

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Neue Rahmen- bedingungen für Prävention und Gesundheits- förderung in Deutschland

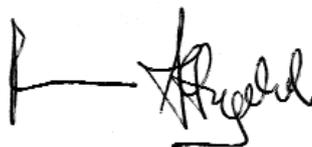
Mehr noch als in den Vorjahren wird zur Zeit intensiv über einen neuen Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland diskutiert. Nachdem unter Gesundheitspolitik jahrelang vor allem die kurative Medizin verstanden wurde, ist nun ein umfassenderer Gesundheitsbegriff verbreitet. Neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule im deutschen Gesundheitssystem aufgebaut werden. Eine vierte Säule ist jedoch nicht in Sicht.

Für diese Newsletterausgabe haben wir alle in der Diskussion relevanten Ebenen um einen Beitrag gebeten: Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stellt die Sicht der Bundesregierung dar, die niedersächsische Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen beleuchtet die Sichtweise der Länderebene. Außerdem kommen die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie die Public-Health-Forschung und weitere relevante Institutionen zu Wort. Insgesamt spiegelt der Newsletter damit sehr gut den aktuellen Stand der deutschen Präventionsdiskussion und zeigt nebenbei leider auch, welche Schwierigkeiten noch zu überwinden sind.

Der Newsletter erscheint mit dieser Ausgabe in einem neuen Layout, das vor allem die Lesbarkeit verbessern soll. Ein Dauerkritikpunkt in der Vergangenheit war neben allem Lob durch unsere Leserschaft die Schriftgröße. Wir hoffen, dass die neue Schriftgröße und Gestaltung in diesem Heft hier Abhilfe schaffen.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Chronisch krank – chronisch arm?‹ (Redaktionsschluss 30. 4. 2004) und ›Wir leben endlich! Sterben als Thema in der Gesundheitsversorgung und -förderung‹ (Redaktionsschluss 23. 7. 2004). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen zu beteiligen.

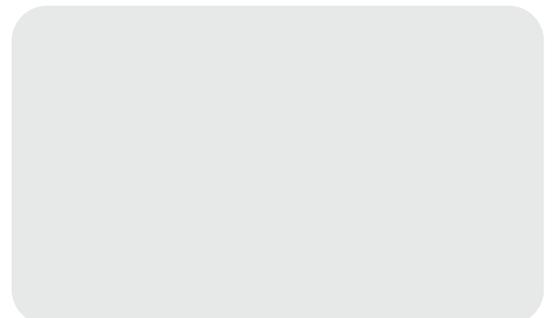
Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Besser und gesünder länger leben	... 2
■ Prävention braucht einen höheren Stellenwert	... 3
■ Auf Prävention bauen	... 4
■ Gesundheitsförderung und Prävention - Kategorien und Klassifikationen	... 5
■ Berufsgenossenschaftliche Prävention	... 7
■ Gesundheitsziele und Prävention	... 8
■ Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems	... 9
■ Gesundheitsförderung Schweiz...	... 10
■ Was bewirkt Gesundheitsförderung? Zur Ermittlung der Evidenz...	... 11
■ „Kinder leicht - besser essen. Mehr bewegen“	... 12
■ Aufruf zur Mitarbeit bei gesundheitsziele.de	... 13
■ Gesund und aktiv - Landesbehörden...	... 14
■ Bärendienste für die Solidarität - GATS und Gesundheit	... 15
■ Hormontherapie in den Wechseljahren	... 16
■ Erprobung eines ›Gesundheitsaudits für Schulen‹	... 17
■ Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis 17
■ Elektronischer Veranstaltungskalender	... 17
■ Nationale Kooperation für Sozial Benachteiligte	... 18
■ »Durch DICK und dünn« 19
■ Prävention klassisch: Warum Impfungen...	... 19
■ ... das EJMB und sein Veränderungspotenzial	... 21



Besser und gesünder länger leben

Rund 20 Prozent der Kinder und rund 30 Prozent der Jugendlichen sind in Deutschland übergewichtig. Hauptgründe sind falsche Ernährung und Bewegungsmangel. Die Kinder und Jugendlichen sitzen zu viel vor dem Fernsehen oder dem Computer, sie bewegen sich zu wenig – Übergewicht ist die Folge. Übergewicht kann zu chronischen Erkrankungen führen – beispielsweise zu Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gelenkbeschwerden. Und diese Kinder werden oft auch zu übergewichtigen Erwachsenen.

Eine gesunde Lebensweise in frühen Jahren zahlt sich im Alter aus. Aber auch im Alter lohnt es sich, mit Präventionsmaßnahmen zu beginnen. Viele Veränderungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, die dem Alterungsprozess zugeschrieben werden, entstehen in Wirklichkeit durch den Verzicht auf Aktivität und Nutzung vorhandener Fähigkeiten. Noch im hohen Alter können bereits verlorene Fähigkeiten wieder gewonnen werden – so führte z. B. ein mehrwöchiges Krafttraining mit 71–101-Jährigen zu einer Muskelkraftzunahme von bis zu 50 Prozent. Auch Organfunktionen und geistige Fähigkeiten bleiben bis ins hohe Alter beeinflussbar. Dieses Potenzial muss stärker als bisher genutzt werden. Dies zeigt eine Expertise die im Auftrag meines Ministeriums und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. entstanden ist.

Vor allem: Prävention ist die entscheidende Antwort auf die demographische Herausforderung. Denn entscheidend ist nicht, wie alt die Menschen werden sondern wie gesund sie altern.

Verbindlicher Rahmen durch das Präventionsgesetz

Das im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform zwischen den beteiligten Regierungsfractionen, den Unionsfractionen und den Ländern vereinbarte Präventionsgesetz wird die Rahmenbedingungen für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention weiter verbessern. Wir werden im ersten Halbjahr 2004 den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorlegen.

Zur Zeit trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Hauptlast der Prävention und Gesundheitsförderung. Das ist eine Schiefelage, die es zu beseitigen gilt. Prävention und Gesundheitsförderung müssen von allen genannten Sozialversicherungsträgern als gemeinschaftlich zu bewältigende Aufgabe begriffen werden. Denn sowohl für die Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung verringern sich die Ausgaben, wenn der Eintritt des ›Versicherungsfalles‹ verhindert werden kann.

Orientierung an gemeinsamen Zielen

In Zeiten knapper Mittel – aber nicht nur dann – ist der gezielte Einsatz vorhandener Gelder ein Muss. Deshalb wollen wir in einem Nationalen Präventionsplan Präventionsziele festlegen, an denen sich alle Akteure orientieren können. Es soll regelmäßig überprüft werden, ob die Ziele erreicht wurden, auch um sie gegebenenfalls anzupassen. So wollen wir sicherstellen, dass die Mittel für die Präventionsbereiche verwendet werden, die als vordringlich eingestuft werden und deren Stärkung den größten Nutzen für alle verspricht.

Dazu gehört auch, die Menschen dort abzuholen, wo sie sind. Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie möglichst alle erreicht. Dies gelingt am besten in den Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz, aber auch in Einrichtungen der Altenpflege u. a. Neben den individuellen Leistungen der Prävention sollen deswegen verstärkt Projekte gefördert werden, die mehr Gesundheit in die Lebenswelten hineinbringen. Sie sollen die Menschen dabei unterstützen, in ihrer Lebenswelt eine gesundheitsförderliche Entwicklung einzuleiten. Dazu gehören Maßnahmen, die sich auf das Verhalten des Einzelnen sowie auf die Strukturen der Lebenswelt beziehen.

Mehr Kooperation und gesicherte Qualität

In vielen Bereichen der Prävention fehlt es an Kooperation. Die Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung ist dafür ein Beispiel. Präventive Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit gehören derzeit ins Aufgabenspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Die verfügt aber aufgrund ihrer Zuständigkeit für Krankenbehandlungen nur begrenzt über Wissen in diesem Bereich. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen nur ein eingeschränktes Interesse daran haben, sich hier zu engagieren, da die Erfolge solcher präventiven Aktivitäten in erster Linie der Pflegeversicherung zugute kommen. Das Präventionsgesetz wird hier die Zusammenarbeit auf der Basis der festgelegten Ziele zu einer Verpflichtung machen und gleichzeitig Anreize schaffen, um auch die Kooperation mit weiteren Akteuren der Zivilgesellschaft zu ermöglichen.

Mit bundesweiten Kampagnen soll bei allen Bürgerinnen und Bürgern das Bewusstsein für die eigene Verantwortung geschärft werden. Jeder kann dazu beitragen, dass er gesund ist und auch gesund bleibt. Dies gilt es zu vermitteln. Hierzu soll es – auf der Grundlage der Präventionsziele – abgestimmte Kampagnen geben. Die Verwendung von öffentlichen Mitteln und Beiträgen der Versicherten lässt sich nur für Maßnahmen rechtfertigen, deren Nutzen prinzipiell nachgewiesen und deren Qualität gesichert ist. Wir haben hier mit dem geplanten Präventionsgesetz die Chance, Qualitätssicherung von Anfang an zu verankern. Dafür sind verbindliche Kriterien der Evidenzbasierung und der Qualitätssicherung nötig.

Bündelung der gesellschaftlichen Aktivitäten

Erfolgreich bewältigt werden kann die Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsförderung nur, wenn alle Ressourcen gebündelt werden und alle Akteure gemeinsam daran arbeiten. Deshalb war meine Initiative zur Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Sommer 2002 ein wichtiger Beitrag auf diesem Weg. Die Gründung des Deutschen Forums mit der Vielzahl von Beteiligten ist in unserem Gesundheitswesen ein einmaliger Vorgang und unterstreicht den gemeinsamen Willen, Prävention und Gesundheitsförderung über alle Parteigrenzen und Verbandsinteressen hinweg als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Im Forum sollen die bislang erprobten Ansätze der zahlreichen Akteure gebündelt und dadurch wirkungsvoller gemacht werden. Bereits bestehende Kooperationen und Prozesse werden genutzt und weitere initiiert. Zur Bündelung

und Vernetzung der verschiedenen Aktivitäten wird derzeit eine Kommunikations- und Informationsplattform aufgebaut.

Wir stehen hier am Anfang einer Entwicklung, die große Chancen in sich birgt. Wir haben die Chance, Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitssystem gesetzgeberisch zu gestalten. Gleichzeitig können wir die Bündelung des vorhandenen bürgerschaftlichen Engagements im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sicherstellen. Damit kann mehr Prävention und Gesundheitsförderung für alle Bürgerinnen und Bürger unseres Landes Realität werden. Besser und gesünder länger leben – das ist das Ziel.

ULLA SCHMIDT, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin, Tel.: (0 18 88) 44 10, E-Mail: info@bmg.s.bund.de

Ursula von der Leyen

Prävention braucht einen höheren Stellenwert

Eine Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen mahnen uns, der Prävention einen vorrangigen Stellenwert beizumessen:

- 35 % der über 18-Jährigen in Deutschland rauchen. Eine Studie der Hamburger Universitätsklinik hat die Kosten, die allein durch Raucher und Raucherinnen verursacht werden, auf gut 17 Milliarden Euro beziffert. Letztlich mindere das Rauchen unser Sozialprodukt sogar um jährlich 41 Milliarden Euro, indem es zu mittelbaren oder unmittelbaren Ausfällen führt, so die Studie.
- Der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol hat sich in den letzten 15 Jahren vervierfacht – von 12 Liter auf 48 Liter.
- Pro Jahr gibt es 24.000 Neuerkrankungen von Schlaganfallpatientinnen und -patienten.
- 50 % unserer Schülerinnen und Schüler leiden an Übergewicht, Haltungsschäden und Koordinationsproblemen. Es zeichnet sich für die Zukunft eine deutliche Zunahme von Diabetes- sowie von Herz-Kreislaufkrankungen ab. Allein schon heute geben wir allein 3 Milliarden Euro dafür aus, um mit den Folgen der 300.000 Herzinfarkte pro Jahr in Deutschland fertig zu werden.

Diese Liste verpasster Präventionschancen ließe sich noch um viele Krankheitsbilder erweitern. Hinzu kommen die Herausforderungen, die unser Gesundheitswesen infolge des demographischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten zu bestehen hat. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen macht insbesondere ein Zusatzversorgungsbedarf bei Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen, obstruktiven Lungenerkrankungen sowie Demenz aus. Diese Krankheiten bestimmen auch den größten Anteil des zu erwartenden wachsenden Pflegebedarfs.

Mittlerweile ist unbestritten, dass altersabhängige Krankheitslasten und der Hilfebedarf durch Fremde in hohem Maße durch Prävention verhindert werden können. Dieser

Aspekt der Verbesserung der Lebensqualität muss bei aller Prävention im Vordergrund stehen.

Prävention – frühzeitig und lebenslang

Wenn Prävention erfolgreich sein soll, dann muss sie bereits im frühen Kindesalter beginnen. Kinder und Jugendliche sind die Bevölkerungsgruppe, bei der gesundheitsgefährdende, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden. Hier können durch Aufklärung über richtiges Ernährungsverhalten und veränderte Angebote in den Schulen, beispielsweise beim Ausbau von Ganztagschulen, wichtige Verhaltensänderungen angeregt werden.

Ernährung und mangelnde Bewegung stehen in einem Wechselverhältnis: 30 % der Kinder, die täglich mehr als vier Stunden fernsehen oder vor dem Computer sitzen, haben Übergewicht. Wir brauchen deshalb dringend mehr und besseren Sportunterricht sowie Bewegungsangebote in den Pausen. Außerdem müssen wir den Jugendsport in Schule und Verein fördern und eine Verzahnung beider Bereiche vorantreiben.

