenden Lebensphasen:

- gesund aufwachsen
- gesund leben und arbeiten
- gesund im Alter

Die Umsetzung erfolgt auf Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen und unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse.⁶

Im Januar 2017 wurde in Mecklenburg-Vorpommern die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie unterzeichnet. Die inhaltlichen Aspekte der Landesrahmenvereinbarungen umfassen unter anderem:

- a) gemeinsam und einheitlich zu verfolgende **Ziele und Handlungsfelder**,
- b) die **Koordinierung von Leistungen** zwischen den Beteiligten,
- c) die einvernehmliche **Klärung von Zuständigkeitsfragen**,
- d) Möglichkeiten der **gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger** nach SGB X,
- e) die **Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe** und
- f) die **Mitwirkung weiterer** für die Gesundheitsförderung und Prävention **relevanter Einrichtungen und Organisationen**.

In der Gesetzesbegründung des Präventionsgesetzes wird unter besonderem Augenmerk das Thema der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit erneut aufgegriffen. Angesichts dessen werden Gruppen wie beispielsweise Arbeitslose, MigrantInnen sowie Menschen mit

⁶ Bundesrahmenempfehlungen der NPK (2016), S. 10f

Behinderung identifiziert, die eine besondere Berücksichtigung durch Gesundheitsförderung und Prävention erfahren sollen.⁷

2.2 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Im Jahr 2003 gab die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Impuls für die Zusammenarbeit zwischen der BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit⁸, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, allen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, weiteren Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, den Bundesverbänden der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbänden und drei Länderministerien. Der *Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit* wurde gegründet. Derzeit sind 66 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund beteiligt⁹. Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird durch einen beratenden Arbeitskreis aus ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis unterstützt. Die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland und die Unterstützung der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen zählen zu den Hauptzielen des bundesweiten Kooperationsverbundes. Im Mittelpunkt stehen dabei die Förderung der Qualitätsentwicklung in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung und Stärkung einer lokalen, ressortübergreifenden Zusammenarbeit. Die einzelnen Koordinierungsstellen in den Bundesländern begleiten dabei aktiv die kommunalen Prozesse. Ein Arbeitsschwerpunkt besteht unter anderem in der Identifizierung von Beispielen guter Praxis anhand von praxisnahen Kriterien, welche zur Nachahmung anregen und den Prozess der Qualitätsverbesserung stabilisieren sollen. Besonders der Ende 2011 gestartete kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ dient der Unterstützung und Begleitung des Auf- und Ausbaus von „Präventionsketten“, welche lokale integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung darstellen. Diese Basis für ein möglichst langes, gesundes und chancengerechtes Leben für alle Menschen in der Kommune, unbeeinflusst vom jeweiligen sozialen Satus, soll dadurch verbessert werden.¹⁰

⁷ LRV M-V (2017)

⁸ und vergleichbare Einrichtungen

⁹ Stand: 2017

¹⁰ BZgA, (2017)

3 Begriffsklärungen

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention

Der Ansatz der Prävention (lat. praevenire – zuvorkommen) bezieht sich auf die Medizin und ist ein Überbegriff für „zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko für Erkrankungen zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“.¹¹ Die Prävention setzt an spezifischen Krankheiten und Krankheitsrisiken an und greift zudem gesundheitliche Gefährdungen, Belastungen und Risiken auf. Die Ziele der Präventionsmaßnahmen umfassen insbesondere:

- Senkung der Inzidenz, also der Zahl neu auftretender Krankheitsfälle,
- Vermeidung vorzeitiger Todesfälle,
- Minderung von Behandlungskosten,
- rechtzeitige Behandlung,
- Vorbeugung von Behinderung,
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit,
- Verhinderung oder Verzögerung von chronischer Krankheit und Frühverrentung,
- Steigerung der Lebensqualität und
- Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit.¹²

Die Präventionsmaßnahmen werden in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt und der Zielgröße definiert.

Nach dem Zeitpunkt, zu dem die Präventionsmaßnahmen zum Einsatz kommen beziehungsweise in welcher Phase einer Krankheit die Prävention ansetzt, erfolgt die Einteilung in *primäre Prävention* (Krankheitsvermeidung), *sekundäre Prävention* (Krankheitsfrüherkennung) und *tertiäre Prävention* (Verhütung des Rückfalls / Rehabilitation). *Primärpräventive Maßnahmen* beziehen sich dabei auf die Ursachen von Krankheiten, wodurch das erstmalige Auftreten von Krankheiten verhindert werden soll. Diese Form der Prävention setzt überwiegend außerhalb des medizinischen Versorgungsbereichs an. Primärprävention nimmt ausschließlich Bezug auf die Krankheitsrisiken und die bestehenden Umweltbedingungen. Bei dieser Form der Prävention können Erkrankungen häufig durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise und geeignete Lebensbedingungen hinausgezögert oder sogar

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit (2016), S. 14ff

¹² Robert-Koch-Institut (2007), S. 125

verhindert werden. Eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs ist ebenfalls möglich. Zur Primärprävention zählen unter anderem eine gesundheitsbewusste Ernährung, sportliche Betätigung, ein gutes Stressmanagement, aber auch Schutzimpfungen, die zur Verhinderung von Infektionskrankheiten eingesetzt werden, oder Prophylaxe-Maßnahmen. In der Medizin spielt die Primärprävention auf zwei Ebenen eine wichtige Rolle. Einerseits beruhen alle präventiven Aktivitäten und Maßnahmen auf dem medizinischen Wissen über die Faktoren, welche die Gesundheit der Bevölkerung verbessern und verschlechtern können. Andererseits ist der behandelnde Arzt der erste Ansprechpartner für den Patienten bei Fragen zur Gesundheit.¹³

Sekundärpräventive Maßnahmen zielen auf die Früherkennung von noch symptomlosen Krankheitsstadien ab. Eine Vorsorgeuntersuchung bietet demnach einen frühen Krankheitsbefund, was wiederum ein schnelles Einleiten einer entsprechenden Therapie ermöglicht. Wird beispielsweise im Rahmen einer Koloskopie oder Mammographie eine Krebserkrankung im frühen Stadium festgestellt und therapiert, handelt es sich um eine sekundäre Präventionsmaßnahme.

Bei den *tertiärpräventiven Maßnahmen* geht es um die Milderung von Folgen einer Erkrankung, die Vermeidung eines Rückfalls einer bestehenden Krankheit oder die Verhinderung der Verschlechterung einer Erkrankung. Tertiäre Präventionsmaßnahmen sind überwiegend gleichbedeutend mit den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.¹⁴

Weiterhin kann eine Differenzierung der Präventionsmaßnahmen **nach der Zielgröße** vorgenommen werden: Verhaltensprävention, Verhältnisprävention und personale Prävention. Mit Verhaltens- und Verhältnisprävention werden zwei unterschiedliche Herangehensweisen in der Prävention beschrieben.

Im Mittelpunkt der *Verhaltensprävention* steht das individuelle Gesundheitsverhalten des einzelnen Menschen, welches durch erzieherische, bildende, beratende und verhaltenstherapeutische Maßnahmen korrigiert oder geformt werden soll. Das Ziel der Verhaltensprävention ist die Reduktion von Risikofaktoren. Mögliche Risikofaktoren sind körperliche Inaktivität, Rauchen, gesteigerter Alkoholkonsum sowie Über-, Unter- oder Fehlernährung. Daneben haben die verhaltenspräventiven Maßnahmen die Erweiterung und Stabilisierung der Gesundheitskompetenz der Individuen zur Aufgabe. Sie setzen daher an den entsprechenden Verhaltensweisen und Konsumentenmustern an.

Die Ansatzpunkte der *Verhältnisprävention* sind die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen eines Individuums. Die Schaffung von Lebensbedingungen, welche Gesundheitsrisiken vermeiden,

¹³ SVR Gesundheit (2007), Ziffer 135

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2016), S. 14ff

begrenzen oder kontrollieren sollen, steht im Blickfeld dieser Zielgröße.¹⁵ Dabei werden insbesondere die Wohnumgebung sowie andere gesundheitsbeeinflussende Faktoren, wie das Einkommen oder der Bildungsstand, betrachtet.¹⁶ Zu den verhältnispräventiven Maßnahmen gehören auch solche Maßnahmen, die eine Verhaltensänderung durch gesetzliche Maßnahmen, wie beispielsweise das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen erzielen. Weiterhin zählen der gesundheitliche Verbraucherschutz, der Infektionsschutz, der umweltbezogene Gesundheitsschutz, der Arbeitsschutz in Betrieben sowie die Verkehrssicherheit zu den Inhalten der Verhältnisprävention.¹⁷

Gesundheitsförderung

Der Ansatz der Gesundheitsförderung verfolgt den Aufbau von individuellen Kompetenzen sowie gesundheitsförderlicher Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen.¹⁸ Der Begriff Gesundheitsförderung entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Gesundheitsförderung beinhaltet sowohl bevölkerungsmedizinische, als auch ökonomische, soziale, politische und kulturelle Anreize. Der Begriff etablierte sich ab dem Jahr 1986 im Anschluss an die Konferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa.

Laut Angaben der Ottawa-Charta der WHO sind unter Gesundheitsförderung alle Maßnahmen zu verstehen, die sowohl auf die Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens als auch der Lebensverhältnisse im positiven Sinne abzielen. Ziel der Gesundheitsförderung ist es, bestehende Ungleichheiten bezüglich des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren.¹⁹

Die Gesundheitsförderung umfasst fünf wesentliche Handlungsbereiche:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten / Settings,
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
4. Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen und
5. Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

¹⁵ vgl. Niehoff/ Braun (2003)

¹⁶ SVR Gesundheit (2005), Ziffer 162

¹⁷ vgl. Waller (2006)

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit (2016), S. 14ff

¹⁹ Weltgesundheitsorganisation (1986)

Im Gegensatz zur Prävention baut die Gesundheitsförderung auf einem Wirkungsprinzip auf und unterstellt dabei eine bestimmte dynamische Abfolge von Gesundheitsstadien. Gesundheitsförderung und Prävention sind jedoch keinesfalls gegensätzlich zu betrachten, sondern vielmehr als sich ergänzende Konzepte. Die Gesundheitsförderung soll ergänzend zur Stärkung derjenigen Ressourcen eingesetzt werden, die als Voraussetzungen für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung gelten. Das Ziel von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist es, frühestmöglich die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustandes einer einzelnen Person oder einer bestimmten Gruppe so zu beeinflussen, dass die Gesundheits- und damit auch Lebensqualität ein hohes Niveau erreicht.²⁰

In modernen Konzepten werden Ansätze der Prävention und der Gesundheitsförderung genutzt, weil damit stärkere Effekte zu erzielen sind. Verhalten ist in Verhältnisse eingebettet. Nachhaltige Verhaltensänderungen erfordern daher stets eine Berücksichtigung der Verhältnisse. Als Kernstrategie der Gesundheitsförderung gilt der Setting-Ansatz. Im Jahr 1986 wurde der Setting-Ansatz zum ersten Mal durch die Ottawa-Charta aufgegriffen.²¹ Unter „Setting“ wird dabei ein bestimmtes soziales System beziehungsweise ein Sozialraum verstanden, in dem gezielte gesundheitsförderliche Maßnahmen in einem gruppenbezogenen Lebensalltag der Individuen ansetzen können. Die Ausrichtung der gesundheitsfördernden Maßnahmen erfolgt auf Seiten der Kostenträger überwiegend am Setting-Ansatz. Ein mögliches Setting stellt beispielsweise die „Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil“ dar.²²

Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention sind maßgebliche Strategien zur Verbesserung beziehungsweise Erhaltung der Gesundheit. Gesundheitsförderung zielt dabei auf die Erhaltung und Stärkung der Gesundheitsressourcen ab, wohingegen Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken bezogen ist. Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsarbeit, Gesundheitsselfhilfe, Gesundheitstraining und Präventivmedizin stellen unterschiedliche Ansätze zur Umsetzung der Strategien dar.

Der § 20 Abs. 1 SGB V besagt: *„Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von*

²⁰ Weltgesundheitsorganisation (1986)

²¹ vgl. Klemperer (2010), S. 154

²² vgl. Süßmuth (2014), S. 6f

Gesundheitschancen beitragen.“ Das Fünfte Sozialgesetzbuch beinhaltet demnach sowohl Maßnahmen der Prävention als auch die der Gesundheitsförderung.

3.2 Vulnerabilität im gesundheitlichen Kontext

Vulnerabilität ist ein vieldeutiger Begriff, der in den verschiedensten Fachrichtungen Verwendung findet. Der Ursprung ist auf die lateinischen Begriffe «*vulnus*» *die Wunde* beziehungsweise «*vulnerare*» *verwunden* zurückzuführen. In Hinblick auf bestehenden gesundheitsbezogenen Risikofaktoren beschreibt Vulnerabilität eine gewisse Verletzbarkeit oder Anfälligkeit auf Belastungen mit bestimmten Erkrankungen zu reagieren.²³ Die Bewältigungs- und Anpassungskapazitäten, sprich die Widerstandsfähigkeit, gegenüber Vulnerabilitätsfaktoren, wie beispielsweise physische, soziale, ökonomische, umweltbezogene und institutionelle Strukturen oder Prozesse, sind hierbei herabgesetzt.²⁴ Diese Widerstandsfähigkeit ist biologisch und psychologisch, kann vererbt, angeboren oder erworben sein und bedeutet ein Risiko für die lebenslange Persönlichkeitsentwicklung.²⁵ Im gesundheitlichen Kontext kann Vulnerabilität als Output verstanden werden. Dabei entsteht Vulnerabilität nicht durch einen einzelnen Risikofaktor, sondern als Ergebnis ungünstiger Voraussetzungen, zum Beispiel genetische Vorbelastung oder durch eine akute Stressepisode im Zusammenhang mit weiteren Einflussfaktoren.²⁶ Mit anderen Worten ist Vulnerabilität das Ergebnis des Zusammenwirkens von Risikofaktoren und schützenden Faktoren.²⁷

Demnach sind bestimmte Zielgruppen gesundheitlich besonders anfällig, sei es aufgrund ihrer körperlichen oder seelischen Verfassung (zum Beispiel Behinderung, psychische oder Suchterkrankung, Schwangerschaft, hohes Alter, Migrationshintergrund) oder wegen ihrer sozioökonomischen Situation. Vulnerabilität, als erhöhte Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit, tritt häufig bei gesellschaftlichen Gruppen auf, bei denen die Einbindung beziehungsweise Teilnahme an der Gesellschaft schwierig oder eingeschränkt ist. Diese Gruppen leben zudem meist in engen oder in materiell bescheidenen Verhältnissen.²⁸

Jedoch ist festzuhalten, dass nicht jeder, der gesundheitsbezogenen Risikofaktoren ausgesetzt ist, automatisch zu einer vulnerablen Zielgruppe zählt und demnach gesundheitliche Einschränkungen erfährt. Vulnerabilität ist nicht die Voraussetzung für die Entstehung von Krankheiten beziehungsweise

²³ vgl. Brockhaus (2006), S. 937

²⁴ vgl. Häcker/Stapf (1994), S. 862

²⁵ vgl. Clauß (1995), S. 513

²⁶ vgl. Petermann et al. (1998), S. 222

²⁷ vgl. Ball/Peters (2007), S. 126ff; Rutter (1990), S. 181ff

²⁸ SVR Gesundheit (2007), Ziffer 136

für die Verschlechterung der Gesundheit, jedoch wird die Wahrscheinlichkeit für diese Ereignisse durch die Vulnerabilität beeinflusst.

Gesundheitschancen und Chancengleichheit

Gesundheitschancen sind laut Definition von Hurrelmann „[...] *die Gesamtheit von begrenzenden und erweiternden Strukturen und Ressourcen, die sich auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus auswirken*“.²⁹ Aus den Gesundheitschancen lässt sich das Ziel der *Chancengleichheit* ableiten. Das Ziel der Chancengleichheit besteht aus zwei Komponenten, welche die wichtigsten Stellgrößen für interventive Maßnahmen darstellen: *individuelle Fähigkeiten*, um Gesundheitschancen zu erkennen und zu erkennen, sowie die *gesellschaftlichen Gegebenheiten*, die einen Einfluss auf diese Fähigkeiten haben. Im Rahmen des Setting-Ansatzes sollen beide Elemente miteinander vereint werden.³⁰

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beschreibt ein zentrales Problem der Gesundheitsgerechtigkeit. Ein damit verbundenes Handlungsfeld stellt die Stärkung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen dar. Nicht nur bei der körperlichen, sondern auch bei der seelischen Gesundheit ist die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken inzwischen durch zahlreiche empirische Studien belegt. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen zumeist eine deutlich erhöhte Mortalität und Morbidität auf. Neben dem sozioökonomischen Status wirken weitere soziale Faktoren wie Geschlecht, Alter, Ethnizität und Migration und Flucht sowohl auf den Gesundheitsstatus als auch auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

²⁹ vgl. Hurrelmann (2010), S. 73

³⁰ vgl. Bär (2015)

4 Identifizierung der prioritär zu betrachtenden Gruppen

Bei der Versorgung der Bevölkerung sind die finanziellen und personellen Ressourcen stets begrenzt. Folglich müssen Prioritäten in der Ressourcenverteilung gesetzt werden. Im Gesundheitswesen sind diese Versorgungsdefizite ebenfalls vorhanden. Tatsächlich sind Gesundheit und Krankheit innerhalb und zwischen Gesellschaften nicht zufällig verteilt. Vielmehr folgt die Verteilung einem sozialen Gradienten. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei wirtschaftlich und finanziell bessergestellten Bevölkerungsgruppen ist im Vergleich zu sozial schwächer gestellten Menschen einerseits länger, andererseits ist auch der Gesundheitszustand im Laufe ihres Lebens deutlich besser³¹. Begründet durch den starken Einfluss der Makro- und Mikroebene auf die Gesundheitsentwicklung, ist es für die Betrachtung vulnerabler Zielgruppen notwendig, diese vorab zu identifizieren. Eine detaillierte Zielgruppenbeschreibung ermöglicht anschließend Rückschlüsse auf besonders relevante Gruppen. Durch die Identifizierung dieser Zielgruppen kann sichergestellt werden, dass die zu entwickelnden Angebote den vorliegenden, gruppenspezifischen Bedürfnissen entsprechen. Zur Stützung dieser Vorgehensweise werden die Kriterien und Strukturen zusammengetragen, die für die Bestimmung vulnerabler Zielgruppen relevant sind. Die Zusammenstellung dieser erfolgt dabei abgeleitet aus der Theorie anhand sozialdemografischer und sozialstruktureller Merkmale. Sozialdemografische Merkmale umfassen beispielsweise das Alter, das Geschlecht oder den familiären Hintergrund. Sozialstrukturelle Merkmale gehen zum Beispiel mit der Bildungsherkunft, der Erwerbs- und Berufstätigkeit, dem Einkommen oder dem Wohnort einher und wirken sich dementsprechend positiv oder negativ auf den sozioökonomischen Status einer Person aus.

