



Info_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin
5. Jahrgang • 3. Ausgabe 2005

3_05

Aus dem Inhalt

Personalien	2
Gesunde Bundespolitik?	3
Bewegung in Berlin	10
Kinder und Jugendliche	16
Altern und Gesundheit	17
Soziale, gesunde Stadt	18

Betriebliche Gesundheitsförderung	20
Suchtprävention	23
Patienteninteressen	25
Veranstaltungen / Termine	29

Mit der Auflösung des Bundestages endete auch die letzte Hoffnung auf ein Präventionsgesetz - der Bundesrat verweigerte die Zustimmung auch in seiner abschließenden Sitzung. Wann und wie die neue Regierung gebildet wird, bleibt nach den Neuwahlen zunächst offen. So ist zu befürchten, dass die Gesundheitsförderung noch lange brauchen wird, bis sie wieder die gesundheitspolitische Agenda erklimmt.

Doch wie ist die Entwicklung zu bewerten? Liegt das Scheitern des Präventionsgesetzes nur an einer Verquickung unglücklicher Umstände, nur an einer zufälligen Überschneidung mit der Auflösung des Bundestages? Oder war das Gesetz „einfach zu schlecht“, wie es die präventionspolitische Sprecherin der Unionsfraktion Verena Butalikakis auf unserer diesjährigen Herbsttagung mit dem AOK-Bundesverband befand?

Ein Zuviel an Strukturen, Vernetzung und auch Bürokratie wurde dem Gesetz auch von anderen Diskutanten im Wissenschaftszentrum vorgehalten, ein Zuwenig an gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Doch die Fürspre-

cher hielten dagegen: Bundesstiftung und verbindliche Vereinbarungen in den Ländern werden gebraucht, um Gesundheitsförderung zu stärken. Gesundheit in den Lebenswelten entsteht nicht durch Worte und guten Willen, sondern braucht klare Zuständigkeiten, wo jeder weiß, welchen Beitrag er oder sie leisten soll. Doch auch ohne Präventionsgesetz gibt es klare Bestimmungen, der § 20 ist weiterhin in Kraft. AOK-Chef Ahrens erklärt im Interview (in diesem Heft) unmissverständlich, dass sich die Krankenkassen dieses Auftrages bewusst sind und nunmehr jährlich 50 Cent je Versicherten für die Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Settings verwenden werden, also in Schulen, Kitas und Stadtteilen.

Solche konkreten Schritte sind sicherlich die beste Antwort auf den Stillstand in der Politik. So kann Gesundheitsförderung in die Lebenswelten getragen werden, ohne die befürchteten Nebenwirkungen der Bürokratie. Ahrens kündigt weiter an, dem Kooperationsverbund beizutreten, der auf Grundlage der Datenbank von Gesundheit Berlin und der BZgA seit zwei Jahren arbeitet. Auch die anderen Krankenkassen, die Bundes- und Landesvereinigungen sowie Wohlfahrtsverbände und Vertreter/innen der öffentlichen Gesundheitsdienste werden ab November ihr Engagement in diesem Zusammenhang ausbauen. Sie alle, wir alle müssen beweisen, dass durch Kooperation die Gesundheit sozial Benachteiligter verbessert wird.

Auch in Berlin zeigen sich ermutigende Ansätze für ein abgestimmtes Vorgehen in der Gesundheitsförderung. Die Landesgesundheitskonferenz, im vergangenen Jahr von Senatorin Heidi Knake-Werner erstmals einberufen, nimmt konkrete Formen an. Auf der 2. Landesgesundheitskonferenz werden Gesundheitsziele diskutiert und mit ersten Zielgruppen konkretisiert. Dabei wird auf die Lebenswelten von benachteiligten Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit Migrationshintergrund, abgezielt. Prof. Meinschmidt zeigt im Interview (in diesem Heft) auf, wie die Zusammenarbeit zielgerichtet funktionieren kann.

Ist es ein gutes Jahr für die Gesundheitsförderung? Spätestens auf dem 11. Kongress Armut und Gesundheit am 18. und 19. November werden wir diese Frage wieder intensiv diskutieren und erwarten dazu auch in diesem Jahr gut 1.500 Aktive aus Verbänden, Politik und Wissenschaft ebenso wie Betroffene und ihre professionellen Helfer/innen.

Bereits am Vortag diskutieren wir ein unstrittiges Erfolgsmodell: die BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für Alle“, durch die seit 2003 über dreißig gesundheitsfördernde Projekte angestoßen wurden. Und dass solche Gesundheit Schule macht, ist das wichtigste Ziel unserer Arbeit!

Ihr
Raimund Geene

Personalien

Gegründet

Der Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorstandsmitglied von Gesundheit Berlin, Dr. Günther Jonitz, gehört zu den Gründungsmitgliedern des neuen Aktionsbündnis Patientensicherheit, das sich in Düsseldorf konstituierte. Das Bündnis wird sich künftig auf breiter Ebene der Fehlerprävention im

Gesundheitswesen widmen und bundesweit Aktivitäten hierzu bündeln. Jonitz wurde zum stellvertretenden Vorsitzenden der neuen Initiative gewählt. Außerdem wird der Chirurg den Bereich Medizin im Deutschen Institut für Normierung (DIN) vertreten.

Verstorben

Karl Jung, langjähriger Staatssekretär im Bundessozialministerium und bis Ende 2003 amtierender Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, ist nach langer Krankheit im Alter von 74 Jahren in der Berliner Charité gestorben. In der deutschen Sozialgesetzgebung hat Karl Jung Geschichte geschrieben. Der Jurist, der seine Laufbahn 1958 als Richter begann, wandte sich schnell dem Sozialrecht zu. Seit 1961 im Bundesarbeitsministerium wurde er 1983

dort der mächtige Leiter der Abteilung Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung - eine Schlüsselposition im Gesundheitswesen. In den 80er Jahren bereitete Karl Jung von langer Hand eine Neukodifikation des Krankenversicherungsrechts vor: aus Teilen der über hundert Jahre alten Reichsversicherungsordnung schuf er das fünfte Sozialgesetzbuch, das 1989 in Kraft trat.

Geehrt

Aus den Händen des Regierenden Bürgermeisters Klaus Wowereit erhielt die ehemalige Charlottenburger Bürgermeisterin Monika Wissel das Bundesverdienstkreuz. Sie ist seit sechs Jahren Mitglied im Vorstand von FrauSuchtZukunft. Für ihr demokratisches Menschenbild, ihre Geradlinigkeit und Beharrlichkeit bei der Aufgabe, Frauen zu unterstützen und sie von ihrer Abhängigkeit zu befreien, erhielt sie die Auszeichnung.

Konstituiert

Nach einjähriger Vorbereitungszeit wurde jetzt die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen gegründet. „Wir verbinden mit der Gründung eine bessere Verknüpfung der Aktivitäten im Lande Bremen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung,“ so Prof. Dr. Petra Kolip, frisch gewählte 1. Vorsitzende. In der LVG haben sich zahlreiche Institutionen und Initiativen vernetzt, die einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit leisten wollen.

In diesem Info-Dienst

Personalien	2
Gesunde Bundespolitik	3
Kooperationbasis erweitern	3
Qualitätsentwicklung	3
Pläneschmieden nach dem gescheiterten Präventionsgesetz	4
Prävention breitenwirksam umgesetzt.....	5
Lieber reich und gesund	6
gesundheitliche-chancengleichheit.de	7
Bleibt das Präventionsgesetz auf der Strecke?	7
11. Kongress Armut und Gesundheit	8
Mehr Gesundheit für alle	8
Zerstörung sozialer Gerechtigkeit	9
EU-Projekt „Closing the Gap“	9
Bewegung in Berlin	10
ÖGD an Gesundheitslagen ausrichten	10
Qualitäten der Gesundheitsförderung	11
Landesgesundheitskonferenz	11
„Es geht um gesunde Politik“	12
Gesunde Stadt-Bezirk Marzahn-Hellersdorf	14
Bündnis gegen Depression	15
Präventionspreis 2005	15
Recht auf Spuk und Spiel	15
Kinder und Jugendliche	16
Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.....	16
Altern und Gesundheit	17
Die Kunst des Alterns	17
Clio	17
Soziale, gesunde Stadt	18
Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten	18
Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst	19
Kommunale Berichterstattung	19
Betriebliche Gesundheitsförderung ..	20
Franz Kafka: Arbeitsschutz und Literatur ..	20
Gewinn für Betrieb und Beschäftigte.....	21
Suchtprävention	23
Rauchfreie Krankenhäuser	23
Initiative „Gegen Sponsoring durch Tabakindustrie!“	24
Vorbildliche Maßnahmen der Alkoholprävention gesucht	24
Patienteninteressen	25
Masterplan für Visionen	25
Krankenhaus der Zukunft	26
Aktionsbündnis Patientensicherheit	27
Schlechte Arbeitsbedingungen gefährden Gesundheit	27
gesundheitsziele.de.....	27
Kongress für versorgungsforschung	28
6. Weltkonferenz.....	28
Medikamentensammlung	28
Veranstaltungen / Termine	29
Publikationen	32

Gesunde Bundespolitik

Kooperationsverbund / Qualitätsentwicklung / Prävention / Ärztetag 2005 / Datenbank / Präventionsgesetz / Kongress Armut und Gesundheit / Mehr Gesundheit für alle / soziale Gerechtigkeit / EU-Projekt

Gute Praxis stärken, Kooperationsbasis erweitern!

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ veröffentlicht Arbeitsergebnisse zu Good Practice - Kooperationserweiterung im Herbst wird vorbereitet

Was sind Kriterien für gute Praxis in der Gesundheitsförderung? Wie und wo kann man gute Beispiele finden? Wie schon im letzten Info_Dienst beschrieben, wird im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ intensiv am Thema der Qualitätsentwicklung durch die Orientierung an guten Beispielen gearbeitet. Nun können erste Ergebnisse auf der Homepage des Kooperationsverbundes (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) abgerufen werden. Neben Informationen zum Good Practice-Konzept, finden sich hier die vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes entwickelten Good Practice-Kriterien, aber auch Links zu wichtigen Websites und weiterführende Literaturhinweise. In Zusammenarbeit mit den Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes ist gerade die Auswahl guter Praxisbeispiele angelaufen, erste Beispiele werden im Herbst auf der Internet-Plattform vorgestellt. Es lohnt sich, immer mal wieder reinzuklicken.

Um die inhaltliche Arbeit des Kooperationsverbundes zu stärken und die Handlungsbasis zu verstetigen, sollen im zweiten Halbjahr 2005 weitere Partner in das Netzwerk einge-

bunden werden. Initiiert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bindet der Kooperationsverbund zur Zeit den BKK Bundesverband, die Bundesvereinigung für Gesundheit, alle Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und weitere Akteure auf Länderebene ein. Nachdem das Präventionsgesetz vorerst gescheitert ist, ist der Kooperationsverbund eine gute Plattform, von der aus alle engagierten Akteure gemeinsame Aktivitäten anstoßen, Strategien entwickeln und die politische Aufmerksamkeit für das Thema stärken können. Mit ins Boot kommen sollen in dieser Phase der Kooperationserweiterung die Wohlfahrtsverbände, die großen (gesetzlichen) Krankenkassen und weitere wichtige Akteure wie die Bundesärztekammer oder die Nationale Armutskonferenz. Derzeit wird mit Hochdruck daran gearbeitet, am 27. Oktober in Essen eine neue Kooperationserklärung zu unterzeichnen, die einen wichtigen Schritt zur Stärkung des Handlungsfeldes bedeuten wird.

Holger Kilian

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Ein Beratungsangebot für Projekte

In der praktischen Arbeit vor Ort klafft oft eine große Lücke zwischen Realität - geprägt von der intensiven Arbeit mit sozial Benachteiligten - und eher hehren Ansprüchen der Gesundheitsförderung. Ein gemeinsames Forschungsprojekt des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) und Gesundheit Berlin untersucht diese Spannung und wird 2006 und 2007 acht bis zehn Projekte modellhaft begleiten.

Ziel des Projektes ist es, die Möglichkeiten - und Schwierigkeiten! - für die Qualitätsentwicklung in der gesundheitsfördernden Arbeit zu untersuchen und in der praktischen Arbeit nutzbringende Instrumente zu entwickeln, die den besonderen Anforderungen in den Lebenswelten gerecht werden. Dies reicht von klassischen Fragen der Organisationsentwicklung über Projektberichte bis hin zu Kurzanalysen der Problemlagen, dem sogenannten „rapid assessment“.

Das Projekt ist eines von 13 geförderten Projekten im Rahmen der ersten Förderphase des Präventionsforschungsprogrammes, das vom Forschungsministerium aufgelegt worden ist. Es reflektiert gleichermaßen wissenschaftlich und in engem Bezug zur Praxis den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und die dort entwickelten Good Practice-Kriterien.

Die Teilnahme für die beratenden Projekte ist kostenfrei, die Ausschreibungsbedingungen sind im Internet abrufbar unter

www.gesundheitberlin.de

oder können angefordert werden bei Dr.

Michael T. Wright, WZB,

Tel. (030) 25 49 15 55

Mail: wright@wz-berlin.de

Marco Ziesemer

„Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“ Pläneschmieden nach dem gescheiterten Präventionsgesetz

AOK-Bundesvorstandsvorsitzender Ahrens stellt 50 Cent für Setting-Maßnahmen in Aussicht

So lautete der Titel der Fachtagung im September 2005, die Gesundheit Berlin zusammen mit dem AOK-Bundesverband, dem Wissenschaftszentrum und dem Berliner Zentrum Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin durchführte. In drei Diskussionsrunden wurde die Zukunft der Gesundheitsförderung nach dem vorläufigen Scheitern des Präventionsgesetzes auf den drei Ebenen Bund, Länder und Kommunen diskutiert.

Die erste Diskussionsrunde war hochkarätig besetzt mit dem Vorsitzenden des AOK-Bundesverbandes Dr. Hans-Jürgen Ahrens, Professor Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin, der Patientenbeauftragten der Bundesregierung Helga Kühn-Mengel und Berlins Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner. Moderiert wurde diese erste Runde von Verena Butalikakis, Präventionspolitische Sprecherin der CDU im Bundestag und Professor Ulrike Maschewsky-Schneider vom Berliner Zentrum Public Health. Durch das Scheitern einer gesetzlichen Regelung sind Prävention und Gesundheitsförderung keineswegs von der Tagesordnung verschwunden. Vielmehr geht es jetzt darum, die vorhandenen Strukturen weiter zu vernetzen - so der ursprüngliche Gedanke hinter der Tagung. Doch Rosenbrock warf in seinem Eingangsstatement die Frage auf, ob die zahlreichen Netzwerke in der Gesundheitsförderung nicht getarnte Fallstricke sind, die wertvolle Ressourcen von prinzipiell guten Projekten der Gesundheitsförderung abziehen: Zuviel Vernetzung ist kontraproduktiv, weil die Energie für die Projekte und nicht für die Darstellung und Vernetzung verwendet werden soll. Die Netzwerk-Thematik spielte in allen drei Diskussionsrunden eine entscheidende Rolle: Unbedingte Netzwerk-Befürworter standen Netzwerk-Begrenzern gegenüber. Rosenbrock warnte davor, Vernetzung per se als Qualitätskriterium zu betrachten. Er bedauerte das Scheitern des Präventionsgesetzes, wies aber darauf hin, dass nach dem Präventionsgesetz vor dem Präventionsgesetz sei.

Senatorin Heidi Knake-Werner äußerte sich betrübt über das Scheitern des Präventionsgesetzes, da in dem Gesetz wichtige Merkmale wie die Orientierung an Good Practice-Kriterien, der Lebenswelten-Ansatz und das Prinzip der Vernetzung bereits enthalten

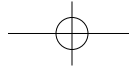
waren. Diese prinzipielle Stoßrichtung der Gesundheitsförderung müsse auch bei einem erneuten Anlauf oder im momentanen gesetzlichen Vakuum beibehalten werden. Wichtig sei es, Kinder und Jugendliche sowie Migrant/innen als zentrale Zielgruppe mit hohem Präventionspotenzial durch den Lebenswelten-Ansatz mit in die Primärprävention einzubeziehen. Kühn-Mengel wies zusätzlich auf den hohen gesundheitspolitischen Druck hin, die Prävention als Säule im Gesundheitssystem zu etablieren. Auch sie zeigte sich enttäuscht über das Scheitern des Präventionsgesetzes im Bundesrat, prognostizierte jedoch, dass auch die neue Bundesregierung einen neuen Anlauf für das Präventionsgesetz wagt.

Einen anderen Ton schlug Hans-Jürgen Ahrens vom AOK-Bundesverband an. Er bezeichnete das gescheiterte Präventionsgesetz als kleinsten gemeinsamen Nenner, auf den sich die Akteure hatten einigen können. Grundsätzlich war er nicht unglücklich über das Scheitern, weil in dem Gesetz grundlegende Mängel wie die beinahe alleinige Finanzierung durch die Sozialversicherungsträger enthalten waren. Jetzt geht es darum, die bereits etablierten sinnvollen Strukturen in der Gesundheitsförderung zu nutzen. Dabei verwies er auf den Ansatz der Regionalen Knoten zur Gesundheitsförderung, die vom Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, dem der AOK-Bundesverband am 27. Oktober 2005 beitreten wird, unterstützt werden. Am Ende eines wahrscheinlich erneuten Gesetzgebungsanlaufs muss es nicht zwangsläufig eine Stiftung geben, machte Ahrens deutlich. Die AOK baut die bereits vorhandenen Strukturen aus und nutzt sie weiter. Dazu brauche es kein Gesetz. Das Budget von 2,70 Euro pro Versicherten im Jahr, das die Krankenversicherungen nach § 20, Absatz 3 SGB V für Primärprävention ausgeben sollen, soll in Zukunft voll ausgeschöpft werden. Ahrens kündigte an, dass von diesen 2,70 Euro 50 Cent künftig für Primärprävention in den Lebenswelten ausgegeben werden sollen.

Die zweite Diskussionsrunde wurde von Professorin Ingrid Stahmer und Elke Krüger vom Paritätischen Wohlfahrtsverband moderiert. Diskutanten waren Rolf D. Müller von der AOK Berlin, Staatssekretär Dr. Hermann

Schulte-Sasse, Ingrid Papies-Winkler aus dem Arbeitskreis Migration von Gesundheit Berlin und Dr. Ruth Palik von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Zunächst stellte Rolf D. Müller zwei wichtige Projekte der AOK zur Gesundheitsförderung im Setting vor. Eines davon ist die Vernetzungsstelle Schulgesundheits, mit der es gelingt, wichtige Zielgruppen in der Lebenswelt Schule zu erreichen. Hermann Schulte-Sasse ging in seinem Beitrag auf die Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin ein. Er war zunächst sehr skeptisch gegenüber der Etablierung eines neuen Gremiums, weil in seinen Augen die Schaffung eines neuen Gremiums oft nur zur Übertünchung des Problems anstatt zu seiner Lösung beiträgt: Die Berliner LGK soll auf keinen Fall ein Gremium zur Selbstdarstellung im Wettbewerb der Eitelkeiten sein. Diesen Ansatz habe man von der LGK in Nordrhein-Westfalen übernommen. Die Zahl der Teilnehmer ist mit 20 Organisationen bewusst klein gehalten, da die Entscheidungsfähigkeit des Gremiums oberste Priorität hat. Der knappe Zeitplan verlange eine effiziente und ergebnisorientierte Diskussion mit den Entscheidungsträgern in den Organisationen. Ingrid Papies-Winkler betonte die entscheidende Rolle der Bezirke in der Gesundheitsförderung, die auch schon Erfahrung mit Gesundheitskonferenzen auf Bezirksebene haben. Mit ihrem Plädoyer für die Multiplikation sinnvoller Projekte durch Vernetzung reihte sie sich in die Gruppe der Vernetzungsbefürworter ein, die von den Diskussionsteilnehmern der AOK angeführt wurde. Ruth Palik machte auf den wichtigen Beitrag der Rentenversicherungsträger im Bereich der verhaltensbezogenen Primärprävention aufmerksam. Unter dem Motto „Nicht jeder muss alles machen“ verwies sie darauf, dass die Rentenversicherungsträger auch weiterhin ihre im Sozialgesetzbuch VI zugewiesene Rolle erfüllen, aber keine lebensweltbezogenen Ansätze unterstützen werden.

In der dritten Diskussionsrunde diskutierten Martin Matz, der Vorsitzende des Projektausschusses „Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ im Abgeordnetenhaus, Peter Lemke vom Bundesverband der Unfallkassen, Dr. Gudrun Eberle vom AOK-Bundesverband und Professor Gerhard Meinlschmidt von der Berliner Senatsverwaltung für



Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz unter der Moderation von Dr. Raimund Geene, dem Geschäftsführer von Gesundheit Berlin, und Bärbel Bünger vom VdAK/ AEV über die Strukturen zur Gesundheitsförderung vor Ort. Gerhard Meinschmidt stellte die Eckpunkte der Berliner Sozialstruktur aus dem Sozialstrukturatlas dar, wies darauf hin, dass die Schere nach wie vor auseinander gehe und empfahl der Politik eine stärkere sozialräumliche Orientierung, die noch über die Ansätze in der Quartiersmanagementpolitik hinausgingen. Martin Matz verwies auf den Reformprozess im ÖGD (siehe dazu S. 10)

und die darin enthaltenen Ansätze zur Verknüpfung der sozialen mit der gesundheitlichen Situation. Gudrun Eberle erwies sich als vehemente Verfechterin der Vernetzung und fand auf diesem Feld einen Konterpart in Peter Lemke, der unterstrich, dass Netzwerke kein Selbstzweck sind. Er stellte auch die Frage, welche Priorität Gesundheitsförderung für den Einzelnen hat. Er beantwortete sie dann gleich selbst, indem er aus seinen Erfahrungen darauf hinwies, dass die Menschen angesichts eines zunehmenden Drucks auf dem Arbeitsmarkt andere Sorgen hätten.