Prävention ist eine lebenslange Aufgabe. Viele Menschen könnten im Alter körperlich und geistig wesentlich aktiver sein, wenn sie nicht in jüngeren Jahren auf Aktivität und die Nutzung vorhandener Fähigkeiten verzichtet hätten. Selbst im hohen Alter können Fähigkeiten durch gezielte Therapien zurückgewonnen werden. Das verbessert die Lebensqualität und somit das Wohlbefinden. Gerade im Hinblick darauf, dass die Lebenserwartung deutlich ansteigt, gilt es, den zusätzlichen Jahren auch zusätzliche Qualität zu geben.

Zukunftsfähigkeit sichern

Doch obgleich diese Erkenntnisse nicht infrage gestellt werden, werden in Deutschland nur rund 10 Milliarden Euro, das sind etwa 4,5 % aller Gesundheitsausgaben, für Zwecke der vorbeugenden Gesundheitssicherung verwendet. Im Jahre 2002 wurden von den Krankenkassen gerade einmal 1,19 Euro pro Versicherten für Präventionsleistungen ausgegeben, obwohl theoretisch 2,62 Euro zur Verfügung standen. Die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens lässt sich so langfristig nicht sichern.

Es mangelt nicht an guten Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepten. Zur Zeit gibt es zahlreiche Einzelaktivitäten zur Förderung der Prävention. Sie reichen vom Impfprogramm über gesunde Ernährung, Bewegung, Sport, Unfallverhütung, Gesundheitserziehung bis hin zum Programm der Krebsfrüherkennung. Und ebenso bunt wie das Angebot ist auch die Trägerschaft bzw. die Verteilung der Zuständigkeiten: angefangen vom Sportverein über den Arbeitgeber bis hin zum öffentlichen Gesundheitsdienst und den Krankenkassen. Aber gerade darin liegt auch eines der Probleme für die Prävention. Die Angebote sind unkoordiniert, nicht auf gemeinsame Ziele ausgerichtet und bleiben deshalb hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Es ist deshalb an der Zeit, der Prävention einen neuen Stellenwert zu verschaffen. So heißt es auch in einer Entschließung des Bundesrates aus dem letzten Jahr: »Der Prävention und Gesundheitsförderung ist ein gleichrangiger Stellenwert neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zuzuweisen.«

Zahlreiche Krankenkassen haben inzwischen sogenannte Bonusprogramme entwickelt, die die Versicherten motivieren, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun. Auch in vielen Betrieben ist die Einsicht vorhanden, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen den Krankenstand senken und die Motivation der Beschäftigten erhöhen. Niedersachsen ist das erste Flächenland, das ein Gesundheitsmanagementprogramm für die Landesbehörden seit Mitte 2003 erprobt.

Anforderungen an ein Präventionsgesetz

Im Jahre 2003 haben sich Bund und Länder sowie die Fraktionen im Deutschen Bundestag darauf verständigt, ein Präventionsgesetz zu erarbeiten, das die Rahmenbedingungen für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung weiter verbessern soll. Noch in diesem Jahr soll dieses Gesetz im Deutschen Bundestag beraten werden. Eine wichtige Aufgabe sehe ich darin, die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung auf viele Schultern zu verteilen, nicht nur auf die der Krankenkassen.

Aus meiner Sicht ist es angesichts der hohen Gesundheitskosten in Deutschland dafür längst fünf vor zwölf. Wenn wir nicht gezielt durch Prävention die Ursachen von Erkrankungen bekämpfen, wird uns das Gesundheitssystem unter dem Kostendruck kollabieren. Die vorhandenen Möglichkeiten müssen ausgeschöpft und besser aufeinander abgestimmt werden. Dabei warne ich vor zentralistischen Lösungen. Prävention muss die Gegebenheiten vor Ort in den Ländern und Gemeinden berücksichtigen. Gesundheit wird im Alltag der Menschen vor Ort hergestellt und dort müssen sie erreicht werden. Notwendig ist allerdings ein abgestimmtes koordiniertes Vorgehen aller Entscheidungsträger, um sich auf Prioritäten, gemeinsame Ziele und Aktionen zu verständigen, die dann auch regelmäßig darauf überprüft werden, ob sie ihre Ziele erreicht haben. Wenn zusätzliche Strukturen auf Bundesebene im Rahmen des Präventionsgesetzes geschaffen werden, müssen die vorhandenen Einrichtungen, wie z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einbezogen werden, um neue Parallelstrukturen zu vermeiden.

Das finnische Beispiel aus den 70er Jahren zeigt, dass es keinen Sinn macht, zu viele Präventionsthemen gleichzeitig und nebeneinander zu behandeln. Ich plädiere deshalb dafür, eine Eingrenzung der Präventionsthemen auf die Felder Ernährung, Bewegung und Suchtprävention vorzunehmen. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Erfolgen in diesen Bereichen decken eine ganze Reihe von Krankheitsbildern ab, von Diabetes über Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu den bösartigen Neubildungen. Wir müssen darauf hinwirken:

- die Voraussetzungen für eine funktionierende Infrastruktur zu schaffen, damit Prävention den Einzelnen auch konkret erreichen kann;
- dass mit flächendeckenden Kampagnen der Präventionsgedanke gefördert wird;
- dass Forschung und Wissenschaft ihre Anstrengungen auf dem Gebiet Prävention intensivieren;
- dass gezielt auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, um sie in Präventionsmaßnahmen einzubeziehen.

Ich wünsche mir, dass es uns gelingt, die unterschiedlichen Maßnahmen und Akteure im Bereich der Prävention besser zu koordinieren, um so die großen Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung für unser Gesundheitssystem und für unsere ganze Gesellschaft bieten, so gut wie möglich zu nutzen. Es sollte uns möglich sein, einen deutlichen Fortschritt gegenüber dem Jahr 460 vor Christus zu erreichen, als der griechische Philosoph Demokrit sagte: »Gesundheit erleben die Menschen von den Göttern – dass es aber in ihrer Hand liegt, diese zu erhalten, daran denken sie nicht.«

DR. URSULA VON DER LEYEN, *Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, E-Mail: pressestelle@ms.niedersachsen.de*

Rolf Stuppardt

Auf Prävention bauen

Das Gesundheitswesen kommt nicht zur Ruhe. Alles orientiert sich an Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des kurativen Leistungsgeschehens und dessen Kosten und Finanzierung. Die Defizit-Reparaturen sind von zurückgehender Dauerhaftigkeit, eine gesetzgeberische Aktivität jagt die nächste, kaum dass ein parlamentarisches Verfahren für aktuelle Anpassungsreformen beendet ist. Dabei hat das Haus der Gesundheitspolitik kein vernünftiges Fundament. Wenn man nämlich das Gesundheitswesen mit einem Haus vergleicht, dessen Fundament eine ausgeprägte Präventionskultur darstellen müsste, dann wird klar, worum es praktisch gehen muss:

Den Chronifizierungsprozessen und dem Therapiekonsum muss konsequent mit wirksamen und übergreifenden Präventionsstrategien begegnet werden. Diese fehlen und deswegen gehört die Zukunft der Prävention. Das Haus der Gesundheitspolitik muss auf Prävention gebaut werden, sonst nutzen die Reparaturen auf Dauer wenig. Prävention ist aber in Gesellschaft und Politik wenig verankert. Verbale Bekenntnisse stehen in keinem vernünftigen Verhältnis zu praktischen Konsequenzen. Wirtschaft und Gesellschaft und nicht zuletzt den Krankenkassen kommt dies in vielerlei Hinsicht teuer zu stehen.

Neuorientierung der Prävention/Gesundheitsförderung

Um hieraus erste praktische Konsequenzen zu ziehen, haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen dazu entschlossen, eine gemeinsame Offensive für mehr Prävention zu starten und eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ins Leben zu rufen. Dies ist das vorläufige Ergebnis einer kritischen und selbstkritischen Reflektion über die bislang unzulängliche Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Ansatzpunkte einer gesundheitspolitisch dringend erforderlichen Gesundheitsstrategie sind soziale Lebensumfelder, wobei den Familien, Schulen, Stadtteilen und Betrieben eine besondere Bedeutung zukommt. Hier muss die künftige Präventionskultur verankert werden. So wichtig die Verantwortung und Orientierung des Einzelnen für seine Gesundheit letztendlich auch ist, Lebensumfelder, wirtschaftliche und politische Bedingungen, Ziele,

Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen müssen ihn dabei unterstützen, um nachhaltig erfolgreich zu sein. Dies alles bedarf der Flankierung einer neuen Massenkommunikation für Prävention und Gesundheitsförderung.

Krankenkassen können die Anforderungen hierfür aber nicht allein bewältigen. Sie können nur einen maßgeblichen Beitrag dazu leisten. Eine effektive und effiziente Präventionspolitik erfordert ein integriertes Gesamtkonzept, das die Bereiche Gesundheit, Umwelt- und Verbraucherschutz, Verkehr, Bildung, Familie sowie Arbeit und Wirtschaft einbezieht. Die Spitzenverbände haben deswegen zugleich Eckpunkte einer gesetzlichen Neuorientierung für ein Präventionsgesetz formuliert. Unabhängig davon und flankierend zur politischen Plattform, eines durch das BMGS ins Leben gerufene Forum Prävention sollen mit der für das II. Quartal 2004 geplanten Stiftung erste praktische Schritte gemacht werden.

Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Die Spitzenverbände befinden sich derzeit in der Phase der Konkretisierung für eine solche Stiftungsgründung, die mit einem jährlichen Volumen von mind. 25 Mio. Euro im Jahre 2004 starten soll. In den folgenden Jahren sollen dann jeweils 35 Mio. Euro aufgebracht werden. Ziel und Zweck einer solchen GKV-Stiftung ist die Förderung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebensumfeldern außerhalb von Betrieben für sozial benachteiligte Zielgruppen, wozu derzeit die genauen Förderrichtlinien formuliert werden. Neben der dazu erforderlichen Einbringung von Eigenmitteln sollen auch Drittmittel mit dem Ziel der steuerlichen Begünstigung eingeworben werden. Die Organisation einer solchen Stiftung wird unbürokratisch schlank und effektiv wahrscheinlich in Form einer auf Dauer ausgerichteten gemeinnützigen Einkommensstiftung aufgebaut werden. Aus dem Ziel und Zweck dieser Stiftung geht eindeutig hervor, dass die eingebrachten Mittel nicht zentral, sondern vielmehr für regionalspezifische Präventionsaktivitäten, vorzugsweise in Kooperation investiert werden. Zu diesem Zweck werden von Dritten – nicht etwa von Kassen – Förderanträge aus Lebensumfeldern sozial Benachteiligter auf einem qualitativ akzeptablen Niveau erwartet und durch die Stiftung unter Berücksichtigung von Empfehlungen seitens der Kasse und Verbände beschieden. Dabei soll sich zusätzlich eines wissenschaftlichen, fachlichen und regionalen Beirats bedient werden. Die Fördermittel sollen regional möglichst breit, fair und gerecht vergeben werden, wobei jeweils auch Eigenanteile bis zu 1/3 der Fördersumme seitens der Antragsteller erwartet werden. Es ist davon auszugehen, dass im I. Quartal des Jahres 2004 die erforderlichen Konkretisierungsbeschlüsse getroffen werden.

Die Gründung der Stiftung ist dabei keinesfalls als ›Affront‹ oder Opposition zu den bislang nicht vorhandenen übergreifenden normativen Regelungen zu sehen, sondern vielmehr als eine für die GKV relevante Unterstützung des Ziels, Prävention als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe im Verständnis der Gesellschaft zu verankern. Jenseits ihrer Wettbewerbsinteressen wollen die Kranken-

kassen eine konzertierte Initiative zur zielbezogenen Beförderung von Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte auf den Weg bringen, an der sich andere Akteure auch beteiligen können. Demnach ist diese Stiftungsidee durchaus als offen anzusehen für entsprechende Aktivitäten anderer Sozialversicherungsträger wie auch anderer Institutionen und Initiativen, möglicherweise in einem Verbundkonzept.

Um es abschließend prägnant hervorzuheben: Dies alles geschieht, weil Prävention notwendig und nützlich ist, weil Prävention Zukunft hat und weil wir auf Prävention bauen wollen, nicht nur – aber vor allem – in der Gesundheitspolitik.

ROLF STUPPARDT, *Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, Technologie Park, 51429 Bergisch Gladbach, Tel.: (0 22 04) 44-0, E-Mail: ikk-bundesverband@bv.ikk.de*

Rolf Rosenbrock

Gesundheitsförderung und Prävention – Kategorien und Klassifikationen

Wer kennt sie nicht, diese Zeit raubenden und nervenden Debatten darüber, was nun Verhältnis- und was Verhaltensprävention ist, was den Unterschied zwischen Gesundheitsförderung im Setting und einem gesundheitsförderlichen Setting ausmacht und in welchem Verhältnis Gesundheitsförderung und Prävention eigentlich stehen. Angesichts dessen ist es löblich und verdienstvoll, dass mit der Produktion des Präventionsgesetzes auf Bundesebene das erklärte Ziel verfolgt wird, zentrale Begriffe, Konzepte und Kategorien auf diesem Handlungsfeld zu klären und zu definieren.

Das ist nicht nur eine akademische Frage – denn die Lösung muss auch in der Praxis möglichst missverständnisfrei verwendbar sein. Es ist auch nicht nur eine Frage von richtig oder falsch, sondern auch eine Frage von praktisch und unpraktisch. Schließlich ist Begriffs- und Konzeptbildung immer auch eine Frage der Konvention. Zu fordern sind also Begriffe und Kategorien, die es erlauben, den gegebenen Stand und die absehbare Entwicklung primärpräventiver Aktivitäten möglichst frei von Widersprüchen und Überlappungen abzubilden und die dazu noch eingängig, plausibel, mehrheitsfähig sowie auch administrativ handhabbar sind.