Nachweislich findet der sozioökonomische Status als wichtige Determinante der Gesundheit und der Lebenserwartung immer mehr Aufmerksamkeit. Vor allem die ungleichen Gesundheitschancen geraten dabei in den Fokus der Betrachtungen. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weisen vermehrte chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen auf als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status³². Die Wechselwirkungen und Einflussfaktoren von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus gesellschaftspolitischer Sicht von besonderer Bedeutung³³. Soziale Ungleichheit stellt in erster Linie nicht eine beliebige Andersartigkeit wie beispielsweise Jung und Alt oder blau- und braunäugig, sondern eine Anderswertigkeit dar. Aus dieser Anderswertigkeit folgt grundsätzlich eine ungleiche

³¹ vgl. Mielck (2000), vgl. Richter & Hurrelmann (2009), vgl. Siegrist & Marmot (2006)

³² vgl. Lampert et al. (2014)

³³ vgl. Helmert (2003), vgl. Mackenbach (2012)

Verteilung von Lebenschancen. Die äußere Rahmenbedingungen - auch Lebensbedingungen genannt - bestimmen letztendlich Lebenschancen³⁴. Die Lebensbedingungen der modernen Gesellschaft beruhen heutzutage auf Dimensionen wie Bildung, Wohlstand, Macht und Prestige, die hauptsächlich Bezug zur beruflichen Stellung nehmen. Im Allgemeinen wird soziale Ungleichheit mit Aspekten der Bildung, der beruflichen Stellung und dem Einkommen in Zusammenhang gebracht.³⁵

Die gesundheitliche Ungleichheit resultiert aus der Verknüpfung von vier wesentlichen Aspekten:

- Lebensbedingungen (Arbeitsbedingungen, gesundheitliche Versorgung etc.),
- gesundheitsrelevantes Verhalten (Ernährung, Rauchen, Compliance etc.),
- Gesundheitszustand (Mortalität, Morbidität) und
- soziale Ungleichheit (Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen).

Gesundheitliche Ungleichheit resultiert jedoch nicht automatisch aus bereits bestehender sozialer Ungleichheit. Vielmehr kann gesundheitliche Ungleichheit wiederum als Rückwirkungseffekt sozialer Ungleichheit hervorgehen. So kann sich beispielsweise eine chronische Erkrankung auf die Dimensionen sozialer Ungleichheit negativ auswirken. Menschen sind folglich anfälliger, wenn ein Verlust oder eine Beschränkung ihrer Chancen vorliegt und eine Beteiligung am normalen Leben der Gemeinschaft auf gleichem Niveau aufgrund von physischen oder sozialen Barrieren nicht möglich erscheint.

Für die Bestimmung der Vulnerabilität von Individuen und Gruppen sollten folglich Faktoren wie kognitive Fähigkeit, Alter, klinischer Zustand, Familienverhältnisse, soziale Marginalisierung sowie politische Machtlosigkeit Berücksichtigung finden. Auch sollten Risikofaktoren in die Identifizierung mit einbezogen werden. Risikofaktoren gelten als Prädiktoren von Krankheiten, psychischen Störungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen. Sie stellen dabei keine Krankheitsursachen oder Kausalitäten dar. Lediglich definieren Risikofaktoren in dem Zusammenhang eine erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit. Allgemein wird unterschieden zwischen den Risikofaktoren, die

- persönlichkeits- und verhaltensgebunden sind (zum Beispiel riskante Konsummuster, frühe Verhaltensauffälligkeiten),
- die vorwiegend sozialstrukturell oder settingbezogen sind (zum Beispiel Armut, ungünstige Wohnbedingungen, chronische Arbeitsbelastung) und / oder
- die nicht veränderbar sind (zum Beispiel Alter, Geschlecht, organische / genetische Dispositionen).³⁶

³⁴ vgl. Rückert (2008), S. 195

³⁵ vgl. Richter & Hurrelmann (2007)

³⁶ vgl. Franzkowiak (2010), BZgA

Das abgebildete Modell verdeutlicht die grundlegenden Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.

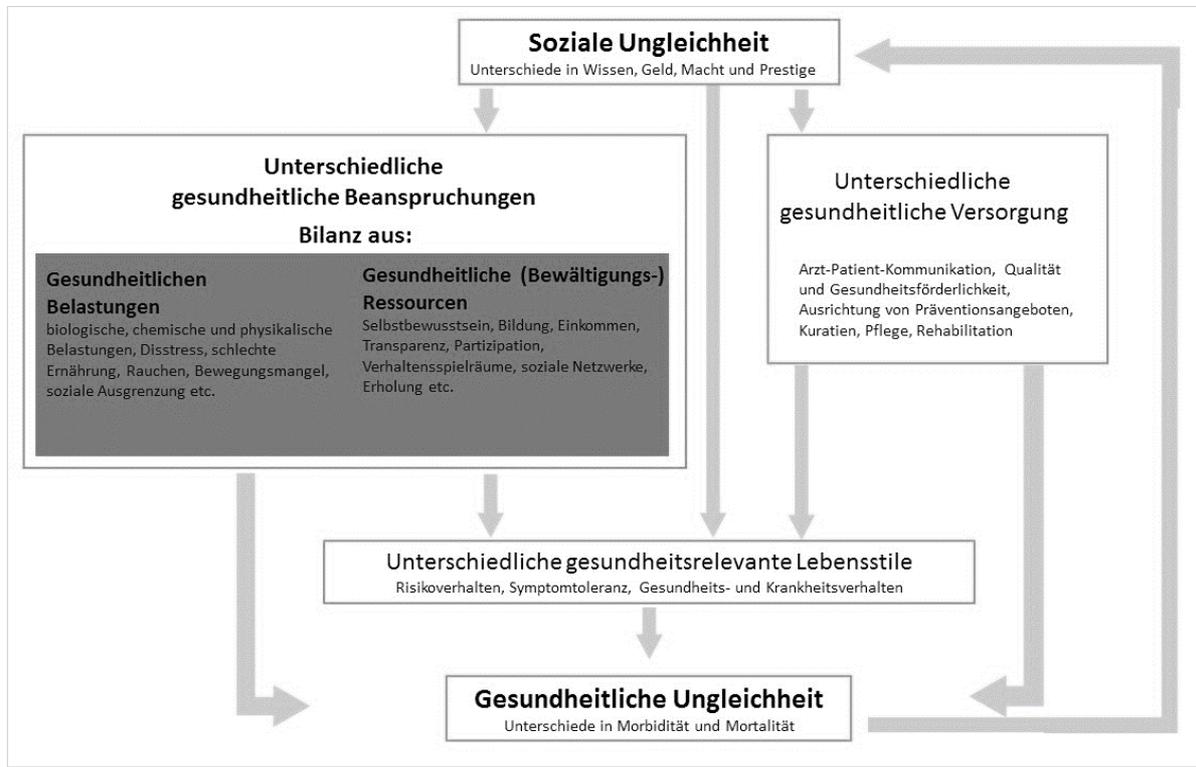


Abbildung 1: Zusammenhänge soziale und gesundheitliche Ungleichheit (Modell in Anlehnung an Mielck / Elkeles (1997))

Selten treten Risikofaktoren gesondert in Erscheinung. Die Gefahr einer gesundheitlichen Beeinträchtigung erhöht sich allerdings, je mehr Faktoren zusammen auftreten (Kumulation von Risikofaktoren). Problemübergreifende Risikofaktoren gehen vor allem von folgenden Annahmen aus:

- Risiken existieren in vielseitigen Lebensbereichen (Familie, Schule, Nachbarschaft etc.),
- je mehr Risiken eine Person ausgesetzt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit ein Problemverhalten zu entwickeln,
- dieselben Risikofaktoren führen zu unterschiedlichen Problemverhalten,
- Risikofaktoren entwickeln ihre Wirkung kulturübergreifend und nicht kulturspezifisch.

Zur Beantwortung der Frage, welche vulnerablen Zielgruppen bei der Betrachtung der momentanen gesundheitlichen Situation in Mecklenburg-Vorpommern besonders relevant sind, müssen sowohl der Aspekt der sozialen und somit auch der gesundheitlichen Ungleichheit als auch die jeweiligen Risikofaktoren, denen diese Zielgruppen vermehrt ausgesetzt sind, zur Identifizierung herangezogen werden. Diese sogenannten vulnerablen Gruppen wurden aus den in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren abgeleitet. Jedoch ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass keineswegs ein linearer Zusammenhang vorausgesetzt wird. In Bezug auf die Gefahr einer Stigmatisierung der nachfolgend genannten Zielgruppen sollte dies mit Berücksichtigung finden. Die benannten Rahmenbedingungen implizieren besondere Betrachtung folgender vulnerabler Zielgruppen:³⁷

- Junge Familien im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit
- Alleinerziehende Mütter und Väter
- Sozial benachteiligte Senioren
- Menschen mit Behinderung
- Geflüchtete / Migranten

**Vulnerable
Zielgruppen**

³⁷ vgl. Franzkowiak (2010), BZgA

5 Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Die identifizierten Zielgruppen sollen in diesem Kapitel ausführlich vorgestellt werden, um eine möglichst breite und gleichzeitig prägnante Übersicht der gesundheitlichen Situation der vulnerablen Zielgruppen zu erhalten. Hierfür werden zunächst die allgemeinen Grundlagen zur Zielgruppe dargestellt. Anschließend wird die Situation in Mecklenburg-Vorpommern eingehend betrachtet, um den jeweiligen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu generieren.

5.1 Gesundheitliche Situation junger Familien im Zusammenhang mit Arbeits- / Erwerbslosigkeit

Allgemeine Grundlagen zur Zielgruppe

In Hinblick auf die Arbeitsmarktstatistik existieren zwei unterschiedliche Konzepte. Zum einen die SGB-Arbeitsmarktstatistik und zum anderen die Statistik nach dem ILO-Erwerbsstatuskonzept (International Labour Organization - ILO). Die Beschreibung von Arbeitslosigkeit beziehungsweise Erwerbslosigkeit ähnelt sich auf den ersten Blick bei beiden Konzepten, unterscheidet sich aber im Detail.

In beiden Messkonzepten werden jene Personen als arbeitslos oder erwerbslos angesehen, die ohne Arbeit sind, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und Arbeit suchen. Dass trotzdem die Arbeitslosigkeit der SGB-Arbeitsmarktstatistik höher ausfällt als die Erwerbslosigkeit des ILO-Erwerbsstatuskonzepts folgt daraus, dass die Begriffsmerkmale unterschiedlich definiert und mit verschiedenen Methoden erhoben werden. Als nicht arbeitslos gezählt werden hingegen in beiden Messkonzepten Personen, die – im Allgemeinen und nicht im aktiven Sinne – auf der Suche nach einer regulären Beschäftigung sind und in diesem Sinne noch ein „Problem am Arbeitsmarkt“ haben. Dazu gehören beispielsweise Beschäftigte in Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II und in Qualifizierungsmaßnahmen, die zwar die Arbeitslosenkriterien nicht erfüllen, aber nicht die individuell erstrebte reguläre Beschäftigung ausüben. Die Unterschiede der beiden Messkonzepte liegen unter anderem in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden, der Altersabgrenzung, der aktiven Arbeitssuche, der Verfügbarkeit, eine Tätigkeit aufzunehmen, der Teilnahme an einer Maßnahme der aktiven Arbeitspolitik sowie im Erwerbslosenstatus bezogen auf das Ein-Stunden-Kriterium.

Unter Betrachtung der einzelnen Faktoren können zwei wesentliche Unterschiede zusammengefasst werden. Die ILO-Erwerbsstatistik verfolgt eher ökonomische Gesichtspunkte, indem sie trennscharf zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen unterscheidet und die Personen, die aktiv Arbeit suchen und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, umfassend abbildet. Sie nimmt dabei auch die Suche nach geringfügigen Arbeitsplätzen mit in den Blick und erfasst auch die Personen, die sich nicht arbeitslos melden. Die ILO-Erwerbsstatistik ist für internationale Vergleiche unentbehrlich, da die Daten nach einem international einheitlichen Konzept erhoben werden. Die SGB-Arbeitsmarktstatistik ist stärker sozialpolitisch orientiert. Anders als in der ILO-Erwerbsstatistik werden auch die Personen als arbeitslos erfasst, die eine nur geringfügige Beschäftigung ausüben. Zudem schließt die SGB-Arbeitsmarktstatistik auch Personen ein, die Arbeit wollen, aber zuletzt keine konkreten Suchschritte unternommen haben³⁸.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit stehen in einem kausalen Zusammenhang. Hierbei können zwei verschiedene Verläufe betrachtet werden. Zum einen kann Arbeitslosigkeit durch Krankheit verursacht werden. Eine chronisch erkrankte Person weist ein erhöhtes Risiko auf, arbeitslos zu werden. In der Folge sind diese Personengruppen in der Zielgruppe der Arbeitslosen häufiger vertreten. Zum anderen kann Arbeitslosigkeit auch einen Auslöser für Erkrankungen darstellen. Oftmals gehen mit der Arbeitslosigkeit für die Betroffenen einerseits schwere psychische Belastungen einher, die besonders auf längere Sicht ein erhöhtes Krankheitsrisiko mit sich bringt. Andererseits beeinflusst ökonomische Armut die Gesundheit und die Lebenserwartung maßgeblich, weil beispielsweise gesunde Ernährung, Lebensumwelt, die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und der Zugang zu medizinischer Versorgung einkommensabhängig sind. Ein sogenannter Teufelskreis entsteht. Eine chronisch kranke Person wird infolge dessen arbeitslos und die Arbeitslosigkeit verschlimmert die Krankheit, wodurch die Chancen eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsmarkt wiederum verringert werden.

Arbeitslosigkeit kann sowohl psychische als auch körperliche Erkrankungen begünstigen. Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Alkoholismus und psychotische Erkrankungen sind gesundheitlich Einschränkungen, die mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nachweislich zunehmen. Auch die körperlichen Erkrankungen, wie Krebs, koronare Herzkrankheiten und andere kardiovaskulären Erkrankungen steigen zudem mit der Dauer der Arbeitslosigkeit beziehungsweise weisen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf. Als weitere Belastung kommen häufig eine geringe soziale Unterstützung, eine geringe Lebenszufriedenheit und ein geringes Selbstwertempfinden hinzu. Eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit umfasst das Humankapital eines Menschen, zu dem nicht nur die Bildung, sondern in gleicher

³⁸ vgl. Hartmann (2009); vgl. Nürnberg / Hahlen / Riede (2005)

Weise auch die Gesundheit zählen. Der Grundstein für die Kenntnisse und Verhaltensweisen einer Person wird bereits im Kindesalter gelegt. Die familiären Lebensverhältnisse beeinflussen daher in großem Umfang das Gesundheitsverhalten und somit den Gesundheitszustand.³⁹

In jungen Familien werden soziale und gesundheitliche Ungleichheiten oftmals von einem niedrigen sozioökonomischen Status, bedingt durch ein geringes Bildungsniveau, einen niedrigen beruflichen Status und ein niedriges Einkommen, begleitet. Mehrere Gründe lassen vermuten, dass zwischen dem Einkommen der Familie und der Gesundheit der Kinder ein Zusammenhang besteht. Die Betrachtung der sozioökonomischen Faktoren ist folglich unumgänglich. Mit steigendem Einkommen steht demnach mehr Geld für Bildungs- und Gesundheitsausgaben zur Verfügung. Ein niedrigerer sozioökonomischer Status geht hingegen mit anderen individuellen Präferenzen einher. Eltern mit niedrigem Einkommen zeigen unter Umständen andere Prioritäten hinsichtlich der Gesundheit und der Einschätzung des körperlichen und gesundheitlichen Zustandes ihrer Kinder⁴⁰. Daneben korreliert das Gesundheitsverhalten der Eltern, beispielsweise durch Rauchen, Übergewicht oder der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen der Kinder, mit dem Einkommensvolumen der Familie. Das Einkommen beeinflusst die sozialen Teilhabemöglichkeiten und erhöht damit zugleich die Gefahr der sozialen Ausgrenzung.⁴¹ Weiterhin kann die Einkommensverteilung eine wesentliche Rolle spielen, da die Zugehörigkeit zu unteren Einkommensklassen unter Umständen mit einer höheren Stressbelastung zusammenhängt.⁴²

Vor allem junge Erwachsene mit Kindern, die gleichzeitig einen geringen sozioökonomischen Status aufweisen, sind sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten ausgesetzt. Im Schnitt verfügen sie über vergleichsweise geringere Schul- und Ausbildungsabschlüsse. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht beispielsweise den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Kinder und dem Bildungsstand der Eltern. Bei der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* wurde zwar nur der Bildungsstand der Mutter herangezogen, jedoch wird ersichtlich, dass ein höherer Bildungsabschluss mit einem verbesserten Gesundheitszustand einhergeht. Je geringer der Bildungsgrad, desto schlechter fällt die Gesundheit der Kinder aus.⁴³