Insgesamt wurde auf allen drei Podien die weitere Vorgehensweise nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand jedoch darin, dass das momentane Vakuum im Bereich der Gesundheitsförderung keine verlorene Zeit sein darf und die Arbeit an bereits vorhandenen und neuen Projekten weiter gehen muss.

Kilian Graf

„Wir wollen mindestens 50 Cent pro Versicherten für die Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und Stadtteilen verausgaben.“

AOK Vorstandsvorsitzender Dr. Hans Jürgen Ahrens über Alternativen zum Präventionsgesetz, das Engagement der AOK in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und die Finanzierung der zukünftigen „vierten Säule“ im Gesundheitswesen.

Info_Dienst: Wie kann Prävention - neben Kuration, Rehabilitation und Pflege - zu einer vierten Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden?

Hans Jürgen Ahrens: Prävention und Gesundheitsförderung können nur erfolgreich sein, wenn sie breitenwirksam umgesetzt werden. Dies setzt voraus, dass sie als ebenen- und ressortübergreifende Aufgabe erkannt und wahrgenommen werden. Als AOK sind wir bereit, unseren Anteil an dieser wichtigen Zukunftsaufgabe verantwortungsvoll wahrzunehmen und unser Engagement, gerade auch für sozial Benachteiligte, weiter auszubauen. Wir wünschen uns jedoch, dass Bund, Länder und Kommunen sowie andere Träger ebenfalls Verantwortung - auch in finanzieller Hinsicht - übernehmen.

Info_Dienst: Gibt es Alternativen zum Präventionsgesetz?

Hans Jürgen Ahrens: Wir sehen in der jetzigen Situation, mit der vor der entscheidenden Bundesratssitzung niemand gerechtfertigt hat, vor allem eine Chance: Wir haben jetzt die Zeit, noch einmal mit allen wichtigen Akteuren in eine grundsätzliche Diskussion darüber einzutreten, wie Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen auch ohne neue bürokratische Strukturen ausgebaut werden kann. Wir sollten dabei auf die guten Ansätze vor Ort zurückgreifen, die bereits von und mit Schulen entwickelt wurden. Eine stärkere Vernetzung wird zukünftig sicherlich ein entscheidender Ansatz sein, um voneinander zu lernen und begrenzte Ressourcen durch gemeinsames Entwickeln effektiv und effizient einzusetzen.

Info_Dienst: Welcher Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung bedarf es auf Bundes- und Landesebene?

Hans Jürgen Ahrens: Wir brauchen Strukturen, die allen einen klaren rechtlichen Rahmen geben, damit jeder in seinem Verantwortungsbereich dort aktiv werden kann, wo er originär zuständig ist. Und wir brauchen eine bessere Abstimmung und Koordination auf allen Ebenen. Hierfür könnten wir uns eine unabhängige Stelle vorstellen, deren Aufgabe es vor allem sein sollte, Transparenz über Best Practice-Modelle im Bereich Gesundheitsförderung herzustellen und die einzelnen Akteure miteinander ins Gespräch zu bringen.

Info_Dienst: Welchen präventionspolitischen Beitrag können Krankenkassen leisten und welche Partner sollten darüber hinaus einbezogen werden?

Hans Jürgen Ahrens: Krankenkassen haben - das wird oftmals vergessen - durchaus ein eigenständiges betriebswirtschaftliches Interesse daran, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, nicht nur durch Kursangebote, sondern auch durch Information und Beratung. Als AOK messen wir der Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert bei. Wir engagieren uns in der Primärprävention, und zwar für alle Altersgruppen - auch für ältere Menschen - ebenso wie in der Sekundär- und Tertiärprävention. Wir bieten also unseren Versicherten auch Maßnahmen der Früherkennung und behandlungsbegleitende Präventionsmaßnahmen an. Allerdings können Krankenkassen - schon aufgrund des genau definierten rechtlichen Rahmens, aber auch ihrer begrenzte Ressourcen - nicht

allein die Verantwortung, zum Beispiel für die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen, übernehmen. Hier sind zusätzlich andere Akteure gefordert, insbesondere die Kultusministerien, aber auch der öffentliche Gesundheitsdienst.

Info_Dienst: Was sind die Schwerpunkte des AOK-Bundesverbandes in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung?

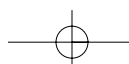
Hans Jürgen Ahrens: Die AOK wird einen Schwerpunkt zukünftig darauf legen, Projekte in Kindergärten und Schulen, aber auch in anderen Lebenswelten wie Stadtteilen zu fördern. Dies ist ein Bereich, der als defizitär zu beurteilen ist und den wir in besonderem Maße unterstützen wollen, um an einem wichtigen gesundheitspolitischen Ziel mitzuwirken. Wir wollen hierfür mindestens 50 Cent im Rahmen einer Quotierung unserer verfügbaren Ausgaben nach § 20 Abs. 1 SGB V verausgaben.

Info_Dienst: Wie sollten Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig finanziert werden?

Hans Jürgen Ahrens: Um Gesundheitsförderung wirklich zu stärken und als „vierte Säule“ auszubauen, ist eine Steuerfinanzierung praktisch unumgänglich. Auf welchem Wege Finanzmittel durch die öffentliche Hand bereitgestellt werden, ist letztlich eine politische Entscheidung.

Info_Dienst: Herr Dr. Ahrens, vielen Dank für das Interview!

Die Fragen stellte Fabian Engelmann.



„Lieber reich und gesund, als arm und krank“

Thema „Krankheit und Armut“ Schwerpunktthema des Ärztetages 2005

Der Volksmund erwähnt arm und krank in einem Atemzug, und tut dies nicht ohne Grund. Dieser „gefühlten“ Erkenntnis folgen nun auch die Verantwortlichen des 108. Ärztetages in Berlin.

Angesichts steigender Arbeitslosigkeit warnen deutsche Mediziner auf dem 108. Deutschen Ärztetag in Berlin vor immer größeren Unterschieden in der Gesellschaft beim Erkrankungsrisiko und den Chancen auf ein gesundes Leben. Die Mediziner schlagen in doppelter Hinsicht Alarm: Zum einen ist die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz sprunghaft auf 300.000 angestiegen. Zum anderen rücken die Ärzte den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in den Vordergrund: „Armut und Arbeitslosigkeit machen krank“, stellt Rudolf Henke, Vorsitzender des Ausschusses Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer, fest. Angesichts der Tatsache, dass 13,5 Prozent der Menschen in Deutschland unterhalb der Armutsgrenze leben, ist dieser Befund umso alarmierender.

Von dem vielfach bewiesenen Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und dem individuellen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausgehend, untersucht die Ärzteschaft diese Korrelation anhand von vier Thesen: Davon lautet die erste: Nicht Armut macht krank, sondern Krankheit macht arm. Angesichts der Tatsache, dass das Gesundheitswesen in Deutschland für Erkrankte und Behinderte immer noch gute Leistungen der Sozialversicherungssysteme bereithält, erklärt dieser Ansatz nur sehr wenige Fälle. Auch die zweite These, dass Arme einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung haben, hat nur sehr geringes Erklärungspotenzial. Am Hilfreichsten für die Erklärung des Zusammenhangs von Armut und Krankheit erscheint die Hypothese, dass Arme ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass untere Sozialschichten eher der Auffassung sind, Krankheit nicht selber aktiv verhindern zu können. Hierin liegt die Hauptursache, warum sie sich kaum präventiv um den Erhalt der eigenen Leistungsfähigkeit und Gesundheit kümmern und entsprechend erst dann den Arzt aufsuchen, wenn es sich kaum noch vermeiden lässt. So nehmen zum Beispiel über doppelt so viele

Frauen aus der Oberschicht an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil. Gesamtgesellschaftliches Ziel muss es also sein, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und gezielt auf sozialräumliche und soziallagenbezogene Problemlagen zuzuschneiden. Damit können Menschen mit erheblichem Präventionspotenzial erreicht und somit das Gesundheitsniveau der Bevölkerung spürbar angehoben werden.

Der Maßnahmenkatalog, den der Ärztetag fordert, sieht im Wesentlichen eine Umverteilung von Geldern vor. So fordern die Mediziner, dass Krankenkassen, die Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ins Leben rufen oder unterstützen, künftig zusätzlich Geld aus dem Risikostrukturausgleich erhalten sollen. Zudem sollen Ärzte von den Krankenkassen Bonuszahlungen außerhalb der Gesamtvergütung erhalten, wenn sie sozial benachteiligte Patienten vor Ort betreuen oder an Präventionsmaßnahmen heranzuführen. Die Krankenkassen sollten nach Meinung der Ärzteschaft auf Praxisgebühr und Zuzahlungen bei nachweislich Armen verzichten. Die bisherige Regelung hat den Verschleppung von Krankheiten geführt und muss deshalb geändert werden. Aber auch zielgruppengerechte Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitsförderndes Verhalten müssen auf der Agenda stehen, wenn Menschen aus der Unterschicht zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen motiviert werden sollen. Ärztinnen und Ärzte sollten an der Gesundheitsaufklärung an Kindergärten und Schulen beteiligt werden, um den Gesundheitsstatus von Kindern zu beurteilen.

Kilian Graf

Wie sieht das Krankenhaus der Zukunft aus?

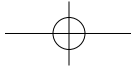
Im Rahmen der zweiten gemeinsamen Konferenz deutschsprachiger Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser diskutierten Vertreter/innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz über das Krankenhaus der Zukunft.

Die Gesundheitssysteme Deutschlands, Österreichs und der Schweiz befinden sich derzeit in einer intensiven Reformphase. Davon sind insbesondere auch Krankenhäuser betroffen. Zusätzlich zu ständig notwendigen Anpassungen an laufende epidemiologische, demografische und technologische Entwicklungen wollen die Reformer auch die Rolle der Krankenhäuser im System verändern. Auch die Umwelten der Krankenhäuser sind im Umbruch: die Finanzierungssysteme, die ambulante Versorgung, die Pflegeeinrichtungen, die mobilen Dienste.

Welche Aspekte der Gesundheitssystemreformen in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind für Krankenhäuser besonders zentral? Welche spezifischen Herausforderungen müssen sie bewältigen, welche neuen Chancen ergeben sich? Wie kann Gesundheitsförderung Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter/innen in dieser Situation unterstützen, die Reform positiv zu bewältigen? Und kann die Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus dazu beitragen, dass die Reformen nicht nur zu Einsparungen, sondern auch zu mehr Qualität und Gesundheit im ganzheitlichen und nachhaltigen Sinne führen?

Diese und andere Fragestellungen wurden im Rahmen der zweiten gemeinsamen Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser diskutiert. Die Teilnehmer/innen der Konferenz setzten sich in Workshops unter anderem mit den Themen „Rauchfreies Krankenhaus“, „Migranten freundliches Krankenhaus“ sowie „Standards und Strategien“ auseinander. Im Blickfeld der Konferenz standen somit sowohl grundlegende gesundheitspolitische Weichenstellungen als auch konkrete Projekte und Empfehlungen für die berufliche Praxis.

Informationen unter:
www.gesundheitfoerdern.de



www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Bundesweiter Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat eine neue Internet-Domain

Wer arm ist, erkrankt häufiger und stirbt früher: Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala haben eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahre). Für Frauen beträgt der entsprechende Unterschied fünf Jahre (81 gegenüber 86 Jahre).

Dieses Problem lässt sich nur durch eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung lösen. Als Beitrag hierzu legt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihren Aktivitäten einen besonderen Schwerpunkt auf die Ansprache von Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation sozial benachteiligt sind und daher einen besonders hohen Gesundheitsförderungsbedarf haben.

Im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sind BZgA, Gesundheit Berlin und der BKK Bundesverband mit allen Landesvereinigungen und

Landeszentralen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit sowie weiteren Krankenkassen und Institutionen auf Länderebene verbunden. Dabei sollen bereits bestehende Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland zusammengeführt, bekannt gemacht und in einem gemeinsamen Qualitätsentwicklungsprozess gestärkt werden. Hierdurch soll ein Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen geleistet werden.

Unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de können ab sofort die neuesten Informationen zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten abgerufen werden. Die Homepage, die vorher unter dem Namen www.datenbank-gesundheitsprojekte.de firmierte, bietet aktuelle Informationen, Termine, Materialien und einen Überblick über nahezu 2700 Gesundheitsprojekte, die sich an sozial Benachteiligte wenden.

Für diese bundesweit größte Projektdatenbank zu Angeboten der Gesundheitsförderung für und mit Menschen in schwieriger sozialer Lage wird zur Zeit die Aktualisierungserhebung durchgeführt. Die Daten der erfassten Projekte werden auf den neuesten Stand gebracht. Neue Projekte werden hinzugefügt. Beispiele und Strategien guter Praxis bei der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter sollen aufgezeigt und zur Nachahmung empfohlen werden.

Projektanbieter, die bisher noch nicht angesprochen wurden, sind eingeladen, ihre Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten einzustellen. Informationen hierzu stehen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de bereit.

Franziska Schmelzle

Bleibt das Präventionsgesetz auf der Strecke?

Wer die Anhörung zum Entwurf des Präventionsgesetzes im Gesundheitsausschuss des Bundestages mitverfolgte, musste ernsthafte Zweifel bekommen, ob dieses Gesetz und die vorgesehene Stiftung zustande kommen werden. Von allen Seiten kamen Einwände und von dem oft betonten gemeinsamen Willen zur Prävention und Gesundheitsförderung als vierter Säule in unserem Gesundheitswesen war nicht viel zu spüren. Prompt ist der Gesetzentwurf nun nach Ablehnung im Bundesrat im Vermittlungsausschuss gelandet und wird dort wohl für längere Zeit auf Eis liegen, da die Politik zur Zeit andere Probleme hat. Dabei ist jetzt noch nicht einmal zwei Jahre seit Start des letzten Reformgesetzes schon wieder deutlich erkennbar, dass die vorgenommenen Systemkorrekturen keine nachhaltige Lösung der gesundheitspolitischen und finanziellen Probleme bringen werden.

Unser solidarisches Gesundheitssystem muss die riesigen Einsparpotenziale (mittelfristig sicherlich weit mehr als 100 Mrd. Euro pro Jahr) ausschöpfen, die in der vorbeugenden Bekämpfung der degenerativen Funkti-

onsschwächen und Erkrankungen vor allem des Herz-/Kreislauf-, Stoffwechsel- und des Bewegungsapparates liegen.

Jeder Einzelne muss von klein auf lernen und umsetzen, wie wichtig ausreichende Bewegung, richtige Ernährung und Normalgewicht, weniger Stress, Rauchen, Alkohol etc. für die Entwicklung und die Erhaltung der eigenen Gesundheit sind. Unser Gesundheitssystem und unser Lebensumfeld müssen Anreize, Hilfen und attraktive Möglichkeiten für diesen bewegungsaktiven, gesundheitsbewussten Lebensstil bieten und negativ wirkende Kräfte und Lebensumstände möglichst abbauen.

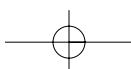
Der vorliegende Gesetzentwurf hat ohne Zweifel noch gewisse Schwächen. Die Zeit sollte jetzt intensiv zur Nachbesserung genutzt werden, wobei sicherlich nicht alle Wünsche und Interessen erfüllt werden können.

Prävention und Gesundheitsförderung können nicht nur Sache der (gesetzlichen) Krankenkassen sein! Es müssen alle gesellschaft-

lichen Kräfte und Einrichtungen einbezogen werden, die unsere Gesundheit positiv oder negativ tangieren. Also auch das Bildungswesen, Kindergärten, Schulen, Hochschulen, Medien, Wirtschaft, Bau, Umwelt, Freizeit, Sport, Ärzte und andere Gesundheitsberufe, aber auch Bund, Länder und Gemeinden müssen ihre Mitverantwortung verstärkt wahrnehmen.

Das Gesetz kann nicht alle Einzelheiten regeln, aber es kann der Prävention mehr Gewicht und Struktur als bisher verleihen. Man kann nur die vielfach formulierte Aufforderung an alle Verantwortungsträger mit Nachdruck wiederholen, als Signale des Umdenkens und des Aufbruchs im Interesse der Volksgesundheit und zur Erhaltung der solidarischen Krankenversicherung möglichst bald das geplante Gesetz und eine unbürokratische Bundesstiftung für Gesundheit zu realisieren.

Herbert Dürrwächter



11. Kongress Armut und Gesundheit „Präventionsziele gegen Armut: gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“

Am 18. und 19. November dieses Jahres wird in Berlin zum 11. Mal der Kongress „Armut und Gesundheit“ stattfinden. Im Jahr 1995 aus einer studentischen Initiative entstanden, ist er inzwischen die bundesweit größte Public-Health-Veranstaltung.

In diesem Jahr stehen über 50 Foren, Workshops und Diskussionen unter dem Motto „Präventionsziele gegen Armut: gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“. Dabei soll vor allem die erschreckende Zunahme der Armut in Deutschland und ihre Konsequenzen für das Feld der Gesundheitsförderung eine Rolle spielen. Der 11. Kongress Armut und Gesundheit wird als gemeinsame Veranstaltung von Gesundheit Berlin, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Berliner Ärztekammer, verschiedenen Krankenkassen, des Deutschen Instituts für Urbanistik und vielen weiteren Partnern im Rathaus Schöneberg stattfinden.

Die Anregung zu der Thematik ergab sich aus Impulsen des Kongresses vor einem Jahr, aber auch aus der aktuellen Diskussion. Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung und der Deutsche Ärztetag 2005 sprechen von 13,5 Millionen Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Diese zunehmende Armut hat nachhaltige Wirkungen auf die gesundheitliche Lage der Betroffenen. Auf dem Kongress werden Ansätze, Konzepte und Netzwerke zum Abbau der

sozialbedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen vorgestellt. Gemeinsam diskutieren Vertreter/innen von Initiativen, freien Trägern, Krankenkassen, aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung ihre Erfahrungen. Dazu werden Good Practice-Modelle, zum Beispiel zur Gestaltung gewaltfreier Lebenswelten, und erfolgreiche Strategien vorgestellt.

Durch Prävention und Gesundheitsförderung gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten: Wie lässt sich dieses Ziel in der Praxis umsetzen? Welche Akteure müssen zusammenarbeiten, um die Voraussetzungen zu schaffen, die gesundheitlichen Ressourcen der Menschen zu fördern und zu erhalten. Dies ist eine Aufgabe, die nicht von einzelnen Akteuren alleine bewältigt werden kann, sondern sie ist auf Vernetzung und nachhaltige Kooperation angewiesen. Prominente Namen wie Professor Karl Lauterbach, Universität Köln oder Dr. Frank Lehmann von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden unter anderem über das Thema Vernetzte Strukturen für gesunde Lebenswelten diskutieren.

Auch die politische Diskussion nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes wird fortgesetzt. Denn Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht von der Tagesordnung verschwunden. Erfordernisse, die sich aus schwierigen Lebenslagen, wie Kinderarmut, Migration oder Armut im Alter ergeben, werden in 15 verschiedenen Themenbereichen diskutiert und Anforderungen formuliert. Welche Schlussfolgerungen ergeben sich zum Beispiel für Schulen, wenn jedes vierte Kind in Armut aufwächst? Auf dem Markt der Möglichkeiten besteht Raum für Austausch der Projekte.

Die Schirmherrschaft des Kongresses übernehmen wie in den vergangenen Jahren die Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt und der Regierende Bürgermeister von Berlin, Klaus Wowereit. Der 11. Kongress Armut und Gesundheit wird von Gesundheit Berlin in enger Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern sowie den Koordinator/innen der Themenbereiche vorbereitet.

www.armut-und-gesundheit.de
kongress@gesundheitsberlin.de

Mehr Gesundheit für alle - Jetzt erst recht!

Satellitenveranstaltung: Fachtagung des BKK Bundesverbandes und Gesundheit Berlin

Als erster Krankenkassenverband hat der BKK Bundesverband im Jahr 2003 einen Finanzierungspool geschaffen, mit dem bundesweit über 30 gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen angestoßen wurden. Die Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ wurde im selben Jahr erstmalig auf einer Tagung des BKK Bundesverbandes im Vorfeld des jährlich stattfindenden Kongresses Armut und Gesundheit vorgestellt.

Während im vergangenen Jahr „Strategien und Erfahrungen“ diskutiert wurden, liegt der Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung „Mehr Gesundheit für alle - jetzt erst recht“ auf der Fragestellung, wie die vom BKK Bundesverband modellhaft entwickelten Pilotprojekte multipliziert werden können.