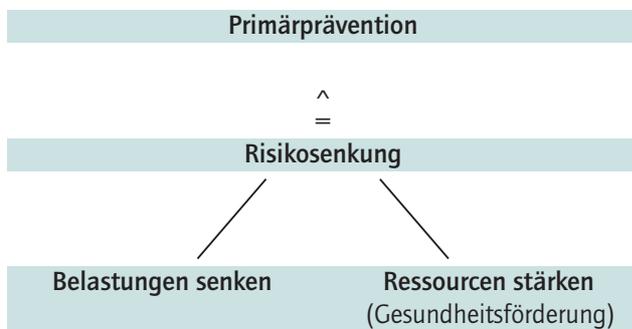
Einen Vorschlag dazu möchte ich an dieser Stelle in aller Kürze unterbreiten: Beginnen wir mit dem Titel dieses Beitrages, in dem von ›Prävention und Gesundheitsförderung‹ die Rede ist. In welchem Verhältnis stehen diese beiden Begriffe eigentlich zueinander?

Gesundheitsförderung – eine Einordnung

›Gesundheitsförderung‹ ist streng genommen weder eine Strategie noch ein Handlungstyp. Folgt man der Logik der Ottawa-Charta der WHO (1986), der wir dieses Konzept zu verdanken haben, dann geht es bei der Gesundheitsförderung immer um die individuelle oder kollektive Stärkung von

Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung. Es geht bei Gesundheitsförderung also um die Vermittlung bzw. Ermöglichung von Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Bildung, Einkommen, Information, Transparenz, Handlungswissen, Verhaltensspielräumen, Einbindung in soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Erholungsmöglichkeiten etc. Diese Gesundheitsressourcen werden benötigt, (1) um die psychischen bzw. physischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, (2) um die Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, oder (3) um Handlungskompetenzen für die Veränderung solcher Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt Gesundheit belasten oder (b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen. Gesundheitsförderung bezeichnet in diesem Sinne, der auch – implizit – der Formulierung der gegenwärtigen Fassung des §20 Abs. 1 SGB V (und den GKV-Dokumenten dazu; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2003) zu Grunde liegt, immer das Korrelat zur Belastungssenkung und bildet erst zusammen mit der Belastungssenkung moderne, gesundheitswissenschaftlich fundierte Primärprävention im Sinne der Verringerung des Risikos des Eintritts einer Krankheit oder von Krankheit überhaupt.

Abb. 1. Primärprävention: Belastungssenkung und Ressourcenstärkung



eigene Darstellung

Die inflationäre und irreführende Verwendung des Begriffs ›Gesundheitsförderung‹ anstelle von Prävention oder als Zusatz zur Prävention ist fachlich verfehlt und gesundheitspolitisch nicht ungefährlich. Auch der Gesundheitsförderung als integralem Bestandteil moderner Primärprävention geht es nicht um etwas ganz Neues/Anderes, um so etwas wie ›Gesundheit plus‹, sondern letzten Endes geht es immer um die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten.

Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung ist andererseits ein Querschnittsaspekt einer jeden modernen Gesundheitssicherung, dessen angemessene Berücksichtigung nicht nur in der Primärprävention, sondern ebenso auch in der Kuration, in der Pflege wie in der Rehabilitation notwendig ist. Ganz besonders, wenn es um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheit und Gesundheitschancen geht.

Klassifikation von primärpräventiven Aktivitäten

Primärpräventive, d.h. Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich nur in Ausnahmefällen eindeutig bestimmten Krankheiten zuordnen. Primärprävention folgt nicht der Krankheitslehre, sondern der Logik der Interventionsbereiche (z.B. Arbeit, Wohnen, Erholung, Ernährung, Bewegung etc.) Auf dieser Basis lassen sich primärpräventive Aktivitäten drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung. Anstatt der Bezeichnung ›Setting‹ verwenden die bekannt gewordenen Papiere zum Präventionsgesetz das Wort ›Lebenswelt‹. Mit den v.a. US-amerikanischen community-Konzepten gibt es dabei breite Überlappungen. Je nachdem, ob die Intervention sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkt oder ob sie auch Hilfen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen. Dazu einige Beispiele:

Abb. 2 : Typen und Arten der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum	z.B. Gesundheitsberatung	z.B. ›präventiver Hausbesuch‹
Setting	z.B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen	z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z.B. ›Esst mehr Obst, ›Sport tut gut, ›Rauchen kann tödlich sein‹	z.B. HIV/Aids-Kampagne

eigene Darstellung

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder der damit verbundenen Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung. Es ist eine zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass je nach Zielgruppe und Gesundheitsrisiko der jeweils angemessene Strategietyp zum Einsatz kommt. Im Selbstlauf tendiert die Politik (auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene) dazu, jeweils auch dann auf weniger komplexe Interventionen (z.B. Interventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernachlässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären. Nur noch einmal zur Klarstellung: Jeder dieser sechs Strategietypen enthält – wenn er nach dem gesundheitswissenschaftlichen state of the art durchgeführt wird – sowohl das Moment der Belastungssenkung wie jenes der Ressourcenstärkung, also der Gesundheitsförderung.

PROF. DR. ROLF ROSENBRÖCK, WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin, Tel.: (030) 2 54 91-5 71, E-Mail: rosenbrock@wz_berlin.de
Literatur beim Verfasser

Fritz Bindzius

Berufsgenossenschaftliche Prävention

Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen für den Arbeitsschutz gelten als moderne Handlungsbasis für alle Akteure auf diesem Feld. Die Berufsgenossenschaften verfügen durch ihren im Sozialgesetzbuch VII niedergelegten Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen, über geeignete Möglichkeiten und Kompetenzen, Arbeitgeber und Beschäftigte bei der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes zu unterstützen. Die menschengerechte Gestaltung der Arbeit ist dabei ein Ziel.

Maßnahmen

Die Berufsgenossenschaften haben zur Unterstützung der Betriebe bei der Realisierung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen einen umfangreichen Maßnahmenkatalog entwickelt. Hierzu gehören:

- Die Beratung und Überwachung der Betriebe,
- ein an die praktischen Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes angepasstes Vorschriften- und Regelwerk,
- Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für alle relevanten Zielgruppen,
- die Ermittlung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren,
- Messungen am Arbeitsplatz,
- Forschungsaktivitäten sowie
- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen.

Heute werden alle mit der Arbeit einhergehenden Gefährdungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken können, einbezogen. Auch die Optimierung psychischer Belastungen bzw. die Verhütung von entsprechenden Fehlbelastungen sind damit Teil berufsgenossenschaftlicher Prävention.

Kooperation

Ein moderner Arbeits- und Gesundheitsschutz erfordert institutionsübergreifende Kooperationsformen. Die Berufsgenossenschaften haben deshalb die Zusammenarbeit mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden, den Krankenkassen, dem Institut für Normung, dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat aber auch dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung, der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und dem Deutschen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) weiter ausgebaut bzw. teilweise selbst initiiert. Die Zusammenarbeit der im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in der Prävention tätigen Institutionen ist unverzichtbar. Sie dient dazu, Erkenntnisse aus der Beratung und Überwachung sowie aus Forschung und Prüfung zusammen zu führen, um sie für die Recht- und Regelsetzung des Staates und der Unfallversicherung sowie für die Normung nutzbar zu machen.

Erfolge

Heute stellt das berufsgenossenschaftliche System im Vergleich zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung verhältnismäßig den größten Finanzanteil für Prävention zur Verfügung. Im Jahr 2002 waren es 7,76 % des Umlagesolls. Die Erfolge in der betrieblichen Prävention lassen sich z.B. im

Bereich der Entwicklung der Arbeitsunfälle ablesen: 2002 betrug die Anzahl der Arbeitsunfälle pro 1.000/Vollarbeiter 32,45; 1960 waren es 132,67. Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl neuer Unfallrenten um 77 % zurück. Ein weiteres Indiz für den Erfolg berufsgenossenschaftlicher Prävention ist die Entwicklung der Beitragssätze: Betrug er pro Lohn oder Gehalt 1960 noch 1,51 %, so lag er 2002 bei 1,33 %. Damit erwies sich das berufsgenossenschaftliche System im Vergleich zu allen anderen Zweigen der Sozialversicherung als das Einzige mit einem stabilen Beitragssatz.

Schwerpunkte der Zukunft

Angesichts sich verändernder gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Bedingungen wie z. B. neue Arbeits- und Beschäftigungsformen, demographischer Wandel, veränderte Belastungs- und Gefährdungsprofile, befinden sich auch die Berufsgenossenschaften in einem Anpassungsprozess. Die stärkere Ermittlung des Bedarfs und der Wünsche der Betriebe und der Versicherten, eine vermehrte Realisierung von Anreizsystemen für einen erfolgreichen betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, eine intensivere Koordinierungsfunktion im Bereich präventiver Netzwerke und damit verbunden die Verdeutlichung wirtschaftlicher Vorteile für das Unternehmen sowie eine Positionierung der Berufsgenossenschaften als Kompetenznetzwerk für die Gesundheit bei der Arbeit, gehören u. a. zu den Zielen moderner berufsgenossenschaftlicher Präventionsarbeit.

Veränderung gesetzlicher Grundlagen.

Die Prävention in Deutschland soll durch ein Präventionsgesetz einen höheren Stellenwert erhalten. Sofern es z. B. durch eine verbesserte Datenlage, ein gemeinsames Verständnis von Prävention, eine Verbesserung der Kooperation und eine geeignete Qualitätssicherung zu einer Stärkung der Prävention beiträgt, begrüßen die Berufsgenossenschaften dies. Sie haben z. B. selbst, gemeinsam mit allen Spitzenverbänden der Unfall- und Krankenversicherung eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren abgeschlossen und diese mit Leben gefüllt. Ein Präventionsgesetz darf jedoch die gesetzlichen Grundlagen für die Prävention der Berufsgenossenschaften weder beschneiden noch mit bürokratischen Hürden versehen.

Angesichts des Ziels einer Stärkung der Prävention ist es jedoch nicht nachvollziehbar, wenn von einigen Interessenvertretungen ausgerechnet die erfolgreiche Präventionsarbeit der Unfallversicherung zum Anlass genommen wird, diese grundsätzlich in Frage zu stellen. Zwar ist es nachvollziehbar, dass der Schwerpunkt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes heute nicht mehr ausschließlich auf die Einhaltung und Überwachung von Vorschriften ausgerichtet ist, und, dass Vorschriften und Regelwerke anwenderfreundlich ausgestaltet werden müssen. Die Berufsgenossenschaften leisten hierzu ihren Beitrag, z. B. durch eine Verringerung der Vorschriften ohne Substanzverluste. Was aber derzeit nicht nachvollziehbar ist, ist die Tatsache, dass derjenige Zweig der Sozialversicherung, bei der die Prävention seit jeher am deutlichsten

ausgeprägt ist und auch erfolgreich war, mit Blick auf diese erfolgreichen Aktivitäten in Frage gestellt wird. Eine solche Diskussion passt nicht in eine Zeit, wo Prävention sich im Aufbruch befindet. Sicherlich gibt es im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und auch der berufsgenossenschaftlichen Prävention Aspekte, die optimiert werden sollten. So z.B. im Bereich der Gestaltung der Einsatzzeiten bei der sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung der Betriebe oder der weiteren Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Vorschriften- und Regelwerks. Ein Widerspruch ist, einerseits die Präventionssysteme und ihre Zusammenarbeit in Deutschland stärken zu wollen, andererseits aber eines ihrer effizientesten Systeme zur Disposition zu stellen. Dies passt nicht zusammen.

FRITZ BINDZIUS, *Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin, Tel.: (0 22 41) 2 31 13 79, E-Mail: bindzius@hvb.g.de*

Barbara Philippi

Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der nationalen Gesundheitszielinitiative gesundheitsziele.de

Gemeinsame Zielorientierung

Wirksame Prävention und Gesundheitsförderung bedarf der Zielorientierung ebenso wie die Bereiche Versorgung und Pflege. Soweit scheint in der Diskussion zur Ausgestaltung der vierten Säule des Gesundheitswesens Einigkeit zu bestehen. Allerdings bleibt zu hoffen, dass Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen und für die Bereiche Versorgung und Pflege auf der anderen Seite nicht unabhängig voneinander, sondern in wechselseitiger Abstimmung entwickelt werden. Von Anfang an sollte auf eine Integration und Verzahnung der Prävention mit dem gesamten Versorgungskontinuum geachtet werden – von der Primär- und Sekundärprävention über die Versorgung und Tertiärprävention/Rehabilitation bis hin zur Pflege. Auch die Idee der Gesundheitsförderung, insbesondere die Stärkung individueller und kollektiver Ressourcen, sollte noch stärker in allen Säulen des Versorgungskontinuums verankert werden.

Aus Gesundheitszielen können sowohl Versorgungs- als auch Präventions- und Gesundheitsförderungsziele abgeleitet werden, wie die nachfolgende Analyse des Stellenwerts von Prävention und Gesundheitsförderung in der nationalen Gesundheitszielinitiative gesundheitsziele.de zeigt. Diese bearbeitet Ziele mit Krankheitsbezug, Ziele mit Bürgerinnen- und Bürgerbezug sowie Patientinnen- und Patientenbezug, Ziele für ausgewählte Bevölkerungsgruppen und Ziele mit Präventionsbezug. Die beiden letztgenannten zählen zu den »klassischen« Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen.

Präventionsbezogene Zielthemen

Das Zielthema »*Gesund aufwachsen*« bearbeitet für die Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen die Bereiche Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, und zwar settingbezogen (Familie und Freizeit, Kita und Schule). Das Zielthema »*Tabakkonsum reduzieren*« behandelt die Ziele »Ausstieg fördern«, »Einstieg verhindern« und »Schutz vor Passivrauchen erhöhen«, also Wege zur Verhinderung bzw. Reduktion der gesundheitlichen Schädigung durch Tabakkonsum. Bei der Bearbeitung beider Zielthemen ist stets zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen differenziert und auf die Bedeutung der Ressourcenstärkung der Zielgruppen hingewiesen worden.