³⁹ vgl. Herbig / Dragano / Angerer (2013)

⁴⁰ vgl. Currie, (2008)

⁴¹ vgl. Andresen et al. (2007)

⁴² vgl. Coneus / Spieß, (2008)

⁴³ KiGGS - Robert-Koch-Institut (2014)

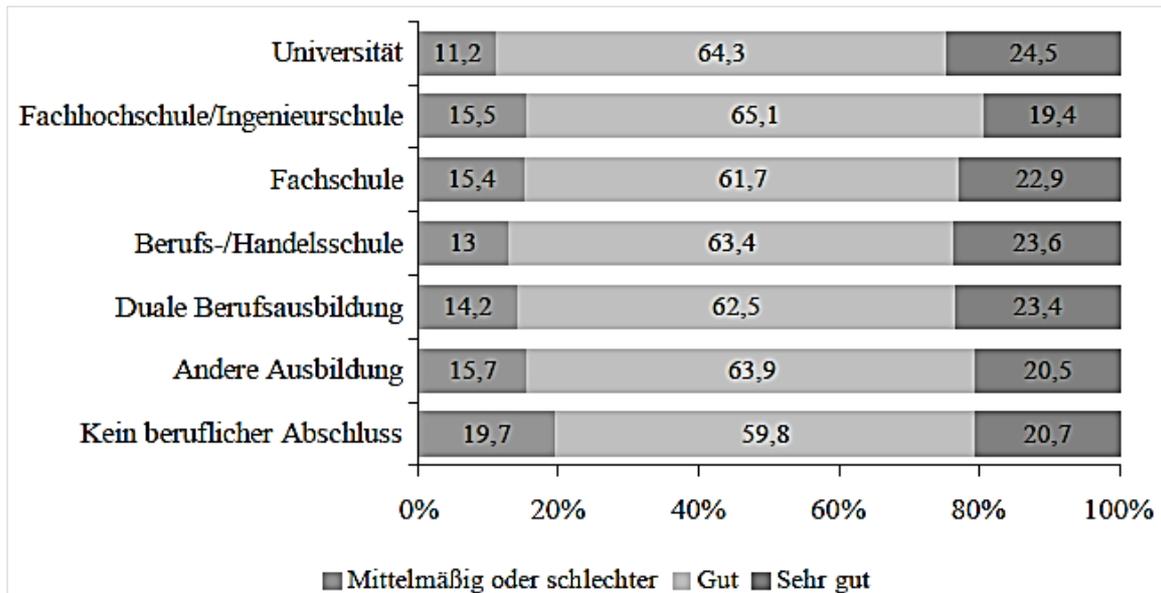


Abbildung 2: Gesundheitszustand der Kinder (11-17 Jahre) und Bildungsstand der Mutter (gewichtete Angaben in Prozent) (KiGGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln)

Vor dem Hintergrund der erhöhten psychischen Belastungen, begründet durch die Arbeitslosigkeit, sind Befunde zum Gesundheitsverhalten zu sehen, die darauf verweisen, dass Arbeitslose oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Frauen und Männer häufiger ein gesundheitsriskantes Verhalten aufzeigen und weniger auf ihre Gesundheit achten, als Erwerbstätige mit sicheren Beschäftigungsverhältnissen. Unterschiede zeigen sich beispielsweise im Gesundheitsbewusstsein, in sportlichen Aktivitäten und im Konsum von Suchtmitteln, wie Alkohol oder Drogen.⁴⁴

Bei Betrachtung von Armut und Sucht zeichnet sich ebenfalls ein deutlich signifikanter Zusammenhang ab. Hierbei besteht eine soziokulturell ungleiche Verteilung zwischen gesundheitsgefährdenden Konsummustern und Abhängigkeit. Demnach ist beispielsweise ein gesundheitsgefährdendes Rauch- und Essverhalten bei einkommensschwachen Eltern deutlich häufiger im Vergleich zu Eltern mit hohem Einkommen. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist bei Eltern mit geringem Einkommen ebenfalls niedriger als bei einkommensstarken Eltern.

⁴⁴ vgl. Holleder (2011); vgl. Lampert et al. (2011); RKI (2003); vgl. Schunck / Rogge (2010)

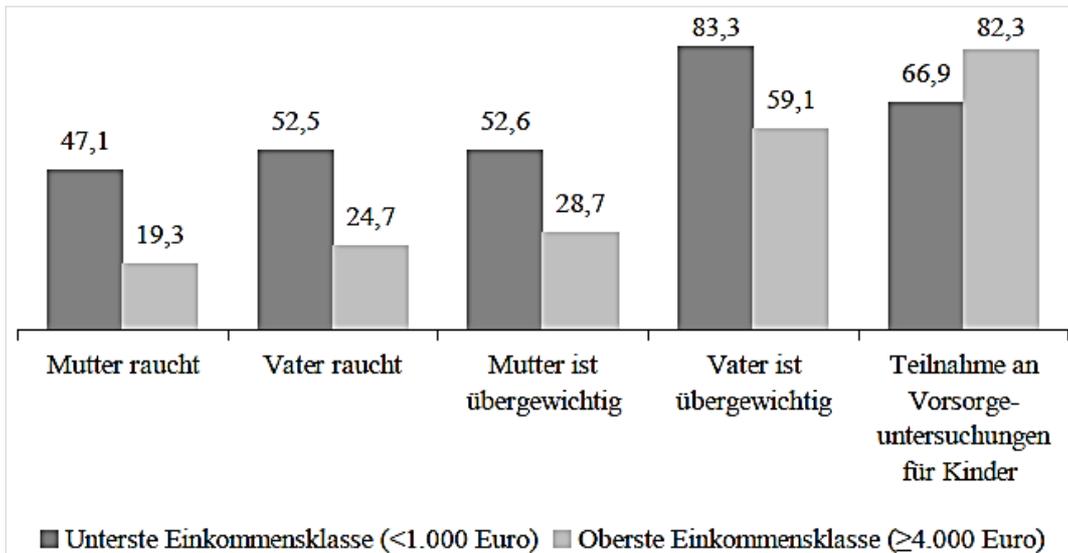


Abbildung 3: Gesundheitsverhalten und Einkommen (gewichtete Angaben in Prozent) (Eltern mit Kindern von elf bis 17 Jahren. Monatliches Nettoeinkommen des Haushaltes) (KiGGS; Institut der deutschen Wirtschaft Köln)

Armut und Arbeitslosigkeit beeinträchtigen die Selbstwirksamkeit, schränken die individuelle Entscheidungsfreiheit ein und fördern bestimmte negative Überzeugungen. Armut und Arbeitslosigkeit hängen zudem oft mit sozialer Ausgrenzung und fehlender sozialer Unterstützung zusammen.

Exkurs: Von Armut bedrohte Menschen

Personen beziehungsweise Haushalte, deren Einkommen unterhalb einer vorgegebenen Schwelle liegt, gelten als armutsgefährdet. Der Anteil der in Armut lebenden Menschen in einer bestimmten Region wird dabei mit Hilfe der Armutsquote beschrieben. Die Armutsquote ist eine Kennzahl, die aufzeigen soll, wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, deren Einkommen unter einer finanziell definierten Armutsgrenze liegt. Die Armutsgrenze wird dabei in der Regel als Grenzwert des verfügbaren Einkommens- beziehungsweise der Konsumausgaben eines privaten Haushaltes verstanden. Bei der Definition der Armutsgrenze müssen allerdings auch eine Reihe von soziodemographischen Indikatoren berücksichtigt werden. Mit der Armutsgrenze werden absolute oder relative Schwellenwerte für wirtschaftliche und soziale Indikatoren bestimmt. Es wird in diesem Zusammenhang zwischen absoluter und relativer Armut unterschieden. Nach Auskunft der Weltbank basiert absolute Armut auf einer Armutsgrenze in Höhe des sozialen Existenzminimums. Das beschreibt Menschen, denen maximal 1,25 Dollar pro Tag zur Verfügung stehen. Die relative Armut setzt die Umstände ins Verhältnis zur Umgebung (Armutgefährdung). Als relativ arm gelten Personen, deren Einkommen weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens einer Bevölkerungsgruppe

beträgt⁴⁵. Dieses beträgt in Deutschland laut Statistischem Bundesamt brutto 3.441 Euro pro Monat bei einer Vollzeitbeschäftigung.⁴⁶

Übersicht

Armutsquote	Prozentsatz der Bevölkerung, die unterhalb der Armutsgrenze lebt
Armutsgrenze	Grenzwert des verfügbaren Einkommens beziehungsweise der Konsumausgaben eines privaten Haushaltes
Absolute Armut	Personen, die maximal 1,25 Dollar pro Tag zur Verfügung haben
Relative Armut / Armutsgefährdung	Personen, deren Einkommen weniger als 60 % des Medianeinkommens beträgt
Dimensionen	finanzielle Armut, Bildungsarmut, Beziehungsarmut, Perspektivlosigkeit, mangelnde Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen
Betroffene	Arbeitslose (ca. 70 % Armutsrisiko), Alleinerziehende und ihre Kinder (ca. 43 % Armutsrisiko), Alleinlebende (ca. 30 % Armutsrisiko), Kinder und Jugendliche (ca. 17,5 % Armutsrisiko), Menschen mit Migrationshintergrund, Personen über 65 Jahren (ca. 14,1 % Armutsrisiko)

⁴⁵ 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2013)

⁴⁶ Statistisches Bundesamt, Verdienste auf einen Blick, 2017

Situation in den Landkreisen

Laut Angaben der Agentur für Arbeit Mecklenburg-Vorpommern lag die Gesamtanzahl der Arbeitslosen im August 2017 bei 66.646. Die Arbeitslosenquote lag damit bei 8,1 Prozent. Die bundesweite Arbeitslosenquote betrug hingegen 5,3 Prozent. Demnach liegt Mecklenburg-Vorpommern über dem Bundesdurchschnitt. Die Arbeitslosenquote ist in den Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald mit 10,0 Prozent beziehungsweise 9,3 Prozent am größten. Der Landkreis Ludwigslust-Parchim weist mit 5,9 Prozent die niedrigste Arbeitslosenquote im Land auf. Die Arbeitslosenquote stellt die relative Unterauslastung des Arbeitskräfteangebotes dar, indem die (registrierten) Arbeitslosen in Beziehung zu den Erwerbspersonen (Erwerbspersonen = Erwerbstätige + Arbeitslose) gesetzt werden.⁴⁷

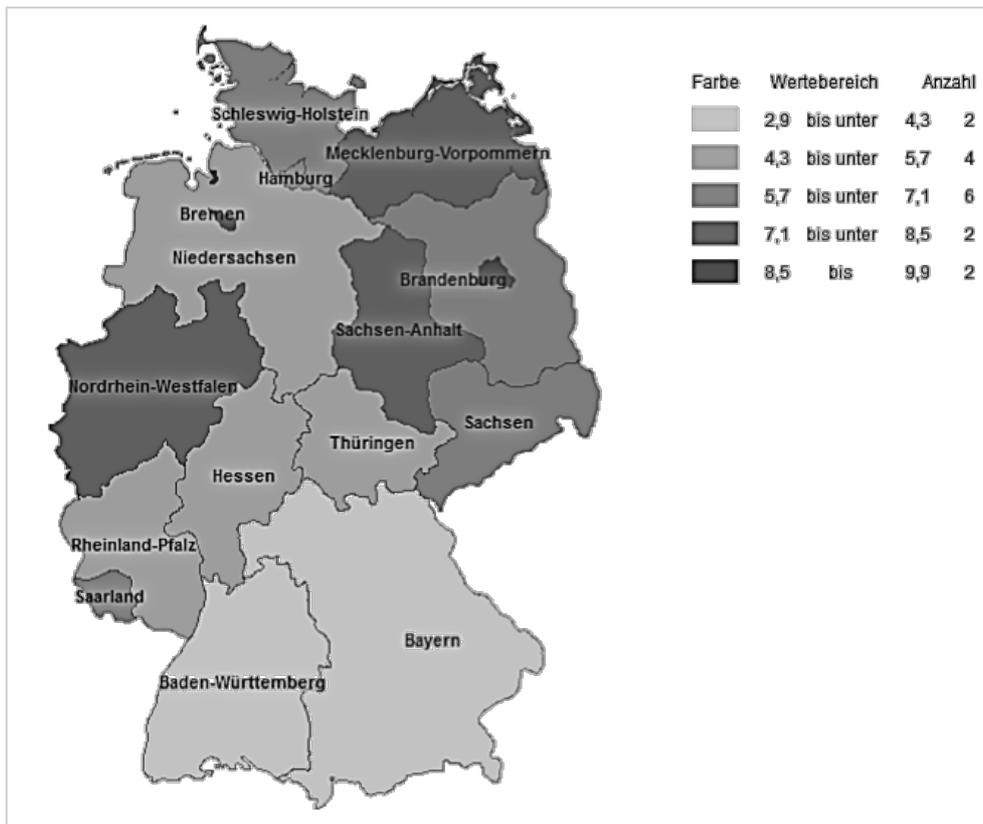


Abbildung 4: Kartenübersicht Arbeitslosenquote in Deutschland (Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Stand: August 2017)

⁴⁷ Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, [Stand: August 2017]

In der folgenden Tabelle sind die Arbeitslosenzahlen und die Arbeitslosenquoten insgesamt für Mecklenburg-Vorpommern vom August 2017, sowie für die einzelnen Landkreise aufgezeigt.

Tabelle 1: Übersicht zur Anzahl der Arbeitslosen und Arbeitslosenquote der Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern (Bundesagentur für Arbeit Statistik 08/2017)

Landkreise / kreisfreie Städte	Anzahl Arbeitslose	Arbeitslosenquote in %
Schwerin	4.446	9,2
Rostock	9.297	8,7
Nordwestmecklenburg	5.431	6,6
Ludwiglust-Parchim	6.708	5,9
Landkreis Rostock	6.839	6,3
Mecklenburgische Seenplatte	13.416	10,0
Vorpommern-Rügen	9.572	8,4
Vorpommern-Greifswald	10.937	9,3
MV insgesamt	66.646	8,1

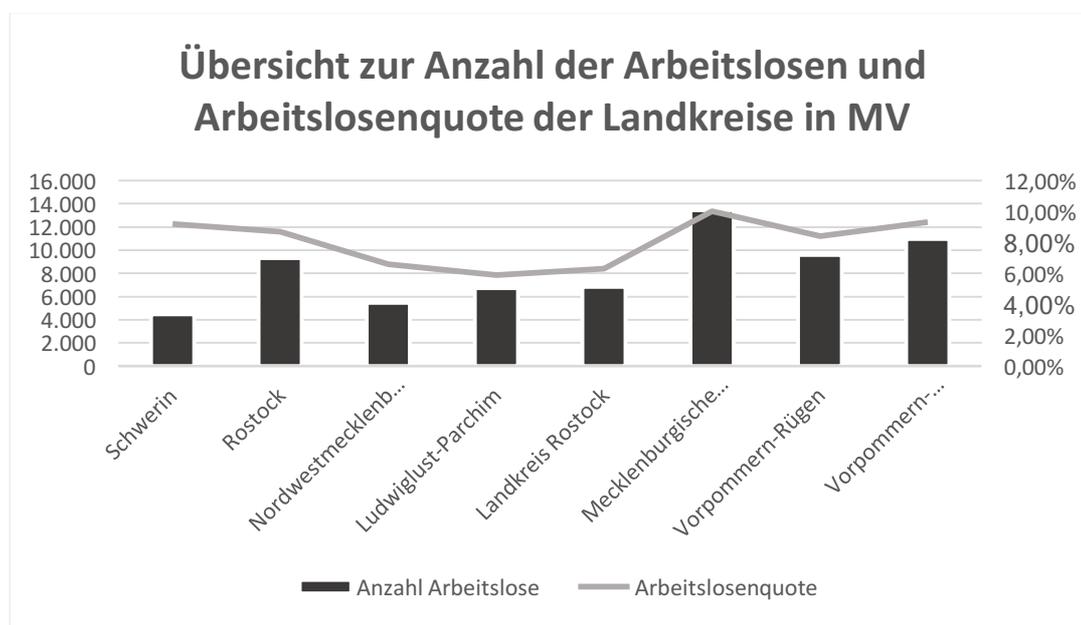


Abbildung 5: Übersicht: Anzahl der Arbeitslosen und Arbeitslosenquote der Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern (Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Stand: August 2017)

In ganz Deutschland sind 12,9 Mio. Menschen von Armut betroffen. Im Jahr 2015 betrug die Armutsquote in Mecklenburg-Vorpommern 21,7 Prozent. Dabei lag der Bundesdurchschnitt bei gerade mal 15,7 Prozent. Besonders betroffen sind Ein-Personen-Haushalte und Familien mit 2 Kindern. Der Leistungsbezug von Hartz IV zur Grundsicherung lag im Jahr 2015 bei 15,5 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern.

Die im Folgenden aufgezeigte Tabelle listet die Armutsquoten in den verschiedenen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns auf.

Tabelle 2: Regionale Armutsquote – sortiert nach Landkreisen (Schneider / Stilling / Woltering 2017, S. 110)

Raumordnungsregion: Mecklenburg-Vorpommern	Armutsquote in %
Westmecklenburg (Schwerin, Nordwestmecklenburg, Ludwigslust-Parchim)	19,5
Mittleres Mecklenburg / Rostock (Stadt und Landkreis Rostock)	19,4
Mecklenburgische Seenplatte	24,9
Vorpommern (Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald)	24,2
MV - Durchschnitt	21,7
Bundesdurchschnitt	15,7

Die Armutsquote in Mecklenburg-Vorpommern liegt bei rund 22,0 Prozent. In den Regionen *Westmecklenburg* und im *Mittleren Mecklenburg / Rostock* sind die Armutsquoten mit 19,5 Prozent und 19,4 Prozent deutlich geringer als in den Regionen *Mecklenburgische Seenplatte* und *Vorpommern*, deren Armutsquoten 24,9 Prozent und 24,2 Prozent betragen. Die bundesweite Armutsquote lag laut Armutsbericht 2017 im Jahr 2015 bei 15,7 Prozent Prozent⁴⁸. Mecklenburg-Vorpommern hat somit eine überdurchschnittlich hohe Armutsquote. Ursachen für die relativ hohe Armutsquote liegen unter anderem in der hohen Arbeitslosigkeit und im niedrigeren Einkommen während der Beschäftigungszeit. Weiterhin sind der hohe Altersanteil in der Bevölkerung sowie der hohe Anteil Alleinerziehender als Ursache zu betrachten.