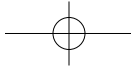
Ein erfolgreicher Transfer bedarf einer Diskussion um Voraussetzungen, Strukturen und Schlüsselstrategien für die jeweiligen Zielgruppen und Projekte

Die Diskussion um die Umsetzung soziallagenbezogener Interventionsmaßnahmen ist vor dem Hintergrund der (gesundheits-)politischen Entwicklungen im Jahr 2005 aktueller denn je. Das Motto der Tagung macht deutlich, dass es richtig und wichtig ist, soziallagenbezogene Angebote der Gesundheitsförderung und Selbsthilfe durchzuführen.

Die Diskussion der Leitfragen findet anhand konkreter Projektbeispiele statt. Neben den Projekten der Kampagne „Mehr Gesundheit für alle“ werden in diesem Jahr Initiativen aus dem deutschsprachigen Ausland vorgestellt. Der Blick über den präventionspolitischen

Tellerrand wird fortgeführt durch ein moderiertes Journalistengespräch, in dessen Rahmen über die zukünftige Gestaltung der bundesdeutschen Präventionspolitik diskutiert wird. Erstmals verleiht der BKK Bundesverband einen Annerkennungspreis für besonders nachhaltige Projekte in den Bereichen Gesundheitsförderung/Prävention/Selbsthilfe. Die Preisverleihung findet im Rahmen der Satellitenveranstaltung statt.

*Fachtagung:
Mehr Gesundheit für alle - Jetzt erst recht!
Donnerstag 17. November 2005
Rathaus Schöneberg, Berlin
Informationen unter (030) 44 31 90 60*



Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit

Deutschland ist im Umbruch. Der Sozialstaat, der uns selbstverständlich geworden ist, kann sich nicht mehr auf einen gesellschaftlichen Mehrheitskonsens stützen. Das neoliberale Denken, das den Sozialstaat nur als finanzielle Belastung für die Wirtschaft sieht und die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft als oberstes Ziel, ist hegemonial geworden und hat auch die Sozialdemokratie weitestgehend durchdrungen.

Heribert Prantl, Leiter des Ressorts Innenpolitik der Süddeutschen Zeitung, hat dazu ein Buch geschrieben, das die moralische Unhaltbarkeit dieses Denkens unbeschönigt und unmissverständlich anklagt. Er referiert die zahllosen Widersprüche des neoliberalen Handelns im Verhältnis zu einer sinnvollen und menschenwürdigen Entwicklung der Gesellschaft, die in den letzten Jahren zu beobachten waren: Aktionäre, die immer reicher werden, während ein Teil der Gesellschaft bei sinkenden Löhnen oder in der Arbeitslosigkeit verarmt, Manager, die trotz ihres Versagens mit horrenden Summen abgefunden werden, Familien, denen immer mehr Belastungen aufgebürdet werden bei gleichzeitigen Sonntagsreden über den Wert der Familie, Schulen, die vergammeln, während Bildung als einzige Ressource des Landes beschworen wird.

Das Buch ist eine reichhaltige Materialsammlung solch skandalöser Zustände, in journalistisch schnörkellosen und polemisch treffsicheren Sätzen dargestellt. Immer wieder kommt Prantl dabei auf die Frage zurück, ob denn das, was da zurzeit geschieht, eigentlich noch mit unserer Verfassung und unserem Demokratieverständnis zu vereinbaren ist. Er listet die gesetzlichen Vorgaben auf, nach denen Eigentum verpflichtet. Er fragt, wie denn eine Ideologie, die dazu führt, dass sich immer mehr Menschen als Menschen zweiter Klasse fühlen müssen, zur Demokratie als dem gemeinsamen Gestalten der Gesellschaft passen soll, wie eine Ideologie, die Menschen durch Armut und Arbeitslosigkeit systematisch entwürdigt, eine Bürgergesellschaft sein kann, in der alle Menschen auf gleicher Augenhöhe, selbstbewusst und zukunftsorientiert ihre Angelegenheiten miteinander verhandeln sollen.

Für Heribert Prantl ist das neoliberale Denken ein moderner Midas-Kult, eine Religion, die das Geld und die Geldvermehrung um jeden Preis an die oberste Stelle der Werte setzt und dabei über Leichen geht. Die moralische

Rigorosität, in der Prantl das alles beschreibt, ist die Stärke des Buches. Die Schwäche seiner Darstellung besteht darin, dass er analytisch diese moralische Ebene nicht überschreitet, die gegenwärtige Entwicklung in ihren tiefergründigen Triebkräften nicht erfasst, beispielsweise nach dem Muster regulationstheoretischer Analysen zur Transformation des nationalstaatlich verfassten Fordismus in eine neue Weltmarktökonomie.

Dieses Defizit macht sich dann auch bei den Vorschlägen Prantls zur Behebung des neoliberalen Irrwegs bemerkbar: es bleiben mehr oder weniger nur moralische Appelle an die Unverträglichkeit neoliberalen Denkens mit unseren Ansprüchen an Menschenwürde, Humanität und Demokratie. Dessen ungeachtet ist dieses Buch ein Muss für alle, die dem neoliberalen Mainstream gegenüber noch die Idee aufrechterhalten, dass wir unsere Gesellschaft selbst gestalten und nicht dem betriebswirtschaftlichen Kalkül und Eigennutz von Managern überlassen wollen. Das sollte für Sozialdemokraten, die

auf die schiefe Bahn des Neoliberalismus geraten sind, genauso gelten wie für Konservative, deren Wertesystem sich ja ursprünglich auch nicht auf Geldvermehrung beschränkt hatte. Letzteren seien die Papstzitate in Prantls Buch besonders ans Herz gelegt. Dieses Buch ist ein garantiert wirksames Gegenmittel zur Ideologie, dass der Weltmarkt uns alle ohnmächtig macht und wirtschaftliche Sachzwänge Armut und Arbeitslosigkeit mit naturgesetzlicher Unvermeidbarkeit mit sich bringen. Man kann das Buch in einem Zug durchlesen, es ist keine harte soziologische Kost und vom Preis her mehr als preiswert. Ergo: Kaufen und lesen!

Joseph Kuhn

Heribert Prantl: Kein schöner Land. Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. Droemer. München 2005. 208 Seiten. Preis: 12,90 Euro.

EU-Projekt „Closing the Gap - Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“

Seit einem Jahr koordiniert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit EuroHealthNet das Projekt „Closing the Gap - Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“; auf deutsch: „Die Lücke schließen - Strategien zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa“. Durch die Zusammenarbeit von 22 nationalen Partnern soll das bis 2007 laufende Projekt insbesondere die Entwicklung und Verstärkung erfolgreicher Handlungskonzepte zur Bekämpfung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen auf Ebene der EU, der nationalen Partner und ihrer Regionen unterstützen. Im Projektverlauf soll das Bewusstsein für den Beitrag politischer und Public Health-bezogener Maßnahmen zur Verringerung - oder auch zur Vergrößerung - gesundheitlicher Ungleichheiten geschärft werden.

Die im Aufbau befindliche Website des Projektes soll Strukturen und Aktivitäten auf Ebene der EU und in den Partnerländern transparent machen. Sie wird unter anderem die folgenden Inhalte umfassen:

- Bereitstellung eines Überblicks über Politik und Public Health-bezogene Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in der EU und in den Partnerländern auf nationaler und regionaler Ebene.
- Darstellung vorbildlicher Interventionen, zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in den 22 Partnerländern. Die ausgewählten Interventionen werden in einer Online-Datenbank recherchierbar sein.
- Erstellung einer Linkliste mit zentralen Websites auf Ebene der EU und in den Partnerländern, die sich mit der Thematik der Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit beschäftigen.

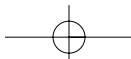
Gesundheit Berlin bringt in das Projekt seine Erfahrungen im Aufbau von Online-Angeboten ein sowie die Ergebnisse des Diskussionsprozesses um „Good Practice“. So werden wichtige Bestandteile des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auch im europäischen Verbund genutzt.

Holger Kilian

Weitere Informationen:

www.eurohealthnet.org (→ projects → health inequalities)

eine eigene Website des Projektes ist in Vorbereitung



Bewegung in Berlin

ÖGD / Qualitäten der Gesundheitsförderung / Landesgesundheitskonferenz / Gesunde Politik / Gesunde Stadt-Bezirk Marzahn-Hellersdorf / Bündnis gegen Depression/ Berliner Präventionspreis 2005 / Recht auf Spuk und Spiel

ÖGD an großstadttypischen Gesundheitslagen ausrichten

10

Zum 1. Januar 2006 soll in Berlin ein neues Gesundheitsdienstgesetz in Kraft treten. Neben den in Berlin unvermeidlichen Einsparzielen soll der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) dabei neu ausgerichtet werden und der zunehmenden Verknüpfung zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen in der Stadt gerecht werden. Dieses Ziel war Grund genug, ein Projekt unter Beteiligung mehrerer Senatsverwaltungen, aller Bezirksämter und des Berliner Abgeordnetenhauses ins Leben zu rufen.

Nach einer Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote und Mitarbeiterzahlen im ÖGD wurde ein Leitbild für die Arbeit im ÖGD formuliert. Der ÖGD hat in der Vergangenheit seine Aufgaben je nach Bezirk sehr unterschiedlich wahrgenommen. Mit seiner Reform verbindet sich daher der Versuch, zu einer einheitlicheren Aufgabenwahrnehmung zu kommen. Manche Angebote des ÖGD erreichen heute auch Bevölkerungskreise, die sich ohne Umstände in den nichtstaatlichen Angeboten des Gesundheitswesens zurechtfinden. Der künftige ÖGD konzentriert seine Arbeit vorrangig auf besonders problematische Sozialräume. Unter sozialkompensatorischen Kriterien richtet er seine Angebote speziell an Menschen, die aus sozialen Gründen keinen ausreichenden Zugang zu den Hilfesystemen finden.

Um Ressourcen für die Neuausrichtung ein-

zusammeln, werden manche Aufgaben nur noch an einigen Standorten wahrgenommen. Die Angebote im Bereich Familienplanung und sexuelle Gesundheit sollen auf vier Regionen konzentriert werden, darüber hinaus soll es einen weiteren mit Klinikanbindung geben. Die Tuberkulosefürsorge soll an zwei Standorten zusammengelegt und auch die Angebote im Bereich der Hör-, Sprach- und Sehbehinderungen zusammengefasst werden. Eine zentrale medizinische Gutachtenstelle bringt die größten Effizienzgewinne aller Veränderungen im ÖGD. Eine schwierige Diskussion wurde über die Therapien für schwer und mehrfach behinderte Kinder an Berliner Schulen geführt. Der Therapieort Schule wird gesichert bleiben, die Verantwortung aber vom Gesundheitsbereich in den Bildungsbereich übergehen. Eine spezielle Arbeitsgruppe klärt hier Fragen der ärztlichen Aufsicht und der Kassenfinanzierbarkeit des vorhandenen Angebots. Für alle Leistungen im ÖGD, ob sie weiterhin in allen zwölf Bezirken angeboten oder auf wenige Standorte konzentriert werden, stellt sich außerdem die Frage des Umfangs staatlicher Verantwortung. Wo reicht die staatliche Gewährleistung, was ist darüber hinaus vom Staat selber durchzuführen? Die Prüfung umfasst rechtliche Fragen, aber auch die Frage, ob es einen anderen möglichen Träger für Aufgaben gibt, die der Staat nur noch gewährleis-

ten muss. Hier sind die Arbeiten nicht abgeschlossen und können teilweise nicht zentral für Berlin gefällt werden.

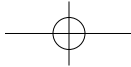
Vom „selber machen“ wird sich der Schwerpunkt der Arbeit im ÖGD stärker auf Qualitätssicherung, Wegweiserfunktion und Steuerung verlagern. Im Zusammenhang mit der neuen Landesgesundheitskonferenz und dem künftigen Präventionsgesetz wird Berlin stärker an der Erreichung selbst formulierter Gesundheitsziele arbeiten können. Der ÖGD könnte hier eine wesentliche Rolle beim Controllingprozess übernehmen und die bestehende Gesundheitsberichterstattung durch einen gesamtstädtischen Umsetzungszyklus ergänzen.

Mit dem neuen Gesetz und dem neuen Leitbild hat der ÖGD in Berlin wieder eine klare und moderne Grundlage und eine akzeptierte Ausstattung - eine wichtige Voraussetzung, um künftig wieder benötigtes spezialisiertes Personal in den Gesundheitsämtern einzustellen.

Martin Matz Mda

Vorsitzender des Projektausschusses „Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“

Das Leitbild kann unter www.gesundheitberlin.de eingesehen werden



„Qualitäten der Gesundheitsförderung“

Wie kann die wichtige Brücke zwischen Wissenschaft und gesundheitsförderndem Alltag geschlagen werden. Gesundheit Berlin lud zum Workshop, und viele Vertreter aus der gesundheitsfördernden Praxis nutzten die Chance, mit aktuellen Konzepten der Qualitätssicherung vertraut zu werden.

Dass es sinnvoll und notwendig ist, eine Fortbildung zum Thema Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung durchzuführen, bewies die Zahl der ca. 80 Teilnehmer. Gesundheit Berlin hatte in Kooperation mit der Hans-Böckler-Stiftung, der Techniker Krankenkasse, dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wichtige Partner mit ins Boot geholt. So eröffnete Professor Rolf Rosenbrock die Veranstaltung in den Räumen der Bank für Sozialwirtschaft mit einer Darstellung der Kriterien zur Qualitätsmessung in der Gesundheitsförderung. Eindringlich appellierte er an die Politik, Rahmenbedingungen für eine umfassende Gesundheitsförderung zu schaffen. Ohne diesen Schritt könne es nicht gelingen, die riesigen Einsparpotenziale für die Krankenkassen und den enormen Zugewinn an Lebensqualität im Bereich der chronischen und degenerativen Erkrankungen zu erzielen. Gerade dies sei aber in einer zunehmend älteren Gesellschaft dringend geboten, um die wichtige Errungenschaft der Zivilisation, jeden Menschen unabhängig von seiner Herkunft und seiner finanziellen Möglichkeiten im Krankheitsfall angemessen behandeln zu können, zu erhalten.

Dr. Holger Arndt Grothe von Institut für Gesundheits- und Sozialforschung moderier-

te den ersten Teil der Veranstaltung, in dem Dr. Frank Lehmann von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über Prinzipien und Kriterien berichtete am Beispiel der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Ausserdem schilderte er die wertvolle Arbeit des beratenden Arbeitskreises im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Anschließend gingen Livia Ryl und Christian Schütte in ihrem Beitrag „Kriterien, Konzepte, Konfusion? Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung“ auf die aktuelle Problematik ein. Zum einen besteht großer Bedarf an Qualitätsentwicklung und zum anderen wächst der Druck, Qualität in der Gesundheitsförderung nachzuweisen. Volker Syring aus Flensburg ging auf die Zielsetzung die Zielgruppe, Vernetzungs-, Organisations- und Mitarbeiterstruktur des von ihm geleiteten Projektes „Schutzengel“ ein. Die Qualitätsentwicklung und -sicherung in dem Projekt schilderte er plastisch an einem Beispiel: „Wenn die Familien-Hebamme erkennt, dass die Dokumentation auch ihr bei der Arbeit hilft und somit gut für sie ist, dann macht sie mit!“, so Syring.

Nach der Kaffeepause gab es die Möglichkeit, an drei Workshops teilzunehmen. Diese beschäftigten sich mit „Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung“, „Qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung aus Kassenperspektive“ und „Partizipation in der Qualitätsentwicklung und Evaluation“. In der abschließenden Podiumsdiskussion erörterten Dr. Gudrun Borchardt von der Techniker Krankenkasse, Dr. Raimund Geene von

Gesundheit Berlin, Astrid Leicht von Fixpunkt e.V., Volker Syring von Schutzengel e.V. und Dr. Michael T. Wright vom Wissenschaftszentrum Berlin ihre Positionen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Dabei flossen die Ergebnisse aus den Workshops in die Diskussion ein. Die zentrale Frage stellte dabei Dr. Raimund Geene: Wie sieht das Zukunftsmodell nachahmenswerter Gesundheitsförderung aus? Nur mit einem ganzheitlichem niedrigschwelligem Ansatz, der die Betroffenen in ihren Lebenswelten einbindet, kann Gesundheitsförderung effektiv die tragende Rolle wahrnehmen, die ihr nach Meinung aller Experten in der Zukunft zuteil wird.

Offen zu Tage trat bei der Diskussion, dass Qualitätssicherung viele Facetten umfasst. So die Bündelung von Akteuren, die Projektkoordination und die fachliche Transparenz. Damit Qualitätssicherung effizient ist, muss sie über die Projekte hinaus wirken und auf andere Vorhaben abstrahlen. Michael T. Wright betonte, dass die Disziplin der Gesundheitsförderung das Rad nicht neu erfinden müsste. Vielmehr ist es ihre Aufgabe, Ansätze und Erkenntnisse aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen in ihre Konzepte zu integrieren und weiterzuentwickeln. Zudem gilt es projektbezogen zu entscheiden, in welchem Umfang Qualitätsentwicklung möglich und nötig ist. So sollte Qualitätssicherung in jedem Projekt zwar selbstverständlich, aber auch umsetzbar sein.

Kilian Graf

Landesgesundheitskonferenz nimmt Gestalt an

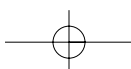
Nach einigen Anläufen tagte im November 2004 die erste Berliner Landesgesundheitskonferenz. Inzwischen ist die Ausgestaltung dieses wichtigen landespolitischen Gremiums ein weiteres Stück vorangeschritten.

Die erneute Initiierung einer Berliner Landesgesundheitskonferenz im vergangenen Jahr war dringend geboten, bestand und besteht doch noch immer immenser Handlungsbedarf bei der Formulierung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesundheitszielen für Berlin. Zudem erhöhte sich der Erwartungs- und Handlungsdruck auf die beteiligten Akteure durch die Tatsache, dass bereits 1996 mit der Initiative „Gesundheitsziele für

Berlin“ sowie der im Jahr 2000 aufgelösten „Berliner Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung und Prävention“ Versuche unternommen wurden, die Berliner Aktivitäten zu bündeln und gemeinsame Lösungswege zu erarbeiten. Zuletzt scheiterte auch eine geplante „Initiative für Gesundheit“. Mit diesem geplanten Finanzierungspool der Krankenkassen sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention finanziert werden. Das vorläufige Aus des Präventionsgesetzes im Frühsommer dieses Jahres und das Auslaufen des LIGA Vertrages Ende 2005 erfordern neue Konzepte für die Mittelvergabe an die zahlreichen Berliner Initiativen und Projekte.

Mitglieder in die Landesgesundheitskonferenz berufen

In die Landesgesundheitskonferenz werden hohe Erwartungen gesetzt. Diese zu erfüllen obliegt nun vor allem den ständigen Mitgliedern, die von Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner berufen wurden. Neben diversen Krankenkassenverbänden und Vertretungen der Ärzteschaft sind auch Institutionen der Wohlfahrtsverbände, Wissenschaft, der öffentlichen Verwaltung und anderer freier Träger im Gremium der ständigen Mitglieder vertreten. Entscheidend ist, dass mit der Zustimmung der ständigen Mitglieder zu den gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen eine



Selbstverpflichtung verbunden ist. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Kompetenzen für die Realisierung der Handlungsempfehlungen und beschlossenen Maßnahmen sollen sich die Mitglieder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen einsetzen. Nichtständige Mitglieder können bei Bedarf eingeladen werden, haben aber kein Stimmrecht. Zukünftig wird die Landesgesundheitskonferenz nach Möglichkeit zweimal, mindestens aber einmal jährlich tagen. Die Sitzungen bestehen aus einem der Öffentlichkeit zugänglichen und einem geschlossen Teil. Dieser bleibt den Mitgliedern der Konferenz vorbehalten. Die Sitzungen werden durch einen Ausschuss vorbereitet. Dieser setzt nach Bedarf themenspezifische Arbeitsgruppen zur Bearbeitung von definierten Aufträgen ein.

Arbeitsgruppen formulieren Lösungsvorschläge

Inzwischen haben drei Arbeitsgruppen zu den Schwerpunkten „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ (AG 1), „Migration und Gesundheit“ (AG 2) und „Qualitätssicherung, Evaluation, Gesundheitsziele, Gesundheitsmonitoring“ (AG 3) ihre Arbeit aufgenommen.

Die thematische Auswahl ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch Menschen mit Migrationshintergrund wichtige Zielgruppen in Berlin darstellen. Dies belegen nicht zuletzt der Berliner Sozialstrukturatlas und der Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. So bestehen mitunter Defizite in der Sprachentwicklung oder bei der Bewegungsförderung. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist von dieser Entwicklung, so die Berichterstattung, besonders stark betroffen. Im Rahmen der Berliner Aktivitäten zum Themenschwerpunkt Gesundheitsziele sind in den vergangenen Jahren bereits wichtigen Vorarbeiten geleistet worden. Jedoch blieb es bei einer akademischen Formulierung von „Gesundheitszielen für Berlin“. Jetzt kommt es darauf an, konkrete Umsetzungsschritte zu definieren und diese in einen zeitlichen Rahmen zu integrieren. Die Instrumente der Qualitätssicherung, Evaluation und des Gesundheitsmonitorings können und sollen helfen, Gesundheitsziele mittel- und langfristig zu implementieren. Auf der zweiten Landesgesundheitskonferenz zum Thema „Prävention in Berlin“, wur-

den nun erste Beschlüsse gefasst. So sollen bis zur nächsten Landesgesundheitskonferenz konkrete Gesundheitsziele für Berlin ausgearbeitet werden. Darüber hinaus einigten sich alle beteiligten Akteure darauf, eine Übersicht über alle in Berlin bestehenden Projekte zur Unterstützung von Sprachentwicklung und Motorik in den Berliner Kindertagesstätten zu erstellen. Schließlich sollen Vorschläge zu einer migrationsrelevanten Datenerhebung und Berichterstattung sowie ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung vorgelegt werden.