Personenbezogene Zielthemen

Das Zielthema »*Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken*« mit den vier Zielbereichen »Transparenz von Informationen«, »Kompetenz individueller und kollektiver Akteure«, »Patientenrechte« und »Beschwerde-management« weist Überschneidungen mit den Anliegen der Gesundheitsförderung auf. Insbesondere sollen die Möglichkeiten für Partizipation und Teilhabe von Bürgern und Bürgerinnen, Patienten und Patientinnen am Gesundheitswesen verbessert werden. Zur Erreichung dieses Ziels werden von der Arbeitsgruppe verhaltensbezogene (z.B. Verbesserung des individuellen gesundheitsbezogenen Selbstmanagements) und verhältnisbezogene Interventionen (z.B. Transparenz von Informationen, Stärkung der Selbsthilfe) vorgeschlagen. Durch die beiden Querschnittsanforderungen »Bürger- und Patientenorientierung« sowie »Stärkung der Selbsthilfe« wird zudem verdeutlicht, dass dieser Aspekt auch bei der Bearbeitung aller anderen Zielthemen wichtig ist und daher berücksichtigt werden sollte.

Krankheitsbezogene Zielthemen

Bei den beiden krankheitsbezogenen Zielthemen »Diabetes« und »Brustkrebs« sorgte die Querschnittsanforderung »Prävention auch bei Krankheitszielen« dafür, dass alle Aspekte der Prävention – Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – berücksichtigt wurden. Für das Zielthema »Brustkrebs« ist die Primärprävention nach sorgfältiger Prüfung zunächst einmal zurückgestellt worden, denn mangels Kenntnis über die Ursachen der Krebsentstehung gibt es bislang auch keine evidenzbasierten Strategien zu seiner Vermeidung. Aus der Vielzahl der vorgeschlagenen Ziele schlägt die Arbeitsgruppe daher vor, zunächst den Bereich »Information« mit seinen Schnittstellen zur Gesundheitsförderung weiter zu bearbeiten, denn nur der/die informierte Bürger/-in und Patient/-in ist in der Lage, Entscheidungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Versorgungsangeboten zu treffen.

Beim Zielthema »Diabetes« ist von der Arbeitsgruppe ein Maßnahmenbündel für die Verbesserung der Primärprävention zur Umsetzung vorgeschlagen worden. Die Maßnahme kombiniert Elemente einer Hochrisiko- mit einer Bevölkerungsstrategie sowie settingbezogenen Interventionen. Der Stellenwert, den die Arbeitsgruppe der Primärprävention des Diabetes zugewiesen hat, ist nicht nur auf den dringenden

Handlungsbedarf in diesem Feld zurückzuführen, sondern auch auf den Beschluss aller Beteiligten, den Bereich der Versorgung zunächst zurückzustellen und die Entwicklung der Disease-Management-Programme (DMP) abzuwarten. Auf diese Weise sollte Doppelarbeit vermieden werden. Die Vorüberlegungen für das in 2004 neu in Angriff zu nehmende Zielthema ›Depression‹ zeigen bereits heute, dass die Prävention auch bei diesem krankheitsbezogenen Thema wieder eine wichtige Rolle spielen wird.

Ungeachtet der aktuellen Schwerpunktsetzung auf den Bereich der Prävention bleibt der Anspruch von *gesundheitsziele.de* bestehen, das gesamte Versorgungskontinuum zu bearbeiten. Das in dieser Vorgehensweise liegende Potenzial für die Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung mit anderen Versorgungsbereichen sollte genutzt werden.

DR. BARBARA PHILIPPI, *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln, Tel.: (02 21) 9 12 86 70, E-Mail: team15@gvg-koeln.de*

Gerd Glaeske, Petra Kolip

Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems

Neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule in unserem Gesundheitssystem aufgebaut werden. Für dieses Ziel ist ein Präventionsgesetz unerlässlich, um das Recht auf diese Leistung und die Verpflichtung, diese auch umzusetzen, zu verankern. Die Eckpunkte sollen in den kommenden Wochen veröffentlicht werden. Die aktive Ausgestaltung eines solchen gesetzlichen Rahmens kann von unterschiedlichen Institutionen wahrgenommen werden, wobei klare Aufgabenzuweisungen vorgenommen, Überschneidungen vermeiden und abgestimmte Verfahren entwickelt werden sollten. Sicherzustellen muss zudem, dass durch eine wissenschaftliche Grundlegung und Weiterentwicklung die Qualität von Programmen und Projekten gewährleistet wird.

Zentrale Aufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung müssen dazu beitragen, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abzubauen, indem sie sich auch und gerade an sozial benachteiligte Gruppen richten und Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsleistungen und in der Verteilungsgerechtigkeit ausgleichen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen langfristig auch zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beitragen, da insbesondere bei Volkskrankheiten die Krankheitsbelastung auf Dauer sinken wird. Der Sachverständigenrat geht in seinem Gutachten 2000/01 von einer Kosteneinsparung in Höhe von bis zu 30 % aus. Die notwendigen Investitionen verlangen aber nach verbindlichen Verpflichtungen für die Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention und einer an der wissenschaftlichen Evidenz orientierten Auswahl der Programme.

Ähnliche Ziele, unterschiedliche Ansätze

Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen zwar ähnliche Ziele, ihnen liegen aber unterschiedliche Ansatzpunkte zu Grunde. Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und Störungen und hat das Ziel, die hierfür zugrunde liegenden Risiken zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte oder ›Risikoträger‹. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung und konzentriert sich in der Umsetzung auf die Arbeit in Settings (z.B. Schulen, Kindergärten oder Betrieben). Gesundheitsförderung hat das Ziel, die personalen und sozialen Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern z.B. durch Aufbau partizipativer Organisationsstrukturen, Unterstützung der Netzwerkbildung. Gesundheitsförderung berührt damit nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (z. B. Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik). Gesundheitsförderung ergänzt die Prävention, weil Zielgruppen angesprochen werden, die z.B. einer Verhaltensänderung gegenüber wenig aufgeschlossen sind. Hierdurch können Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die bei einer Beschränkung auf Prävention verloren gehen würden. Gesundheitsförderung ist zudem geeignet, positive Aspekte von Gesundheit hervorzuheben, was sich dann wiederum auf die Bereitschaft auswirken kann, auch Verhaltensänderungen in Betracht zu ziehen.

Prävention und Gesundheitsförderung – zwei gleichwertige Bereiche

Ob es daher sinnvoll erscheint, die Gesundheitsförderung als Teil der Primärprävention zu verstehen, wie in jüngster Zeit vorgeschlagen (Rosenbrock, Gerlinger 2004), wird von uns bezweifelt. Zwar vertreten auch wir den Ansatz, dass sich Gesundheitsförderung an alle Personen richtet, unabhängig davon, ob sie gesund oder krank sind und in welchem Krankheitsstadium sie sich befinden, dennoch halten wir die Unterscheidung für dringend geboten, da bei einer alleinigen Verwendung des Präventionsbegriffs die Ressourcen stärkenden Aspekte zu leicht aus dem Blick geraten und der traditionell medizinisch und ärztlich ›besetzte‹ Präventionsbegriff dominierend wird. Zudem: Die Subsummierung der Gesundheitsförderung unter den Begriff Primärprävention ist künstlich und vereinfacht nur scheinbar die Diskussion. Denn im Gegenteil könnte auch argumentiert werden, dass somit Gesundheitsförderung als erfolgreich umgesetzt betrachtet wird und nicht mehr gleichberechtigt neben den Präventionsanstrengungen genannt werden muss. Der Verzicht darauf, diese beiden Bereiche gleichberechtigt nebeneinander zu stellen, könnte insbesondere politisch falsch verstanden werden, da es bislang noch an gesundheitsfördernden Aktivitäten fehlt, die nicht im medizinischen Bereich angesiedelt sind. Nicht die Nennung des Begriffs Gesundheitsförderung ist politisch gefährlich, sondern dessen Unterdrückung!

Finanzierung

Die Finanzierung der Aktivitäten von Prävention und Gesundheitsförderung soll neben den steuerfinanzierten Anteilen aus Mitteln der Gemeinschaftsaufgabe von GKV, anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Unfallversicherung) und PKV erfolgen, da der Nutzen der Maßnahmen langfristig allen Trägern zugute kommt. Sinnvoll könnte ein eigenes Finanzierungsaufkommen für Prävention und Gesundheitsförderung sein, das durch einen festgelegten Betrag pro Versichertem bzw. Leistungsberechtigtem gesetzlich bestimmt ist. Diese Finanzmittel sollten zum Teil in eine Stiftung eingehen, die jenseits aller Probleme mit föderalen Interessen die Chance hat, inhaltlich interessante Projekte zu fördern und z.B. im Sinne von Pilotprojekten Akzeptanz und Erfolg von Programmen zu prüfen, bevor sie bundesweit umgesetzt werden.

Die vorstehenden kurzen Überlegungen stammen aus dem Diskussionspapier »Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen«, das Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Robert Francke, Klaus Kirschner, MdB, Prof. Dr. Petra Kolip und Dr. Sonja Mühlenbruch für die Abteilung Arbeit und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht haben.

PROF. DR. RER. NAT. GERD GLAESKE, *Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen, E-Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de*

PROF. DR. PETRA KOLIP, *Zentrum für Public Health der Universität Bremen, Postfach 330440, 28334 Bremen, E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de*
Literatur beim Verfasser und bei der Verfasserin

Bertino Somaini

Gesundheitsförderung Schweiz – eine Stiftung bewegt etwas

Das öffentliche Gesundheitswesen in der Schweiz ist geprägt durch den Föderalismus (26 Gesundheitssysteme) und das Fehlen einer nationalen Steuerung des Gesamtsystems. In der Schweiz hat sich die Politik im neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) für eine Gesundheitsförderung im Geiste der Ottawa-Charta entschieden. Aufgrund der positiven Erfahrung in der Unfallverhütung (als institutionalisierter Bestandteil der Unfallversicherung), wurde auch »eine kollektive Anstrengung« zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung (Art. 19 KVG) eingeführt. Dieser Auftrag unterscheidet sich deutlich von der individuellen ärztlichen Prävention gemäß Art. 26 KVG, die zu den gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenversicherung zu zählen ist.

Gesundheitsförderung animiert die Bevölkerung, ihre Gesundheitspotenziale zu entfalten. Dies ist ein anspruchsvolles Unterfangen in der Schweiz, denn es gilt unter den 7,5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern nicht nur die drei großen Sprachregionen abzudecken, sondern auch den 20 Prozent messenden Anteil der Personen ausländischer Herkunft adäquat zu berücksichtigen.

Die Stiftung ist seit 1998 eine öffentlich-rechtliche Institution unter der Aufsicht des Bundes, mit einem von dieser politischen Instanz gewählten Führungsorgan und einer öffentlichen Finanzierung. Jede versicherte Person (alle in der Schweiz wohnhaften) zahlen jährlich mit der Krankenversicherungsprämie einen Beitrag von 1,60 Euro an die Stiftung. Dies ergibt einen Gesamtbetrag von etwa 11 Millionen Euro.

Aufgaben von Gesundheitsförderung Schweiz:

anregen

Als nationales Fachorgan vermittelt die Gesundheitsförderung Schweiz der Öffentlichkeit, Entscheidungsträgern, Organisationen und Verwaltungen die Grundlagen für das Verständnis zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dient als kompetenter und stimulierender Partner für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Projekten. Sie initiiert eigene Programme, wo Handlungsbedarf ist, und leistet projektorientierte Finanzhilfe.

koordinieren

Als zentrale Anlaufstelle dient die Stiftung allen Beteiligten und Interessierten mit der Schaffung von Übersicht, damit sie ihre jeweiligen Rollen klar und zielgerichtet wahrnehmen können. Sie koordiniert Projekte, hilft Partnerschaften aufzubauen und Netzwerke zu errichten. Sie wirkt als Informationsdrehscheibe.

evaluieren

Als maßgebende Referenz dient Gesundheitsförderung Schweiz der Qualitätssicherung. Sie setzt sich dafür ein, dass Ergebnisse sicht- und überprüfbar sowie Erfahrungen und Erkenntnisse allgemein zugänglich und nutzbar gemacht werden.

Bestehende Ressourcen nutzen

Die Stiftung erarbeitet und unterstützt Projekte, die sowohl das Verhalten wie auch die begleitenden Verhältnisse fokussieren. Beispiele von Netzwerken:

- Gesundheit und Bewegung (www.hepa.ch)
- Nutrinet: Ernährung und Gesundheit (www.nutrinet.ch)
- Gesundheitsfördernde Schulen (www.radix.ch)
- Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention (www.healthorg.ch).

Die Gesundheitsförderung Schweiz (www.gesundheitsfoerderung.ch) hat drei Schwerpunktprogramme entwickelt.

Schwerpunktprogramm Bewegung, Ernährung, Entspannung (SPP1)

Gesundheitsförderung Schweiz sorgt dafür, dass der gesundheitliche Zusammenhang von Bewegung, Ernährung und Entspannung aufgearbeitet und belegt ist und die drei Themen synergetisch betrachtet werden. Das Projekt Suisse Balance

Was bewirkt Gesundheitsförderung? Zur Ermittlung der Evidenz in einem komplexen Interventionsfeld

hat beispielsweise zum Ziel, dass ›Normalgewicht‹ durch tägliche Bewegung und ausgeglichene Ernährung zu fördern.

Schwerpunktprogramm Gesundheit und Arbeit (SPP2)

Das laufende Pilotprojekt ›Betriebliche Gesundheitsförderung‹ in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) entwickelt ein Set von standardisierten Modulen, die kostengünstig auch in kleineren Betrieben etabliert werden können. Die Themenpalette reicht von Teamwork über Projektzirkel, Arbeitsorganisation, Work-Life-Balance, Ergonomie und Wellness.