⁴⁸ vgl. Schneider / Stilling / Woltering (2017), S. 110

Kinder und Jugendliche junger Familien

Mecklenburg-Vorpommern ist neben Bremen das Bundesland mit der höchsten Armutsgefährdungsquote für Kinder. Nach Angaben des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts lag das Armutsrisiko im Jahr 2012 bei 33,5 Prozent. Die durchschnittliche Armutsgefährdungsquote betrug rund 20 Prozent. Etwa 21 Prozent der Kinder lebten in Familien, die zusätzlich Arbeitslosengeld II bezogen. Jedes vierte Kind gilt demnach arm beziehungsweise armutsgefährdet.⁴⁹

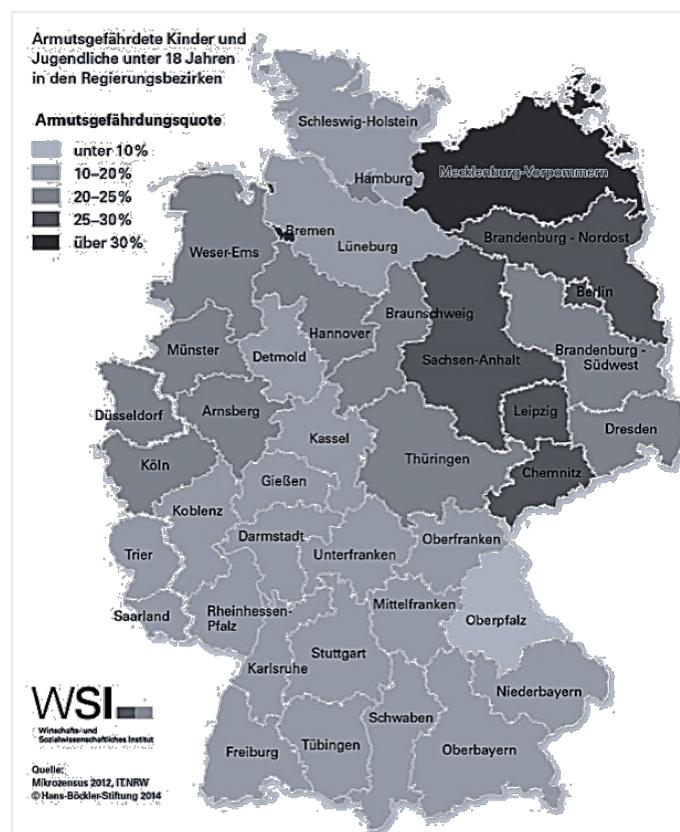


Abbildung 6: Armutsgefährdete Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in den Regierungsbezirken (Abbildung nach Baumann / Seils (2014), S. 8)

Es existieren für die einzelnen Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern leider keine expliziten Berichterstattungen oder Studien bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Arbeitslosigkeit, Armut und auffällig gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen beziehungsweise psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen. Die Farbgebung der Karte zeigt deutlich, dass die Armutsgefährdungsquoten in den Regionen des Ostens noch immer höher sind als im Westen. Aus den hohen Zahlen lässt sich rückschließen, dass die allgemeine Problematik von Armut und Gesundheit auch auf Mecklenburg-Vorpommern projiziert werden kann.

⁴⁹ vgl. Baumann / Seils (2014), S. 9

Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen

Es lässt sich festhalten, dass ein niedriger sozioökonomischer Status häufig zu einem schlechteren Gesundheitszustand beziehungsweise zu einem erhöhten Krankheitsrisiko und einer geringeren Lebenserwartung führt. Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala haben beispielsweise eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung als die Männer aus dem obersten Viertel der Einkommensskala (72 gegenüber 82 Jahren), für Frauen beträgt der entsprechende Unterschied fünf Jahre (81 gegenüber 86 Jahren). Säuglinge aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sterben häufiger an plötzlichem Kindstod. Weiterhin besteht eine höhere Prävalenz an Übergewicht und Adipositas sowie ein erhöhtes Krankheitsrisiko (zum Beispiel für Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, chronische Bronchitis, Hypertonie). Neben dem sozioökonomischen Status beeinflussen weitere soziale Determinanten wie Geschlecht, Alter, Ethnizität und Migration und Flucht sowohl den Gesundheitsstatus als auch das Gesundheits- und Krankheitsverhalten und es gilt, die Bedeutung sozialer Lebensverhältnisse und deren Wirkung auf die Gesundheit besser zu verstehen, um angemessene Strategien und Methoden für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu entwickeln und anzuwenden.

Best-Practice

Projekt "Gesundheit leben - Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Marzahn-Hellersdorf"

„Erwerbslosen Menschen dieses Selbstbewusstsein wiederzugeben, Möglichkeiten zu schaffen, durch die sie ihre Ressourcen und Stärken entdecken und weiterentwickeln können, ihre gesundheitliche Situation stabilisieren und ihre soziale Teilhabe sowie letztendlich ihre Beschäftigungsfähigkeit zu fördern - darum ging es im Projekt Gesundheit leben - Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Marzahn-Hellersdorf. Das Projekt richtete sich explizit an die Zielgruppe erwerbsloser Menschen im Berliner Stadtteil Marzahn-Hellersdorf, da deren Lebenssituation mit zahlreichen Belastungen - vor allem auch gesundheitlichen - einhergeht. Gesundheitliche Einschränkungen erschweren wiederum die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen.

Das Projekt „Gesundheit leben - Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Marzahn-Hellersdorf“, welches von Juli 2015 bis Juni 2017 lief, hat die Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung mit der Gemeinwesenarbeit verbunden. Zentrale Kooperationspartner waren die Träger der beteiligten Nachbarschaftseinrichtungen, das Bezirksamt und das Jobcenter Marzahn-Hellersdorf, die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie weitere Ämter. Die Aktivitäten wurden zudem durch die Alice Salomon

Hochschule (ASH) Berlin im Rahmen von Forschungsprojekten unterstützt. Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Projektziele spielten die fünf beteiligten Nachbarschaftseinrichtungen in Marzahn-Hellersdorf - das Stadtteilzentrum MOSAIK, das Stadtteilzentrum Hellersdorf-Ost, das Bürgerhaus Südspitze, KOMPASS-Haus im Stadtteil und das Frauenzentrum Matilde. Dort konnten direkt vor Ort vielfältige Angebote für und mit erwerbslosen Menschen entwickelt und umgesetzt werden. In vier der fünf teilnehmenden Einrichtungen ist es gelungen, kontinuierliche Gruppen zu etablieren. Die Teilnehmenden konnten sich beispielsweise im Ernährungskurs „Von uns - für uns“ gemeinsam mit einer gesunden Ernährung auseinandersetzen und dabei, durch die Bepflanzung eines eigenen Nachbarschaftsgartens oder eine gemeinsame Kräutertour, nicht nur ihre eigenen, sondern auch die Ressourcen des Bezirks kennenlernen. Im Kurs „Selbstbewusst sein“ bekamen sie die Möglichkeit, einen selbstbewussten Umgang in Konflikt- und Stresssituationen zu erlernen und in den offenen Treffs konnten sie sich zu gemeinsam geplanten Aktivitäten treffen. So bekamen sie die Möglichkeit, einen gesundheitsbewusste(re)n Alltag zu erproben. Um das Gesundheitsrisiko erwerbsloser Menschen zu senken und ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen, braucht es Gesundheitsförderungsangebote, die direkt in der Lebenswelt der Zielgruppe ansetzen. Diese Ausrichtung auf das Setting Stadtteil und die Integration der Angebote in wohnortnahe Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit stellte die Besonderheit des Projektes dar. Der Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten der Gesundheitsförderung für Erwerbslose ist besonders hoch. Doch in der Praxis zeigt sich, dass sich der Zugang zu dieser Zielgruppe meist schwierig gestaltet. Im Projekt „Gesundheit leben“ konnten zentrale Erkenntnisse dazu gewonnen werden, wie man erwerbslose Menschen zur Teilnahme an solchen Angeboten bewegen sowie langfristig dazu motivieren kann.⁵⁰

⁵⁰ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-arbeitslosen/?idx=48375&artikel2=1100>

Weitere

Caritas MV – Kreisverband Westmecklenburg	<ul style="list-style-type: none"> Abgeschlossene Kampagne (2012): „Armut macht krank – Jeder verdient Gesundheit“
VSP GmbH	<ul style="list-style-type: none"> Präventionsstelle BALFINplus (Beratung und sozialpädagogische Begleitung in finanziellen Notlagen)
DRK Kreisverband Nordwestmecklenburg e.V.	<ul style="list-style-type: none"> DRK Familienbildungsstätte Grevesmühlen Projekt „Nah an Familie“
AWO MV	<ul style="list-style-type: none"> Familienbildungsstätte Schwerin
Uni Rostock (Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> Abgeschlossenes Modellprojekt "Pro Kind - Wir begleiten jungen Familien"

Ansprechpartner

Institution	Internetauftritt
Paritätischer Wohlfahrtsverband	http://www.ndr.de/nachrichten/Armutsquote-in-Bremen-und-MV-am-hoechsten,armutsbericht160.html
Volkssolidarität MV	https://www.volkssolidaritaet.de/landesverband-mecklenburg-vorpommern-ev/
Caritas Mecklenburg e.V. – Kreisverband Westmecklenburg	http://www.caritas-mecklenburg.de/60605.html
DRK Kreisverband Nordwestmecklenburg e.V.	http://drk-nwm.de/startseite.html
AWO Landesverband MV e.V.	https://www.awo-mv.de/

5.2 Gesundheitliche Situation bei alleinerziehenden Müttern und Vätern

Allgemeine Grundlagen zur Zielgruppe

In gesetzlicher Form gilt nach § 21 Absatz 3 des Zweiten Sozialgesetzbuches (SGB II) als alleinerziehend, wer Kinder unter 18 Jahren ohne Hilfe eines anderen großzieht. Damit muss der Alleinerziehende nicht zwingend ein leibliches Elternteil darstellen. Großeltern oder Pflegeeltern können demnach auch in die Definition des Alleinerziehenden eingeschlossen werden. Für gewöhnlich ist die Situation Alleinerziehender eine Folge verschiedener Lebensumstände, wie beispielsweise das Scheitern einer Ehe oder Lebensgemeinschaft, der Tod eines Elternteiles oder die Entscheidung, ein Kind allein groß zu ziehen. Aufgrund dessen liegen sowohl die materielle Sicherung des Kindes als auch die Erziehung und Verantwortung oftmals bei dem einen Elternteil, in dessen Haushalt das Kind seinen Lebensmittelpunkt hat. Angesichts des fehlenden Einkommens eines Partners, leben Alleinerziehende häufiger als verheiratete Eltern unter der Armutsgrenze. Obwohl sich folglich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit sozialer Benachteiligung bei Alleinerziehenden schlussfolgern lässt, ist es unzulässig, Alleinerziehende grundsätzlich als eine benachteiligte oder von Defiziten bestimmte Gruppe zu bewerten. Der Gruppe der Alleinerziehenden ist allein der Sachverhalt gemein, dass sie im Haushalt die alleinige Verantwortung für die Erziehung eines oder mehrerer Kinder haben. Darüber hinaus können neben dem anderen Elternteil Dritte, wie die eigenen Eltern und Freunde, an der Erziehung teilhaben. Die beispielsweise bewusst allein lebende und erziehende Akademikerin mit einem Kind und einer überdurchschnittlich vergüteten Vollzeitstelle zählt gleichermaßen zu den Alleinerziehenden wie die mehrfache Mutter, die getrennt lebt, nie erwerbstätig war und die unter diesen Umständen gegenwärtig stark belastet ist.⁵¹ Alleinerziehende stellen des Weiteren eine heterogene Gruppe dar, da sie unterschiedlichen Altersgruppen angehören, unterschiedliche Schul- und Bildungsabschlüsse vorweisen und die Kinder unterschiedlichen Alters sind.

In Haushalten von alleinerziehenden Elternteilen wachsen mittlerweile mehr als 2 Millionen Kinder auf. Insgesamt ist jede fünfte Familie eine Einelternfamilie – mit steigender Tendenz. Die Abgrenzung zwischen den Lebenssituationen von Paar- und Einelternfamilien lässt sich anhand der Quote der aktiv erwerbstätigen Frauen gut hervorheben. Unbeeinflusst von der Familienform, betrug die Quote der erwerbstätigen Frauen im Jahr 2013 rund 61 Prozent. Die Quote der alleinerziehenden Mütter in Vollzeitbeschäftigung lag bei 42 Prozent, wohingegen sie bei Ehefrauen nur bei 25 Prozent betrug.

Auffallend hoch ist der Unterschied zu den vollzeitbeschäftigten Männern, bei denen die Quote, unabhängig von ihrer jeweiligen Familienform, bei über 87 Prozent lag. Bei der Betrachtung der Höhe

⁵¹ vgl. Hock (2002)

des Arbeitseinkommens der Mütter im Alter zwischen 16 und 38 ist bezüglich der Familienform kein signifikanter Unterschied zu erkennen. Ein Vergleich des Haushaltseinkommens beider Gruppen insgesamt definiert den Unterschied. Eine weitere erwerbstätige Person erhöht logischerweise das Haushaltseinkommen. Dieses zusätzliche Arbeitseinkommen mit einer Kombination aus Voll- und Teilzeitbeschäftigten verdeutlicht den Vorteil von Paarfamilien gegenüber den Einelternfamilien. Der Gewinn von zeitlichen Spielräumen für beispielsweise Erledigungen von Familien- oder Alltagsaufgaben stehen somit zur Verfügung. Alleinerziehende sind in dieser Hinsicht benachteiligt.⁵²

Darüber hinaus sind Alleinerziehende in Deutschland eine der Bevölkerungsgruppen mit der höchsten Armutsgefährdung. Die Situation der Alleinerziehenden wird zusätzlich durch ungünstige Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel fehlende Kinderbetreuungsplätze hinsichtlich der Rand- und Schließzeiten sowie im Hortbereich, unflexible Arbeitszeiten und damit verbunden eingeschränkte Möglichkeiten auf dem Erwerbs- und Einkommensmarkt, erschwert. Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2009 nur 14,6 Prozent der Gesamtbevölkerung, aber 40,1 Prozent der Alleinerziehenden armutsgefährdet. Über die Armutsgefährdung getrenntlebender Väter wird dagegen weder eine Statistik geführt, noch ist das Thema als solches im öffentlichen Diskurs präsent. Auch bei der Gruppe der Alleinerziehenden ist eine hohe Armutsgefährdung der Kinder und Jugendlichen deutlich erkennbar.⁵³

Trotz der geschilderten Situation gibt es auch Beispiele von Alleinerziehenden, die ihr Leben gut organisiert haben, mit ihrer Zeit sehr effektiv umgehen und mit einem ausreichenden Einkommen zu einer optimistischen und aktiven Lebenseinstellung finden. Eine pauschale Betrachtung als benachteiligt ist somit nicht angezeigt. Es gilt jedoch, den Betroffenen persönliche Ressourcen und Fähigkeiten zur Bewältigung ihrer Situation zu vermitteln.

⁵² vgl. Asmus / Papst (2017)

⁵³ vgl. Wahl / Höll (2010), S. 14

Situation in den Landkreisen

Nach der Abgrenzung des Familienbegriffs im Mikrozensus lebten in den Privathaushalten Mecklenburg-Vorpommerns nach Ergebnissen von 2016 insgesamt 208.300 Familien, wovon 62.500 Alleinerziehende, darunter 54.700 (ca. 88 Prozent) alleinerziehende Frauen sind. Von den 62.500 Alleinerziehenden waren rund 40 Prozent erwerbslos beziehungsweise Nichterwerbspersonen, was sich darauf zurückführen lässt, dass Alleinerziehende insgesamt eine schlechtere Position auf dem Arbeitsmarkt beziehen. Dagegen sind rund 47 Prozent erwerbstätig. Davon haben rund 60 Prozent ein Nettoeinkommen von 900-1500 Euro. In der Regel ist das Nettoeinkommen von Alleinerziehenden aufgrund von vermehrter Teilzeitbeschäftigung niedrig. Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der Alleinerziehenden und die davon alleinerziehenden Frauen in den einzelnen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern dar.⁵⁴

Tabelle 3: Anzahl der Alleinerziehenden und die davon alleinerziehenden Frauen in den einzelnen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern (Prozentangaben gerundet) [Stand: 2016] (StatA MV 2016)

Landkreise / Kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl MV	Anzahl Alleinerziehende (gesamt)	Anzahl Alleinerziehender in %	Anzahl alleinerziehende Frauen	Anzahl alleinerziehende Frauen in %
Schwerin	92.138	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Rostock	204.167	8.300	4,06	7.300	87,95
Nordwestmecklenburg	155.424	5.600	3,60	5.100	91,07
Ludwigslust-Parchim	212.631	5.700	2,68	k. A.	k. A.
Landkreis Rostock	211.878	9.500	4,48	8.100	85,26
Mecklenburgische Seenplatte	261.733	9.200	3,51	8.600	93,48
Vorpommern-Rügen	223.470	8.300	3,71	6.900	83,13
Vorpommern-Greifswald	237.697	11.100	4,67	9.500	85,59
MV insgesamt	1.599.138	62.500	3,91	54.700	87,52

⁵⁴ StatA MV (2016) Statistisches Jahrbuch, S.70ff

Aus der Studie zur Situation von erwerbsfähigen Müttern aus Mecklenburg-Vorpommern geht hervor, dass die Schulbildung alleinerziehender Mütter häufig deutlich geringer ausfällt als bei anderen Müttern, was dementsprechend mit einer geringeren beruflichen Qualifikation einhergeht. Weiterhin wird aus der Studie ersichtlich, dass alleinerziehende Mütter signifikant häufiger arbeitslos als andere Mütter waren, was auf die oftmals geringeren Chancen auf dem Arbeitsmarkt zurückgeführt werden kann. Nicht nur die vergleichsweise niedrigere berufliche Qualifikation, sondern vor allem die nicht oder nur wenig vorhandene zeitliche und räumliche Flexibilität erschwert die Situation. Zusätzlich ergab die Befragung, dass 42 Prozent der alleinerziehenden Mütter Arbeitslosengeld II - Hartz IV - beziehen, während der Anteil der anderen Mütter bei 4 Prozent liegt. Das Hartz-IV-Risiko liegt demnach bei Alleinerziehenden um ein zehnfaches höher als bei den in einer Ehe oder Partnerschaft lebenden Müttern.