Die Berliner Landesgesundheitskonferenz nimmt Gestalt an. Die Vorarbeiten für die weiteren Sitzungen sind erfolgt. Die Voraussetzungen für eine neue, von möglichst vielen Akteuren getragene Landesgesundheitspolitik scheinen nunmehr günstiger denn je. Es bleibt zu hoffen, den erfolgreich angestoßenen Prozess auch zukünftig fortzuführen.

Fabian Engelmann

„Es geht nicht um Gesundheitspolitik, sondern um gesunde Politik“

Die Berliner Landesgesundheitskonferenz hat ihre Arbeit aufgenommen. Wie kann sie die hohen Erwartungen erfüllen? Ein Gespräch mit Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt über eine nachhaltige Präventionspolitik für Berlin.

Info_Dienst: Mit der Initiierung einer Landesgesundheitskonferenz (LGK) in Berlin wird der Versuch gestartet, die Gesundheit der Berliner Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Welche Funktion kann die LGK in diesem Prozess übernehmen?

Gerhard Meinschmidt: In Berlin beobachten wir in den letzten Jahren eine Verschlechterung der Sozialstruktur. Der zeitliche und räumliche Vergleich der Sozialstruktur zeigt, dass sich die sozialen Disparitäten in Berlin eher noch verstärken. Vor diesem Hintergrund sollten wir in Berlin eine sozialraumorientierte Politik etablieren. Erste Ansätze dafür werden bereits sichtbar. So arbeitet etwa die Staatssekretärskonferenz „Soziale Stadt“ ressortübergreifend zusammen. Es müssen Netzwerke einer integrierten Politik geschaffen werden. Dafür ist vor allem eine bessere Koordinierung und Abstimmung der Akteure - vor allem in den Sozialräumen - notwendig. Und es muss Orientierungsgrößen geben. Diese Orientierungsgrößen können vor allem Gesundheitsziele für die einzelnen

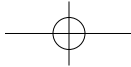
Sozialräume sein. Die Ergebnisse der sozialräumlichen Analyse legen zudem nahe, die Diskussion über bezirkliche Ressourcenbudgetierung im Sinne eines Werteausgleichs fortzuführen. Die Funktion der LGK besteht meiner Ansicht nach darin, diesen Prozess zu begleiten und zu koordinieren. Sie muss sich mit den bereits bestehenden Strukturen vernetzen und gemeinsame Ziele formulieren. Letztendlich geht es nicht um Gesundheitspolitik, sondern um gesunde Politik.

Info_Dienst: In den vergangenen Jahren sind bereits einige Initiativen auf den Weg gebracht worden, nach kurzer Zeit aber wieder gescheitert. So zum Beispiel die Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Prävention (BAGP). Was kann und muss man diesmal besser machen?

Gerhard Meinschmidt: Die BAGP konnte einige Fortschritte erzielen. Aber: Es muss auch einen politischen Willen zur Problemlösung geben. Ein klares Bekenntnis der Senatspoli-

tik könnte darin liegen, verbindliche Senatsbeschlüsse zu fassen. Damit würde man auch eine stärkere Akzeptanz bei wichtigen Akteuren - etwa den Krankenkassen - erzielen. Es muss auch einen Konsens mit den Wohlfahrtsverbänden geben. Und: Wir müssen uns an Zielgruppen und Sozialräumen orientieren. Alle beteiligten Akteure sollten Selbstverpflichtungserklärungen abgeben. Der politische Wille drückt sich auch darin aus, dass der Staat bereit ist, Gelder für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Er muss einen Organisationsrahmen für die Beschlüsse der LGK vorgeben. Nicht zuletzt kommt es auch darauf an, Bürgerinitiativen verstärkt in diesen Prozess zu integrieren. Dieser gesamte Prozess muss letztendlich auch evaluiert werden, damit wir gegebenenfalls nachsteuern können.

Info_Dienst: Was kann die Berliner LGK von einem Bundesland wie Nordrhein-Westfalen lernen, in dem Landesgesundheitskonferenzen bereits Tradition haben?



Gerhard Meinschmidt: Das Modell Nordrhein-Westfalen kann man nicht so einfach auf Berlin übertragen. Die Voraussetzungen in diesem Flächenland sind gänzlich andere als in Berlin. Hinzu kommt, dass die personelle und finanzielle Ausstattung in Nordrhein-Westfalen ungleich höher als in Berlin ist. Die nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele sind meines Erachtens zu allgemein gehalten. Für Berlin brauchen wir also konkretere und belastbarere Ziele. Notwendig sind auch zusätzliche Indikatoren für Gesundheitsziele. Bislang war es jedoch in Berlin so, dass die Ziele in der Umsetzung keine Wirkung erzielt hatten. Das hing auch mit der Angst der Politik vor Ergebniszielen zusammen. Es muss also ein deutliches Bekenntnis der Politik für Ergebnisziele und den entsprechenden Umsetzungsprozess geben. Der Gesundheitszieleprozess und die Landesgesundheitskonferenz sind in Nordrhein-Westfalen gut gestartet und scheinen sich zu bewähren. Sie können und sollten allerdings nicht einfach auf Berlin übertragen werden. Sie haben eher Modellcharakter.

Info_Dienst: Inzwischen wurden Arbeitsgruppen zu den Schwerpunkten „Kinder und Jugendliche“ sowie „Migration“ gebildet. Warum gerade diese Zielgruppen?

Gerhard Meinschmidt: Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die Arbeitsgruppen nicht isoliert voneinander arbeiten können. Die Arbeitsgruppen müssen sich vernetzen. Für diese Vernetzung und die weitere Arbeit muss von der LGK ein Orientierungsrahmen vorgegeben werden. Hier hat sie eine Bringschuld. Dann sollten die Arbeitsgruppen sozialraumorientiert arbeiten und sich wiederum mit anderen Akteuren vernetzen. Wenn wir in die Sozialräume schauen, können wir zwei Tendenzen feststellen: In den sozialen Brennpunkten haben wir erhebliche Probleme, Migrant/innen zu integrieren. Hier bedarf es vor allem einer gezielten Sprachentwicklung bei Kindern. Darüber hinaus müssen wir auf die Gestaltung sozialer Settings hinwirken. Insbesondere für Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen wir Lebensperspektiven schaffen. Dabei spielt die Bildungspolitik eine besonders wichtige Rolle. Insofern ist es richtig, sich zunächst auf diese beiden Zielgruppen zu konzentrieren.

Info_Dienst: Welchen Beitrag kann die dritte Arbeitsgruppe „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“ für eine gesunde Stadt Berlin leisten?

Gerhard Meinschmidt: Die Arbeitsgruppe kann die zunächst recht allgemein formulierten Ziele - etwa die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern - ausdifferenzieren. So brauchen wir zum Beispiel konkrete Ziele für die Bereiche Übergewicht, Sucht, Missbrauch oder Sprachentwicklung. Die Arbeitsgruppe sollte auch über einen Organisationsrahmen für die praktische Umsetzung der Ziele diskutieren. Schließlich sollten auf der Basis und in Ergänzung zu den stadtweiten Zielen regionale Versorgungsziele formuliert und später in bezirklichen Gesundheitskonferenzen festgelegt werden. Die Plan- und Leitstellen können und sollten diesen Prozess koordinieren.

Info_Dienst: Nach dem vorläufigen Aus des Präventionsgesetzes gibt es eine erneute Debatte, wie Prävention und Gesundheitsförderung auf Landesebene nachhaltig umgesetzt werden können. Welche Alternativen sehen Sie?

Gerhard Meinschmidt: Es gibt ja nach wie vor den § 20 SGB V. Wir müssen jetzt aber gemeinsam mit verschiedenen Partnern überlegen, wie wir die Mittel des § 20 kofinanzieren können. Im Rahmen der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte dieser sozialkompensatorisch ausgerichtet werden. Bei der Neuformulierung des LIGA Vertrages müssen aktuelle - der Sozialstruktur Berlins entsprechende - Schwerpunkte gesetzt werden. Eine Zusammenarbeit mit den Quartiersmanagements und Stadtteilzentren ist dringend geboten. Zusätzlich könnte über einen Innovationsfond nachgedacht werden. In diesem Prozess sollte die LGK wiederum eine Koordinierungsfunktion übernehmen.

Info_Dienst: Welche präventionspolitischen Fortschritte sollten wir in den kommenden fünf Jahren in Berlin erzielt haben?

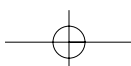
Gerhard Meinschmidt: Zunächst wünsche ich mir, dass sich die LGK - auch bei einem politischen Wandel - etabliert. Innerhalb der LGK sollten tragfähige Arbeitsstrukturen entstehen. Auf Senatsebene brauchen wir ein Setting von Gesundheitszielen, die in einem Senatsbeschluss festgehalten werden. Darüber hinaus wünsche ich mir einen möglichst breiten Konsens unter den beteiligten Akteuren. Wir sollten in absehbarer Zeit wissen, in welchen Sozialräumen konkret interveniert werden muss. Wer lebt in welchen Sozialräumen, welche Projekte arbeiten wo und in welchem Umfang? Für diese präventionspolitischen Ziele benötigen wir jedoch organisato-

rische Voraussetzungen, die vor allem die LGK schaffen kann.

Info_Dienst: Herr Prof. Meinschmidt, vielen Dank für das Interview!

Die Fragen stellte Fabian Engelmann.

Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt leitet das Referat Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme in der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.



Der Gesunde Stadt-Bezirk Marzahn-Hellersdorf geht neue Wege. Auf der ersten Gesundheitskonferenz wurden der Stand und die Perspektiven im Bezirk diskutiert.

Vertreter/innen der unterschiedlichsten gesellschaftlichen sowie politischen Bereiche kamen zur Gesundheitskonferenz „Gesunde Stadt - Marzahn-Hellersdorf“ im Unfallkrankenhaus Berlin zusammen. Stadträtin Dagmar Pohle betonte in ihrer Eröffnung der Konferenz, wie bedeutsam es ist, dass trotz des Scheiterns des Präventionsgesetzes im Bundesrat Gesundheitsförderung weiter gestärkt wird und machte in diesem Kontext deutlich, wie wichtig der Weg in das Gesunde Städte-Netzwerk für den Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf ist.

Anschließend informierte Sabine Hermann von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz über die Aufgaben und Funktionen der integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Planungsprozess, gab einen Überblick zur soziodemographischen Entwicklung im Bezirk und benannte Evaluationsmöglichkeiten. Dabei betonte sie, dass die Berichterstattung wesentlich dazu beiträgt, Lebensbedingungen der Bewohner zu verbessern, Notlagen zu beseitigen, Benachteiligungen ab- und Lebenschancen aufzubauen. In einer ausführlichen Bestandsaufnahme wurden die wichtigsten demographischen Eckdaten für den Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf benannt.

Über die Integration der kommunalen Berichterstattung, über den Stand und die Perspektiven im Bezirk Marzahn-Hellersdorf referierte anschließend Dieter Nelius. In einem kurzen Überblick wurden die ressortübergreifenden Arbeitsgruppen der Sozialberichterstattung vorgestellt und anschließend wesentliche Indikatoren für den Basisbericht benannt. Anknüpfend folgten weitere Ausführungen von Rainer Ferchland vom Institut für Sozialdatenanalyse e.V. zum Thema der Berichterstattung aus der Sicht des Gesunden Städte-Netzwerkes. In seinem Vortrag wurden wesentliche Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Forschungsstudie „RBS-Projekt“ vorgestellt. Rainer Ferchland betonte, dass der Basisbericht das soziale Porträt des Bezirks wiedergeben soll und damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer ressortübergreifenden Gesundheits- und Sozialberichterstattung liefert. Somit erfüllt der Bericht den Auftrag, den Prozess einer gesunden und nachhaltigen Stadtentwicklung zu begleiten und zu fundieren.

Die anschließende Pause wurde zum regen

Gedankenaustausch und zum Informieren auf dem Infomarkt im Foyerbereich genutzt, wo Präsentationen von Aktivitäten und Projekten aus dem Gesunden Städte-Netzwerk wie die GesundheitswerkSTADT Marzahn-Hellersdorf oder das Projekt „Wohnen im Alter“ vorgestellt wurden.

Nach der Pause schilderte der für Gesundheit und Soziales zuständige Staatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse, welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Gesundheitskonferenz im Land und in den Bezirken erfüllt werden müssen. Positive Erfahrungen anderer Gesundheitskonferenzen, insbesondere die der Landesgesundheitskonferenz in Nordrhein-Westfalen, sollten aufgegriffen werden, um sie für die eigenen Interessen nutzbar zu machen. Die Landesgesundheitskonferenz in Berlin kann, so Schulte-Sasse weiter, ein wichtiges Gremium aller Akteure im Gesundheitswesen werden. Wesentlich dabei ist, dass eine Beschränkung auf die wichtigsten Akteure vorgenommen wird, damit eine effektive Zusammenarbeit entsteht. Schulte-Sasse betonte, dass dies nicht zu verstehen ist als Ausschluss von kleineren Gruppen und ihren oft innovativen Ansätzen, vielmehr muss, wie in Anlehnung an die Landesgesundheitskonferenz NRW geschehen, zunächst ein „öffentlicher Teil“ stattfinden, um dann die wichtigsten Erkenntnisse mit in den so genannten „geschlossenen Teil“ zu nehmen. Mit der Koordination der hochrangigen Akteure im „geschlossenen Teil“ wird ein hohes Maß an Umsetzbarkeit sichergestellt. Zusammenfassend erklärte Schulte-Sasse, dass die Landesgesundheitskonferenz ein neuartiges Instrument beziehungsweise eine Plattform für den Fortschritt im deutschen Gesundheitswesen sein kann. Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz müssen für die öffentliche Verwaltung eine große Bedeutung haben. Um dies zu erreichen, bedarf es einer klaren zielorientierten Bündelung aller Ressourcen.

Markus Ziegler, Referent des ärztlichen Direktors vom Unfallkrankenhaus Berlin, sprach anschließend zum Thema Standort Gesundheit. Dabei wurden die Ziele und Aufgaben des traditionellen Krankenhauses beschrieben und abgeleitet davon ein „Krankenhaus der Zukunft“ entwickelt. Im Mittelpunkt der Ausführungen von Markus Ziegler rückte das Unfallkrankenhaus Berlin, das neue Angebo-

te an Dienstleistungen (zum Beispiel Krankenhausapotheke, Teleradiologie und Wellnessangebote) vorzuweisen hat, um die Versorgung der Patienten weiter zu verbessern. Anschließend gaben Ingeborg Henning von der Agentur für Lerninfrastruktur und Regionalentwicklung und Dagmar Pohle einen Input zu Inhalten und Zielen des Gesunden Städte-Netzwerkes. Dabei forderte Dagmar Pohle in ihrer ambitionierten Rede, dass eine Verbesserung der Zusammenarbeit nur durch Aufbau von Netzwerken zu realisieren ist. An dieser Stelle stellt besonders die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens eine Chance für eine verbesserte Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitskonferenz dar. Dagmar Pohle plädierte für eine regelmäßig durchgeführte Gesundheitskonferenz Marzahn-Hellersdorf.

Als Abschluss der Vortragsreihe referierte Bodo Müller, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Hellersdorf, zum Thema der „gelebten“ Integration des Krankenhauses im Kontext der Integrierten Versorgung. In diesem Zusammenhang wurde ein Projekt vorgestellt, das zum Ziel hat, die primäre Notfallversorgung durch eine Gemeinschaft niedergelassener Ärzte in Kombination mit Ärzten des Krankenhauses sicher zu stellen.

Grundtenor der abschließenden Diskussionen war, der Abwanderung gerade junger Menschen entgegenzusteuern. Dabei kann die Mitgliedschaft des Stadtbezirkes im Gesunden Städte-Netzwerk helfen! Unter Nutzung aller personellen Ressourcen muss es zentraler Inhalt der Gesunden Städte-Arbeit in Marzahn-Hellersdorf sein, die Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen zu erhalten und weiter zu verbessern.

Marco Zieseimer

Weitere Informationen, Links und Hinweise erhalten Sie auf www.gesundheitberlin.de unter dem Stichwort Gesunde Städte-Netzwerk

Berliner Bündnis gegen Depression - (Depresyona Karsi Berlin Girisimi) hilft besonders depressiven Menschen mit Migrationshintergrund

Den WHO - Burden of Disease Statistics 2001 ist zu entnehmen, dass in Westeuropa, Kanada und den Vereinigten Staaten bei 18 Prozent der Erkrankten im Alter von 15 bis 44 Jahren eine unipolare Depression diagnostiziert wurde, gefolgt von Alkoholmissbrauch, Verkehrsunfällen. 60 Prozent aller Menschen, die sich das Leben nahmen, litten zuvor unter Depressionen.

Depression ist eine Erkrankung, die jeden treffen kann, unabhängig von Alter, Beruf, sozialem Status sowie ethnischer Zugehörigkeit.

Nürnberger Bündnis gegen Depression

Das „Bündnis gegen Depression e. V.“ entstand im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ (www.kompetenznetz-depression.de) und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Das „Bündnis gegen Depression“, ein Großforschungsprojekt, wurde 2001 in Nürnberg gegründet und praktizierte über zwei Jahre intensive Aufklärung auf verschiedenen Ebenen. Die Evaluation des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ konnte im Vergleich zur Ausgangssituation und zur Kontrollregion Würzburg einen signifikanten Rückgang suizidaler Handlungen (-24 Prozent), einen Rückgang von Suizidversuchen (-26 Prozent) und einen deutlichen Rückgang an Suiziden herauskristallisieren.

Anknüpfend an die bisher vorliegenden, sehr positiven Ergebnisse hat sich auch in Berlin ein Bündnis gegen Depression gegründet. Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ wird in seiner Arbeit einen seiner Schwerpunkte auf die Versorgung von Menschen mit insbesondere türkischem Migrationshintergrund legen und damit den Besonderheiten der Hauptstadt Rechnung tragen.

Bereits bevor das Berliner Bündnis offiziell ins Leben gerufen wurde, nahm es im April 2005 mit dem ersten Train-the-Trainer-Seminar, einem Qualifizierungsseminar für Referent/innen, seine Aktivitäten auf. Mitarbeiter/innen von verschiedenen Bündnispartnern wurden ausgebildet und stehen als Referent/innen für künftige Aktivitäten im Referentenpool des Bündnisses zur Verfügung. Es wurde dabei darauf geachtet, dass verschiedene Berufsgruppen wie Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Sozialpädagogen im Seminar vertreten waren, damit die entsprechenden Referent/innen in Seminaren für ihre eigenen Berufsgruppen bei der Gestaltung mitwirken können. Bei der Auswahl der Teilnehmer/innen wurden auch die Bündnispartner berücksichtigt.

Das Bündnisprojekt war Schwerpunktthema beim Sommerfest der Sozialpsychiatrie in Berlin-Mitte mit einer Vortragsreihe für Professionelle, Interessierte, Laien, Betroffene und Angehörige und einem Infostand. Daneben hatten weitere 55 Infostände zum Teil von Bündnispartnern und Einrichtungen aus dem Bezirk Infostände.

In den nächsten zwei Jahren sind zahlreiche weitere Aktivitäten wie Seminare für Hausärzte, Vorträge für Betroffene und Angehörige, Diskussionsrunden, Seminare für Mitarbeiter von zum Beispiel Bündnispartnern, Tagungen, Vorträge, enge Kooperation mit den Medien geplant.

www.berlinerbuendnisgegendepression.de
Telefon (030) 2311 2120

Berliner Präventionspreis 2005

Die Landeskommission Berlin gegen Gewalt schreibt zum sechsten Mal den Berliner Präventionspreis aus. Die diesjährige Ausschreibung läuft unter dem Thema „Männliche Sozialisation und Gewalt“. Der Preis ist mit insgesamt 12 500 Euro dotiert und wird im Rahmen des 6. Berliner Präventionstages im November 2005 verliehen. An der Ausschreibung können sich Vereine, Verbände, Schulen, Bezirksämter, Organisationen, Institutionen und Initiativen sowie alle Bürger/innen beteiligen, die sich in Berlin für die Arbeit mit Jungen, männlichen Jugendlichen und Männern zur Verminderung gewalttätigen Verhaltens einsetzen und entsprechende Maßnahmen, Aktivitäten und Projekte umsetzen.

Weitere Informationen sind auf der Homepage www.berlin-gegen-gewalt.de oder unter der Telefonnummer (030) 90 26 52 53 erhältlich.

Volles Recht auf Spunk und Spiel

Ausstellung im Labyrinth Kindermuseum Berlin

Mit einer interaktiven Ausstellung macht das Kindermuseum Labyrinth auf das Thema „Kinderrecht auf Spielen“ aufmerksam. Von Bis März 2006 können junge und jung gebliebene Besucher erspielen, erlesen, erhören, erhöhen, erhüpfen und erspunken, welche große Bedeutung Spielen für Kinder hat. Im Mittelpunkt steht die Bedeutung des Spielens für die kindliche Entwicklung. Und natürlich die ewige Suche nach dem Spunk. Dem Spunk? Vielleicht der unantastbare Freiraum der Phantasiewelt der Kinder. Schimherrin der Ausstellung ist Karin Nyman, die Tochter von Astrid Lindgren.