Schwerpunktprogramm Jugendliche und junge Erwachsene (SPP3)

Die Stiftung unterstützt ressourcenorientierte und geschlechtersensible Projekte, die Jugendliche in ihrem Selbstwertgefühl stärken und so ihre Gesundheitskompetenzen entwickeln fördern. Dabei wird ein besonderer Fokus auf sozial benachteiligte Jugendliche gelegt. Die Stiftung unterstützt außerdem zusätzliche Projekte, um ihre Anliegen breit zu verankern. Diese gehören verschiedenen Themenkreisen an, z.B. zur Gesundheitsförderung mit älteren Menschen oder Männergesundheit.

Zukunft der Stiftung

Die Stiftung ist eine junge Organisation, die in einem komplexen Umfeld von Akteuren tätig ist und ein neues Verständnis im Umgang mit Gesundheit fördern möchte. Dieses Umfeld verlangt eine hohe Kompetenz in verschiedenen Bereichen. Gesundheitsförderung Schweiz ist sehr auf Transparenz bedacht, damit für die Öffentlichkeit klar ist, welche Projekte unterstützt werden (www.healthproject.ch). Eine optimale Wirksamkeit wird durch eine kohärente Strategie erreicht:

- wo Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsmanagement gut aufeinander abgestimmt sind,
- wo sowohl Verhalten als auch Verhältnisse angegangen werden und
- wo alle drei Ansätze (bevölkerungsbezogen, zielgruppenspezifisch und individuell) vernetzt sind.

Die Praxis erwies sich als das beste Mittel für die Konkretisierung und die Verortung von Gesundheitsförderung im Netzwerk der verschiedenen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention.

Das Kernanliegen ist, dass die Idee der Gesundheitsförderung zum selbstverständlichen Grundverständnis für die gesamte Gesundheitspolitik der Schweiz wird: nämlich, dass die Gesundheit und die Qualität des Lebens von der günstigen Beeinflussung gesellschaftlicher Lebensbedingungen und persönlicher Lebensstile abhängt, und dass die Gesellschaft durch eine verhältnismäßig kleine Investition sehr viel zu gewinnen hat, verglichen mit den großen Investitionen in der kurativen Versorgung.

DR. MED. BERTINO SOMAINI, *Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstr. 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel.: ++41 (0) 31 350 04 04, E-Mail: bertino.somaini@promotionsante.ch, Internet: www.gesundheitsfoerderung.ch*

Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden sich in ihren Strategien: während erstere das Ziel verfolgt, spezifische Risiken für Krankheiten und Störungen zu reduzieren, will letztere Ressourcen fördern und dies – so die viel zitierte Programmatik der WHO – in Settings. Die zu Recht erhobene Forderung nach einer Evidenzbasierung der Prävention und Gesundheitsförderung stellt damit für beide Interventionsansätze jeweils spezifische Anforderungen.

Bisherige Methoden auf dem Prüfstand

In der Präventionsforschung wird derzeit das Konzept der randomisierten, kontrollierten Studie als methodische Leitidee diskutiert: Analog zu klinischen Untersuchungen werden Stichproben per Zufall in Untersuchungsgruppen mit und ohne Intervention eingeteilt und anhand messbarer Kriterien werden die Effekte verglichen. Für traditionelle Präventionsansätze, vor allem solche, die auf die Veränderung individuellen Verhaltens abzielen, ist dieser methodische Ansatz gut geeignet, wie z.B. die Erfahrungen mit der Evaluation schulischer Suchtpräventionsprogramme gezeigt hat. Für die Gesundheitsförderung eignet sich dieses Konzept allerdings kaum, da die Anforderungen hier wesentlich komplexer sind. Die Gründe sind vielfältig:

- Gesundheitsförderung wirkt in Settings; sie will dort Veränderungen in Strukturen und Prozessen initiieren. Der Gesundheitsförderung liegen deshalb in der Regel Maßnahmen mit einem hohen Komplexitätsgrad zugrunde. Evaluationsmaßnahmen müssen deshalb struktur- und prozessorientiert entwickelt werden, wenn sie diese Veränderungen adäquat abbilden wollen.
- Gesundheitsförderung wirkt indirekt, sie will Lebensstile und Lebensweisen als Determinanten der Gesundheit verändern. Damit sind die Indikatoren zur Erfassung der Veränderungen schwierig zu bestimmen, denn der Erfolg der Maßnahme kann nicht direkt an einer Veränderung der Morbidität oder der Risiken abgelesen werden.
- Gesundheitsförderung will langfristige und nachhaltige Veränderungen in Gang setzen. Evaluationsmaßnahmen sind häufig – aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen – kurzfristiger angelegt; ein Problem, das die Gesundheitsförderung mit der Prävention teilt.

Neue Ansätze für den Wirksamkeitsnachweis

Auch wenn die Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor diesem Hintergrund schwierig erscheint: Es liegen bereits zahlreiche Ansätze internationaler Kolleginnen und Kollegen vor, die zeigen, dass sich auch die Gesundheitsförderung einem Wirksamkeitsnachweis stellen kann und die sich für die deutsche Diskussion fruchtbar machen lassen. So hat der australische Public Health-Experte Don Nutbeam ein Rahmenmodell entwickelt, in dem unterschiedliche Wirkebenen differenziert werden: Gesundheitsförderung hat zunächst einmal das Ziel, die individuelle Gesundheitskompetenz (z.B. Wissen, Einstellung), die sozialen Aktivitäten sozialer Gruppen (z.B. Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern) oder die Rahmenbedingungen für Politik- und Organisationsgestaltung (z.B. Gesetzgebung, Verteilung von

Mitteln, Organisationsentwicklung) zu beeinflussen. Erst diese Veränderungen wirken auf die Determinanten von Gesundheit (z. B. Lebensstil, Versorgung, ökonomische und soziale Lebensbedingungen), deren Veränderung sich letztlich in veränderten Gesundheits- und Sozialindikatoren (Lebensqualität, Morbidität, Mortalität) niederschlagen. Modelle und Konzepte zur Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen diese Wirkebenen unterscheiden und spezifizieren können, in welchen Bereichen Veränderungen zu erwarten sind. »Gesundheitsförderung Schweiz«, eine nationale Stiftung, die jährlich etwa 20 Mio. Franken in Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung investiert, hat mit diesem Rahmenmodell von Nutbeam gute Erfahrungen gemacht, die für Deutschland richtungsweisend sein können. Auch die Centers for Disease Control and Prevention und eine Arbeitsgruppe der WHO haben gezeigt, wie sich originäre Gesundheitsförderungsprogramme, die auf eine Veränderung soziokultureller und umweltbezogener Einflussfaktoren abzielen, evaluieren lassen – wenn denn die Maßnahme theoretisch fundiert ist, das methodische Repertoire qualitative und quantitative Methoden umfasst und die Methoden unter Rückgriff auf das Know-how verschiedener Disziplinen entwickelt werden, die Erfahrung mit der Abbildung von Prozessen und komplexen Strukturen haben.

Die Diskussion um die Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung und Prävention ist sehr zu begrüßen. Bislang liegen für die in Deutschland angebotenen Maßnahmen kaum Erkenntnisse darüber vor, ob diese überhaupt wirksam sind. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation sind deshalb dringend geboten. Dabei darf aber das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden: Für Gesundheitsförderung und Prävention sind jeweils spezifische Konzepte und Methoden zu entwickeln. Der ausschließliche Rückgriff auf randomisierte kontrollierte Studien birgt die Gefahr, dass Gesundheitsförderung zukünftig noch stärker in den Hintergrund rückt, weil sie mit diesem epidemiologisch fundierten Modell nicht angemessen untersucht werden kann. Ein Wirksamkeitsnachweis ist auch hier möglich, allerdings mit anderen Methoden und Rahmenkonzepten.

PROF. DR. PETRA KOLIP, Zentrum für Public Health der Universität Bremen, Postfach 330440, 28334 Bremen,
E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de
Literatur bei der Verfasserin

»Kinder leicht – besser essen. Mehr bewegen.«

Eine Kampagne des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

Übermäßiges Körpergewicht ist heute in Deutschland die häufigste ernährungsmitbedingte Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Mittlerweile ist jedes 5. Kind und jeder 3. Jugendliche übergewichtig. Auch die Zahl der adipösen, d. h. der stark übergewichtigen Kinder und Jugendlichen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Dieser Trend ist in allen westlichen Industrienationen zu beobachten. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht deshalb von einer besorgniserregenden Epidemie.

Um einen Beitrag zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu leisten, hat Bundesverbraucherministerin Renate Künast im Sommer 2003 die Kampagne »KINDER LEICHT – BESSER ESSEN. MEHR BEWEGEN.« gestartet. Am Beginn dieser Kampagne stand der Kongress »Kinder und Ernährung« in Berlin. Anschließend wurden vier interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet, die seither Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen erarbeiten, die in den verschiedenen Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen wirksam werden. Im Vordergrund der Maßnahmen steht die Verbesserung der Ernährungsaufklärung von Kindern und Jugendlichen sowie von Eltern, Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern. Darüber hinaus gibt es Beratungsangebote für Kindertagesstätten und Schulen, speziell für Ganztagschulen, um es diesen zu erleichtern, eine abwechslungsreiche vollwertige Ernährung anbieten zu können. Aktionen in verschiedenen Medien und Printmedien werden diese Maßnahmen begleiten.

Arbeitsgruppe: »Kinderernährung in Familien und Kindertagesstätten«

Im Säuglings- und Kleinkindesalter werden Einflüsse vorwiegend über Eltern bzw. die Familie vermittelt. Dabei besitzen Eltern eine entscheidende Vorbildfunktion. In den ersten beiden Lebensjahren wird das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wesentlich in der Familie geprägt. Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht im Säuglings- und Kleinkindesalter hängt wesentlich davon ab, inwieweit Eltern und Familien erreicht werden können. Dies ist u. a. über das Netzwerk der Kinderärzte im Rahmen ihrer Vorsorgetätigkeit sowie über die Kindertagesstätten und Medien möglich. Auch andere Zugangswege für die Ernährungsaufklärung und -information von Familien sollen entwickelt werden. Dabei ist es wichtig, sozial schwache und Migrantenfamilien zu erreichen. Dort tritt Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in besonderem Maße auf. Es soll geprüft werden, inwieweit die reichlichen Erfahrungen anderer Länder zur Prävention übergewichtiger Kinder und Jugendlicher auch in Deutschland genutzt werden können.

Arbeitsgruppe: »Ernährung und Esskultur in der Schule«

Gesund und genussvoll essen und Bewegungsfreude entwickeln, kann kinderleicht sein, wenn es richtig gelernt wird. Leider gehen diese Kulturtechniken und Basiskompetenzen als Bildungsgut zunehmend verloren. Individuelle Prävention und die Übernahme von Eigenverantwortung stellen den Einzelnen und soziale Gemeinschaften vor neue, große Heraus-

Barbara Philippi

Aufruf zur Mitarbeit bei gesundheitsziele.de

forderungen. Um den Zukunftsanforderungen gerecht zu werden, brauchen die Menschen mehr Wissen über eine vielseitige und ausgewogene Ernährung und (erneuerte) Kompetenzen im Bereich der Esskultur. Diese zu vermitteln, gehört zu den grundlegenden und allgemeinbildenden Aufgaben der Schule. Dass dabei Unterrichtsinhalte und neue Bewegungsangebote im Unterricht und Schulleben sowie die Versorgung der Schülerinnen und Schüler mit vielseitigem und ausgewogenem Essensangebot im Schulalltag zusammenpassen müssen, ist besonders für Ganztagschulen von Bedeutung. Die Verbesserung der unterstützenden Strukturen für die Beteiligten und Verantwortlichen in diesem Aufgabenfeld stellt das zentrale Themenfeld der Arbeitsgruppe »Ernährung und Esskultur in der Schule« dar.

Arbeitsgruppe: »Kinderernährung in den Medien«

Jedes fünfte Kind ist zu dick. Jedes sechste Kind frühstückt nicht. 25 von 100 Kindern bekommen mittags zu Hause kein warmes Essen. Fast Food und Süßigkeiten unterminieren unser Essverhalten. Ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der Essgewohnheiten von Kindern ist die Gründung der Arbeitsgruppe »Kinderernährung in den Medien«. Sie setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern sämtlicher Mediengattungen zusammen und verfolgt ein zweistufiges Ziel: In einem ersten Schritt sollen die Journalisten und Journalistinnen selbst zum Thema »Ernährung und Übergewicht bei Kindern« informiert werden. Nach Ende der Kampagne soll die gemeinsame Arbeit in ein Netzwerk münden. Der zweite Schritt ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit über die Zusammenhänge von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen über die gewonnenen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen. Dazu werden Kooperationen mit unterschiedlichen Medienpartnern angeregt und begleitet.

Arbeitsgruppe: »Kinderernährung, Lebensmittelangebot, Wirtschaft und Werbung«

Auch die Wirtschaft kann einen Beitrag gegen Übergewicht leisten. Die Arbeitsgruppe lotet aus, welche Möglichkeiten die Wirtschaft sieht und an welchen Maßnahmen sie sich beteiligen kann, um der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Dies schließt das Thema Werbung mit ein. Darüber hinaus werden aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie des Verbraucherschutzes sachlich begründbare Anforderungen formuliert, die einen Beitrag zur Lösung des Problems leisten und erfolgversprechend sein können.

DR. ANKE NIEDERHAUS, *Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, Referat 221: Ernährungspolitik, wissenschaftliche Grundlagen der Ernährung, Ernährungsaufklärung, Ernährungswirtschaft, Rochusstraße 1, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 5 29 41 72, Fax: (02 28) 5 29 35 64, Internet: www.verbraucherministerium.de*

gesundheitsziele.de stellt eine Konsensplattform zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen dar, zu der sich im Dezember 2000 mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens zusammengeschlossen haben. *gesundheitsziele.de* wird von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) koordiniert und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert.