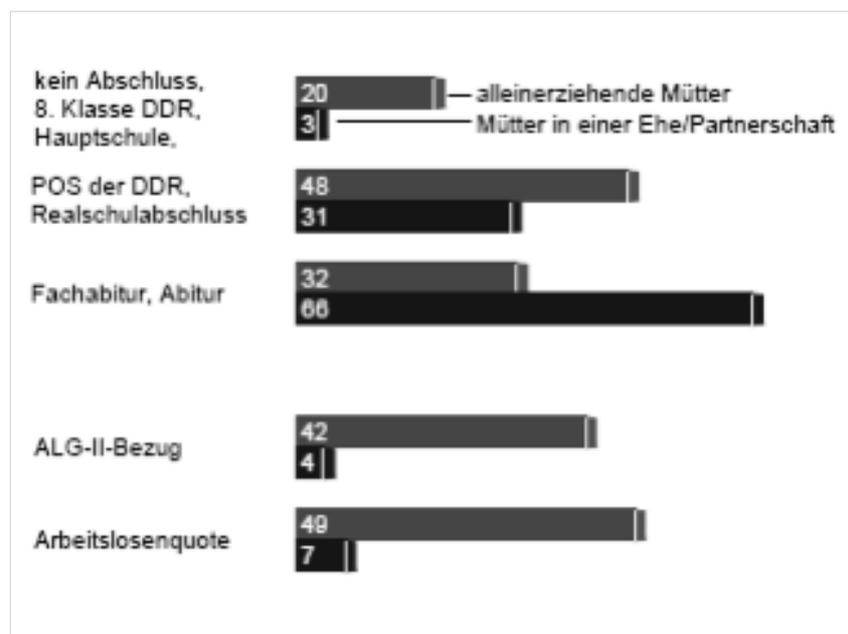


Abbildung 8: Übersicht Bildungsabschlüsse und Arbeitslosigkeit bei alleinerziehenden Müttern und Müttern in einer Ehe oder Partnerschaft (Antworten in Prozent - gerundet) (Darstellung in Anlehnung an Wahl / Höll (2010), S. 14, S. 8)

Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen

Alleinerziehende und deren Kinder haben mit 43 % das höchste Armutsrisiko aller Familien in Deutschland (im Durchschnitt liegt dieses bei 15 %). Die Hälfte der in Armut lebenden Kinder wächst in Einelternfamilien auf. Die Ursachen liegen unter anderem in der Benachteiligung von Frauen, vor allem Müttern, auf dem Arbeitsmarkt, in der Arbeit im Niedriglohnssektor, in den Unterbrechungen der Erwerbsbiografie sowie nicht gezahltem Kindesunterhalt. Es besteht ein Bedarf an erweiterten Kinderbetreuungsangeboten, Notfallbetreuung (flexibles Angebot an Kinderbetreuung, welches über

die öffentlich bereitgestellte Betreuungsinfrastruktur hinausgeht). Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderbetreuung geht mit erheblichen Schwierigkeiten einher. Eine funktionierende Infrastruktur für erwerbstätige Alleinerziehende ist von grundlegender Bedeutung, da sie beispielsweise auf die ganztägige Kinderbetreuung angewiesen sind. Fällt das alleinerziehende Elternteil aus gesundheitlichen Gründen aus, die Großeltern oder andere Verwandte können aber nicht einspringen, sind vorübergehende Versorgungs- und Betreuungshilfen, auch für zu Hause, notwendig. Als problematisch erweist sich auch die Kinderbetreuung bei Alleinerziehenden, deren Arbeitszeiten über die Rand- und Schließzeiten der Betreuungseinrichtungen hinausgehen. Bestimmte Formen der Berufstätigkeit (Einzelhandel, Schicht- und Wochenenddienst, Montagetätigkeiten, etc.) erschweren die Kinderbetreuung zusätzlich. Der Gesundheitszustand ist durch die psychischen und körperlichen Belastungen stark beeinträchtigt.⁵⁵ Aufgrund der geringen Datensätze können keine genaueren Angaben über die gesundheitliche Situation alleinerziehender Männer erfolgen. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und den Angaben des Statistischen Amtes von Mecklenburg-Vorpommern stellt die Gruppe der alleinerziehenden Mütter eine stark belastete Gruppe dar. Ein begründeter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Alleinerziehen konnte bis jetzt noch nicht belegt werden. Jedoch ist auffällig, dass beispielsweise alleinerziehende Frauen häufiger an psychischen und körperlichen Beschwerden leiden als Frauen, die in einer Partnerschaft oder Ehe leben. Auch ist die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes signifikant schlechter. Alleinerziehende Frauen können jedoch nicht generell als besonders kranke Gruppe angesehen werden.⁵⁶

⁵⁵ Der Paritätische Gesamtverband (2017), S. 19ff; vgl. Wahl / Höll (2010), S. 50ff

⁵⁶ Robert-Koch-Institut (2003), S. 10ff

 Best-Practice

Projekt: „wir2 für Alleinerziehende“

„In den meisten Familien – ob mit einem oder zwei Familienverantwortlichen – läuft das Leben ähnlich ab: Stress, Chaos – und Zeiten voller Harmonie und Zuneigung. Doch in manchen Familien, oft in Ein-Eltern-Familien, wünschen sich Mutter oder Vater Unterstützung von Fachleuten: Weil äußere oder seelische Umstände sie besonders belasten und sie zugleich Tag für Tag die emotionale und häufig auch finanzielle Alleinverantwortung tragen. Für sich und ihr Kind oder ihre Kinder. Schlaflosigkeit, psychosomatische Erkrankungen sowie ein erhöhtes Risiko für Depressionen sind einige der möglichen Folgen.

Viele Alleinerziehende sind nach dem wir2-Training deutlich optimistischer und selbstbewusster als vorher. Was uns besonders freut: Ihr Erfolg spiegelt sich auch im Wohlbefinden der Kinder wider – das bestätigen Eltern und Erzieher.

Entwickelt wurde das wir2-Konzept an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unter Leitung von Prof. Matthias Franz. Unterstützt wird das Programm von der Walter Blüchert Stiftung mit Sitz in Gütersloh.⁵⁷

Weitere

Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

- Bundesprogramm „KitaPlus: Weil gute Betreuung keine Frage der Uhrzeit ist“

Bundesverband
alleinerziehender Mütter
und Väter (VAMV)

- Modellprojekt: „Ergänzende Kinderbetreuung, Notfallbetreuung und Beratung von Einelternfamilien in Deutschland
 - https://www.vamv.de/fileadmin/user_upload/bund/dokumente/Modellprojekt/Kurzinfo_VAMV__Modellprojekte_Ergaenzende_Kinderbetreuung_2015.pdf
-

⁵⁷ <http://www.wir2-bindungstraining.de/wir2-fuer-alleinerziehende/das-programm/>

Institut für Berufliche Schulung Rostock (ibs) GmbH	<ul style="list-style-type: none">• NenA – Netzwerk zur nachhaltigen Unterstützung Alleinerziehender
abgeschlossene Projekte des Landesfrauenrat MV e. V.	<ul style="list-style-type: none">• Almut – Gute Arbeit für Alleinerziehende (Träger: TFA-Bildungswerk GmbH, Neubrandenburg)• Arbeit für Alleinerziehende in Wismar (Träger: SR Bildungszentrum Wismar)• Gute Arbeit – Initiative zum Nutzen Alleinerziehender (Träger: ISBW gGmbH Neustrelitz AusbildungsFörderungsZentrum (AFZ) Friedland e. V.)• Kompetenzzentrum „Hilfe für Alleinerziehende“ (Träger: Sozialagentur – Jobcenter Landkreis Ostvorpommern, Wolgast)• NaBuKo – Nachwuchs, Bildung und Kommunikation für alleinerziehende Eltern im Landkreis Ludwigslust (Träger: BBS Start GmbH, Hagenow)• nany – Netzwerk wirksamer Hilfen für Alleinerziehende (Träger: TFA-Bildungswerk GmbH, Neubrandenburg)• NefAz – Netzwerk für Alleinerziehende (Träger: BBS Start GmbH, Ludwigslust)• NWM – NetzWerk für Mütter (und Väter) (Träger: Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH, Rehna)

Ansprechpartner

Institution	Internetauftritt
Bundesverband Alleinerziehender Mütter und Väter (kein Landesverband in MV)	https://www.vamv.de/

5.3 Gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Senioren

Allgemeine Grundlagen zur Gruppe

Eine allgemeingültige rechtliche Definition der Begriffe *Senior* beziehungsweise *Seniorin* ist nicht möglich, da sie an keine festen Altersgrenzen geknüpft sind. Grund dafür ist die Tatsache, dass die Erscheinungsformen des Alters sehr vielfältig sind und Menschen desselben Alters sich in sehr verschiedenen Lebensumständen befinden können. Das chronologische Alter eines Individuums ist daher wenig aussagekräftig. Das Altern, als individueller Prozess, ist verbunden mit unterschiedlichen persönlichen Wahrnehmungen und wandelbaren gesellschaftlichen Einflussfaktoren. Im statistischen Kontext existiert ebenfalls keine offizielle Definition für Seniorinnen und Senioren. Allerdings sind Kategorisierungen in verschiedenen Abgrenzungen möglich, da in den Statistiken zumeist einzelne Altersjahre oder Altersgruppen nachgewiesen werden. Zudem gibt es bestimmte Altersgrenzen, die mit den Begriffen *Seniorinnen und Senioren* in einen Zusammenhang gebracht werden können. Eine dieser Altersgrenzen ist beispielsweise das gesetzliche Renteneintrittsalter.⁵⁸

In gesamt Deutschland leben rund 16,5 Millionen Menschen, die 65 Jahre oder älter sind. Damit zählt jeder fünfte Bundesbürger zur Gruppe der Seniorinnen und Senioren. Fast die Hälfte innerhalb dieser Altersgruppe ist 75 Jahre oder älter. Ein Alter von mindestens 85 Jahren haben rund 1,89 Millionen Menschen, was 11,4 Prozent aller Seniorinnen und Senioren ausmacht.⁵⁹

Die Altersarmut ist unter anderem ein wesentlicher Schwerpunkt, denn vor allem ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen und / oder Behinderung sind davon betroffen. Weiterhin zählen dazu ältere Erwerbstätige mit geringem Einkommen, ältere (Langzeit-) Arbeitslose, Menschen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen sowie alleinstehende ältere Menschen mit geringer sozialer Einbindung und Pflegebedürftige.

⁵⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/10155, S. 5

⁵⁹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011), S. 1

Situation in den Kreisen

Der Bevölkerungsstand Ende 2014 lag in Mecklenburg-Vorpommern bei insgesamt 1.599.000 Menschen. Im Jahr 2015 konnte ein Anstieg auf 1.612.362 verzeichnet werden. Das geht aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung hervor. Dabei beträgt der Anteil der SeniorInnen ab 65 Jahren an der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern rund 23 Prozent.⁶⁰

Die nachfolgende Abbildung zeigt die relative Verteilung der Senioren auf die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte. Von den 371.098 SeniorInnen sind 172.129 in der Altersgruppe von 65 bis 75 Jahren vertreten. 198.969 SeniorInnen sind 75 Jahre und älter.⁶¹ Bei Betrachtung der relativen Verteilung ist der Anteil der SeniorInnen in den einzelnen Landkreisen weitestgehend gleichmäßig verteilt.

Tabelle 4: Anzahl Senioren (65 Jahre und mehr) nach Landkreisen Mecklenburg-Vorpommern (Stand 2015) (StatA MV 2015)

Landkreis / kreisfreie Stadt	Anzahl Einwohner MV	Anzahl Senioren (≥ 65 Jahre)	anteilig in %
Rostock	204.167	47.633	23,33
Schwerin	92.138	23.185	25,16
Mecklenburgische Seenplatte	261.733	62.217	23,77
LK Rostock	211.878	47.015	22,19
Vorpommern-Rügen	233.470	54.768	23,46
Nordwestmecklenburg	155.424	34.225	22,02
Vorpommern-Greifswald	237.697	55.324	23,27
Ludwigslust-Parchim	212.631	46.660	21,94
Insgesamt in MV	1.599.138	371.098	23,21

⁶⁰ Statistisches Bundesamt, Ältere Menschen in Deutschland und der EU (2016), S. 11

⁶¹ StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2016

Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen

Ein zu geringes Einkommen (Rente), ein niedriger Bildungsstand, schlechte Wohngegebenheiten sowie schlechte familiäre und soziale Gegebenheiten sind alles Faktoren, die den Gesundheitszustand älterer Menschen belasten. Bei sozial benachteiligten Senioren haben sich die gesundheitlichen Belastungen unter anderem in Folge von Armut, anstrengender körperlicher Arbeit und fehlender gesellschaftlicher Teilhabe aufsummiert. Weiterhin kann der kulturelle Hintergrund, die Religion, sowie Erlebnisse wie Kriegstraumata, Vertreibung oder Einwanderung einen Einfluss auf die Lebenseinstellungen dieser Personen haben.

Für ältere Menschen bedeuten die sozial bedingt schlechteren Gesundheitschancen auch, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie Einschränkungen der Mobilität möglicherweise früher eintreten können. Ältere Menschen leiden oft unter Multimorbidität, d.h. sie sind oftmals an mehreren Krankheiten gleichzeitig erkrankt und altersbedingten physischen und psychischen Einschränkungen ausgesetzt. Häufig handelt es sich um chronische Erkrankungen, die ein vollständig beschwerdefreies Leben verhindern können. Aufgrund der Multimorbidität ist es außerdem möglich, dass sich gesundheitliche Probleme teilweise gegenseitig verstärken, zum Beispiel können Einschränkungen der Sehfähigkeit oder Kreislaufprobleme Stürze verursachen. Wenn die Mobilität zu sehr eingeschränkt ist, können viele ältere Menschen ihre Wohnung nur noch selten verlassen. Die Folge ist dann häufig die Isolation.⁶²

⁶² <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/hintergruende-daten-materialien/ursachen-belastungen-und-ansaetze/>

 Best-Practice

Projekt: „bewegt leben – mehr vom Leben“

„Unter dem Motto "Bewegt leben – Mehr vom Leben." geht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rhein-Sieg-Kreis der Frage nach, wie nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen im kommunalen Bereich aufgebaut werden können. Ziel ist, die Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensumfeld der Bürger zu verbessern. Mit dem Aus- und Aufbau von lokalen und regionalen Initiativen soll insbesondere die Bewegungsförderung durch niedrighschwellige Angebote in den Alltag integriert werden.

Mit "Bewegt leben – Mehr vom Leben." sollen die Erreichbarkeit von Bewegungsangeboten verbessert oder fehlende Bekanntheit von Angeboten identifiziert und abgebaut werden. Gleichzeitig sollen neue Zugangswege zu Präventionsmaßnahmen eröffnet werden. Die Angebote, unter anderem von Sportvereinen und kommunalen Einrichtungen, sollen an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst werden.

Die Erfahrungen im Rhein-Sieg-Kreis werden auf weitere Regionen übertragen. Dazu werden Arbeitshilfen und Handlungsleitlinien entwickelt, die bundesweit einsetzbar sind. Die Übertragung auf weitere Regionen wird Schwerpunkt der Arbeit der Zentren für Bewegungsförderung sein, welche Alltagsbewegung als Teil von Gesundheitsförderung regional verankern.

Dabei stehen die Vernetzung von Akteuren und Projekten der Bewegungsförderung und die Anbindung an bestehende, erfolgreiche Strukturen zur Sicherung der Nachhaltigkeit im Vordergrund. Dabei wird eng kooperiert mit den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ebenfalls im Rahmen der Initiative IN FORM geförderten Aktionsbündnissen Gesunde Lebensstile und Lebenswelten und den Modellprojekten.⁶³

⁶³ https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Bewegt_Leben.pdf

Weitere

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk Sturzprävention
AOK Nordost	<ul style="list-style-type: none"> • Sturzprävention in der Häuslichkeit – „Anti-Sturz-Training“
Ärztammer MV	<ul style="list-style-type: none"> • Mobil bis ins hohe Alter
Landessportbund MV e. V.	<ul style="list-style-type: none"> • Mobil und fit bis ins hohe Alter
Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V.	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierungs- und Integrationszentrum für ältere Menschen in und um Greifswald (AIZ)
DRK Kreisverband Güstrow e. V. (und Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung)	<ul style="list-style-type: none"> • Anlaufstelle 50plus (Förderzeitraum 24.06.2015 abgelaufen)

Ansprechpartner

Institution	Internetauftritt
Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.landessenorenbeirat-mv.de/LSB/
Deutscher Senioren Ring e. V.	http://www.seniorenring.de/
Rostocker Seniorenakademie (Weiterbildungsprogramme)	http://www.rsa.uni-rostock.de/
Altenparlament	https://www.landtag-mv.de/mitmachen/projekte/altenparlament.html
Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e. V. (Seniorenspiele)	http://www.lsb-mv.de/sportwelten/events/seniorensportspiele/

5.4 Gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderung

Allgemeine Grundlagen zur Gruppe

Der Begriff *Behinderung* wird im §2 SGB IX definiert. Demnach gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Die gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation und vor allem Teilhabe von Menschen mit Behinderung, von Schwerbehinderten und von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, werden im SGB IX beschrieben. Als schwerbehindert gelten demnach Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 Prozent beträgt. Weiterhin sind Regelungen zu Nachteilsausgleichen, die Menschen mit Behinderungen in Anspruch nehmen können, zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und vieles mehr darin festgehalten. Im 2015 betrug die Zahl der schwerbehinderten Menschen in Deutschland laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes rund 7,6 Mio.⁶⁴

Situation in den Kreisen

Die Gesamtanzahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Mecklenburg-Vorpommern lag 2015 bei 180.828.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Menschen mit Schwerbehinderung verteilt auf die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern.