Information und Anmeldung unter:
Labyrinth, Kindermuseum Berlin, in der Fabrik Osloer Straße, Osloer Straße 12, 13359 Berlin

www.labyrinth-kindermuseum.de

Kinder und Jugendliche

Kinder - wichtige Zielgruppe

Kinder - eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

16

Wie kann sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern vermindert werden? Der Gesundheitswissenschaftler Andreas Mielck vergleicht in einer erstmalig in deutscher Übersetzung vorliegenden Studie in Westeuropa durchgeführte Interventionsmaßnahmen, die auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit abzielen.

Zunehmend Kinderarmut in Deutschland

Obgleich sich die Gesundheitslage von Kindern in Europa während der letzten 100 Jahre deutlich verbessert hat, herrscht noch immer eine ausgeprägte sozioökonomische Ungleichheit und damit auch eine gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern. Mielck definiert Kinderarmut als den Anteil an Kindern, die in Haushalten mit einem Einkommen von weniger als der Hälfte des Durchschnittseinkommens aufwachsen. Alarmierend ist, dass Deutschland - im Gegensatz zu anderen westeuropäischen Ländern - einen drastischen Anstieg der Kinderarmut verzeichnet. Ein in Deutschland 1994 durchgeführter Survey belegt, dass die Prävalenz physischer und psychischer Erkrankungen in den unteren sozialen Schichten bis zu 16-mal höher ist als in den oberen Schichten.

Gesundheitliche Ungleichheit kann durch unterschiedlichste Risikofaktoren bedingt werden. So haben Risikofaktoren einen nicht

zu unterschätzenden Einfluss auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen: materielle und umwelt- (Wohnung, Umweltverschmutzung) aber auch leistungsbezogene wie Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Psychosoziale und verhaltensbezogene Risikofaktoren müssen darüber hinaus berücksichtigt werden. Mielck zeigt auf, dass schlechte sozioökonomische Lebensumstände mit ungünstigen Verhaltensmustern einhergehen.

Strategien zum Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit

Wie aber kann gesundheitliche Chancenungleichheit abgebaut werden? Drei wesentliche Strategien werden von Mielck vorgeschlagen. Zum einen sollte die Verminderung der sozioökonomischen Ungleichheit durch Anhebung der Lebensstandards von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen angestrebt werden. Zum anderen können Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Kinder ohne besondere Berücksichtigung von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen erfolgen. Schließlich gibt es Interventionen, die speziell auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern in unteren sozioökonomischen Gruppen abzielen. Doch welche Strategie ist die richtige?

Mielck favorisiert die erste Strategie, die entscheidend für den Erfolg der anderen ist. Allerdings, so der Einwand, ist diese Strategie am schwierigsten umzusetzen, da es sich hierbei um einen komplexen Maßnahmenkatalog handelt. Bei den übrigen Strategien besteht hingegen eine größere Chance, dass sie anhand strenger wissenschaftlicher Methoden evaluiert werden können.

Interdisziplinäre Interventionsmaßnahmen notwendig

Im Rahmen der Studie vergleicht Andreas Mielck in Westeuropa durchgeführte Interventionsmaßnahmen, die auf die acht wichtigsten Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen (Erkrankungen bei Neugeborenen, angeborene Defekte, plötzlicher Kindstod, Unfallverletzungen, Infektionskrankheiten, psychische Auffälligkeiten, bösartige Tumore, Asthma) bei europäischen Kindern abzielen. Die Interventionsmaßnahmen richten sich an sozial benachteiligte Kinder oder Familien als die einzig untersuchte Gruppe oder als Teil einer größeren Bevölkerungsgruppe.

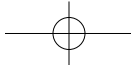
Im Ergebnis stellt Mielck fest, dass sich eine Vielzahl der Interventionen als wirksam erwiesen hat. Nachhaltige Interventionen - so die wichtigste Empfehlung - sollten interdisziplinär gestaltet sein und gleichzeitig mehrere Aspekte abdecken. Darüber hinaus sollten die Interventionen im gewohnten Setting der Zielgruppen stattfinden und diese mit einbeziehen. Downstream-Maßnahmen (Maßnahmen auf der Ebene des Einzelnen) sollten mit Upstream-Maßnahmen (Maßnahmen zur Verbesserung genereller Umstände) kombiniert werden.

Der überwiegende Teil der Interventionsmaßnahmen stammt aus Großbritannien. Aus Deutschland konnte keine einzige Maßnahme nachgewiesen werden. Mielcks Studie zeigt, welcher großer Bedarf an entsprechenden Interventionen zur Verminderung der gesundheitlichen und damit auch sozioökonomischen Ungleichheit bei Kindern noch bestehen.

Fabian Engelmann

Der Artikel kann auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de kostenlos heruntergeladen werden.

Andreas Mielck/Hilary Graham/Sven Bremberg: Kinder - eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.



Altern und Gesundheit

Die Kunst des Alterns / Clio - Eine Zeitschrift für Frauen

Die Kunst des Alterns

Ein Buch, das zum Nachdenken anregt, zum Weiterlesen, zum Nochmallesen. Ein Buch mit vielen Impulsen und Fragen an das eigene persönliche Altwerden.

Die „Suche nach Glück“ ist das erste Kapitel überschrieben. In diesem ist die Gesamtkonzeption dieses Titels sichtbar: Glückserwartungen des Menschen. Ein Leben lang und auch mit zunehmendem Lebensalter werden beschrieben: „Glück als Zustand zeitloser und unveränderter Glückseligkeit“ und zugleich Wissen um die Vergänglichkeit. Glückserwartung wird zurückgeführt auf die früheste Kindheit, Erinnerung an eine Zeit der glückreichen Geborgenheit, ein „Paradies“. Im späteren Leben wird uns bewusst, dass das schwer erfassbare Glückserleben nur für Augenblicke zu haben ist. Die Suche nach Glück wird dann die Suche nach Selbstverwirklichung, nach dem eigenen Ich, und die Suche nach Liebe, nach Zuwendung. Wir suchen jedoch das Glück zu oft in Erfolg, Macht, Ruhm und Besitz. Glück erleben wir vor allem dann, wenn etwas Unerwartetes, Überraschendes in unseren Alltag auftritt, man kann es also nicht erzwingen. Mit zunehmendem Alter kann Glück vom Habenwollen zum Gebenwollen sich verschieben: „Schaffensfreude ist eine der verlässlichsten Glücksmöglichkeiten“. Wir müssen wieder „leben lernen“, um das zu erfahren, das heißt, den wirklichen Reichtum unseres Lebens erfassen und gestalten.

Beispielsweise wird in dem Kapitel „Erotik und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte“

von der zunehmenden Individualität und der Verschiedenartigkeit im Sexualleben ausgegangen und vor „Faustregeln“ gewarnt. Das Erleben von Zärtlichkeit, Nähe und Gemeinsamkeit gewinnt einen höheren Stellenwert. Die Haltung des sich resignierenden Aufgebens hat psychische Wirkungen, besser ist, „uns füreinander anziehend zu erhalten“. Es werden viele Sublimierungsmöglichkeiten geschildert, über die alte und ältere Frauen und Männer verfügen. Gleichzeitig werden die Versuche bewertet, die als Flucht vor dem Alter in der Wahl einer jüngeren Partnerin oder eines jüngeren Partners nicht selten sind.

Um das Altern in den verschiedenen Facetten zu bewältigen, ist das Leben in Gemeinschaft oft eine wesentliche Erleichterung und zugleich Bereicherung. In dem Kapitel werden Anregungen für verschiedene Formen der Altersgruppen aufgezeigt: Leere, Untätigkeit, Interesselosigkeit, Einsamkeit beschleunigen das Altern. - „Gelassenheit sei die Tugend des Alters“, daraus ergibt sich die Fähigkeit zur Toleranz. Dargestellt wird die Liebesfähigkeit als zweite Tugend: man muss sich nicht mehr selbst zu wichtig nehmen. Ebenso wird die Ursache für mögliche Eigenliebe erklärt, die sich verstärken kann. Die geistige Freiheit wird als die größte Chance des Alters hervorgehoben: „Wir sind unabhängiger und können uns leisten, einfach uns selbst zu sein“. Damit ist eine Gelassenheit, eine „Distanz der ‚Entpflichtung‘ möglich“. Die Kunst besteht vor allem darin, den nächs-

ten Reifungsschritt zu tun, sich neu zu orientieren, ein wirklich eigenes Leben zu führen.. Am Schluss sind die Kapitel „Das Nicht-Loslassen-Können“ und „Flucht vor der Einsamkeit“ eine Zusammenfassung der wesentlichen Prämissen dieses Buches. - Besprochen werden zunächst bestimmte Ängste. Am Beispiel der Verlustangst werden mögliche Ursachen bestimmt. Verzicht auf das eigene Leben, aber sie brauchen einen Partner nur um ihrer selbst willen. An zwei psychotherapeutischen Behandlungsbeispielen werden Verlauf und Ursachen solcher Verhaltensmuster erklärt. Loslassen muss gelernt werden. Festhalten verstärkt die Angst Älterer. Alternde Menschen leiden unter der oft überwertigen Angst vor Vereinsamung. Dabei sind Einsamkeit und Alleinsein nicht gleichzusetzen. Im Kapitel werden Handlungsempfehlungen vermittelt, die die psychische Verarbeitung ermöglichen. Dazu gehört auch, Einsamkeit anzunehmen, statt vor ihr zu fliehen.

Fritz Riemann / Wolfgang Kleespies: Die Kunst des Alterns. Reifen und Loslassen. - München/Basel: Reinhardt Verlag, 2005. 161 S. - ISBN 3-407-01761-2

Heinz Trommer

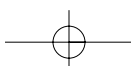
17

Clio - die Zeitschrift für Frauen

Zwei Jahre nach Gründung des Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. (FFGZ) wollten die Initiatorinnen mit ihren politischen Anliegen eine größere Öffentlichkeit von Frauen erreichen: Die Zeitschrift clio wurde gegründet. Im Juli 1976 erschien die erste Ausgabe dieser periodischen Zeitschrift zur Selbsthilfe, wie sie damals im Untertitel hieß.

Aus Anlass des 30. Jahrgangs und dem Heft Nummer 60 der nach wie vor einzigen Zeitschrift zu Frauengesundheit im deutschsprachigen Raum steht die aktuelle Ausgabe unter dem Titel „Älter werden...“. Ein vielschichtiges Thema, das Clio sehr engagiert, informativ und charmant angeht und Themen anspricht, die in unserer Gesellschaft manchmal keinen Platz finden. Gewürzt mit Zitaten über das Alter und akzentuiert mit Fotos aus dem Bildband „Sechzigplus - Erotische Photographien“ von Anja Müller eine überaus lesens- und anschauenswerte Zeitschrift für Frauen und Männer.

Die Zeitschrift kann über die Homepage des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums www.ffgz.de bestellt werden.



Soziale und Gesunde Stadt

**Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten /
Soziale Arbeit im Öffentlichen Dienst /
Kommunale Gesundheitsberichterstattung /
Phase II für Gemeindedolmetschdienst**

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Der Regionale Knoten Berlin „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird sich in den nächsten Monaten verstärkt um Gesundheitsförderung von Kindern in Kindertagesstätten kümmern. Dieser Schwerpunkt bietet zentrale Vorteile: Gesundheitsförderung ist gerade in jungen Jahren enorm wichtig für die kindliche Entwicklung, denn die hier erlernten Verhaltensschemata werden von den Kindern auch im späteren Leben angewendet. Kindertagesstätten bieten auch den großen Vorteil, Kinder und Eltern aus allen Bevölkerungsgruppen mit dem Thema Gesundheitsförderung zu erreichen, da 95 Prozent der Berliner Kinder hier anzutreffen sind.

Die ersten fünf Lebensjahre stellen eine besondere Entwicklungsphase dar, in der sich wichtige Basiskompetenzen und Verhaltensweisen herausbilden. Hier werden die entscheidenden Weichen für die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit und der Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt. Dass Gesundheitsförderung möglichst früh einsetzen sollte, zeigen auch die jüngsten Entwicklungen im Bereich des allgemeinen Gesundheitsstatus kleiner Kinder. Besorgnis erregend ist vor allem die zunehmende Anzahl von Übergewicht. Defizite beim Sehen, Hören, den motorisch-koordinativen Fähigkeiten sowie der Sprachentwicklung fin-

den sich bereits bei Vierjährigen, wie eine Leipziger Studie ergab. Ebenso im Ansteigen sind Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen.

Von diesen Problemen sind in besonderem Maß Kinder aus sozial schwachen Familien und mit geringem Bildungshintergrund betroffen. Ihre gesundheitliche Situation ist nicht nur schlechter, auch Angebote der Gesundheitsförderung werden weniger wahrgenommen, als dies bei Kindern aus höheren Sozialschichten der Fall ist. Das altbekannte und vielbeklagte Dilemma stellt sich also auch im Bereich der Gesundheitsförderung der Jüngsten dar: Diejenigen, welche gesundheitsförderlich Maßnahmen am dringendsten benötigen, sind am schlechtesten erreichbar.

Daher ist eine gezielte sozialogenbezogene Gesundheitsförderung wichtig. Es gilt, Gesundheitspotenziale zu nutzen, Gesundheitsprobleme im Anfangsstadium zu erkennen und am Verfestigen zu hindern. Da Kinder einen Großteil ihrer Zeit in Kindertagesstätten verbringen und der Kontakt zu den Eltern vergleichsweise gut ist, kommt der Kindertagesstätte eine entscheidende Rolle zu.

Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung von Kindern sind zahlreich: sie liegen in den Bereichen Bewegung und Ernährung,

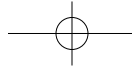
aber auch Sprachentwicklung und psychische Gesundheit gewinnen zunehmend an Bedeutung. Prävention von Kinderunfällen stellt ebenfalls ein wichtiges Handlungsfeld des Regionalen Knotens dar, weil vor allem kleine Kinder einem höherem Unfallrisiko ausgesetzt sind. Maßnahmen zur Verringerung des Unfallrisikos sind die Ausbildung von Bewegungsabläufen ebenso wie die Überprüfung der Sicherheit von Spielsachen oder Spielplätzen. Weitere Themenfelder, in denen Handlungsbedarf besteht, sind Suchtprävention, Sexualaufklärung, der Aufbau von Lebenskompetenzen, die Förderung der Impfbereitschaft und die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen. Nicht zu unterschätzen ist auch der Bereich der Kindervernachlässigung und Kindesmisshandlung. Gerade Berlin weist in diesem Bereich erschreckend hohe Fallzahlen auf.

Umfassende Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bedarf allerdings nicht nur die Verhaltensförderung der Kinder, sondern bedeutet vor allem, Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und zu verbessern. Dazu gehört grundsätzlich die gesunde Ernährung, aber auch Parameter wie Gesundheit der Erzieher/innen, Gruppengrößen, Anzahl der Erzieher/innen pro Gruppe, räumliche Atmosphäre bis hin zur Ausbildung und gesellschaftlicher Anerkennung des Berufsstandes Erzieher/in.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten die Kinder in allen Bereichen ihrer Entwicklung unterstützen und auch die Rahmenbedingungen in Kindertagesstätten einbeziehen, denn nur in einer gesunden Umgebung mit gesunden Mitarbeiter/innen können Kinder auch gesund aufwachsen.

Der Regionale Knoten Berlin ist angesiedelt bei Gesundheit Berlin. Träger ist das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen. Neben drei weiteren Regionalen Knoten wird der Knoten Berlin gefördert durch den BKK Bundesverband.

Dagmar Siewerts



Neuerscheinung: Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Buch Rainer Steens setzt sich mit dem Stellenwert der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auseinander. Es ist als sechster Band in der UTB Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen erschienen. Systematisch wird geklärt, was die Aufgabe des ÖGD ist, welche Herausforderungen und Probleme sich daraus ergeben und wie die Soziale Arbeit im ÖGD dimensioniert ist. Steen, selbst Referatsleiter für Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises Heidelberg, stellt mehrfach fest, dass es den ÖGD nicht gibt. Was stattdessen vorzufinden ist, „ist eine Gleichzeitigkeit der Entwicklungstendenzen zwischen ‚Bewahren und Verändern‘ bis hinein in die einzelne Dienststelle - umgekehrt ausgedrückt: eine Ungleichzeitigkeit von Qualitätsstandards und professionellen Haltungen, ganz zu schweigen von den unterschiedlich ausgeprägten Bestrebungen der (kommunal-)politischen Verwaltung, angesichts leerer Kassen nur noch ‚unverzichtbare‘ Pflichtleistungen zu erbringen“.

Die thematische Abarbeitung findet auf schlüssige Weise statt, jedoch wäre das Kapi-

tel 7: „Die Geschichte des ÖGD: Von Armenpflege bis New Public Health“ an früherer Stelle des Buches hilfreicher gewesen. Die teilweise etwas trocken geratenen Darstellungen werden an einigen Stellen durch Praxisbeispiele wie der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit aufgelockert. Eine interessante Idee ist das Glossar zum Gesundheitshandeln, welches die Möglichkeit bietet, anhand von Begrifflichkeiten den Wandel von beruflichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens im historischen Kontext nachzuvollziehen. Das Ende des Buches bildet kein gewöhnliches Fazit oder ein Ausblick, sondern zehn Thesen. Diese verdeutlichen den bereits im Wandel begriffenen ÖGD und zeigen, dass „der Weg von Veränderungsrhetorik zu Veränderungsdidaktik nur über die Praxis und deren Reflexion führt“.

Livia Ryl

Rainer Steen: Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst, (Buchreihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Bd. 6), München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2005, ISBN 3-8252-2654-9, 159 Seiten, 14,90 Euro.

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Das Forschungsprojekt „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“, das für die Jahre 2002 bis 2005 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, führt zur Entwicklung einer indikatorengestützten Berichterstattung auf der kommunalen Ebene. Zehn Städte aus den neuen Bundesländern, die Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk sind, wurden als Pilotregionen in die Erprobung der Nutzung von 35 Indikatoren für die Erstellung von Basisberichten einbezogen. Die Indikatoren erstrecken sich auf demographische Daten, Daten zur kommunalen Ökonomie, auf gesundheitsbezogene Daten, auf soziale Bildungsindikatoren, Umweltdaten und Daten für die Bereiche Wahlen und Partizipation. Aus der Struktur des Indikatorensatzes ist erkennbar, dass die zu entwickelnden Berichte im Vergleich zu den traditionellen Gesundheitsberichten ein breiteres Spektrum abdecken werden.

Wichtig war bei der Auswahl der Indikatoren stets die Fragen: Welche Bedeutung hat der Indikator für eine gesunde und nachhaltige Stadtentwicklung? Was soll gemessen werden? Wie wird gemessen? Wie ist die Datenlage?

Süß, Waldemar/ Möller, Holger/ Trojan, Alf/ Fehr, Rainer: Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen. Quellen, Auswahlprozess und Profile für einen Indikatorensatz. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen: Wissenschaftliche Reihe. Band 17. Bielefeld 2004.

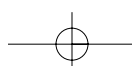
Kostenlose Exemplare können über das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW bestellt werden: iris.uka@loegd.nrw.de

Gemeindedolmetschdienst startet in Phase II

Die erste Phase des Modellprojektes Gemeindedolmetschdienst in Berlin wurde erfolgreich beendet. Daran schließt sich die zweite Phase an, in der es vor allem darum gehen wird, einen Vermittlungsdienst für Gemeindedolmetscher/innen in ganz Berlin aufzubauen.

Die Versorgung von Migrant/innen wird oft durch sprachliche oder kulturelle Verständigungsprobleme erschwert. Damit sich Arzt und Patient besser verstehen, wurden in diesem Modellprojekt Migrantinnen und Migranten zu Gemeindedolmetscher/innen ausgebildet. Der erste Kurs wurde von 23 Teilnehmer/innen aus fünf Kulturkreisen in Kreuzberg mit einem Zertifikat abgeschlossen. Seitdem folgten zwei weitere, sodass bis Ende 2004 über 70 Migrant/innen zu Gemeindedolmetscher/innen in 15 Sprachen ausgebildet wurden. Sie stehen den gesundheitlichen und sozialen Versorgungseinrichtungen gegen ein Honorar von 25 Euro pro Stunde als selbstständige Sprach- und Kulturmittler zur Verfügung. Am 1. Juli 2005 startete die nächste Phase des Projektes. Jetzt geht es darum, einen berlinweiten Vermittlungsdienst für die Gemeindedolmetscher/innen aufzubauen.

Nähere Informationen zum Gemeindedolmetschdienst finden Sie unter www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de



Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeitsschutz und Literatur / Betriebliche Gesundheitsförderung - Gewinn für Betrieb und Beschäftigte

Franz Kafka: Zwischen Arbeitsschutz und Literatur

20

Unfallversicherungsträger wie die Unfallkasse Berlin setzen in ihrer Präventionsarbeit auf die Themen Zeit- und Stressmanagement, Mobbing und Gewalt oder Kommunikation und Führung auf. Damit sich niemand wie ein hilflos auf dem Rücken liegendes Ungeziefer fühlt, wie es Gregor Samsa in Kafkas Erzählung „Die Verwandlung“ passiert, sollten schon früh, möglichst im Kindesalter, Kompetenzen gestärkt werden, die sich als Schutzfaktoren erwiesen haben.