In den vergangenen Monaten sind eine Vielzahl von Akteuren des Gesundheitswesens schriftlich über das Projekt informiert und außerdem gebeten worden, mit Hilfe eines Erhebungsbogens Auskunft über ihre zielführenden Projekte zu geben. Auf dieser Grundlage werden derzeit weitere Schritte zur Umsetzung der Gesundheitsziele vorbereitet. Es besteht für die bereits angeschriebenen, aber auch für weitere Akteure des Gesundheitswesens noch bis zum 28. Mai 2004 die Möglichkeit, Maßnahmen und Projekte für die folgenden Zielthemen einzubringen:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
- Tabakkonsum reduzieren,
- Gesund aufwachsen – Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung (Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche),
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken sowie
- Depression.

Mit der Rücksendung des Erhebungsbogens (s.u.) unterstützen Sie *gesundheitsziele.de* dabei, einen Überblick über bereits laufende und geplante zielführende Maßnahmen und Projekte zu gewinnen. Derzeit werden auf dieser Grundlage zielthemenspezifische Workshops konzipiert, zu denen Vertreterinnen und Vertreter aller gemeldeten Maßnahmen eingeladen werden sollen. Die Workshops sollen der Information, dem Erfahrungsaustausch und der Stiftung von Kooperationen dienen.

Angesprochen sind alle betroffenen Akteure, d.h. Krankenkassen, Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen bzw. ihre Verbände, Gesundheitsämter, KiTas und Schulen bzw. ihre zuständigen Behörden auf Länder- und kommunaler Ebene, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Bundesressorts, nachgeordnete Bundesbehörden, die Bundesländer sowie die Leistungserbringer sämtlicher Versorgungsstufen (Primär- und Sekundärprävention, Versorgung und Rehabilitation einschließlich der Pflege). Herzlich willkommen sind auch Kooperationsprojekte, die von mehreren Akteuren gemeinsam durchgeführt werden. Mit dem Erhebungsbogen können Sie überdies Interesse an der Nutzung des Logos von *gesundheitsziele.de* zum Ausdruck bringen.

*Den Katalog mit den Gesundheitszielen sowie den Erhebungsbogen können Sie kostenfrei bei der GVG, Hansaring 43, 50670 Köln, E-Mail team15@gvg-koeln.de beziehen oder sich im Internet unter www.gesundheitsziele.de herunterladen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de*, Tel.: (02 21) 91 28 67-28.*

Claudia Bindl

Gesund und aktiv – Landesbehörden auf dem Weg

Modellprojekte

Mit dem Kabinettsbeschluss vom 19. 11. 2002 war der Startschuss für den Ausbau von Gesundheitsmanagement in den Landesbehörden von Niedersachsen gegeben. Im vergangenen Jahr haben 20 Dienststellen begonnen, systematisch ein ganzheitliches integratives Gesundheitsmanagement aufzubauen. Sie werden als Modellprojekte aus Haushaltsmitteln der Verwaltungsreform des Nds. Ministeriums für Inneres und Sport gefördert. Die Gesamtfördersumme für das Jahr 2003 lag bei ca. 159.000 Euro.

Auch für 2004 sind Haushaltsmittel für dienststelleninternes Gesundheitsmanagements vorgesehen, mit denen sowohl die laufenden Projekte weiter als auch neue Projekte unterstützt werden sollen. Derzeit wird über die Förderung der Anträge entschieden. Die zentralen Kriterien sind Umsetzung der Prinzipien (Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration, Projektmanagement, Gender Mainstreaming) und Einstieg in Organisations- und Personalentwicklungsprozesse. Gleichzeitig wird darauf geachtet, möglichst unterschiedliche Behörden zu fördern. Die laufenden Projekte aus 2003 verteilen sich auf 8 Ressorts, von Finanzämtern, Bezirksregierungen, Polizei Niedersachsen, Amtsgerichten, Gewerbeaufsichtämtern, Straßenbauämtern, Ministerien bis hin zu Universitäten sind die unterschiedlichsten Dienststellen vertreten.

Schwerpunkte im Gesundheitsmanagement

Die Modelldienststellen wurden vom Beratungsservice unterstützt, insbesondere beim Einstieg ins Gesundheitsmanagement sowie bei der Planung des Projektes. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass folgende Faktoren für den erfolgreichen Verlauf der Projekte von besonderer Bedeutung sind: Ein gutes Projektmanagement hat sich bisher ausgezahlt. Insbesondere Projekte mit einem klaren Projektauftrag und einer mit Entscheidungskompetenzen ausgestatteten Steuerungsgruppe konnten viel bewegen. Aber auch eine gründliche Einarbeitung in die Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheit halfen bei der Definition von Zielen und deren Konkretisierung.

Erfolgversprechend sind vor allem die Projekte, die Zeit in die Planung und Durchführung von Analysen der Ursachen von Belastungen investiert haben. Im Vordergrund standen dabei Mitarbeiterbefragungen für die Ermittlung von Handlungsbedarfen und Gesundheitszirkel oder Diagnoseworkshops zur Analyse der Ursachen von Belastungen. Gesundheitszirkel verknüpfen Ursachenanalyse und Maßnahmenentwicklung unter Beteiligung der betroffenen Beschäftigten und sichern damit maßgeblich den Erfolg von Gesundheitsmanagement.

Gesundheitsmanagement bietet im Rahmen von Verwaltungsmodernisierung die Chance, Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gesundheitsförderlicher zu gestalten und gleichzeitig dem Bestreben nach Optimierung, Produktivität und Leistungssteigerung nachzukommen. Im Zuge der Verwaltungsreform finden in den Dienststellen neben dem Gesundheitsmanagement tiefgreifende Veränderungen statt, die häufig aus Sicht der Beschäftigten als widersprüchlich wahrgenommen werden. Darunter fallen organisatorische Umstrukturierungen, vom Neuzuschnitt, über Privatisierung bis hin zu Auflösung von Behörden, Arbeitsverdichtung, Personalabbau und die Einschränkung von Gratifikationen (Kürzung des Weihnachts- und Urlaubsgeldes, Verringerung der Versorgungsbezüge bei Frührentenierung u. a.).

Netzwerk für Modellprojekte

Seit Ende 2003 sind die Modellprojekte in einem Netzwerk organisiert. In dem Netzwerk unterstützen sich die Dienststellen in ihren Projektaktivitäten und nutzen den gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Der Beratungsservice begleitet das Netzwerk mit Workshops zur ›kollegialen Projektberatung‹. Die Methode unterstützt eine kritische Reflexion der eigenen Projektarbeit durch die Wahrnehmung Dritter. Neben der kollegialen Projektberatung gibt es in 2004 auch eine fachspezifische Begleitung des Netzwerkes zu folgenden Themen:

- Projektmarketing (Argumentationsstrategien für Gesundheitsmanagement, Planung von

Information und Kommunikation)

- Evaluation (einheitliches Evaluationsschema, Indikatoren zur Messbarkeit von Erfolgen, Controlling)
- Krankenstandsanalyse (erfasste Merkmale, Detaillierungsgrad, Bewertung, Aussagekraft, Datenschutz).

Der kontinuierliche Informationsaustausch unter den Netzwerkteilnehmenden wird durch eine eigene Website und einen Download-Bereich sowie eine Mailingliste unterstützt. Darüber hinaus steht allen Dienststellen der Landesverwaltung die Website des Beratungsservices zur Verfügung. Unter www.gesundheitsmanagement-niedersachsen.de können sich Interessierte über Inhalte zum Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung, wichtige Kooperationspartner, Dienstleister sowie aktuelle Qualifizierungsangebote des Studieninstitutes des Landes Niedersachsen informieren.

Eine von der landesweiten Steuerungsgruppe eingerichtete Arbeitsgruppe entwickelt seit Ende des letzten Jahres ein einheitliches Schema zur Evaluation der Modellprojekte. Ende 2004 sollen alle Dienststellen mit Unterstützung des Beratungsservices ihr Projekt zum Gesundheitsmanagement evaluieren. Die Grundlage für das Evaluationskonzept bildet das Modell von ›Project Excellence‹ der Deutschen Gesellschaft für Projektmanagement e. V., da dieses vor allem eine Bewertung des Prozesses – ein Gesundheitsmanagement aufzubauen – ermöglicht und damit auch Stärken und Verbesserungspotenziale erkennen lässt. Es unterstützt Lernprozesse sowie die Selbststeuerung in den Dienststellen und bietet zudem die Möglichkeit, Prozesse und Erfolgsfaktoren sichtbar zu machen, um den Dienststellen ein Lernen voneinander zu ermöglichen.

Anschrift: siehe Impressum





Jutta Sundermann

Bärendienste für die Solidarität – GATS und Gesundheit

»GATS ist gesundheitsschädlich« warnen Globalisierungskritiker. Hinter dem Kürzel verbirgt sich das Abkommen der Welthandelsorganisation (WTO) über den Handel mit Dienstleistungen (General Agreement on Trade in Services). Jedes Mitgliedsland verpflichtet sich darin zur Liberalisierung von Dienstleistungen – jeweils dort, wo es selbst die Freigabe in einer Positivliste festlegt. Dabei ist der Begriff der Dienstleistungen weit gefasst und schließt Bildungs- und Gesundheitsdienstleistungen inklusive Krankenversicherungen ebenso ein, wie z. B. die Wasserversorgung.

Probleme liberalisierter Gesundheitsdienstleistungen

Das GATS - Abkommen zieht nicht automatisch eine komplette, deregulierte Privatisierung des Gesundheitswesens nach sich. Wohl aber begleiten interessierte Dienstleistungsunternehmen mit massiver Lobbyarbeit die GATS-Verhandlungen. Die Welthandelsorganisation setzt auf den Markt, auf Konkurrenz und Privatunternehmen.

Für Dienstleistungen, die das GATS erstmal alle in einen Topf wirft, gilt danach: auf dem Markt gibt es Anbieter und Konsumenten, Angebot und Nachfrage. Durch den Wettbewerb der Anbieter können die Kunden die beste Leistung zum besten Preis erhalten. Dieses Einmaleins der Volkswirtschaft lässt sich jedoch nicht so einfach auf Gesundheitsdienste übertragen. Patienten und Patientinnen sind eben nicht mit der Kundschaft im Supermarkt oder im Reisebüro zu vergleichen: Diagnose und Therapie müssen viele Kranke medizinischen Fachleuten überlassen. Krankheit ist mit Ängsten, Schmerzen, Abhängigkeiten verbunden, die die »souveräne Kundenrolle« unmöglich machen. Prävention ist für die Gesundheits-Dienstleistenden oft weniger attraktiv, wenn die Gewinnspannen zu niedrig liegen. Wo keine lukrativen Märkte zu erwarten sind, weil die Bevölkerung zu arm oder die Besiedelung zu dünn ist, entlässt der Markt seine Kinder. Gleichzeitig vermittelt er uns gerne – nicht unbedingt gesundheitsförderlich –, dass »mehr Medizin« auch »mehr Gesundheit« bedeutet und »teure Medizin« für »bessere Medizin« steht.

Es gibt gravierende Nachteile, wenn Krankenhausabteilungen zu »Profit-Centern« werden. Kundenorientierung und Wettbewerb sollen die Leistungsfähigkeit und Sparsamkeit steigern. In der Praxis heißt das Personalabbau und Umstellung auf Haustarife. Jedes Haus ist bemüht, »Rosinen zu picken«.

Das GATS und die Gesundheit

Das GATS ist von seiner Intention und perspektivisch eine ernst zu nehmende Gefahr für eine befriedigende Gesundheitsversorgung im Sinne der UN-Menschenrechtskonvention. Zwar versucht die WTO auf ihrer Homepage, Kritik auszubremsen. In den Länderlisten sei nicht zu finden, was GATS-Kritiker befürchten. Im Vertragstext werde mehrfach auf die Notwendigkeit unterschiedlicher Liberalisierungsgeschwindigkeiten für reiche und arme Länder hingewiesen.

Das GATS ist jedoch kein abgeschlossenes Werk, sondern als ein ständig zu erweiterndes Liberalisierungsabkommen gedacht. Einmal festgelegte Liberalisierungsschritte sind faktisch unumkehrbar. Obwohl es um Fragen von großer Reichweite geht und das GATS-Abkommen bereits 1995 in Kraft trat, hat der deutsche Bundestag erstmals im Januar 2003 darüber diskutiert. Die meisten Entscheidungen fallen jenseits öffentlicher Diskussion, die Europäische Kommission verhandelt für die EU-Länder. Nach dem EU-Verfassungsentwurf entfällt in Zukunft das Veto-recht für die EU-Länder im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen.

Entsolidarisierung und marktorganisierte Gesundheitsdienste fassen auch ohne GATS Fuß, begleiten die Verhandlungen und nehmen Ergebnisse vorweg. Überall auf dem Globus sind solche Veränderungen im Gesundheitswesen festzustellen. Die Länder, die nicht unter der Knute von IWF (Internationaler Währungsfond) und Weltbank privatisieren, tun dies aus freien Stücken oder beugen sich Sachzwängen: glaubend an Konkurrenz als positive Kraft, getrieben von den roten Zahlen im Haushalt.

Alternativen denken!

Um die Zukunft der Gesundheitsversorgung und -vorsorge muss gestritten

werden! Dringend sind die Stimmen anzuhören, die der Demontage solidarischer Systeme widersprechen. Anzugreifen ist die unsägliche Verzerrung des Begriffes »Eigenverantwortung« zum Generalfreibrief für Kürzungen sozialer Leistungen und für den Abschied von der Solidarität der Gesunden mit den Kranken, der Wohlhabenderen mit den Ärmern. Ein Land wie die Bundesrepublik, dessen Ausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den letzten Jahrzehnten im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt kaum gestiegen sind, kann sich eine gute Gesundheitsversorgung für alle leisten. Es kann und muss sich sogar eine Diskussion über internationale Solidarität leisten.