Im Landkreis Mecklenburgische-Seenplatte ist die Anzahl der Menschen mit Schwerbehinderung mit Abstand am größten gefolgt vom Landkreis Vorpommern-Greifswald. Die geringste Anzahl weist der Landkreis Nordwestmecklenburg auf. Die Kreisdaten von 2017 wurden noch nicht veröffentlicht.⁶⁵

Der Anteil der Schwerbehinderungen ist dabei nahezu gleichmäßig zwischen Frauen und Männern. Aus der Statistik geht hervor, dass die Behinderungen häufig mit dem Alter zunehmen. Im Alter ab 65 Jahre liegt der Anteil an allen schwerbehinderten Menschen bei rund 40 Prozent und ist somit am höchsten.⁶⁶

⁶⁴ Statistisches Bundesamt (2015)

⁶⁵ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015)

⁶⁶ StatA MV (2015)

Tabelle 5: Anzahl Menschen mit Schwerbehinderung nach Landkreisen Mecklenburg-Vorpommern (Stand 2015) (StatA MV 2015)

Landkreise/kreisfreie Städte	Einwohnerzahl MV	Anzahl Menschen mit Schwerbehinderung	anteilig in %
Schwerin	92.138	12.636	13,71
Rostock	204.167	19.567	9,58
Nordwestmecklenburg	155.424	16.249	10,45
Ludwigslust-Parchim	212.631	24.140	11,35
Landkreis Rostock	211.878	18.608	8,78
Mecklenburgische Seenplatte	261.733	34.651	13,24
Vorpommern-Rügen	223.470	25.886	11,58
Vorpommern-Greifswald	237.697	29.091	12,24
MV insgesamt	1.599.138	180.828	11,31

Die relative Verteilung zeigt, dass die einzelnen Landkreise nah beieinander liegen. In Relation zur gesamten Anzahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Mecklenburg-Vorpommern, verzeichnet die Stadt Schwerin den prozentual höchsten Wert.. Der Landkreis Rostock weist trotz seiner hohen Einwohnerzahl die geringste Anzahl an Schwerbehinderten Menschen auf.

Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen

Eine geringere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beziehungsweise Isolation ist durch die zum Teil geringere Mobilität bei Menschen mit Behinderungen gegeben. Der Aspekt der Teilhabe beginnt bereits im Kindesalter. Oftmals besitzen behinderte Kinder nicht die Möglichkeiten für einen normalen Schulbesuch. Der Besuch einer Sonderschule geht außerdem mit zum Teil erschwerten Bedingungen für die Familie einher. Drei Viertel der Schüler mit Behinderung werden in speziellen Förderschulen unterrichtet. Für die Betroffenen sowie für die Familienangehörigen gehen diese erschwerten geht dies auch mit zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen einher. Aufgrund der mehr oder weniger (je nach Art und Grad der Behinderung) eingeschränkten Fähigkeit zur körperlich und / oder geistig anspruchsvollen Tätigkeit, ist das Armutsrisiko bei behinderten Menschen deutlich erhöht. Überproportional viele Menschen mit Behinderung gehören, im Falle einer Erwerbstätigkeit, zu den Geringverdienern. Verglichen mit der allgemeinen Bevölkerung haben Menschen mit Behinderung eine geringere Lebenserwartung, eine höhere Sterberate, nicht abgedeckte Gesundheitsbedürfnisse sowie einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aufgrund des erhöhten Armutsrisikos sind auch die Gesundheitschancen bei den Betroffenen verringert. Ein erhöhtes Risiko besteht weiterhin im Zusammenhang mit spezifischen genetischen oder biologischen Faktoren der jeweiligen

Behinderung. Auch die Auswirkung sozialer Faktoren kann negativen Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Kommunikationsschwierigkeiten und geringe individuelle Gesundheitskompetenzen sind ebenfalls Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Betroffenen.⁶⁷

Best-Practice

Projekt: „Selbstbestimmt gesünder – Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung“

„...Zielgruppenspezifische Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung für junge Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung in Lebenswelten. Gefördert durch das Ministerium für Gesundheit als Pilotprojekt von September 2011 – bis Dezember 2012; weitere Förderung als „Selbstbestimmt gesünder II“ von Februar 2013 - Dezember 2014 und als „Selbstbestimmt gesünder III“ ab Januar 2015 - Dezember 2016.

Nach „Selbstbestimmt gesünder I und II“ wird für die Jahre 2015 / 16 erneut ein Projekt des Gesundheitsprogramms von Special Olympics durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Es richtet sich mit zielgruppenspezifischen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere an junge Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung in ihren Lebenswelten. Dazu werden Methoden und Materialien eingesetzt, die sich in Form und Sprache direkt an die Zielgruppe richten, um damit Selbstbestimmung und Teilhabe an der eigenen Gesundheitsvorsorge zu verbessern. Mit aufsuchenden niedrigschwelligen Angeboten in Lebenswelten (insbesondere bei Organisationen der Behindertenhilfe, in Wohneinrichtungen, Werkstätten und Schulen sowie auch im Rahmen von Veranstaltungen von Special Olympics Deutschland) werden in fünf ausgewählten Projektländern jungen Erwachsenen mit geistiger und Mehrfachbehinderung Maßnahmen zur Gesundheitsförderung handlungsorientiert vermittelt. Im Rahmen des Projektes werden Materialein in leichter Sprache entwickelt, mit denen den Teilnehmern individualisierte Handlungsempfehlungen zum Gesundheitsverhalten zur Verfügung gestellt werden. Neben den bereits verfügbaren allgemeinen Informationsmaterialien in leichter Sprache sollen nun auch persönliche Bedarfe während der Angebote festgehalten werden, um damit die Selbstwirksamkeit und Ressourcen der Teilnehmer nachhaltig zu verbessern. So werden Handlungskompetenzen zu Fragen des gesundheitlichen Wohlbefindens (gesunde Ernährung und Körpergewicht, Hygiene, Blutdruck, Sonnenschutz, Nichtraucher, Hör- und Sehvermögen, Zahn- und Mundhygiene, Fußpflege, Bewegungsförderung) nachhaltig gestärkt und erweitert. Neben den Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung wird das direkte Umfeld

⁶⁷ Balogh et al. (2008)

(Familien, Mediziner, medizinisches Fachpersonal, Lehrer, Betreuer aus Einrichtungen) in das Projekt einbezogen. Das Projekt ist auf Nachhaltigkeit ausgerichtet und soll nach Abschluss auf weitere Bundesländer erweitert und nachhaltig etabliert werden.

Weitere Schwerpunkte sind: Schulung von Multiplikatoren aus der Zielgruppe selbst, die das Gelernte und die Bedeutung der Gesundheitshilfe in ihr direktes Lebensumfeld transportieren. Angebote für Familien, Betreuer, Ärzte der Zielgruppe, um eine nachhaltige erfolgreiche Umsetzung zu gewährleisten. Schaffung beziehungsweise Ausbau von regionalen Netzwerken zur Projektumsetzung, die mit Unterstützung der SO Landesverbände aus den örtlichen Verbänden der Behindertenhilfe, den Ärzte- und Zahnärztekammern, medizinischen Hoch- und Fachschulen aufgebaut werden. Gewinnung regionaler Koordinatoren in den Projektländern entsprechend ihrer medizinischen Fachrichtung. In theoretischen Unterweisungen sowie praktischen Übungen werden die Koordinatoren über die besonderen Belange von jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung zur Bewältigung dieser Lebensabschnitte weitergebildet und zur Durchführung der Gesundheitsfördermaßnahmen trainiert.⁶⁸

Weitere

Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport M-V e .V.	<ul style="list-style-type: none">• Die Aufklärer – Handicap bewegt Schule (Zusammenarbeit mit OT aktiv)• Bildungsinitiative SPORT und BILDUNG inklusiv (Zusammenarbeit mit AOK, OSPA-Stiftung, Ihre Gesundheitsprofis OTB)• Die Kinderturnshow
Blinden- und Sehbehinderten-Verein Mecklenburg-Vorpommern e. V.	<ul style="list-style-type: none">• Integrationsprojekt visionA → Unterstützung der beruflichen und gesellschaftlichen Integration blinder und sehbehinderter Menschen in MV
abgeschlossene Projekte	<ul style="list-style-type: none">• „Klavierspielen – Ein neuer Rehabilitationsansatz zur Förderung der Motorik und Perzeption bei Menschen mit Zerebralparese“

⁶⁸ <http://specialolympics.de/sport-angebote/healthy-athletesR-gesunde-athleten/selbstbestimmt-gesuender/>

Ansprechpartner

Institution	Internetauftritt
Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport M-V e. V. (+ Mitgliedsvereine)	http://www.vbrs-mv.de/
Allgemeiner Behindertenverband in M-V e. V.	http://www.abimv.de/
Lebenshilfe (für Menschen mit geistiger Behinderung) Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.lebenshilfe-mv.de Standorte Schwerin: Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Schwerin e.V., Dreescher Werkstätten – gemeinnützige Gesellschaft für Menschen mit Behinderung mbH
Blinden- und Sehbehinderten-Verein Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.bsvmv.org
Die LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.liga-mv.de/ Verbände: AWO Landesverband MV, Caritas Mecklenburg, DRK Landesverband MV, Diakonisches Werk MV, Der Paritätische MV, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

5.5 Gesundheitliche Situation von Geflüchteten / Migranten

Allgemeine Grundlagen zur Zielgruppe

Geflüchtete

Ein Geflüchteter wird im Artikel 1 Satz 2 der Genfer Flüchtlingskonvention als eine Person beschrieben, die sich nicht in ihrem Heimatland aufhält, sondern außerhalb desjenigen Landes in dem sie ihren ständigen Wohnsitz beziehungsweise dessen Staatsangehörigkeit besitzt und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, sozialen Zugehörigkeit oder aufgrund ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Verfolgungsangst hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann.⁶⁹

In Deutschland lebten 2015 rund 17,1 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (21 % der Gesamtbevölkerung). Die Erstverteilung der Asylbegehrenden erfolgt dem Königsteiner Schlüssel. Damit werden die Geflüchteten auf die verschiedenen Bundesländer verteilt. Nach der Unterbringung in den Erstaufnahmeeinrichtungen erfolgt die Verteilung nach dem Zuwanderungszuständigkeitslandesverordnung auf die verschiedenen Landkreise. Die Verteilungsquote nach dem Königsteiner Schlüssel lag im Jahr 2017 bei 2,01240 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge).⁷⁰

Migranten

Migranten sind Personen, die ihren räumlichen Lebensmittelpunkt verlegt haben (internationaler Migrant, wenn dies über die Staatsgrenzen hinweg geschieht).

⁶⁹ UNHCR (1951)

⁷⁰ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017)

Situation in den Kreisen

Aus dem Jahresbericht 2015 des Landesamts für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern und des Amtes für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten geht hervor, dass im Jahr 2015 rund 23.000 Asylbewerbern in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern aufgenommen wurden. Davon wurden rund 18.000 Asylbewerber nach dem Flüchtlingsaufnahmegesetz auf die aufnahmepflichtigen Landkreise und kreisfreien Städte verteilt.⁷¹

Asylbewerber, die im Land aufzunehmen sind, werden den Landkreisen und kreisfreien Städten nach Maßgabe des oben genannten Verteilungsschlüssels zugewiesen. Der Verteilungsschlüssel basiert auf dem Verhältnis der Einwohnerzahlen der Landkreise und kreisfreien Städte zur Einwohnerzahl des Landes. Als Berechnungsgrundlage gelten die Einwohnerzahlen, die vom Statistischen Amt zum 31. Dezember fortgeschriebenen Einwohnerzahlen des jeweils vorvergangenen Jahres (Zuwanderungszuständigkeitslandesverordnung §6 Satz 1).

Im Jahr 2015 wurden durch das Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten (AMF) 23.080 Asylbewerber in MV (1.923 Personen pro Monat) aufgenommen. Die Asylbewerber stammten aus 25 verschiedenen Herkunftsländern. Ende 2015 lebten laut Ausländerzentralregister 65.004 Menschen mit ausländischem Pass aus mehr als 150 Staaten in Mecklenburg-Vorpommern. Das entspricht rund vier Prozent der gesamten Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Im Vergleich liegt der Bundesdurchschnitt bei acht Prozent. Die Anzahl der ausländischen Männer (38.937) ist höher als der Frauenanteil (26.067). Der größte Teil der Ausländer bleibt weniger als ein Jahr (23.474) oder zwischen einem und vier Jahre (16.914) in Deutschland.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Ausländerverteilung mittels Aufteilungsquoten auf die einzelnen Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte im Jahr 2015.⁷²

⁷¹ Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern (2015)

⁷² Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern (2015)

Tabelle 6: Anzahl der Ausländer nach Landkreisen Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 2015) und Aufteilungsquoten (Stand 2016)
(Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern 2015)

Landkreise / kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl MV	Anzahl Ausländer	anteilig in %	Aufteilungsquoten in %
Schwerin	92.138	5.458	5,92	5,26
Rostock	204.167	10.410	5,10	12,99
Nordwestmecklenburg	155.424	5.056	3,25	9,91
Ludwigslust-Parchim	212.631	10.903	5,13	12,18
Landkreis Rostock	211.878	6.829	3,22	13,44
Mecklenburgische Seenplatte	261.733	7.379	2,82	16,76
Vorpommern-Rügen	223.470	8.222	3,68	14,25
Vorpommern-Greifswald	237.697	10.747	4,52	15,21
MV insgesamt	1.599.138	65.004	4,06	

Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen

Geflüchtete

Infolge der migrationsbedingten Trennung von Familienangehörigen ist die Zielgruppe der Geflüchteten besonders psychischen Belastungen ausgesetzt. Verschlimmert werden diese psychischen Belastungen durch die fehlende Anerkennung im Aufnahmeland. Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse, Informationsdefizite und mangelnde interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte in sozialen oder gesundheitlichen Einrichtungen und Diensten erschweren die Inanspruchnahme dieser Dienste und tragen zu Fehl- und Unterversorgung bei.

Migranten

Menschen mit Migrationshintergrund sind ungefähr doppelt so häufig von Arbeitslosigkeit betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Gründe dafür lassen sich nicht verallgemeinern, jedoch ist ein Zusammenhang hinsichtlich der häufig nicht anerkannten Bildungsabschlüsse, den damit verbundenen geringen beruflichen Qualifikationen und den dadurch sinkenden Chancen auf dem Arbeitsmarkt für die Betroffenen zu erkennen. Physische und psychische Belastungen sind unter anderem Folgen der daraus resultierenden geringen Einkommensverhältnisse. Aufgrund dessen erhöht sich für die Betroffenen die Wahrscheinlichkeit für schlechteren Wohn- und

Lebensverhältnissen. Dies zeichnet sich beispielsweise durch geringe Wohngröße, schlechtere Ausstattung oder ein schlechteres Wohnumfeld ab. Bei älteren Migranten sind risikobehaftete Gewohnheiten und Verhaltensweisen ebenfalls verstärkt verbreitet. Ältere männliche Migranten weisen beispielsweise eine höhere Raucherquote auf, wohingegen die älteren weiblichen Migrantinnen einen hohen Anteil an Übergewichtigen aufzeigen, als gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.⁷³

👉 Best-Practice

Projekt: „Bewusst - Gesund - Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant /-innen im Quartier“

„Der Paritätische Gesamtverband hat unter inhaltlicher sowie finanzieller Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen – vertreten durch den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), den BKK Dachverband, die IKK, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie der Knappschaft das Projekt „Bewusst – Gesund – Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant /-innen im Quartier“ – gestartet.

Ziel ist es, die Angebote der partizipativen Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten modellhaft an zehn verschiedenen Standorten mit Migrantenorganisationen des Forums der Migrantinnen und Migranten im Paritätischen in Deutschland auszubauen und zu stärken sowie die Regelangebote im Integrationsbereich für gesundheitliche Prävention zu sensibilisieren. Migrantenorganisationen sind in diesem Kooperationsprojekt die aktiven Akteure, da sie die Bedarfe der Menschen vor Ort kennen und wissen, welche Themen und Probleme sie bewegen.

Laut Statistischem Bundesamt hatten 2015 in Deutschland 17,1 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund, das heißt, 21 Prozent der Bevölkerung insgesamt. Aufgrund struktureller Benachteiligung sind sie im Vergleich zur restlichen Bevölkerung überdurchschnittlich von Armut bedroht, was sich auch auf die gesundheitliche Situation dieser Personengruppe auswirkt. Einer Erhebung des Robert-Koch-Instituts zufolge nehmen Menschen mit Migrationshintergrund zudem seltener Gesundheitsleistungen und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Als Gründe werden sprachliche und kulturelle Barrieren oder Diskriminierungserfahrungen sowie eine unzureichende interkulturelle Öffnung der Institutionen im Gesundheitsbereich benannt.