Haben Sie sich schon einmal wie ein hilfloses Insekt gefühlt? Besonders ungewöhnlich wäre das nicht. Weitaus befremdlicher jedoch erschien es, nicht nur dieses Gefühl zu haben, sondern sich eines Morgens tatsächlich als Ungeziefer vorzufinden. Und wenn Sie darüber hinaus in dieser Lage auch noch ein Lächeln nicht unterdrücken könnten, während Sie an die Reaktion Ihrer Mitmenschen denken, dann könnte die Situation als kafkaesk bezeichnet werden.

Dieses Adjektiv ist erst unter dem Eindruck der Werke von Franz Kafka (1883 - 1924) entstanden und bezeichnet Gefühle von Widerspruch, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins. Als Schriftsteller wurde Franz Kafka weltberühmt. Seinen Lebensunterhalt verdiente er dagegen als Verwaltungsjurist Dr.

Kafka bei der gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt für das Königreich Böhmen in Prag. Sie gehörte zum gesetzlichen System der sozialen Sicherung wie die heutigen Berufsgenossenschaften und auch die Unfallkasse Berlin.

Den Arbeitsbedingungen hilflos ausgeliefert

Anders als in Deutschland zur gleichen Zeit beschränkte sich die Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt auf die Entschädigung von Unfallopfern bei der Arbeit. Für vorbeugende Maßnahmen oder gar schützende Eingriffe in die Arbeitsbedingungen gab es keine gesetzliche Handhabe. Die Betriebe wurden lediglich nach Gefahrenklassen eingeteilt, je nach dem, welchen Risiken die Arbeiter bei ihrer Tätigkeit ausgesetzt waren. Dies war Franz Kafkas Aufgabe.

Angesichts der oft verheerenden Arbeitsbedingungen, bei denen die Arbeiter in vielen Bereichen unter ständiger Lebensgefahr standen, drängt sich das Bild von hilflosen Insekten geradezu auf. An seinen Freund Max Brod schrieb Kafka: „In meinen vier Bezirkshauptmannschaften fallen - von meinen übrigen Arbeiten abgesehen - wie betrunken die Leute von den Gerüsten herunter, in die Maschinen hinein, alle Balken kippen um,

alle Böschungen lockern sich, alle Leitern rutschen aus, was man hinauf gibt, das stürzt hinunter, was man herunter gibt, darüber stürzt man selbst.“

Gleichzeitig war Kafka großen Anfeindungen selbstbewusster und einflussreicher Unternehmer ausgesetzt, die Sozialabgaben zum Unfallschutz als überflüssige Eingriffe in ihre Wirtschaftsautonomie sahen. Vor allem die Einstufung in die jeweilige Gefahrenklasse, die den jeweiligen Versicherungsbeitrag bestimmte, wurde erbittert bekämpft. Und doch reichten die eingezahlten Beiträge bei weitem nicht aus, für die vielen tragischen Entschädigungsfälle aufzukommen. Schwere Berufskrankheiten und Unfälle mit lebenslangen Verstümmelungen konnten mit nur durchschnittlich einem Jahresverdienst entschädigt werden. Hier war es Kafka, der sich den Zuständen hilflos ausgeliefert fühlen musste. „Wie bescheiden diese Menschen sind“, sagte er zu seinem Freund Max Brod, „sie kommen uns zu bitten. Statt die Anstalt zu stürmen und alles kurz und klein zu schlagen.“

Prävention: Vergebliche Müh

Sein Bemühen, die Fabrikanten davon zu überzeugen, weniger gefährliche Arbeitsmittel einzusetzen, um so nach deutschem Vorbild Prävention zu betreiben, scheiterte. Auch von einem Erste-Hilfe-System, wie es die Berufsgenossenschaften in Deutschland entwickelt hatten und welches Kafka als nachahmenswert empfahl, war man weit entfernt. Wen wundert es, wenn Franz Kafka sich durchweg negativ über seine berufliche Tätigkeit im „Bureau“ äußerte und von einem „schrecklichen Doppelleben“ sprach. Seine Berufung sah er ausschließlich als Literat. Dennoch gibt es nicht wenige Zeugnisse, die auf Kafkas berufliches Engagement in der Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt hinweisen und auch sein schneller Aufstieg in die fast höchste Ebene der Anstalt mag ein Indiz dafür sein.

In den literarischen Texten von Kafka finden sich viele Spuren aus seinem beruflichen Alltag. Schließlich entstanden sämtliche großen literarischen Werke Kafkas während seiner Zeit als Verwaltungsjurist. Ein treffendes Fazit für die Parallelen zwischen beruflicher Realität und künstlerischer Fiktion könnte Kafka in seinem letzten Roman (Das Schloss) selbst gezogen haben: „Nirgends noch hatte K. Amt und Leben so verflochten gesehen wie hier, so verflochten, dass es manchmal scheinen konnte, Amt und Leben hätten ihre Plätze gewechselt.“

Mit Zuversicht gesund

Das Leben von Franz Kafka war in nahezu jeder Lebenslage widersprüchlich und von Gefühlen des Ausgeliefertseins und von Ohnmacht geprägt. Der Blick auf diese psychosozialen Aspekte führt direkt zu den heutigen Herausforderungen im Arbeitsschutz. Die technische Sicherheit am Arbeitsplatz ist - anders als in Kafkas Zeiten - heute auf einem so guten Stand, dass kaum noch gesundheitliche Folgen aus diesem Bereich entstehen. Dies ist ohne Zweifel auch auf das erfolgreiche Arbeitsschutzsystem in Deutschland zurückzuführen. In unserer heutigen Kommunikations- und Dienstleistungsgesellschaft sind es zunehmend die psychischen und sozialen Belastungen, die zu Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz führen.

Vor diesem Hintergrund greifen auch die Unfallversicherungsträger wie die Unfallkasse Berlin in ihrer Präventionsarbeit die Themen Zeit- und Stressmanagement, Mobbing und Gewalt oder Kommunikation und Führung auf. Damit sich niemand wie ein hilflos auf dem Rücken liegendes Ungeziefer fühlt, wie es Gregor Samsa in Kafkas Erzählung Die Verwandlung passiert, sollten schon früh, möglichst im Kindesalter, Kompetenzen gestärkt werden, die sich als Schutzfaktoren erwiesen haben. Wer - wie die heutige Gesundheitswissenschaft es ausdrückt - ein gutes Kohärenzgefühl besitzt, der ist in der Lage, seine Arbeit und sonstigen Tätigkeiten sinnvoll zu finden. Er ist zugleich zuversichtlich, auf Anforderungen und Aufgaben Einfluss nehmen zu können und auch gut zu bewältigen.

Franz Kafka hatte vermutlich kein ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Als er sich dem Druck seines Vaters beugte und Inhaber einer Asbestfabrik wurde, geriet er an den Rand eines Selbstmordes. Dabei konnte ausgerechnet er, der sich für vorbeugende Arbeitsschutzmaßnahmen einsetzte, noch gar nicht wissen, dass die Asbestverarbeitung dramatische gesundheitliche Folgen nach sich zieht und diese heute zu den schwersten Berufskrankheiten zählen.

Manuel Ahrens,
Unfallkasse Berlin

Die Unfallkasse Berlin ist seit August 2005 Mitglied von Gesundheit Berlin

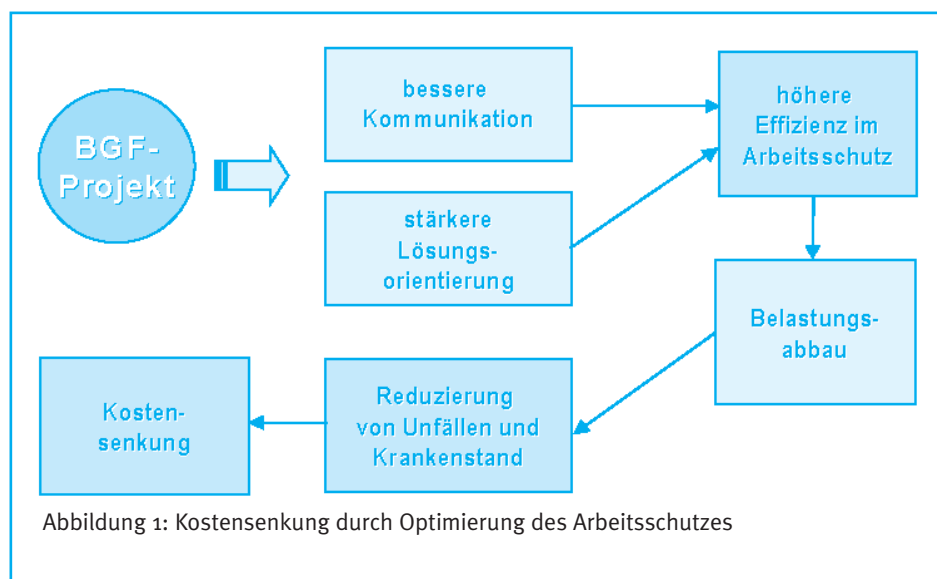
Betriebliche Gesundheitsförderung - Gewinn für Betrieb und Beschäftigte

Betriebliche Gesundheitsförderung wird inzwischen von den verschiedensten Unternehmen in Deutschland erfolgreich umgesetzt und zunehmend in die Unternehmenskultur integriert. Auch wenn Praktiker und Experten nachdrücklich darauf hinweisen, wie positiv und sinnvoll derartige Prozesse sind, gibt es bislang immer noch zu wenige Darstellungen über die konkrete Wirkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Der AOK-Bundesverband hat deshalb eine eigene, stark praxisorientierte Dokumentation erstellt und 2003/ 2004 bundesweit insgesamt 131 Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen befragt. Die Branchenschwerpunkte lagen im Gesundheitswesen, der öffentlichen Verwaltung, in der Ernährungsindustrie und bei Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes, wie z.B. Metallindustrie, Maschinen- und Fahrzeugbau oder auch Textilgewerbe. Die beteiligten Unternehmen haben in der Regel bereits umfangreiche BGF-Prozesse durchlaufen und bewerteten anhand ihrer eigenen Erkenntnisse und mittels vorgegebener Kategorien die Bedeutung eines konsequenten betrieblichen Gesundheitsmanagements für das eigene Unter-

Interventionen und ihre Wirkungsketten

Die meisten Unternehmen betonten, dass es Wechselwirkungen zwischen sogenannten „weichen“ sozialen Faktoren (z.B. die Verbesserung der betriebsinternen Kommunikation und Motivationssteigerung) und der positiven Entwicklung des Betriebsergebnisses (im Sinne „harter“ Faktoren) gibt. Dieser Zusammenhang wird beispielhaft in folgenden Wirkungsketten deutlich:

Als besonders bedeutend für den wirtschaftlichen Nutzen wird die „Ergänzung und Optimierung von Arbeitsschutzstrukturen und Arbeitsschutzmaßnahmen“ beschrieben, die durch den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung angestoßen und soweit wie möglich unterstützt wird. Insbesondere der Aufbau von Kommunikationsstrukturen, Hilfestellungen beim lösungsorientierten Vorgehen und die Partizipation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei Verbesserungsvorschlägen als maßgeblich für die erlebte Optimierung wurden positiv beurteilt, wodurch wiederum Unfälle und Krankenstände reduziert und damit Kosten gesenkt werden konnten:

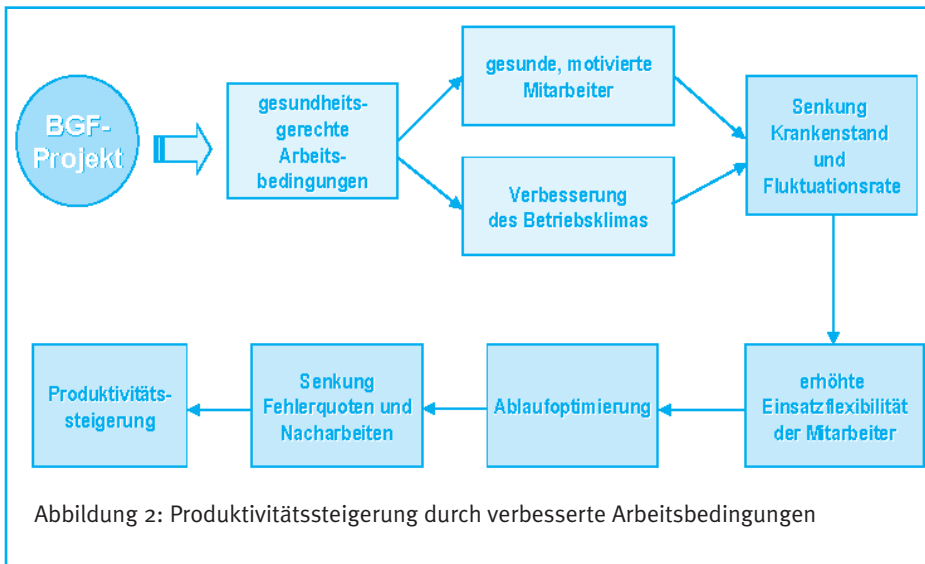


men bzw. das Betriebsergebnis. Das Fazit lautet: Die Anforderungen an ein Unternehmen, das einen nachhaltigen Gesundheitsförderungsprozess in Gang setzen will, sind durchaus anspruchsvoll, aber sie lohnen sich - sowohl für die Belegschaft als auch für das Unternehmen selbst.

Auch die gesundheitsgerechte Gestaltung betrieblicher Arbeitsbedingungen führte nach den Erfahrungen der Unternehmen zunächst zu positiven Auswirkungen in Form sogenannter „weicher“ Faktoren wie z.B. Betriebsklima und Motivation, im Weiteren zu einem Rückgang der Arbeitsunfähigkeit und Fluktuationsrate. Die damit verbundene erhöhte Anwesenheitsquote der Beschäftigten senkt entsprechend die Belastungen

durch Mehrarbeit bei den anwesenden Mitarbeitern, verbessert die Planbarkeit der Prozesse, senkt Fehlerquoten und Nachbesserungsbedarf und erhöht somit insgesamt die Produktivität.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Befragung von Unternehmen, die einen vom Management getragenen Prozess betrieblicher Gesundheitsförderung durchführen, lässt sich die generelle Schlussfolgerung zie-



Vor allem in der Branche „Dienstleistungen“, in der Unternehmen des öffentlichen Dienstes und des Gesundheitswesens dargestellt sind, wird der Kategorie „erhöhte Kundenzufriedenheit“ eine zentrale Bedeutung für verbesserte Wettbewerbsfähigkeit und Unternehmenssicherung eingeräumt. Ähnliches gilt auch für die Branche „Handel, Gastgewerbe, Verkehr“. Gesundheitsförderung steigerte nach den Erfahrungen dieser Unternehmen über verbesserte innerbetriebliche Kommunikationsprozesse und insbesondere über ein besseres Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, die sich ihrerseits positiv auf den Umgang mit Kunden sowie die Dienstleistungs- und Beratungsqualität auswirkt und letztlich die Kundenzufriedenheit erhöht.

Beispiele für messbaren wirtschaftlichen Nutzen

Zusätzlich wurde in der Dokumentation nach Zahlen gefragt, aus denen sich ein monetärer Erfolg ableiten lässt. Gefragt wurde z.B. nach Einsparungen bei der Lohnfortzahlung, nach „erzielten Gewinnen“ durch Produktivitätssteigerungen und nach einer Einschätzung der Kennzahl „Return on Investment“ (ROI). Dabei wurde einerseits deutlich, dass die Einsparmöglichkeiten und Produktivitätssteigerungen aufgrund von Gesundheitsförderungsprozessen in den Unternehmen vielfach noch nicht konsequent berechnet werden. Auf der anderen Seite äußerten sich rund 10 % der befragten Unternehmen zu konkreten Einsparungen bei der Lohnfortzahlung.

hen: Betriebliches Gesundheitsmanagement wirkt! Die von den Unternehmen beschriebenen, im eigenen Arbeitsumfeld erlebten Wirkungsketten machen die Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung sowohl für die Belegschaft als auch für den Unternehmenserfolg sehr konkret und nachvollziehbar.

Es wäre wünschenswert, wenn solche erfolgreichen Praxismodelle weiter Schule machen und zunehmend Unternehmensleitungen - im Bewusstsein ihrer Verantwortung und ihrer Möglichkeiten - daran gehen, gemeinsam mit ihrer Belegschaft und ihrem Führungsstab das Thema Gesundheit dauerhaft im eigenen Haus zu integrieren. Denn noch gibt es angesichts des gewaltigen Potenzials von rund 3 Millionen Betrieben in Deutschland viel zu wenige solcher ermutigenden Beispiele.

Roland Kraemer

Die Dokumentation „Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen“ finden Sie unter www.aok-gesunde-unternehmen.de

Suchtprävention

Rauchfreie Krankenhäuser / Sponsoring durch die Tabakindustrie / Maßnahmen der Alkoholprävention

Rauchfreie Krankenhäuser - Ein Modell mit Zukunft

Nach wie vor gehört das Rauchen zu den größten gesundheitlichen Risikofaktoren. Präventive Maßnahmen sind deshalb mehr denn je gefragt. Das Europäische Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser will nachhaltige Tabakprävention betreiben.

Die schädlichen Gesundheitsfolgen regelmäßigen Nikotinkonsums sind allgemein bekannt. Diese Einsicht scheint inzwischen auch bei einem Großteil der Raucher/innen angekommen zu sein. Laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung haben immerhin 45 Prozent der Raucher/innen die Absicht, das Rauchen aufzugeben. Inzwischen gibt es eine große Anzahl unterschiedlicher Anti-Rauch-Kampagnen. Im Bereich der Tabakprävention setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Settings Raum für gezielte Interventionen bieten. Das Setting Krankenhaus ist in diesem Zusammenhang bislang wenig in Erscheinung getreten. Das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser baut als Kooperationspartner des 1999 gegründeten European Network for Smoke-free Hospitals derzeit ein Netz Rauchfreier Krankenhäuser in Deutschland auf.

Dringender Bedarf an Rauchfreien Krankenhäusern

In Krankenhäusern wird nach wie vor viel geraucht. Nach Angaben des Deutschen Net-

zes gesundheitsfördernder Krankenhäuser rauchen etwa 40 Prozent des Pflegepersonals und 20 Prozent der Ärzte. Der Anteil der rauchenden Patient/innen ist erschreckend hoch. 26 Prozent von ihnen geben an, während ihres Krankenhausaufenthaltes zu rauchen. Die Etablierung rauchfreier Krankenhäuser ist in der Politik auf offene Ohren gestoßen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marion Caspers-Merck unterstützt das Vorhaben und steht als Schirmherrin zur Verfügung.

Rauchfreie Krankenhäuser müssen sich dem umfangreichen Kodex des europäischen Netzwerkes verpflichten. Im Mittelpunkt der Aktivitäten stehen Nichtraucherschutz und Tabakprävention bei Patient/innen und Mitarbeiter/innen. Erklärtes Ziel ist es, den Tabakkonsum langfristig aus europäischen Krankenhäusern zu verbannen. Dieser Anspruch scheint sich als Mammutaufgabe zu entpuppen. Im Gegensatz zu Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche müssen hier Zielgruppen erreicht und bedient werden, die bereits über einen langen Zeitraum rauchen. Häufig werden chronische Erkrankungen behandelt, deren Ursache ein langjähriger Nikotinkonsum ist. Gerade einmal 30 Prozent der rauchenden Patient/innen würden ihre Sucht gerne beenden.

Das Krankenhaus als Teil der Kommune

Zukünftige rauchfreie Krankenhäuser müssen Anforderungen erfüllen, die im europäischen Kodex festgehalten sind. So sollen alle Entscheidungsträger/innen der Klinik in entsprechende Aktivitäten eingebunden werden. Ein Strategie- und Maßnahmenplan soll für die jeweiligen Häuser spezifische Umsetzungsmöglichkeiten festlegen. Neben Schulungsprogrammen für Mitarbeiter/innen - etwa zur Problematik „Umgang mit Rauchern“ - müssen Tabakentwöhnungsprogramme für Personal und Patient/innen Berücksichtigung finden. Laut Kodex ist es besonders wichtig, dass die Regelungen und Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens auch mit entsprechenden Präventionsaktivitäten im Umfeld des Krankenhauses abgestimmt werden. Das Krankenhaus wird dabei als Teil der Kommune verstanden. Der europäische Leitfaden zur Schaffung rauchfreier Krankenhäuser empfiehlt hier eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Kommune. Aufhörwillige Raucher bedürfen, so der Leitfaden, einer Betreuung durch eine Bezugsperson, mit der sie sich in den ersten drei Monaten einmal pro Woche treffen sollen. An der Relevanz dieser Intervention besteht sicherlich kein Zweifel. Doch erscheint es fragwürdig, ob sich diese komplexen Maßnahmen vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen implementieren lassen. Sicher: Integrierte Versorgung, Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder Disease Management-Programme sind Schlagwörter, die für eine Neuorientierung des deutschen Gesundheitswesens stehen. Doch scheitern entsprechende Vorhaben all zu oft an den sich blockierenden Steuerungsinstrumenten bundesdeutscher Gesundheitspolitik. Wie also kann die Lücke geschlossen werden? Welche Perspektiven bietet das Setting Krankenhaus? Wie kann das ehrgeizige Projekt „Rauchfreies Krankenhaus“ Wirklichkeit werden?