Vor dem Hintergrund der grundlegenden Frage »Wie wollen wir leben?« sind Forderungen wie die der Globalisierungskritiker, alle Menschen in die GKV aufzunehmen, alle Einkommen zu berücksichtigen und die Umverteilung nicht durch die Beitragsbemessungsgrenze auf den ersten Metern auslaufen zu lassen, neu zu diskutieren. Doch die Alternativen werden langen Atem und Auseinandersetzungen brauchen. Aber das ist es eben: das GATS und seine Logik bringt demokratische Prozesse zum Aussterben. Selbst wenn wir uns in zwanzig Jahren sicher wären, die Privatisierungsschritte sollten rückgängig gemacht werden – unter WTO-Bedingungen haben Bürgerinnen und Bürger sowie ihre Vertretungen dann Pech gehabt.

JUTTA SUNDERMANN, *Räubergasse 2a, 38302 Wolfenbüttel, Tel.: (0 53 31) 88 23 53, Fax: (0 53 31) 7 73 70, E-Mail: jutta.s@jpberlin.de*

Petra Kolip

Hormontherapie in den Wechseljahren

Die Qualität der Informationen auf Internetseiten niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen

Bürgerinnen und Bürger nutzen zunehmend das Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen. Sie stoßen dabei auf Informationen verschiedener Anbieter mit unterschiedlicher Qualität (siehe *impulse* 39). Auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nutzen das Internet vermehrt als Plattform, um ihre Arbeitsschwerpunkte, die Praxisphilosophie und Informationen zu Gesundheitsthemen zu verbreiten. Es ist zu vermuten, dass den Webseiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine hohe Seriosität zugesprochen wird, da sie von Personen erstellt wurden, die über großes Fachwissen verfügen. Wie ist es nun um die Qualität dieser Informationen de facto bestellt? Im Rahmen eines vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) finanzierten Forschungsprojektes ging das Zentrum für Public Health der Universität Bremen der Frage nach, wie niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen über die (post-)menopausale Hormontherapie (HT) berichten.

Im Sommer 2002 erschienen die Zwischenergebnisse der Women's Health Initiative (WHI), einer Studie, die den höchsten epidemiologischen Ansprüchen genügt und die Abwägung der Risiken und des Nutzens der HT auf eine solide wissenschaftliche Basis stellt. Die Studie hat belegt, dass der Schaden der HT weitaus größer ist als ihr Nutzen. Hormone sollten deshalb, so auch die Schlussfolgerung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nur noch zur Linderung schwerer Wechseljahrbeschwerden, nicht aber zur Prävention von Osteoporose, Herz-Kreislaufkrankheiten und Demenz oder zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens eingesetzt werden.

Die Analyse der Webseiten niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen zeigt, dass diese Erkenntnis auch 12 Monate nach Veröffentlichung der Ergebnisse nicht in der Praxis angekommen ist. Mittels 117 Kombinationen einschlägiger Schlüsselwörter konnten 97 ärztliche Webseiten identifiziert werden, auf denen die Wechseljahre oder

die HT als Thema aufgegriffen wurde. Schon der Blick auf formale Qualitätskriterien lässt erste Zweifel an der Qualität der Seiten aufkommen: Lediglich ein Drittel der Seiten macht vollständig die Pflichtangaben nach § 6 des Telemediengesetzes (u. a. Anschrift und E-Mail der Praxis, zuständige Ärztekammer, ggfs. Kassenärztliche Vereinigung). Auch eine Analyse mit einer verkürzten Form des HONcode-Site-Checkers, mit dem sich die Qualität medizinischer Informationen im Internet beurteilen lässt (www.hon.ch), deckt Mängel auf: Ein Aktualisierungsdatum ist nur auf jeder 4ten Seite zu finden, ein Drittel hat Links zu kommerziellen Anbietern (in der Regel Pharmafirmen). Wer die Seite finanziert hat, lässt sich in der Regel nicht beurteilen.

Der Blick auf die Informationen zur Hormontherapie frustriert völlig. Nur auf 24 von 97 Seiten wird überhaupt auf die Woman's Health Initiative Bezug genommen, obwohl die meisten Seiten aus dem Jahr 2003 stammen. Wenn dies geschieht, dann ist dies allerdings kein Garant dafür, dass die Ergebnisse auch korrekt dargestellt werden: Die Ergebnisdarstellung erfolgt selektiv im Sinne einer Betonung des Nutzens und einer Relativierung der Risiken, die Ergebnisse werden durch veraltete Studien ergänzt, um die Leserin vom Nutzen der HT weiterhin zu überzeugen. Dabei werden auch Falschinformationen verbreitet (z.B. dass die Einnahme von Hormonen vor Brustkrebs schützt), und es verwundert nicht, dass sich insgesamt 68% aller Seiten positiv zur HT äußern. Lediglich 4 (von 97!) Seiten nehmen die Ergebnisse der Woman's Health Initiative ernst und betonen, dass der Einsatz sorgfältig abgewogen werden muss und nur in den seltensten Fällen aufgrund der hohen Risiken angezeigt ist. Die Hälfte der Seiten empfiehlt die HT zur Prävention von Osteoporose, ebenso viele zur Verhinderung von Herzkrankheiten. Auch der Einsatz als Jungbrunnen - unter den modernen Stichworten der ›Anti-Aging-Medizin‹ und ›Kosmetischen Endokrinologie‹ - wird empfohlen, jenseits aller wissenschaftlichen Evidenz und unter defizitorientiertem Blick auf das Altern von Frauen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen ziehen? Die wissenschaftliche Evidenz findet offensichtlich nicht von selbst den Weg in die ärztliche Praxis. Hier sind die Ärztekammern gefragt, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in die Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin einzuführen, wie auch angehende Medizinerinnen und Mediziner darin geschult werden müssen, sich anbieterunabhängige Informationen zu beschaffen. Die jüngst von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veröffentlichte Handlungsleitlinie zur Hormontherapie und der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingeschränkte Indikationsbereich werden die Entwicklung neuer Behandlungsroutinen hoffentlich unterstützen. Darüber hinaus müssen aber auch Laien in der Bewertung gesundheitsbezogener Internetinformationen geschult werden. Checklisten, die z. B. in den Quartalszeitschriften der Krankenkassen abgedruckt werden könnten, wären hier ein erster Schritt.

Der Abschlussbericht ›Hormontherapie in den Wechseljahren – Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/Hormontherapie‹ kann unter www.asfg.uni-bremen.de heruntergeladen werden.

PROF. DR. PETRA KOLIP, Zentrum für Public Health der Universität Bremen, Postfach 330440, 28334 Bremen, E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de

Ulrich Schwabe

Erprobung eines ›Gesundheitsaudits für Schulen‹

Spätestens seitdem die Qualitätsdebatte die Schule erreicht hat, haben wir es mit einem Qualitätsverständnis zu tun, dem sich auch eine gesundheitsfördernde Schule nicht verschließen kann. In dem allgemeinen Anliegen, Gesundheit, also die systematische Entwicklung gesünder Lebensbedingungen und gesundheitsorientierter Lebensperspektiven in der Schule insgesamt und für alle zugänglich zu machen und zu erhalten, sind im Modellvorhaben ›Gesundheitsaudit für Schulen‹ Kriterien zum Zertifizierungsverfahren erarbeitet worden. Hintergrund des Modellvorhabens ist es, innovative Ansätze zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Handlungsfeldern und Strukturen in der Schule zu entwickeln, die dazu beitragen, die gesundheitlichen Chancen auch von sozial benachteiligten Schülerinnen und Schülern ohne Stigmatisierung zu verbessern.

Von der Landesvereinigung für Gesundheit in Sachsen-Anhalt wurden in einer Pilotphase mit 8 Schulen in Sachsen-Anhalt im 2. Schulhalbjahr 2002/03 die Kategorien des Gesundheitsaudits von 10 auf 6 und die Kriterien von 77 auf 58 reduziert und das Zertifizierungsverfahren weiterentwickelt. In einem Kooperationsprojekt zwischen dem BKK Bundesverband und der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. soll im Schuljahr 2003/04 eine überarbeitete Variante an 8 Schulen getestet werden. An dieser zweiten Erprobungsphase nehmen die Landesvereinigungen für Gesundheit Niedersachsen e.V. und die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. mit je 4 Schulen teil.

Ziel ist es, durch die Erprobung des Gesundheitsaudits, die erarbeiteten Kriterien zu überprüfen und den erreichten Grad der Schulentwicklung festzustellen. Mit Hilfe der Kriterien gilt es, Stärken und Schwächen aufzuspüren und Verbesserungen einzuleiten, um Veränderungen des Unterrichts und des Schullebens so zu gestalten, dass die Gesundheit der in der Schule lernenden und arbeitenden Menschen effektiver gefördert wird. Die modellhafte Erprobung des entwickelten Auditierungsverfahrens soll in Niedersachsen langfristig

zur Qualitätssicherung in der schulischen Gesundheitsförderung beitragen. Das Modellvorhaben wird Ende Juni 2004 mit der Verleihung des Gesundheitsaudits für die beteiligten Schulen abgeschlossen.

DR. ULRICH SCHWABE, *Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Bandwikerstr. 12, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 36 41 11*
Literatur beim Verfasser

Anne-Madeleine Bau

Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis: Was ist Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Vom 12. bis 13. Februar 2004 fand im Robert Koch-Institut in Berlin die Fachtagung zu ›Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung: Methoden, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Epidemiologie‹ des Interdisziplinären Forschungsverbundes Epidemiologie (EpiBerlin) statt.

EpiBerlin, seit November 2002 in Berlin, hat das Ziel die in der Berliner Region tätigen Epidemiologinnen und Epidemiologen zusammenzuführen, sie mit Informationen zu versorgen und Vernetzungsstrukturen herzustellen. Dadurch sollen vorhandene Potenziale gestärkt und zusätzliche Ressourcen erschlossen werden. Dies war die erste Fachtagung, die EpiBerlin, mit dem Ziel einen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu dem Thema ›Prävention und Gesundheitsförderung: Evaluation – Evidenz – Qualitätssicherung‹ zu initiieren, durchgeführt hat. Dabei sollte der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen auf der Basis epidemiologischer Forschung aufgezeigt, Erfolge dargestellt und Kompetenzen gebündelt werden. Die Tagung untergliederte sich in drei Schwerpunktthemen:

1. Was sagen epidemiologische Daten zum Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention?
2. Wie ist die Situation aus Sicht der

relevanten Einrichtungen und Organisationen in Deutschland für Gesundheitsförderung / Prävention? Welche Bedarfe gibt es?

3. Methoden und Konzepte der Evidenzbasierung – Herausforderungen an die Wissenschaft!

An der Fachtagung nahmen Epidemiologinnen und Epidemiologen aus dem universitären und privat selbständigen Bereich in und um Berlin teil, sowie Vertreterinnen und Vertreter der Praxis von Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung aus ganz Deutschland.

Die Dokumentation der Tagung finden Sie auf den Seiten von EpiBerlin unter www.epiberlin/fachtagung.html.

ANNE-MADELEINE BAU, *Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin), Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Tel.: (030) 3 14-7 95 84 oder 3 14-2 89 94, Fax: (030) 3 14-2 89 94, E-Mail: epiberlin@tu-berlin.de, Internet: www.epiberlin.de*

Bärbel Bächlein

Elektronischer Veranstaltungskalender

Das Modellprojekt ›Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen‹ bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. bietet jetzt auf seiner Homepage auch einen Veranstaltungskalender an. Aufgelistet werden Tagungen, Kongresse und Vorträge aus Niedersachsen und dem Bundesgebiet, die ihren Themenschwerpunkt auf ›Patientinnen und Patienten‹ legen. Angesprochen sind Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Bürgerinnen und Bürger. An uns weitergeleitete Terminankündigungen werden in die Übersicht aufgenommen.

Weitere Informationen unter www.gesundheitsinfo-niedersachsen.de ›Veranstaltungen.



Antje Richter

Nationale Kooperation für Sozial Benachteiligte

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. beteiligt sich am Kooperationsprojekt von landesweiten Einrichtungen für Gesundheitsförderung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die »Einrichtung regionaler Knoten zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, das paritätisch von der Bundes- und Landesebene finanziert wird. Diese »Knoten« sollen durch den Aufbau thematischer Arbeitskreise, die Durchführung von Fachveranstaltungen und die Erweiterung des Bestands der bundesweiten Projektdatenbank die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter vernetzen, koordinieren und unterstützen. Im Folgenden wird der Wortlaut der am 2. November 2003 in Köln unterzeichneten Kooperationserklärung wiedergegeben.

Kooperationserklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) und die Landesvereinigungen, Landeszentralen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung (LGs) sowie Einrichtungen mit entsprechender Aufgabenstellung auf Ebene der Bundesländer wollen dazu beitragen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Sie vereinbaren, die hierzu vorhandenen Erfahrungen und Instrumente zukünftig gemeinsam zu nutzen und gemeinsam weiterzuentwickeln.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen auf den verschiedenen Handlungsebenen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld (»Setting«) begegnen – »gesund leben« muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden. Vor allem Menschen in schwierigen Lebenslagen sind so besser zu erreichen, und nur durch Verankerung in den Lebenswelten kann die Gesundheitsförderung auch nachhaltig wirken. Zahlreiche Aktivitäten vor Ort verfolgen bereits erfolgreich diesen Ansatz.

Wichtig ist jedoch der verstärkte Aufbau aktivierender und nachhaltiger Vernetzungsstrukturen zwischen Akteuren auf lokaler, Länder- und Bundesebene, um die Erfahrungen und Ergebnisse der Aktivitäten vor Ort zu sichern und zu verstetigen.