Unter dem Dach des Paritätischen gibt es eine Vielzahl von Organisationen, die einen besonderen Zugang zur Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund haben. Darüber hinaus engagieren sich viele Mitgliedsorganisationen in verschiedenen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung. Das Kooperationsprojekt soll das vorhandene Know-how sowohl auf kommunaler als auch auf Bundesebene zusammenführen und synergetische Effekte schaffen mit dem Ziel, die Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Lebensumfeld langfristig zu verbessern. Darüber hinaus erhalten Mitarbeiter /-innen von Fachdiensten in Paritätischer Trägerschaft wie beispielsweise Integrationsfachdienste, Migrantenberatungsstellen, Frauenkursen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung bei dem Thema der

⁷³ Bundesministerium für Gesundheit (2017)

Gesundheitsförderung und Prävention. Das Projekt wird über die gesamte Laufzeit von vier Jahren wissenschaftlich begleitet und evaluiert.⁷⁴

Weitere

Perspektive Deutschland e. V.	<ul style="list-style-type: none"> Abgeschlossenes Projekt: Integrations-/Seniorenbegleiter Migration
Flüchtlingsrat MV e. V.	<ul style="list-style-type: none"> Migrantenberatung für Flüchtlinge, Migranten & Migrantinnen
Der Paritätische MV	<ul style="list-style-type: none"> Warmes Essen und Hausaufgabenhilfe, Deutschkurse im Elterncafé, Sport überwindet Sprachbarrieren, Flüchtlingshilfe und Integration
Verband für Soziale Projekte (VSP)	<ul style="list-style-type: none"> IFDM – IntegrationsFachDienst Migration im Westlichen Mecklenburg (Schwerin) IFDM – IntegrationsFachDienst Migration Mecklenburg und Vorpommern-Rügen (migra e. V.) Projektverbund „Integrationscoaching MV“ mit dem Teilprojekt „Sozialbetrieb Insel der Chancen“ (Schwerin) Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge (NAF plus) (Zusammenarbeit mit 10 Partnern) HELLP – Hilfe für EU-Bürger im Landkreis Ludwigslust-Parchim Integrationsfachdienst Migration → „Health and Care Office (HCO)“

Ansprechpartner

Institution	Internetauftritt
Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.fluechtlingsrat-mv.de/
Verbund für Soziale Projekte (VSP) gGmbH → Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge	http://www.vsp-ggmbh.de/

⁷⁴ <https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/migration/projekte/bewusst-gesund-aktiv/>

Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V.	https://www.vdk.de/mecklenburg-vorpommern/
Netzwerk der Migrationsorganisationen in Mecklenburg-Vorpommern (MIGRANET)	http://www.migranet-mv.de/
Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern e. V.	http://www.diakonie-mv.de/Startseite.100.0.html
Perspektive Deutschland e. V.	http://perspektive-deutschland-sn.de/

6 Handlungsempfehlungen zu vulnerablen Zielgruppen

Die vorliegenden Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation vulnerabler Zielgruppen in Mecklenburg-Vorpommern fassen die aktuelle Ausgangssituation in Hinblick auf die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen zusammen.

Die Förderung eines positiven Gesundheitsverhaltens und der Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen sowohl auf landes- als auch auf kommunaler Ebene sind in Bezug auf den demografischen Wandel und in einer Gesellschaft, in der die Schere zwischen arm und reich immer weiter auseinander driftet, eine Aufgabe von besonderer Tragweite. Hierbei wird ein Zusammenhang bezüglich des Gesundheitszustandes der identifizierten vulnerablen Zielgruppen sichtbar.

Junge Familien in Arbeits- beziehungsweise Erwerbslosigkeit weisen des Öfteren einen niedrigen sozioökonomischen Status auf, welcher vermehrt mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht beziehungsweise zu einem erhöhten Krankheitsrisiko und damit zu einer geringeren Lebenserwartung führt. Die Gruppe der Alleinerziehenden stellt zudem ein erhöhtes Armutsrisiko im Vergleich zu in Deutschland lebenden Familien dar, da die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderbetreuung mit erheblichen Schwierigkeiten für das jeweilige Elternteil begleitet wird. Knapp die Hälfte der in Armut lebenden Kinder wächst in Einelternfamilien auf. Sowohl der Gesundheitszustand der Alleinerziehenden als auch der der Kinder ist durch die psychischen und physischen Belastungen stark beeinflusst. Gesundheitliche Belastungen infolge von zu geringem Einkommen, anstrengender körperlicher Arbeit und fehlender gesellschaftlicher Teilhabe sind auch bei vielen Senioren feststellbar. Die schlechteren Gesundheitschancen bei sozial benachteiligten Senioren begünstigen zudem chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie Einschränkungen der Mobilität, was wiederum Isolation zur Folge hat. Betroffen von dem Thema Isolation und geringer gesellschaftlicher Teilhabe und einem erhöhten Armutsrisiko, sind auch die Menschen mit Behinderung. Weiterhin beeinflussen nicht abgedeckte Gesundheitsbedürfnisse sowie ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung den Gesundheitszustand dieser Zielgruppe negativ. Nachweislich ist zudem ein schlechter gesundheitlicher Zustand bei Geflüchteten und Migranten, begründet durch unzureichende Deutschkenntnisse, Informationsdefizite, niedrige Bildungsabschlüsse und häufige Arbeitslosigkeit, festzustellen. Zusätzlich zum steigenden Armutsrisiko ist diese Zielgruppe durch die migrationsbedingte Trennung von Familienangehörigen psychisch belastet. Für die Entwicklung von Angeboten für vulnerable Zielgruppen stellt sich die Frage, für wen ein konkretes Angebot entwickelt werden soll. Dabei muss der Blick auf die konkrete Zielgruppe im Zusammenhang mit der jeweiligen

Situation, in der das jeweilige Angebot Anwendung finden soll, gerichtet werden. Hierbei gilt es, die Bedeutung der sozialen Lebensverhältnisse und deren Einfluss auf die Gesundheit besser zu verstehen. Nur so können angemessene Strategien und Methoden für mehr gesundheitliche Chancengleichheit entstehen und eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Vielfalt und den damit einhergehenden unterschiedlichen sozialen Verhältnissen sowie den verschiedenen gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, müssen bei der Angebotsentwicklung Schwerpunkte gesetzt werden. Bezüglich der Frage der Zugänglichkeit und Angemessenheit bereits bestehender Erkenntnisse, Angebote oder Interventionen und deren Erreichbarkeit für die unterschiedlichen Zielgruppen, spielt der soziale Kontext ebenfalls eine zentrale Rolle.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten demnach auch an die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen angepasst werden. Sozioökonomische Faktoren, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, soziale Isolation und die Familien- und Einkommenssituation, die Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen nehmen, gilt es in allen Phasen der Angebotsentwicklung stets zu berücksichtigen. Sie stellen einerseits Einflussfaktoren der Gesundheit dar, andererseits geben sie Auskunft über die spezifischen Bedürfnisse einer Zielgruppe. Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten können somit besser verstanden, berücksichtigt und verbessert.

Vor dem Hintergrund der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten lassen sich daher für die vulnerablen Zielgruppen einheitliche Handlungsempfehlungen ableiten

Das Gesundheitsbewusstsein frühzeitig stärken

Eine gesundheitsorientierte Persönlichkeitsentwicklung nimmt positiven Einfluss auf die Gesundheit, was wiederum den Bildungserfolg begünstigt. Das schafft Rahmenbedingungen, die beispielsweise zukünftige Arbeitslosigkeit verhindern können. Die Gesundheitsressourcen und somit auch der Gesundheitszustand gehen, wie bereits dargestellt, ebenfalls stark mit dem sozioökonomischen Status einher. Als Konsequenz erhöht sich das Armutsrisiko, was den Gesundheitszustand gleichzeitig negativ beeinflussen kann. Ist die Gesundheit beeinträchtigt und fehlen zudem die nötigen Bewältigungsstrategien, verringern sich die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Denn auch zwischen Armut und Gesundheit besteht eine Kausalität.

Es kann nachweislich ein Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen, der Gesundheit beziehungsweise gesundheitsbewusstem Verhalten und dem Bildungserfolg festgestellt werden. Menschen mit einem ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein bringen häufig mehr Verantwortung für ihre eigene psychische und physische Gesundheit und die Gesundheit anderer auf. Der Bezug zur eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer ist dabei soweit in den Alltag integriert, dass

belastende Anforderungen selbstständig und unabhängig ohne bleibende Beeinträchtigungen bewältigt werden können.

Die Kenntnisse und Fähigkeiten mit Belastungen adäquat umzugehen, werden bereits in der Kindheit erworben. Eine aktive Gestaltung äußerer Einflüsse, wie familiäre, soziale, ökonomische sowie ökologische Bedingungen, kann sich langfristig positiv auf den Gesundheitszustand auswirken. Studien belegen weiterhin, dass ein früher und gezielter Ansatz in Lebenswelten nachhaltige Effekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit sich bringen. Daher sollten Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung bereits von Anfang an im Kindesalter als Bestandteil des Lebens vermittelt werden. Das Gesundheitsverhalten kann in dieser Phase nachhaltig positiv geprägt werden. Die Erfolgchancen für eine spätere Umstellung der Lebensgewohnheiten sind dagegen sehr gering und erfolgt meist nur, wenn die Gesundheit bereits stark beeinträchtigt ist.

Demnach sollte Gesundheitsförderung in den Erziehungs- und Bildungseinrichtungen als fester Bestandteil integriert werden. Hierbei sollten Voraussetzungen geschaffen werden, um den Kindern und Jugendlichen eine gesundheitsförderliche Entwicklung der Persönlichkeit zu ermöglichen. Die Kinder und Jugendlichen sollen lernen, soziale und psychische Problemsituationen eigenständig und angemessen bewältigen zu können. Durch konstruktive Zusammenarbeit sollen die Lebens- und Gesundheitskompetenzen erweitert und genutzt werden. Die Kinder und Jugendlichen sollten dahingehend befähigt werden, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln, welches die Motivation für eine aktive, konstruktive und somit auch gesundheitsförderliche Lebensgestaltung hervorbringt. Die aktive Lebensgestaltung ermöglicht eine gewisse Konfliktfähigkeit für die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen und -phasen.

Individuelle Bewältigungsstrategien fördern

Ein gesundheitsförderlicher Umgang mit Stressoren gehört zu jenen Kompetenzen, die den Aufbau von positiven Bewältigungsstrategien begünstigen. Die Wahrnehmung und Nutzung der vorhandenen Ressourcen gilt es dabei zu stärken. Bewältigungsstrategien umfassen Handlungsweisen, die Personen bei belastenden oder stressigen Situationen anwenden, um mit belastenden Anforderungen umzugehen. Die Intention besteht in der aktiven Bewältigung oder Vermeidung beziehungsweise Verminderung dieser Anforderungen. Das Bewältigungsverhalten eines Menschen stellt stets einen Zusammenhang zwischen Belastung, Ressourcen und Befinden dar. Sind die personalen und sozialen Ressourcen nicht ausreichend vorhanden, fällt die Bewältigung umso schwerer. Mangelnde Konfliktfähigkeit, mangelnde Empathiefähigkeit, Mobbing oder soziale Ausgrenzung sind Beispiele, die zu den alltäglichen Belastungsfaktoren gezählt werden können. Personalen Ressourcen beschreiben Kompetenzen oder Fähigkeiten, denen als "Schutzfaktoren" eine zentrale Bedeutung zukommt. Unter

sozialen Ressourcen können vor allem Unterstützungsleistungen innerhalb, aber auch außerhalb der Familie verstanden werden. Vorangegangene positive Erfolge und somit auch positive Erfahrungen, wirken sich folglich auch positiv auf die Ressourcenbildung eines Menschen aus. Ohne jegliche Anerkennung bleiben die Bewältigungsstrategien labil. Fend (2005) betrachtet den Menschen als ein System, dass jegliche Reize verarbeitet, speichert und im Laufe der Zeit Altes mit Neuem verknüpft. Diese Verknüpfungen werden in Handlungspläne beziehungsweise Reaktionsketten umgesetzt. Werden nun in den frühen Entwicklungsphasen eines Menschen keine oder lediglich geringe Bewältigungsstrategien aufgebaut, können Krisensituationen nur unzureichend bewältigt werden, was wiederum negativen Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden eines Menschen nehmen kann. Die Widerstandsfähigkeit - auch Resilienz -, belastende Lebensumstände unter Rückgriff auf die persönlichen und sozialen Ressourcen zu meistern, ist demnach kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal. Die Fähigkeiten und Kompetenzen werden in einem dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozess erworben. Das bedeutet, dass diese Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen nicht kontinuierlich stabil bleibt. Die Ausprägung der Resilienz in den unterschiedlichen Lebensbereichen ist zudem auch unterschiedlich stark vorhanden.

Die Anforderungen sowohl auf individueller als auch auf äußerer Ebene, sollten stets im Gleichgewicht gehalten werden. Dafür gilt es, die vorhandenen Ressourcen zu fördern. Die Förderung der individuellen Ressourcen kann Maßnahmen umfassen, die auf eine Änderung des Lebensstils, den Erwerb oder Ausbau von Kompetenzen oder der Entwicklung sozialer Beziehungen ausgerichtet sind. Veränderungen auf Verhältnisebene können die äußeren Ressourcen verbessern. Zum Beispiel können konkrete Verbesserungen am Arbeitsplatz zur Stärkung der Widerstandsressourcen beitragen. Weiterhin sollten die individuellen Anforderungen und die jeweiligen Erfahrungen stets reflektiert und überprüft werden. Die Beanspruchung durch die jeweilige Belastung ist umso geringer, je besser die Bewältigungsstrategien sind. Verarbeitungsstrategien wie Entspannungsfähigkeiten oder subjektive Bewertungen sind wichtige Ressourcen in dem Bereich. Die Stärkung von Bewältigungsstrategien führt dabei zur Veränderung des Beanspruchungserlebens in positiver Hinsicht. Erlebnisse, sowohl positiver als auch negativer Art, werden immer bewertet und individuell zugeordnet. Hierbei gilt es, persönliche positive Erfahrungen bewusst wahrzunehmen und sie im Bewusstsein als Kompetenzen oder Selbstwirksamkeitserfahrung zu speichern. Diese tragen damit positiv zur Entwicklung einer hohen Selbstwirksamkeit bei und stellen somit eine individuelle Ressource dar. Darüber hinaus ist es von ebenso großer Bedeutung, Misserfolge nicht einseitig auf sich selbst zu beziehen, sondern die äußeren Ursachen kritisch zu betrachten und zu reflektieren. Die Untersuchung in Hinblick auf gemachte oder mögliche Fehler stärkt wiederum das Selbstverständnis und auch die Kompetenz für die Anwendung

der erlernten Bewältigungsstrategien. Die positive Bewältigung von belastenden Anforderungen fördert daneben die persönliche Zufriedenheit und das Wohlbefinden.

Hierbei sollten ebenfalls gezielte Maßnahmen angesetzt werden, die zur Steigerung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit beitragen. Das kann beispielsweise durch die Einführung von Sport- oder Wellnesszeiten, dem Nachgehen eines Hobbys oder auch der bewusste Austausch mit Freunden oder Bekannten im Alltag geschehen. Weiterhin können gezielt externe Förderungen zur Stärkung der individuellen Bewältigungsstrategien beitragen. Resilienztraining, Coping oder Supervisionen sind mitunter Strategien zur Bewältigung von problembedingten beziehungsweise emotionsbedingten Belastungen.

Den Grad der Beteiligung erhöhen

Ein wichtiger Aspekt im Bereich der Gesundheitsförderung sind soziale Beziehungen und Austauschmöglichkeiten innerhalb eines Settings. Der Aufbau sozialer Integration in Form von beispielsweise Gruppenbildungsprozessen als Maßnahme der Gesundheitsförderung stellt ein wichtiges Unterstützungsinstrument dar. Daher sollten die Gesundheitsförderungsprogramme stärker auf die jeweiligen Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet sein. Es besteht die Gefahr, dass sonst gesundheitliche Maßnahmen an der Zielgruppe vorbei geplant werden. Partizipation ist demnach in allen Phasen der Gesundheitsförderung hilfreich. Die Bereitschaft der Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Programmen kann dadurch erhöht werden, indem die bestehende Problem- und Interessenlage vorab eingehend erhoben wird. Dazu dienen Gruppendiskussionen oder Befragungen, welche die Interessen einer größeren Stichprobe aus der Zielgruppe erfassen. Eine zielgruppenangemessene Projekt- beziehungsweise Maßnahmenentwicklung im Gesundheits- und Präventionsbereich kann schließlich auf Basis der Ergebnisse der Auswertung erfolgen.

Besonders schwer erreichbare Zielgruppen können durch Partizipation profitieren. Das Problem besteht darin, dass Präventionsmaßnahmen oftmals nur vereinzelt in Anspruch genommen werden. Das Vertrauen Veränderungen der eigenen Lebenssituation durch Beteiligung zu erzielen, nimmt stetig ab. Partizipativen Angebote werden kaum angenommen. Dabei ist die Repräsentation der Interessen schwer erreichbarer Zielgruppen für eine passgenaue Gestaltung von Angeboten und Maßnahmen unentbehrlich.

Vermeehrt Beteiligungsmöglichkeiten sollten geschaffen werden, um die Zielgruppen zu befähigen, die jeweiligen Kompetenzen bezüglich ihrer gesundheitlichen Ressourcen zu erfassen. Damit kann aktiv Einfluss auf die Entscheidungen genommen werden. Es bedarf Ideen zur Aus- und Mitgestaltung von Gesundheitsmaßnahmen in den Lebenswelten, um zum einen die Qualität der Angebote und

Strukturen zu sichern und zu verbessern. Zum anderen dient Partizipation der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit, vor allem bei sozial benachteiligten Zielgruppen. Es bedarf Ideen zur Aus- und Mitgestaltung von Gesundheitsmaßnahmen in den Lebenswelten, um zum einen die Qualität der Angebote und Strukturen zu sichern und zu verbessern. Zum anderen dient Partizipation der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit, vor allem bei sozial benachteiligten Zielgruppen.