Neue gesundheitspolitische Optionen?

Im Rahmen des inzwischen gescheiterten Präventionsgesetzes sollten Setting-Maßnahmen gefördert werden. Im Entwurf zum Präventionsgesetz war vorgesehen, entsprechende Gelder auf Landesebene zur Verfügung zu stellen. Die sozialen Präventionsträger sollten mit den in den Ländern und Kommunen für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Stellen gemeinsame und einheitliche Leistungen

erbringen. Im Kommentar zum Gesetzesentwurf waren Krankenhäuser explizit als gesundheitsförderndes Setting genannt. Leider kann nun eine entsprechende Förderung nicht stattfinden. Das Modellprojekt „Aufbau eines Netzes Rauchfreier Krankenhäuser“ wird jedoch seit Juli 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert. Dieser Schritt ist richtig und wichtig, gehören doch Krankenhäuser zu den personalintensivsten Dienstleistungsbereichen Deutschlands. Entsprechende Programme für Mitarbeiter/innen haben vor allem primärpräventiven Charakter. Anders sieht es bei den Patient/innen aus. Überwiegend chronische Erkrankungen und damit verbundene Tabakentwöhnungsmaßnahmen müssen im Mittelpunkt sekundär- und tertiärpräventiver Bemühungen stehen. Trotz rechtlicher Hindernisse erscheint es in diesem Zusammenhang sinnvoll und zukunftsweisend, die Ver-

bindung von Präventionsmaßnahmen, Disease-Management-Programmen und integrierter Versorgung herzustellen.

Der diesjährige Weltnichtrauchtag steht unter dem Motto „Schluss mit süchtig! - Wir helfen Rauchern. Die Gesundheitsberufe.“ Dabei sollen Vertreter/innen der Gesundheitsberufe als Multiplikatoren wirken. Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Apotheker etc. kennen den gesundheitlichen, aber auch therapeutischen Nutzen der Rauchfreiheit. Als Gesundheitsexperten, so die Argumentation, übernehmen sie aktiv gesellschaftliche Verantwortung, indem sie sich für eine rauchfreie Umwelt engagieren. Leider geht aber mit dem Wissen über die gesundheitsschädigende Wirkung des Tabakrauchens nicht zwangsläufig eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens einher. Davon zeugt der hohe Anteil des rauchenden Personals in Krankenhäusern.

Erste Rauchfreie Krankenhäuser gehen an den Start

Im August erhielten zwei Berliner und Brandenburger Krankenhäuser die ersten Zertifikate im Rahmen des Modellprojektes „Aufbau eines Netzes Rauchfreier Krankenhäuser“. Anlässlich der Verleihung betonte Marion Caspers-Merck, dass Nichtrauchen in Deutschland - insbesondere in Krankenhäusern - zum Normalfall werde müsse. Ein erster wichtiger Schritt ist mit der Zertifizierung der Berliner und Brandenburger Kliniken absolviert. Es bleibt zu hoffen, dass andere Kliniken diesem Beispiel folgen und wir in Deutschland in absehbarer Zeit auf eine rauchfreie Krankenhauslandschaft blicken können.

Fabian Engelmann

Initiative „Gegen Sponsoring durch Tabakindustrie!“

Berlins Gesundheitsssenatorin Heidi Knake-Werner unterstützt Initiative gegen Sponsoring der Tabakkonzerne.

Tabakkonzerne versuchen, durch gezieltes Sponsoring ihr gesellschaftliches Image zu verbessern. Sie unterstützen durch finanzielle Hilfen Gruppen, die im Mittelpunkt ihrer Vermarktungsinteressen stehen. Die Vermarktung von Tabakprodukten war in den vergangenen Jahren bei Jugendlichen, Frauen und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen sehr erfolgreich. Gleichzeitig werden Gruppierungen angesprochen, die sich besonders

wirksam gegen das Rauchen aussprechen könnten: Politik, Wissenschaft, Kunst.

Alarmierend ist, dass jährlich etwa 140.000 Menschen an den Folgen des Rauchens sterben. Sponsoring der Tabakkonzerne lenkt von dieser erschreckenden Tatsache gezielt ab. Das 2000 in Berlin gegründete Forum Rauchfrei will dieser Entwicklung entgegenwirken. Mit der Initiative „Gegen Sponsoring in der Tabakindustrie“ will das Forum Rauchfrei erreichen, dass möglichst viele Verbände, Organisationen, Initiativen und Regierungsorganisationen Sponsoringgelder der Tabakindustrie zurückweisen und sich dem Kodex

anschließen. Dass dieser Schritt geboten ist, zeigen die Veröffentlichungen im Spiegel: Auch Gesundheitswissenschaftler in Deutschland haben sich jahrelang in gefährlicher Nähe zur Tabakindustrie begeben. Die Initiative findet prominente Unterstützung. Zu den Unterzeichner/innen gehört nun auch Berlins Gesundheitsssenatorin Heidi Knake-Werner und mit ihr der gesamte Vorstand von Gesundheit Berlin. Bereits seit 2001 besteht hier ein Sponsoring-Kodex.

www.gesundheitberlin.de → über uns
www.forum-rauchfrei.de

Wettbewerb: Vorbildliche Maßnahmen der Alkoholprävention gesucht

Alkoholprävention ist der Schwerpunkt des jetzt gestarteten 3. Wettbewerbs zur kommunalen Suchtprävention. Durch den Wettbewerb soll der verharmlosende Einstellung zum Alkoholkonsum entgegengewirkt werden. Gleichzeitig geht es darum, eine realistische Wahrnehmung der Folgen missbräuchlichen Alkoholkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen zu fördern. Ziel des Wettbewerbs ist es, vorbildliche Maßnahmen in den verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern der Alkoholprävention ausfindig und bekannt zu machen.

Die Initiative zu dem Wettbewerb wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marion Caspers-Merk ergriffen, um die Bedeutung der Suchtprävention auf kommunaler Ebene hervorzuheben und zu fördern.

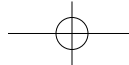
Der Wettbewerb wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung der Kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Landkreistag) und in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt. Betreut wird der Wettbewerb vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu).

Alle deutschen Städte, Kreise und Gemeinden sind zur Teilnahme eingeladen. Teilnahmeberechtigt sind außerdem Kommunalverbände sowie die Träger der kommunalen Selbstverwaltung in den Stadtstaaten. Präventionsaktivitäten Dritter (z.B. Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Betriebe, Selbsthilfegruppen und andere private Initiativen) sind willkommen; sie können jedoch aus-

schließlich als Bestandteil der Bewerbung einer Kommune berücksichtigt werden.

Eine von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Abstimmung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berufene Jury bewertet die Wettbewerbsbeiträge. Die BZgA stellt ein Preisgeld von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen weitere 10.000 Euro für Maßnahmen zur „Alkoholprävention für arbeitslose Jugendliche und Erwachsene“.

Bewerbungsschluss: 15. Dezember 2005
Ina Kaube (Wettbewerbsbüro): Telefon: (030) 39 00 11 31, Mail: kaube@difu.de
Deutsches Institut für Urbanistik (Difu), Wettbewerbsbüro Alkoholprävention,
Postfach 12 03 21, 10593 Berlin



Patienteninteressen

Quo vadis § 65 b SGB V? / Krankenhaus der Zukunft / Weltkonferenz / Bündnis Patientensicherheit / Arbeit und Gesundheit / gesundheitsziele.de / Kongress für Versorgungsforschung / Medikamentensammlung

bezieht sich nicht nur auf die Erarbeitung einheitlicher Qualitätsstandards, die die unabhängige Patientenberatung im Gespräch, am Telefon im Internet, bei der Informationsgewinnung etc. auszeichnen wird. Um Patient/innen ein selbstbestimmtes Handeln und die kritischere Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen, bedarf es weiterer, am Versorgungsalltag orientierter Beratungs- und Informationsmodule. Auch hier herrscht vornehmlich noch Vielfalt. Was dabei spezifische Stärken der verschiedenen Ansätze sind, muss zielgruppengerecht heraus gearbeitet werden, und verbleibt als wichtige Aufgabe für die nächste Förderphase.

Entsprechend fokussiert die neue Ausschreibung der Spitzenverbände der GKV auf die Förderung eines Modellverbundes, in dem zentrale Themen der unabhängigen Patientenberatung gemeinsam bearbeitet werden. Ob dadurch tatsächlich der fachliche Wettbewerb erfolgreicher Beratungskonzepte gefördert wird, bleibt abzuwarten. Die Verhandlungen um die Modellverbünde sind leider geprägt durch die interne Logik und Verbandsegoismen der beteiligten Träger. Die Formulierung dieser spezifischen Konzepte wird sicher einer der großen Gewinne der Ausschreibung sein. Die Möglichkeit, nach zu verhandeln und ggf. neue Konstellationen zusammenzustellen, haben sich die Förderer ja schon vorab offen gelassen.

Es bleibt jedoch die Frage, die zentral für die gelungene, nachhaltige Verankerung der unabhängigen Patientenberatung sein wird: Wie muss das Angebot Patient/innen helfen, den differenzierten und kaum transparenten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen zu begegnen. Dies bezieht sich nicht nur auf spezielle Themen wie die Unterstützung von Patient/innen im Fall eines Behandlungsfehlers oder neuer Formen des Wettbewerbs, die sich im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung eröffnen. Es bedarf angemessener, bedarfsorientierter Konzepte damit Patient/innen auch bei der Wahl gesundheitlicher Leistungen auf unabhängige Beratung zurückgreifen können.

Der neuen Ausschreibung zum § 65 b SGB V liegt das Verständnis eines nutzerorientierten, auch für bislang kaum erreichte Zielgruppen (u.a. sozial Benachteiligte, Migrant/innen) attraktiven, qualitativ hochwertigen Angebotes zugrunde. Damit wird für die unabhängige Patientenberatung die Chance zu einem „großen Wurf“ eröffnet, der sich merklich an den erfolgreichen Konzepten der Patientenberatung in Großbritannien und

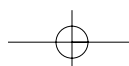
Ein Masterplan für Visionen unabhängiger Patientenberatung? Quo vadis § 65 b SGB V?

„Nach annähernd 4 Jahren Modellförderung wissen wir wesentlich mehr über die unabhängige Patientenberatung“, so Erwin Dehlinger vom AOK-Bundesverband, der federführend für die Spitzenverbände der GKV die Umsetzung des § 65 b SGB V betreibt. Auch Marie-Luise Dierks von der medizinischen Hochschule Hannover bescheinigte für die wissenschaftliche Begleitforschung den Projekten gute Zufriedenheitswerte seitens der Klient/innen. „Insgesamt gelang eine erfolgreiche Implementierung und die Projekte trafen die Bedürfnisse der Nutzer/innen.“

Also durchaus Positives, was über die bisher geleistete Arbeit berichtet wurde. Die Bilanz wurde auf zwei Veranstaltungen präsentiert, zu der Bundespolitiker/innen geladen hatten, um über die Ergebnisse der Modellprojekte unabhängiger Patientenberatung zu informieren. Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, lud Vertreter/innen von Politik, Kostenträgern und unabhängiger Patientenberatung zum Fachgespräch; Helga Kühn-Mengel, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, informierte Abgeordnete der Regierungsfractionen über den Stand der Umsetzung des § 65 b SGB V.

Die positiven Eindrücke wurden mit Praxisbeispielen der unabhängigen Patientenberatung aus Herdecke, von norddeutschen Verbraucherzentralen, Patienteninfo-Berlin und krankheitsspezifischen Angeboten des Deutschen Krebszentrums und der Uni Leipzig (ab-server.de) untermauert. Wie schon im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigte die Diskussion jedoch, dass die hohen Potenziale und guten Ergebnisse einzelner Projekte noch nicht den Stellenwert der unabhängigen Patientenberatung im deutschen Gesundheitssystem bestimmen. Oder, wie Rolf Rosenbrock in der Diskussion sagte: „Es reicht nicht, dass der Laden voll ist“. Er forderte Hinweise auf die organisatorische Gesamtstruktur, mit der die unabhängige Patientenberatung zwischen den Strukturen von Leistungserbringern und Kostenträgern ihren originären Anteil zur Beratung der Patient/innen leistet.

Die große inhaltliche und organisatorische Vielfalt der geförderten Projekte der ersten Förderphase ermögliche zwar Hinweise auf Angebotsvielfalt und Einflussmöglichkeiten, die genutzt werden können. Die systematische trägerübergreifende Bearbeitung wichtiger Aufgaben steht jedoch noch aus. Das



den Niederlanden orientiert. Um das in Deutschland zu realisieren, bedarf es jedoch vielfältiger Kooperationen nicht nur zwischen allgemeiner Patientenberatung und spezifischen Beratungsangeboten, z.B. der Selbsthilfe, sondern auch mit anderen Anbietern von Beratungs- und Versorgungsleistungen.

Die Erfahrung von Patienteninfo Berlin zeigt, dass in Kooperationen mit unabhängigen und neutralen Patientenberatungsstellen wie der Verbraucherzentrale Berlin, des VdK, Koordinierungsstellen Rund ums Alter etc. eine solche Aufgabe angegangen werden kann. Im Ergebnis entstand mit breiter Beteiligung eine Internetplattform, die nicht nur unterschiedliche Anbieter zusammen führt, sondern auch Patient/innen und Verbraucher/innen Transparenz über Anbieterstrukturen verschafft. Dabei wurden neben telefonischen und internetgestützten Diensten auch Vor-Ort-Angebote für sozial Benachteiligte, und mit Unterstützung von Vivantes auch im Krankenhaus am Urban eröffnet. Ebenfalls auf den stationären Bereich zielt das Netzwerk der Berliner Patientenführer, die Patienteninfo-Berlin regelmäßig zu Erfahrungsaustausch und Fortbildung zusammenführt. Durch diese ehrenamtliche Struktur hat die unabhängige und neutrale Patienteninformation in nahezu allen Berliner Krankenhäuser Kooperationspartner vor Ort.

Damit steht Patienteninfo Berlin für den Aufbau eines erfolgreichen Verbundmodells der unabhängigen Patientenberatung. An dem begonnenen fachlichen Austausch zwischen den Partnern kann hoffentlich in der nächsten Förderphase angeknüpft werden, um einen Beitrag zur Schärfung des spezifischen Profils und der systematischen Weiterentwicklung der unabhängigen Patientenberatung zu leisten.

Carola Gold

Kongress Armut und Gesundheit

am 18. und 19. November 2005

PATIENTENORIENTIERTE INFORMATION UND BERATUNG WAS MÄCHT PATIENT/INNEN STÄRK?

FR | 11.30 Bedarfsgerechte Informationen – Chancen und Widerstände

»Vom passiven Leistungsempfänger zum aktiven Koproduzenten – Welche Informationen brauchen die Patient/innen?«

Bernhard Rudara, Universität Rieckfeld

»Patientenorientierte Information Eine Herausforderung an alle Akteure im Gesundheitswesen«

Helga Kühn-Mengel MdB, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, BfH

»Von der wissenschaftlichen Erkenntnis zur bedarfsgerechten Patienteninformation – Fallstricke und Widerstände«

Martina Dören, Klinisches Forschungszentrum Frauengesundheit der Charité Berlin

»Hat Patienteninformation Einfluss auf die Entscheidungsfindung und die Entwicklung der Gesundheitsversorgung?«

Diedrich Bühler, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg

Moderation:

Karin Stötzner, Patientenbeauftragte für Berlin, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V., Berlin

Henner Schellschmidt, Wissenschaftliches Institut der AOK – WIDO, Bonn

FR | 14.15 Empowerment als Herausforderung für patientenorientierte Beratung

»Kann unabhängige Patientenberatung die Patientensouveränität stärken? Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des § 65 b SGB V«

Marie Luise Diecks, Medizinische Hochschule Hannover

»Möglichkeiten und Grenzen der unabhängigen Patientenberatung aus Sicht der GKV«

Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband Dependance Berlin

»Darfs ein bisschen mehr sein? Nutzen und Grenzen von Empowerment«

Judith Storf, BAG der Patientinnenstellen, Bielefeld

»Bedarfsgerechte Beratungsstrukturen für sozial Benachteiligte – Erfahrungen von Patienteninfo Berlin«

Carola Gold, Gesundheit Berlin

Moderation:

Monika Ilcy, Technische Universität Berlin

Andreas Kniesche, SPD Bundestagsfraktion, Berlin

FR | 16.15 Selbstbewusste Patient/innen wählen Qualität

»Müssen Patienteninformationen evidenzbasiert sein, um Qualität zu haben?«

Bellina Berger, Universität Hamburg

»Wer Qualität wählen soll, muss sie auch erkennen können!«

Christoph Konrich, Verbraucherzentrale Hamburg e.V.

»Subjektiv erlebter Therapienutzen: Erfahrungen aus einer Online Befragung von Patient/innen mit Essstörungen«

Martin Grunwald, Deutsche Forschungsinitiative

Essstörungen e.V., Universität Leipzig

Moderation:

Ulrike Faber, Barmer Ersatzkasse, Berlin

Sylvia Sanger, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin

Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet

Es ist wahrscheinlicher an einem Behandlungsfehler in einem deutschen Krankenhaus zu sterben als durch einen Unfall im Straßenverkehr. Verantwortlich für die hohe Fehlerzahl in Krankenhäusern sind nach Ärztekammerpräsident Günther Jonitz im Wesentlichen drei Entwicklungen: der medizinische Fortschritt, die alternde Gesellschaft und der Sparzwang. Die Ärzte wagen therapeutisch heute mehr, was häufiger zu Komplikationen führt. Die Menschen werden immer älter und haben ein höheres Behandlungsrisiko. Der Effizienz- und Kostendruck im Gesundheitswesen ist der dritte große Fehlerleufel im System. Das neu gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. will dieser Entwicklung gegensteuern. Beteiligt am Aktionsbündnis Patientensicherheit sind unter anderem Patientenvertreter, Vertreter der Ärztekammern, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sowie Kranken- und Haftpflichtversicherungen.

Das Ziel des Aktionsbündnisses liegt in der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit. Ein wesentlicher Ansatz des Bündnisses besteht in der Bündelung der in Deutschland bereits existierenden Aktivitäten. Jonitz will auch eine neue Ära im Umgang mit medizinischen Fehlern einleiten. Nicht mehr „wer“ ist schuld, sondern „was“ ist schuld, sollte uns interessieren. Denn hinter dem Fehler eines Einzelnen stehen in der Regel Organisationsmängel, die man beheben kann. Entscheidend ist das Arbeitsklima in den Krankenhäusern.

Siehe auch S. 2

www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de

„Schlechte Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen gefährden Ihre Gesundheit“

Neu erschienener Fehlzeitenreport stellt den Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals in Deutschland schlechte Noten aus

Das Gesundheitswesen ist seit Jahren in der Diskussion. Dabei herrschen Schlagworte wie Kostenexplosion, Beitragssatzsteigerung oder Lohnnebenkosten vor, d.h. primär steht das Geld und nicht die Gesundheit im Vordergrund. Schon gar nicht geht es um die Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen, obwohl davon ja auch die Qualität ihrer Arbeit, also die Gesundheit der Patienten, abhängt. Wer weiß, wie viele Dekubitusgeschwüre entstehen, weil Pflegekräfte durch unzureichende Ausbildung oder Personalmangel überfordert sind, oder wie viele Behandlungsfehler auf übermüdete Ärzte zurückzuführen sind? „Schlechte Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen gefährden Ihre Gesundheit“ - das könnte man als Warnung für Patienten über die Klinikportale schreiben. Der neue Fehlzeitenreport behandelt also ein ebenso wichtiges wie aktuelles Thema, zumal die gegenwärtigen Reformen auch an den Arbeitsbedingungen der mehr als 4 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht spurlos vorbeigehen.

Der Band hat wie in den Vorjahren zwei Teile: im ersten Teil geht es um das Schwerpunktthema Gesundheitswesen, im zweiten Teil um die Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK in allen Branchen. In einem einführenden Kapitel werden die Struktur des Gesundheitswesens und die quantitative Entwicklung der verschiedenen Berufsgruppen dargestellt. Die

ser Abschnitt ist zwar durchaus informativ, aber man hätte sich etwas mehr analytische Bearbeitung der Daten gewünscht. Wenn z.B. schon der hohe Frauenanteil unter den Beschäftigten thematisiert wird, wäre es doch ebenfalls von Interesse gewesen, etwas über den sehr geringen Frauenanteil in Leitungsfunktionen zu erfahren. Sehr interessant ist ein Beitrag über eine vergleichende Studie zu Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals in Europa - sozusagen eine Art Pflege-PISA. Wie schon bei den Schulen, so schneidet Deutschland auch bei den Krankenhäusern nicht besonders gut ab.

Insgesamt bietet der Band vielfältiges Datenmaterial und auch einige Anregungen für Projekte des Gesundheitsmanagements. Hier ist vor allem ein Beitrag hervorzuheben, der über Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der beruflichen Ausbildung berichtet - ein wichtiger und vor allem mit Blick auf den ambulanten Sektor arbeitsschutzpolitisch nach wie vor vernachlässigter Interventionsbereich. Der Band ist wie auch seine Vorgänger zu empfehlen, die Lektüre lohnt sich und vor allem die umfangreiche Datensammlung ist eine hilfreiche Ergänzung der Literatur zu diesem Thema.

Joseph Kuhn

Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. ISBN 3-540-21353-8, Berlin, Heidelberg 2005, 513 Seiten. Preis: 29,95 Euro.

gesundheitsziele.de

Das Projekt gesundheitsziele.de verankert mit seiner Arbeit Gesundheitsziele als Instrument und gibt den partizipativen Verfahren der Gesundheitszieldefinitionen ein verlässliches Forum und einen Handlungsrahmen. Seine Aufgabe ist es, im Konsens und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse exemplarische Gesundheitsziele zu entwickeln, zu priorisieren, Empfehlungen an die Politik zu formulieren, im Rückgriff auf die Selbstverpflichtung der Akteure Umsetzungscentren anzustoßen.

Unter der Rubrik Maßnahmen und Erfahrungen veröffentlichten Carola Gold, Raimund

Geene und Tülin Duman den Beitrag „Netzwerkbildung und selbstlernende Systeme: Erfahrungen für die Umsetzung der Ziele zur Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz, Stärkung der Patientensouveränität“. Darin wird das Internetportal patienteninfo-berlin.de als eines von 24 Modellprojekten unabhängiger und neutraler Patientenberatung gemäß § 65 b SGB V zur mediengestützten Patientenberatung und -information beschrieben.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.: gesundheitsziele.de. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, Berlin 2005. 287 S. - ISBN 3-89838-065-3

4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Im Mittelpunkt des 4. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung stand die Frage, wie die Gesundheitsversorgung in Deutschland in den kommenden Jahren organisiert werden kann. Dies soll vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung, wissenschaftlich-technischer Entwicklungspotenziale in der Medizin und der Rahmenbedingungen für Versorgungsstrukturen geschehen. Die Plenarveranstaltungen setzten sich unter anderem mit den Themen Bedarfsgerechtigkeit, Innovation, Systemgestaltung aus der Sicht der Medizin, der Kostenträger, der Gesundheitswissenschaften und der Patienten und Versicherten oder Gesundheitsversorgung im vereinten Europa auseinander.

Der 4. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung wurde in Verbindung mit den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für medizinische Soziologie durchgeführt.

Informationen unter:
www.zukunft-gesundheitsversorgung.de

6. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung

Im August 2005 fand in Bangkok die 6. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung statt. Unter dem Konferenzmotto „Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“ wurde die Tradition der Konferenzen von Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) und Mexiko-City (2000) fortgeführt. Die Konferenz stellte somit ein wertvolles Diskussionsforum dar, in dem die Bedeutung und Effektivität der Gesundheitsförderung für Entwicklungsländer wie für entwickelte Länder betont wurde. So kam auch die Mehrzahl der ca. 700 Teilnehmer/innen aus Asien und Afrika. Die Thailändischen Gastgeber führten die Teilnehmer/innen in ihre ausgiebigen Gesundheitsförderungsprogramme ein. Thailand hat z.B. eine Gesundheitsförderungstiftung, die aus den Steuergeldern („sin tax“) für Alkohol und Tabak finanziert wird.

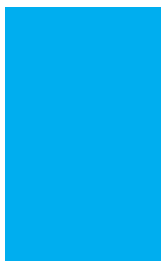
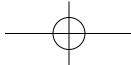
Im Zentrum des Kongresses standen globalisierungsbedingte Determinanten von Gesundheit. Professor Michael Marmot - der Vorsitzende der neuen WHO-Kommission zu den sozialen Faktoren der Gesundheit - unterstrich, dass es nicht hinnehmbar sei, dass die Lebenserwartung innerhalb der Staaten um bis zu 20 Jahren und zwischen Staaten sogar um 48 Jahre variiert. Dies sei im Wesentlichen auf soziale Faktoren zurück-

zuführen. Um Ursachen besser zu verstehen und Lösungsansätze zu skizzieren, fanden Veranstaltungen zu den unterschiedlichsten Gesundheitsthemen statt: Stadtentwicklung und Gesundheit, Gesundheit von marginalisierten Bevölkerungsgruppen, Genderaspekte in der Gesundheitsförderung und Psychische Gesundheit.

Zum ersten Mal wurde den Auswirkungen der Globalisierung auf Gesundheit ein großer Raum eingeräumt: Armut, Handelsabkommen, Außenpolitik, globale Regulierung gesundheitsschädlicher Produkte, corporate social responsibility und globale Arbeitsteilung waren Thema intensiver Diskussion. Am Ende der Konferenz verabschiedeten die Teilnehmer/innen die „Bangkok Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt“, die die Bedeutung von Gesundheitsförderung in einem neuen globalen Kontext aufzeigt und u.a. dazu auffordert, die Möglichkeit eines globalen Gesundheitsabkommens zu prüfen.

Ilona Kickbusch

Weitere Informationen unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
-----> Aktuelles



Termine

„Volles Recht auf Spunk und Spiel“

Mitmachausstellung für Familien zum Thema „Spielen - ein Kinderrecht“
Bis 12. März 2006
Ort: Labyrinth Kindermuseum Berlin, Osloer Str. 12, 13359 Berlin
Infos und Anmeldung unter: (030) 49 30 89 01 oder www.labyrinth-kindermuseum.de

Tagung: Was heißt denn schon normal? - Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung in Genetik und Gesellschaft

Veranstalter: Zentrum für Gesundheitsethik
Donnerstag, 6. bis Freitag, 7. Oktober 2005
Ort: Hanns-Lilje-Haus, Hannover
Kontakt: www.zfg-gesundheitsethik.de

Fortbildung zum A.C.T.-Kursleiter (Activational Competency Training auf Basis des Kompetenz/Selbstwirksamkeits-Ansatzes)

Gesundheitsberatung Köln e.V.
Samstag 8. und Sonntag 9. Oktober 2005
Ort: Melchiorstraße 21, 50670 Köln
Gesundheitsberatung.Koeln@t-online.de
Info:www.gbk.de

Therapiekongress für Frauen

Wie wird die Seele heil? Bedingungen für die psychische Gesundheit von Frauen
Samstag, 8. bis Montag 10. Oktober 2005
Ort: Schweinfurt, Kongresszentrum
Info: therapiekongress-fuer-frauen.de

„Schwachtes Alter? Starkes Alter? Neues Alter(n)?!“

Open Space Konferenz
Dienstag, 11. Oktober 2005
Info und Anmeldung: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 50 00 52
Fax: 05 11 / 3 50 55 95
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

XVIII. Wirtschaftsethisches Forum: Nächstenliebe im Wettbewerb

Die Pflege als Wachstumsmarkt für die Kirchen
Mittwoch, 12. Oktober 2005
Ort: Haus des Bundesverbandes der Caritas, Berlin
Infos: www.eaberlin.de,
Telefon (030) 20 35 54 00

Wertvolle Kinder - Vermeidet Familienförderung Kinderarmut?

Montag, 17. Oktober 2005
Ort: Französische Friedrichstadtkirche
Infos: www.eaberlin.de,
Telefon (030) 20 35 54 00

Wanderausstellung Lokales Soziales Kapital (LSK Berlin)

Montag, 17. bis Freitag, 28. Oktober 2005
Ort: Rathaus Neukölln, Karl-Marx-Str. 83,12040 Berlin, 2. Foyer im Altbau
Kontakt: Christoph Lang,
Telefon (030) 90 13 74 18

Fachtagung: Lärminderungs- und Luftreinhalteplanung

Montag, 17. bis Dienstag, 18. Oktober 2005
Ort: Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin
Kontakt: Deutsches Institut für Urbanistik, Doris Becker, Fax (030) 39 00 12 41, Mail dbecker@difu.de

2. Berliner Symposium „Geschlechterforschung in der Medizin“

Freitag, 21. Oktober 2005
Deutsches Herzzentrum Berlin
Info: Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), Charité - Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 65, 10117 Berlin,
Telefon (030) 450 539089, Mail judith.fuchs@charite.de

30-jähriges Jubiläum der Deutschen Rheuma-Liga

Freitag, 21. Oktober 2005, ab 14 Uhr
Feier im Roten Rathaus

2. Internationaler Fachtag Hepatitis C

Freitag, 21. und Samstag 22. Oktober 2005
AKH Wien, Währingergürtel 18-20, 1090 Wien
Hörsaalzentrum, Ebene 07
www.hepatitisCfachtag.org

Bundesweite Lehrerfachtagung in Paderborn:

„Schule und Lebensqualität - Konzepte für die Praxis“
Samstag, 22. Oktober 2005
Ort: Audimax der Universität Paderborn, Warburger Str. 100, 33098 Paderborn
Anmeldung: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung Deutschland e.V. (UGB), Sandusweg 3, 35435 Wettenberg/Gießen, Telefon (06 41) 80 89 60, anika.kuehn@ugb.de
Info: www.netzwerk-gesunde-ernaehrung.de

Bundeskongress 2005: Sozialarbeit im Gesundheitswesen - Kontinuität und Wandel

Donnerstag, 27. und Freitag 28. Oktober 2005
Ort: Kurfürstliches Schloss Mainz
Kontakt: DVSG-Geschäftsstelle, Kaiserstraße 42, 55116 Mainz, Telefon (0 61 31) 22 24 58, info@dsvg.org, www.dsvg.org

Seminar: Im Team zum Erfolg?! Team-Entwicklung

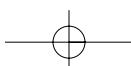
Freitag, 28. bis Sonntag, 30. Oktober 2005
Ort: Heimvolkshochschule am Seddiner See
Info: www.hvhs.seddinersee.de

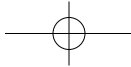
Podiumsveranstaltung: „Die Risiken der Münchner“

Montag, 31. Oktober 2005, 19 Uhr
Ort: München
Info: www.gsf.de

Wanderausstellung Lokales Soziales Kapital (LSK Berlin)

Montag, 31. Oktober bis
Freitag, 11. November 2005
Ort: Lindencenter, Prerower Platz 1, 13051 Berlin
Kontakt: Christoph Lang,
Telefon (030) 90 13 74 18





Termine

Info_Dienst für Gesundheitsförderung 3_05

Die Zukunft der Liebesfähigkeit - Aussichten einer kinderarmen Gesellschaft - Mutterliebe - Elternliebe

Samstag, 5. November 2005
 Ort: Antroposophisches Zentrum, Kassel
 Kontakt: GfG Bundesverband e.V., Antwerper Str. 43, 13353 Berlin
 Telefon 030-45 02 69 20, Fax: 030-45 02 69 21, E-Mail: gfg@gfg-bv.de

Thema: „Wer heilt hat Recht“ - Wann und wie misst sich Erfolg in der Medizin

Veranstalter: Zentrum für Gesundheitsethik
 Montag, 7. bis Mittwoch, 9. November 2005
 Ort: Ev. Akademie Loccum

Fachmesse: ConSozial 2005

Mittwoch, 9. und Donnerstag, 10. November 2005
 Ort: Nürnberg, Messezentrum
 Info: www.consozial.de

EUPHA Konferenz

Thema: Die Verbindung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung: Perspektiven, Politik, Forschung und Ausbildung
 Donnerstag, 10. bis
 Samstag 12. November 2005
 Ort: Graz
 www.eupha.org

DHS-Fachkonferenz SUCHT 2005: Früherkennung und Frühintervention

Montag, 14. bis Mittwoch 16. November 2005
 Tagungsort: Berlin
 Information und Anmeldung: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Westenwall 4, 59065 Hamm, Telefon (0 23 81) 90 15-0, Mail kaldewei@dhs.de, www.dhs.de

Wanderausstellung Lokales Soziales Kapital (LSK Berlin)

Montag, 14. bis Montag, 28. November 2005
 Ort: Rathaus Spandau, Carl - Schurz - Str. 2/6, 13597 Berlin
 Kontakt: Christoph Lang, Telefon (030) 90 13 74 18

Fachtagung: Gesundheitsförderung im Kindergarten

Dienstag, 15. November 2005, 9 bis 16.15 Uhr
 Fortbildungszentrum der Ärztekammer, Bad Segeberg
 Veranstalter: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Schleswig-Holstein, Telefon (04 31) 9 38 59, Mail: lv.gesundheit@t-online.de, www.lv-gesundheit-sh.de

Satellitenveranstaltung Mehr Gesundheit für alle - Jetzt erst recht!

Donnerstag, 17. November 2005
 Rathaus Schöneberg,
 John-F.-Kennedy-Platz, 10820 Berlin
 Informationen unter
 Telefon (030) 44 31 90 60
 www.gesundheitberlin.de

11. Kongress Armut und Gesundheit

Freitag, 18. November bis
 Samstag, 19. November 2005
 Rathaus Schöneberg,
 John-F.-Kennedy-Platz, 10820 Berlin
 Informationen unter
 Telefon (030) 44 31 90 60
 www.armut-und-gesundheit.de

Internationaler Kongress: Health Care and Quality - Challenges of Gender Equality and Consumer Involvement

Donnerstag, 17. bis
 Freitag, 18. November 2005
 Berlin
 Kontakt: www.health-quality-gender.de

The 9th International Hepatitis C Conference

Mittwoch, 16. bis
 Freitag, 18. November 2005
 in Berlin
 Informationen:
 Dirk.Schaeffer@dah-aidshilfe.de

6. Berliner Präventionstag

Donnerstag, 24. November 2005
 Kontakt: www.berlin-gegen-gewalt.de, Telefon (030) 90 26 52 53

Fachtagung zu „Migrantensensible Studiendesigns in der Epidmeiologie“

Freitag, 25. November 2005
 RKI, Seestraße 10, Berlin
 Info: www.epiberlin.de/fachtagung

Nationaler Präventionskongress in Deutschland der DVGPH und der DGPH

Donnerstag, 1. und
 Freitag 2. Dezember 2005
 Dresden
 Anmeldung: cstolz@intercom-dresden.de

Tagung „Kultursensible Altenpflege-Ausbildung“

Freitag, 2. Dezember 2005
 Evangelische Fachhochschule Hannover
 Telefon (05 11) 53 01-150/109,
 Mail: hellige@efh-hannover.de

Ehrenamtliche im Krankenhaus: Eine Chance für Patientinnen und Patienten?

Samstag, 5. Dezember 2005
 Ort: Französische Friedrichstadtkirche
 Infos: www.eaberlin.de,
 Telefon (030) 20 35 54 00

Miteinander Zusammenleben gestalten

Bundesweite Vorbereitungswoche zur interkulturellen Woche/ Woche der ausländischen Mitbürger 2006
 Freitag, 3. und Samstag, 4. Februar 2006
 Ort: Französische Friedrichstadtkirche
 Infos: www.eaberlin.de,
 Telefon (030) 20 35 54 00

Turnschuh-Prämie

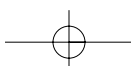
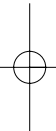
Prävention und die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit
 Freitag, 10. und Samstag, 11. Februar 2006
 Ort: Schwanenwerder, www.berlin-schwanenwerder.de
 Infos: www.eaberlin.de,
 Telefon (030) 20 35 54 00

„Dein Alter sei wie deine Jugend“: Perspektiven für die Pflege in Europa

Freitag, 17. bis Sonntag, 19. März 2006
 Ort: Schwanenwerder, www.berlin-schwanenwerder.de
 Infos: www.eaberlin.de,
 Telefon (030) 20 35 54 00

14th International Conference on Health Promoting Hospitals

24. bis 26. Mai 2006
 Palanga, Litauen
 Info: www.hph-hc.cc



Info_Dienst für Gesundheitsförderung 3_05

ARBEITSKREISTERMINE

AK Patientenfürsprecher/innen

Montag, 17. Oktober 2005,
15:00 Uhr
Ort: Gesundheit Berlin,
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreis Altern und Gesundheit

Dienstag, 18. Oktober 2005,
16 Uhr
Ort: Gesundheit Berlin,
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Arbeitskreis Gesunde Schule

Titel: „Schulprojekte - Bestandsaufnahme
der Erfolge und Widerstände,“
Montag 24. Oktober 2005,
17 bis 19 Uhr (s. t.),
Ort: noch unbekannt

Arbeitskreis Migration und Gesundheit

Mittwoch, 26. Oktober 2005,
17 Uhr
Ort: Gesundheit Berlin,
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Arbeitskreis Prävention von Kinderunfällen

Montag, 1. November 2005,
15:00 Uhr
Ort: Gesundheit Berlin,
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Arbeitskreis Bewegung und Ernährung

Mittwoch, 2. November 2005
Ort: Gesundheitszentrum (2. Etage)
Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80, 13086 Berlin

Arbeitskreis Kind und Familie

Freitag, 4. November 2005,
9-11 Uhr
Ort: Neuhland,
Nikolsburger Platz 6, 10717 Berlin
Schwerpunkt „Frühe Kindheit“

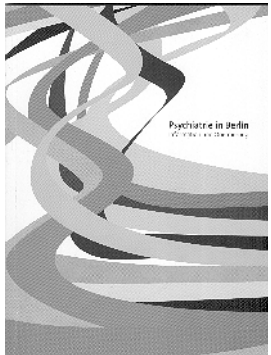
AK Betriebliche Gesundheitsförderung

Dienstag, 6. Dezember 2005
Ort: Techniker Krankenkasse,
Landesvertretung Berlin und Brandenburg,
Alte-Jakobs-Straße 81/ 82, 10179 Berlin,
6. Stock, Sitzungsraum

Publikationen

Wegweiser „Psychiatrie in Berlin - Information und Orientierung“

Der Wegweiser Psychiatrie in Berlin bietet einen Überblick über das Angebot psychiatrischer Hilfen im Land Berlin. Im ersten Teil wird der Leser mit den Inhalten, Zielen und zentralen Begriffen in der Psychiatrie vertraut gemacht. Es werden Zusammenhänge aufgezeigt und Erklärungen zu den einzelnen „Bausteinen“ des Hilfesystems gegeben.

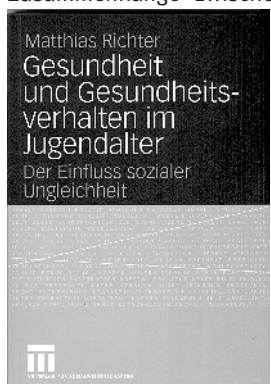


Der Bezirksteil enthält einen Überblick über Einrichtungen und Dienste zur Behandlung, Betreuung, Pflege und Notfallversorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung.

Die Broschüre kann kostenlos unter <http://www.berlin.de/sengessozv/psych/index.html> heruntergeladen werden.

Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter

Über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter ist bislang nur sehr wenig bekannt. Auf Basis der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ stellt Matthias Richter repräsentative Daten über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und deren soziale Kontexte im Jugendalter bereit. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung: Lassen sich für deutsche Jugendliche ähnlich schwache Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit identifizieren wie für Jugendliche aus anderen westeuropäischen Ländern? Wie ist der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das gesundheitsrelevante Verhalten zu bewerten, das zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vermittelt? Welche Rolle kommt der Schule und der Peer Group bei einer Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten zu?



Matthias Richter
Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter
Der Einfluss sozialer Ungleichheit

Matthias Richter
Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter
Der Einfluss sozialer Ungleichheit
VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005. 347 S.
ISBN: 3-531-14528-2, 34,90 Euro

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.

Immer mehr Kinder wachsen in einem Land auf, das nicht ihr Geburtsland ist. Aber auch die so genannte zweite Generation - die in Deutschland geborenen Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien - sind durch zwei Kulturen geprägt. Diese Situation kann Chancen in sich bergen, aber auch soziale und gesundheitliche Probleme nach sich ziehen. Die Beiträge beschäftigen sich u.a. mit der Frage nach geburtshilflichen Risikofaktoren bei Migrantinnen, zeigen Unterschiede im Ernährungsverhalten und bei Erziehungsmustern von Kindern verschiedener Ethnien, beleuchten psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen und gehen auf die Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern ein.



Theda Borde, Matthias David (Hg.)
Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.
Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit.
315 S. 2005 Mabuse-Verlag
ISBN 3-935964-69-2, 25,90 Euro

Der Info_Dienst 2_05 konnte auf Grund der Turbulenzen rund um das Präventionsgesetz (NRW-Wahl, Bundesratsblockade) leider nicht erscheinen. Wir bitten um Verständnis!

Impressum



Herausgeber und Verleger:
Gesundheit Berlin,
Landesarbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

Friedrichstr. 231, 10969 Berlin,
Tel. 030-44 31 90-60, Fax 030-44 31 90-63
E-Mail: post@gesundheitberlin.de,
www.gesundheitberlin.de

Redaktion:

Raimund Geene (V.i.S.d.P.), Carola Gold,
Franziska Schmelzle, Kilian Graf

Weitere Autor/innen dieser Ausgabe:

Manuel Ahrens, Herbert Dürrwächter, Fabian
Engelmann, Ilona Kickbusch, Holger Kilian,
Roland Kraemer, Joseph Kuhn, Martin Matz, Livia
Ryl, Christiane Sarr, Dagmar Siewerts, Heinz
Trommer, Marco Zieseimer

Auflage: 6.500

Satz und Layout:

Jenny Kleinwächter

Druck:

Oktoberdruck
Rudolfstr. 1-8
Berlin

Copyright:

Gesundheit Berlin September 2005
Beiträge und Ankündigungen für den Info-Dienst
bitte bis 10. November per E-Mail an
redaktion@gesundheitberlin.de