Die gesundheitsförderliche Arbeit sollte noch gezielter am Setting, den Bedürfnissen sowie den Problemen und den individuellen Lebensgewohnheiten der Zielgruppe ausgerichtet werden. Die Nachfrage nach Angeboten und Maßnahmen kann dadurch positiv beeinflusst werden, dass die Personen mit hohem Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung durch lebensweltbezogene Beteiligung erreicht werden. Dies setzt jedoch voraus, dass zum einen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt- und Setting-Ansatz betrachtet werden. Zum anderen muss die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen sowie der Vernetzungsprozesse zwischen den verschiedenen Akteuren verbessert werden. Das Bedürfnis nach Austauschmöglichkeiten und Unterstützung fördert ein gegenseitiges Vertrauen. Zielgruppenorientierte Kooperationen und Koordinierungen seitens der für die Zielgruppe relevanten Akteure, sowohl in den Kommunen als auch in den Stadtteilen, können nur durch Beteiligung erfolgen.

Stärkere Vernetzungen schaffen

Eine chancenreiche Strategie ist die Ausweitung und Weiterentwicklung des Settingansatzes mittels verstärkter Vernetzung beziehungsweise Verzahnung zwischen den einzelnen Akteuren, den Zielgruppen und den unterschiedlichen Hilfe- und Versorgungsangeboten in Form von beispielsweise Kooperationen im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Nutzens und der Verbesserung der Gesundheit der vulnerablen Zielgruppen. Gerade die Zusammenarbeit der Leistungserbringer sollte eine solide und dauerhafte, von gegenseitigem Nutzen geprägte Basis darstellen. Hierbei gilt es Strukturen und Netzwerke zu schaffen, die im Bereich der Gesundheitsförderung einerseits die individuellen Bewältigungsressourcen durch soziale Netzwerke aufzeigen. Andererseits kommt den Netzwerken als strukturelle Voraussetzung zur Gesundheitsförderung eine große Bedeutung zu. Die Vernetzung ist laut Weltgesundheitsorganisation eine der Grundlagen für die Förderung von Gesundheit. Bei der Entwicklung der Netzwerke sollte der Beteiligung der Zielgruppe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe für Gesundheitsförderung seitens der Akteure im Gesundheitssystem sollte ebenfalls überprüft werden. Dafür können Beratungsstellen in der näheren Wohnumgebung, Wohnungsgesellschaften, Hausärzte sehr hilfreich sein und sollten daher gleichermaßen in die stärkere Vernetzung eingebunden werden. Eine hohe

Beteiligung der Zielgruppe kann nur durch eine gute Erreichbarkeit erfolgen. Die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sollte zum Beispiel durch Begegnungsstätten oder speziellen Treffpunkten unterstützt werden. Auch der Aufbau von Nachbarschaftshilfen kann den Bekanntheitsgrad der vorhandenen Angebote erhöhen. Weiterhin sollten im Zusammenhang mit einer stärkeren Vernetzung die bereits bestehenden Programme hinsichtlich der Inhalte mit den Interessen der Zielgruppen verglichen und angepasst werden.

Qualifizierung und Vernetzung von Multiplikatoren

Die umfangreiche Qualifizierung einer bestimmten Gruppe stellt sicher, dass die Verfügbarkeit von Experten sowohl in fachlicher als auch in personaler Hinsicht stets gegeben ist. Somit können neues Wissen vermittelt und neue Kompetenzen aufgebaut werden. Dabei sollten einerseits Fachkräfte und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialarbeit und / oder der Pädagogik systematisch befähigt werden, in Einrichtungen oder Projekten als "Schlüsselpersonen" oder "Mediatoren" zu fungieren. Andererseits sollten auch Angehörige einer Zielgruppe als Multiplikatoren agieren. Jugendliche als "Peers" können beispielsweise Fragen der Gesundheit besser an Gleichaltrige vermitteln als Experten aus Fachinstitutionen, da sie einen besseren Zugang haben. Somit kann die Reichweite von Informationen und Botschaften möglichst schnell und kostengünstig viele Mitglieder einer Zielgruppe erreichen. Die Kompetenz, Probleme der jeweiligen Zielgruppe, Organisation oder Kommune zu lösen, steigt infolgedessen. Durch die Einbindung der Beteiligten in selbsttragende Netzwerkstrukturen erhöht sich zudem die Nachhaltigkeit von Angeboten beziehungsweise Projekten. Die Multiplikatoren Ausbildung bietet ein breites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten. Jedoch sollten vorab verschieden Gesichtspunkte für eine erfolgreiche Umsetzung berücksichtigt werden. Die Motivation ist ein wesentlicher Aspekt für das Gelingen der Multiplikatorenarbeit. Daher sollte zunächst eine angemessene Schulung erfolgen, in der die praktische Relevanz aufgezeigt wird. Die richtige Unterstützung in Form von begleitender Betreuung während der Multiplikatorenarbeit zählt ebenfalls zu den Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung. Neben der Motivation ist auch die Auswahl der Multiplikatoren entscheidend. Kooperationsbereitschaft und eine gewissen Eigenkompetenz für Gesundheitsfragen sind maßgeblich. Weiterhin sollte eine Gesamtstrategie vorab formuliert werden. Dazu dient der Austausch mit anderen Multiplikatoren, eine örtliche Vernetzung und Entwicklung von Kooperationen.

7 Schlussfolgerungen

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte ein Ausgangspunkt für Gesundheit und nicht für Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, ansprechende, zufriedenstellende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen. Bei Betrachtung der gesundheitlichen Situation der einzelnen vulnerablen Zielgruppen in Mecklenburg-Vorpommern wird ersichtlich, dass die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeit- und Lebensbedingungen von großer Bedeutung ist. Bei allen Zielgruppen geht der niedrige sozioökonomischer Status mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher. Grundsätzlich sollten die Gesundheitsressourcen und die Potenziale vulnerabler Menschen gestärkt werden. Das kann durch eine Verbesserung der Mitgestaltung, Eigeninitiative und Selbstverantwortung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen.

Neben den Gruppen der jungen Familien und den sozial benachteiligten Senioren, ist die Gruppe der Alleinerziehenden aufgrund der belastenden Rahmenbedingungen, diejenige Gruppe, der besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Die unterschiedlichen psychischen und physischen Belastungsfaktoren wirken sich zwar bei den anderen Zielgruppen gleichermaßen aus, jedoch kommen Faktoren der Kindeserziehung und der zusätzlichen finanziellen Belastungen erschwerend hinzu. All diese Faktoren können negativen Einfluss auf die Gesundheit nehmen, was die alltägliche Situation zusätzlich erschwert und vermehrter Unterstützung bedarf. Deswegen ist es umso wichtiger, die Schutzfaktoren dieser Zielgruppe langfristig zu stärken. Die psychische und physische Gesundheit wird durch Schutzfaktoren stärkend aufgebaut und dient langfristig als wirksame Gesundheitsressource. Neben der Senkung von vorhandenen Risiken, wirken Schutzfaktoren zudem, unbeeinflusst vom bestehenden Risikopotenzial, positiv auf die körperlich-psychische Verfassung, das Verhalten und die individuelle gesundheitliche Entwicklung. Das Gesundheitsverhalten der Alleinerziehenden als Vorbild wirkt sich wiederum auf die Kinder aus. Studien belegen, dass Kinder aus Einelternfamilien häufiger erkranken als Kinder aus Familien mit beiden Elternteilen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen begleiten die Kinder oftmals bis Erwachsenenalter, was unter Umständen die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verringern kann. Arbeitslosigkeit und ein geringes Einkommen sind die Folge, was wiederum negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen mit sich bringt.

Die hier identifizierten vulnerablen Zielgruppen lassen sich überwiegend auf den jeweiligen sozialen Status, dem daraus resultierenden Risikoverhalten und den entsprechenden Lebensbedingungen zurückzuführen. Das bedeutet jedoch nicht, dass weniger belastete Zielgruppen in Hinblick auf

gesundheitsförderliche Maßnahmen keine Unterstützung erfahren sollen. Das Bewusstsein für gesundheitsförderliches Verhalten bei weniger belasteten Zielgruppen ist hierbei bereits in gutem Umfang vorhanden, sodass der Unterstützungsbedarf gering bleibt. Die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting stellt aussichtsreiche Ansatzmöglichkeiten dar, um einen Großteil der Zielgruppe zu erreichen und deren Gesundheitsressourcen zu verbessern. Kommunale Gesundheitsförderung als ein Handlungsfeld birgt gute Potenziale für eine zukunftsgerechte Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung, auch außerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Zum einen kann Gesundheitsförderung im kommunalen Setting eine Vielzahl an Betroffenen der Zielgruppe erreichen und zum anderen wird der Zugang für die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen erleichtert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhänge soziale und gesundheitliche Ungleichheit.....	18
Abbildung 2: Gesundheitszustand der Kinder (11-17 Jahre) und Bildungsstand der Mutter (gewichtete Angaben in Prozent).....	23
Abbildung 3: Gesundheitsverhalten und Einkommen (gewichtete Angaben in Prozent) (Eltern mit Kindern von elf bis 17 Jahren. Monatliches Nettoeinkommen des Haushaltes).....	24
Abbildung 4: Kartenübersicht Arbeitslosenquote in Deutschland (Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Stand: August 2017	26
Abbildung 5: Übersicht: Anzahl der Arbeitslosen und Arbeitslosenquote der Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern (Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Stand: August 2017)	27
Abbildung 6: Armutsgefährdete Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in den Regierungsbezirken	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zur Anzahl der Arbeitslosen und Arbeitslosenquote der Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern	27
Tabelle 2: Regionale Armutsquote – sortiert nach Landkreisen	28
Tabelle 3: Anzahl der Alleinerziehenden und die davon alleinerziehenden Frauen in den einzelnen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern (Prozentangaben gerundet)	35
Tabelle 4: Anzahl Senioren (65 Jahre und mehr) nach Landkreisen Mecklenburg-Vorpommern	41
Tabelle 5: Anzahl Menschen mit Schwerbehinderung nach Landkreisen Mecklenburg- Vorpommern.....	46

Quellenverzeichnis

Arenz-Greiving, I. / Kober, M. (2007): Metastudie "Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern". Münster: i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit Ations. Oxford: Oxford University Press

Asmus, A. / Pabst, F. (2017): Armut Alleinerziehender. Armutsbericht 2017. Der Paritätische Gesamtverband. Online: URL: <http://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/armutsbericht/empirische-ergebnisse/alleinerziehende/> [Zugang am 11.12.2017]

Ball, J. / Peters, S. (2007): Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren. In: Seiffge-Krenke, I./ Lohaus, A. (Hrsg): *Stress und Stressbewältigung im Kindes-und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe, S. 126-143

Bär, G. (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Dissertation. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Balogh, R. / Quелlette-Kuntz, H. / Borne, L. / Lunsky, Y. / Colantonio, A. (2008): Organising health care services for persons with an intellectual disability (Review). Cochrane Database SystRev. Oct 8 (4)

Baumann, H. / Seils, E. (2014): Wie relativ ist Kinderarmut? Armutsrisiko und Mangel im regionalen Vergleich. WSI Report 11

Bundesagentur für Arbeit Statistik (August 2017): Arbeitsmarkt im Überblick. Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Online: URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Mecklenburg-Vorpommern-ab-09-2011-Nav.html> [Zugang am 11.12.2017]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Armutsrisikoquote. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: Referat Information, Publikation, Redaktion

Bundesministerium für Gesundheit (2017:) Flüchtlinge und Gesundheit. Online: URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/migration-und-integration/fluechtlinge-und-gesundheit.html> [Zugang am 11.12.2017]

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Erstverteilung der Asylsuchenden (EASY). Online: URL: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Erstverteilung/erstverteilung-node.html> [Zugriff am 11.12.2017]

Bundesrahmenempfehlungen der NPK (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V vom 19.02.2016. Online: URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf [Zugriff am 09.08.2017]

BZgA (2017): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitliche Chancengleichheit. Online: URL: <https://www.bzga.de/?id=seite3257> [Zugriff am 09.08.2017]

Currie, J. (2008): Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and HumanCapital Development. Cambridge: NBER Working Paper, Nr. 13987

Deutscher Bundestag (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, Drs. 16/12860. Berlin: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (2008): Seniorinnen und Senioren in Deutschland. Drucksache 16/10155. Online: <https://www.bmfsfj.de/blob/77152/c5109554cac09879146f8317a6e7272f/bt-drucksache-senioren-in-deutschland-data.pdf> [Zugriff am 08.12.2017]

Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ (2010): Personalentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe. Herausforderungen für Leitungshandeln und Qualifizierung. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e.V.

F.A. Brockhaus GmbH (2006): Brockhaus. Leipzig: Verlag F.A. Brockhaus

Franzkowiak, P. (2010): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell (Autor:)

Geene, R. / Reese, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2015): Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Behinderung, Grad der Behinderung. Online: URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=35133044&nummer=218&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=88018240

Häcker, H. / Stapf, K. (1994): Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Verlag Hans-Huber.

Hartmann, M. (2009): Bundesagentur für Arbeit Statistik – Umfassende Arbeitsmarktstatistik: Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung. Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Beiträge zur Sozialpolitik-Forschung: Bd. 13. Augsburg: Maro Verlag

Herbig, B. / Dragano, N. / Angerer, P. (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 23–24

Hock, B. (2002): Ein-Eltern-Familien in Wiesbaden. Daten zur allgemeinen Bedeutung und den (Armut-)Risiken dieser Familienform. In: Beiträge zur Sozialplanung Nr. 23.

Andresen, S. / Hurrelmann, K. / Schneekloth, U. / Leven, I. / Picot, S. / Schröder, D. (2007): Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt: World Vision Deutschland e. V.

Klemperer (2010): Sozialmedizin - Public Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 154

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern (2015): Jahresbericht 2015. Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten. Online: URL: <https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Migration/Dateien/Jahresbericht%20AMF%202015.pdf> [Zugriff am 11.12.2017]

Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern (2015): PM Nr.135 28.07. IM. Ministerium für Inneres und Sport

Leitfaden Prävention (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin: GKV-Spitzenverband

Leitfaden Prävention (2017): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 09. Januar 2017. Berlin: GKV-Spitzenverband

LRV M-V (2016): Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionstrategie gemäß §20f SGB V im Land Mecklenburg-Vorpommern (Landesrahmenvereinbarung Mecklenburg-Vorpommern, LRV M-V vom 16.01.2017). Online: URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B1_Praeventionsgesetz/lrv_mecklenburg_vorpommern.pdf [Zugriff am 09.08.2017]

Mackenbach, J.P. (2012): The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. In: Soc Sci Med. 75(4):761-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber

Mielck, A. / Elkeles, T. (1997): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Band 26 Soziale Medizin, S. 23-44

Niehoff, J.U. / Braun, B. (2003): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public-Health. Baden-Baden: Nomos

Nürnberg S. / Hahlen, J. / Riede, T. (2005): Auszug aus Wirtschaft und Statistik, Statistisches Bundesamt. Wiesbaden S. 304ff

Petermann, F. / Kusch, M. / Niebank, K. (1998): Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz

Präventionsgesetz (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) vom 17.07.2015. In: *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31*, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2015, S. 1368-1379

Richter, M. / Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Robert-Koch-Institut (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. RKI (Hrsg.) Online: URL:http://edoc.rki.de/documents/rki_reUzuR53Jx9JI/PDF/27ZIDyKPODMF_59.pdf

Rückert, K. (2008): Einstellungen zu sozialer Ungleichheit und Gerechtigkeit im internationalen Vergleich. In: Burzan, N. (Hrsg.): Quantitative Forschung in der Sozialstrukturanalyse. Anwendungsbeispiele aus methodischer Perspektive Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 105–135

Schone, R. / Wagenblass, S. (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim: Juventa Verlag

Siegrist, J. / Marmot, M. (2006): Social inequalities in health: new evidence and policy implic

StatA MV - Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern (2016): Bevölkerung, Haushalte und Familien in Mecklenburg Vorpommern. Teil 1 – Bevölkerung und Haushalte. Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

StatA MV - Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern (2013): Daten zur Lebenssituation behinderter Menschen (Mikrozensus). Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Zensus 2011. Seniorinnen und Senioren in Deutschland. Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Statistisches Bundesamt (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Online: URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Broschue-reAeltereMenschen.html> [Zugriff am 11.12.2017]

Statistisches Bundesamt (2015). Behinderte Menschen. Online: URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/GeschlechtBehinderung.html> [Zugriff am 11.12.2017]

Strukturierter Qualitätsbericht 2010 gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V In: Prävention | Akut| Reha | Pflege (2011). Waren: MediClin Müritz-Klinikum, S.103

Süßmuth, A. (2014): Gesundheitsförderung für Ältere im kommunalen Setting: Good Practice-Beispiele und qualitätsorientierte Ansätze. Verlag Books on Demand

SVR (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 6. Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Online: URL: <http://www.svr-gesundheit.de/?id=84> [Zugriff am 11.08.2017]

SVR Gesundheit (2005): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. (Ziffer 162). Online: URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=16> [Zugang 11.12.2017]

UNHCR (1951): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Berlin: Der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) Amt des Vertreters in der Bundesrepublik Deutschland

Wahl, D. / Höll, T. (2010): Die Situation von erwerbsfähigen Müttern in Mecklenburg-Vorpommern. Studie im Auftrag des Kompetenzzentrums Vereinbarkeit Leben in MV Teil 2. Rostock: Landesfrauenrat MV e.V.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriff am 11.12.2017]

Impressum

Verantwortlich i. S. d. P. R.

Charlotte Lazarus

Redaktion

Sylvia Graupner

Herausgeber

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Wismarsche Straße 170

19053 Schwerin

Tel.: 0385 2007 386 0

Fax: 0385 7589895

E-Mail: info@lvg-mv.de

Internet: www.lvg-mv.de

Vereinsregister-Nr.: Amtsgericht Schwerin Nr. 110

Die Entwicklung dieser Ausgabe wurde gefördert durch

das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern.



Ministerium für Wirtschaft, Arbeit
und Gesundheit

Schwerin, Dezember 2017