Hier können internetgestützte Informationstechnologien einen wichtigen Beitrag leisten, z. B. die Datenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« der BZgA. Diese Datenbank ist ein Instrument zur Identifizierung von Projekten auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene und soll aus Gründen der Transparenz und Qualitätssicherung durch Rückmeldungen zu geplanten bzw. durchgeführten Projekten laufend ergänzt und aktuell gehalten werden. Auf der Länderebene soll diese Nutzung und Pflege z. B. durch regionale Arbeitskreise, die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zum Ziel haben, gewährleistet werden. Auch andere länderspezifische Strukturen – wie etwa die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen oder die regionalen Arbeitsgemeinschaften in Baden-Württemberg – können zur Koordination genutzt werden. Die Arbeitskreise, die in einigen Bundesländern bereits bestehen und in weiteren Bundesländern neu gegründet werden sollen, sind zentraler Bestandteil sog. »Regionaler Knoten«, deren Arbeit bei regionalen Kooperationspartnern eingebunden ist. Die Arbeitsergebnisse der Regionalen Knoten werden u. a. im Rahmen der Internet-Plattform »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteilig-

ten« kommuniziert. Damit verbunden ist die Aufforderung an alle regionalen Akteure, sich aktiv in die Gesundheitsförderung einzubringen. Die BZgA unterstützt die mit der Datenbank verbundene Arbeit auf Landesebene durch Vernetzung und bundesweite Kooperation.

Im Zuge der allgemeinen Reformbemühungen im Gesundheitssystem und der von allen fachlich und politisch Verantwortlichen gewünschten Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland sollte die länderbezogene gesundheitsförderliche Praxis stärkere Aufmerksamkeit erfahren – u. a. als Basis einer bundesweiten Zusammenarbeit im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Die Kooperationspartner vereinbaren daher, die Öffentlichkeit über den Stand der Entwicklung ihrer Vernetzungsarbeit breit zu informieren – z. B. im Rahmen des bundesweiten Kongresses »Armut und Gesundheit«, der alljährlich am ersten Dezember-Wochenende in Berlin stattfindet, oder durch andere Fachtagungen, die o. e. Internet-Plattform »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de) sowie eigene Medien wie z. B. Newsletter oder Infodienste.

Stephanie Bauer, Marike Evers

»Durch DICK und dünn«

Mädchenprojekt zur Prävention von Essstörungen

»Ich glaube, das war das Wichtigste: sich so zu mögen wie man ist, und nicht nur das Schlechte an sich zu sehen ...« schreibt eine Schülerin nach der Projektwoche »Durch DICK und dünn« – Mädchenprojekt zur Prävention von Essstörungen.

Wie viele Mädchen gerade dies nicht schaffen, sondern einem utopischen Schlankheitsideal nacheifern, zeigen die Ergebnisse des AOK-Modellprojektes zur Prävention von Essstörungen in erschreckender Deutlichkeit:

- ca. 70 % der Mädchen zwischen 13 und 15 Jahren haben bereits Diäterfahrungen und Diäten gelten als Einstiegsdrogen für Essstörungen
- 24 % der Mädchen haben ein mittleres Risiko für eine Essstörung
- 16 % der Mädchen haben ein hohes Risiko für eine Essstörung

Die Prävalenz von Essstörungen steigt seit Jahren an, die Betroffenen werden immer jünger und die Folgekosten dadurch immer unabsehbarer.

Das AOK-Projekt (wissenschaftliche Begleitung Prof. Dr. H. Jörg Henning, Universität Bremen) basiert auf Erkenntnissen der modernen Suchtprävention. Von zentraler Bedeutung ist die Stärkung der Persönlichkeit. Der Selbstwert bestimmt das eigene Verhalten und damit auch das Essverhalten. Mit der Umsetzung dieses Modellprojektes nimmt die AOK Niedersachsen ihren gesetzlichen Auftrag nach § 20 SGB V an:

- Leistungen zur primären Prävention anzubieten
- Gesundheit im Setting zu fördern (»Durch DICK und dünn« kommt zu den Mädchen in die Schule, in ihren Lebensalltag)
- und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten (es werden alle Mädchen eines Klassenverbandes erreicht, nicht nur die Interessierten).

In 6 Landkreisen und Städten in Ostfriesland, Friesland und Wilhelmshaven beteiligten sich insgesamt fast 1.000 Schülerinnen in der 7. und 8. Klassen aus 36 Schulen an dem Projekt.

Im Rahmen einer Projektwoche werden an 5 Vormittagen verschiedene Themen (Konfliktbewältigung, Körpergefühl, Körperselbstbild + Essverhalten,

Selbstbehauptung, sexuelle Entwicklung) mit den Mädchen erarbeitet. Das Problem der Essstörungen steht dabei im Hintergrund. Die einzelnen Projektstage sind körper- und erlebnisorientiert gestaltet. Ziel ist, die Stärken und Fähigkeiten der Schülerinnen zu fördern, ihnen ein positives Gefühl zu ihrem sich entwickelnden weiblichen Körper zu vermitteln, ihre Konfliktfähigkeit auszubauen, ihre Genuss- und Erlebnisfähigkeit sowie ihre Selbstwirksamkeit zu fördern.

Dieser ganzheitliche Ansatz wird durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in Netzwerken umgesetzt. In allen 6 Landkreisen und Städten der Projektregion ist der Aufbau eines funktionsfähigen Netzwerkes zur Prävention von Essstörungen gelungen. Insgesamt arbeiteten 38 Partnerinnen und Partner im Rahmen ihrer Einrichtung oder Institution, sowie 19 Kursleiterinnen als freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Neben der personellen aktiven Mitarbeit in den Projektwochen unterstützten verschiedene Netzwerkpartnerinnen und -partner das Projekt finanziell.

Die Evaluation bestätigt, dass das Konzept den richtigen Weg in der Prävention von Essstörungen weist und Erfolge erzielt. Evident ist, dass das Risiko für Essstörungen weiter verbreitet ist, als bisher angenommen. 16 % der befragten Mädchen zwischen 13 und 15 Jahren weisen das Risiko einer ernsthaften Essstörung auf, 25 % ein mittelschweres Risiko und nur gut die Hälfte der Schülerinnen (58 %) ist davon unbelastet, wobei ein dramatischer Unterschied der Selbstwertschätzung zwischen den Mädchen der drei Risikokategorien festgestellt wurde. Eine signifikante Steigerung des Selbstwertes erreichten vor allem die Mädchen mit hohem Risiko für eine Essstörung. Setzt man die Selbstwertschätzung mit den Therapieempfehlungen in Beziehung, so zeigt sich, dass aus der Stichprobe nach nur einer Woche im Projekt insgesamt 12 Therapieempfehlungen weniger ausgesprochen werden müssten. Der generelle Therapiebedarf sinkt relativ um 15 %. Legt man die Höhe der Kosten für eine Therapie aus Fallbeispielen zugrunde, so ergibt sich ein Kosteneinsparpotential pro Fall bei unterschiedlicher Laufzeit von 156.000 bis 312.000 Euro.

Das Modellprojekt wurde von August 2000 bis Juni 2003 von der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen als Innovationsprojekt gefördert. In 3 der 6 Netzwerke läuft das Projekt weiter und wird von den Partnerinnen und Partnern getragen. Dies kann als guter Erfolg einer gelebten Netzwerkarbeit gesehen werden. Das Projekt schafft hier im Sinne der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachhaltige Strukturen für eine Gesundheitsförderung in der Region.

STEPHANIE BAUER, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30515 Hannover, Tel.: (05 11) 87 01-1 68 13,

E-Mail: stephanie.bauer@nds.aok.de

MARIKE EVERS, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hooge Riege 24, 26506 Norden, Tel.: (049 31) 1808-6 16 11,

E-Mail: marike.evers@nds.aok.de

Literatur bei den Verfasserinnen

Stephan Arenz

Prävention klassisch: Warum Impfungen kein alter Hut sind

Ein Masernausbruch mit Ursachen und Folgen

Im November 2001 begann in Stadt und Landkreis Coburg ein Masernausbruch, der insgesamt 8 Monate dauerte. In dieser Zeit wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) dort 1.191 Masernfälle gemeldet. In ganz Bayern gab es im gesamten Jahr 2001 demgegenüber nur 2302 gemeldete Masernfälle. Auf der Basis der Meldungen nach dem IfSG wurde rasch deutlich, dass es sich um eine Epidemie unter Kindern handelte: das mittlere Alter der Erkrankten lag bei 6 Jahren. Beide Geschlechter waren gleich häufig betroffen. Als nächster Schritt wurden die Durchimpfungsraten der bayerischen Landkreise in den Schuleingangsuntersuchungen 1998/1999–2000/2001 mit den Meldedaten für Masernfälle in den Landkreisen verglichen. Für Coburg lag die Impfquote sehr niedrig, nämlich bei 76,5%. Durch die hohen Durchimpfungsraten von 90 % oder mehr in den Coburg

umgebenden Landkreisen konnte offenbar eine weitere regionale Ausbreitung des Ausbruchs vermieden werden. Durchimpfungsraten unter 80% wurden außer in Coburg auch in 7 anderen Städten und Landkreisen in Bayern gesehen. Neben dem Coburger Ausbruch traten 2001 noch weitere, kleinere Ausbrüche in bayerischen Landkreisen mit Durchimpfungsraten zwischen 85 und 90% auf. Es handelte sich um die Landkreise Aichach-Friedberg (321 gemeldete Masernfälle), Regen (174 Fälle) und Deggendorf (219 Fälle). Im weiteren Verlauf wurden an 762 Eltern bzw. Betroffene der 1.191 aus Coburg gemeldeten Masernfälle Fragebögen zur Sicherung der Diagnose, zur Erhebung des Impfstatus und der Komplikationen verschickt. 510 Fragebögen (67%) wurden zurückgesandt und konnten ausgewertet werden. In 78% der Fälle war die klinische Falldefinition für Masern erfüllt. Insgesamt traten bei etwa jeder vierten Person Komplikationen auf. Dabei handelte es sich vor allem um Mittelohrentzündungen (22%), Masernpneumonien (5%) und Fieberkrämpfe (2%). Es wurden keine Masernenzephalitiden oder Todesfälle gemeldet. Von den Masernfällen waren nur 9% als geimpft anzusehen, betroffen waren also in der Regel nicht geimpfte Kinder. Den Meldungen zufolge mussten etwa 4% der Masernfälle stationär behandelt werden. 33 Arztbriefe dieser stationären Masernpatienten und -patientinnen konnten ausgewertet werden. Bei diesen Patienten und Patientinnen traten im Lauf des stationären Aufenthalts folgende Komplikationen auf: 14 Otitiden, 10 Bronchitiden, 8 Pneumonien, 3 Fieberkrämpfe, ein hämorrhagischer Verlauf der Masern und eine orthostatische Dysregulation (teilweise Mehrfachnennungen).

Interventionen

Als Gegenmaßnahme wurden zunächst vom Gesundheitsamt Coburg städtische Schulen, Kindergärten und -tagesstätten sowie die niedergelassenen Ärzte über die nach dem IfSG nötigen Maßnahmen informiert. Mitte März wurden darüber hinaus durch das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Zusammen-

arbeit mit dem örtlichen Gesundheitsamt Merkblätter mit Aufrufen zur (Riegelungs-)Impfung an alle Eltern der oben genannten Institutionen verteilt. Die Zahl der monatlich im Raum Coburg verkauften Masernimpfdosen wurde als Indikator für den Erfolg der Interventionsmaßnahmen verwendet. Während man zu Beginn des Ausbruchs nur einen leichten Anstieg der verkauften Impfdosen beobachten konnte, stiegen die Verkaufszahlen nach der zweiten Intervention deutlich an. Dies spricht dafür, dass der Anteil der ungeimpften und damit für eine Maserninfektion empfänglichen Bevölkerung durch die Intervention in Zusammenarbeit von lokalem Gesundheitsamt und LGL reduziert werden konnte. Bei hohen Durchimpfungsraten der benachbarten Landkreise blieb der Ausbruch in diesem Fall auf Stadt und Landkreis Coburg begrenzt. Mit Masernausbrüchen muss auch in anderen Regionen mit niedrigen Durchimpfungsraten gerechnet werden. Es hat sich gezeigt, dass die Routinedaten der Meldungen gemäß IfSG geeignet sind, solche Masernausbrüche frühzeitig zu entdecken. Nach den gemachten Erfahrungen waren die Interventionen erfolgversprechend, bei denen die Eltern unter Einbeziehung der Kindereinrichtungen direkt angesprochen wurden.

Prävention

Angesichts der teilweise erheblichen Folgen der Masernerkrankung für die Betroffenen ist eine konsequente Prävention das Mittel der Wahl. Dabei lassen sich aus dem geschilderten Verlauf ein paar einfache Folgerungen für die Prävention ziehen: Ansatzpunkt für die erfolgreiche Prävention ist ein ausreichender Durchimpfungsgrad der Bevölkerung. Dazu kann eine fortlaufend aktualisierte Gesundheitsberichterstattung, die die Impfdaten z. B. der Schulanfänger beobachtet, Gegenden mit niedrigen Durchimpfungsraten identifizieren. Dies eröffnet die Möglichkeit, rechtzeitig Interventionsmaßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsraten einzuleiten, um Ausbrüchen zuvorzukommen. Des Weiteren sind gezielte Aktionen zur Aufklärung und Motivation der Bevölkerung im Hinblick auf die

Folgen von Masern und die Impfung notwendig, um der »Impfmüdigkeit« in einigen Gruppen der Bevölkerung zu begegnen. Die direkte Ansprache der Eltern über die Kindereinrichtungen muss dabei intensiviert werden. Des Weiteren trägt hier auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Verantwortung, z. B. wenn im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Kinder mit unvollständigem Impfschutz vorgestellt werden. Prävention wird heute gesundheitspolitisch wieder mehr betont, dabei sollten über den zurecht geforderten Bemühungen um komplexe, verhältnisbezogene Präventionsansätze aber auch die altbewährten und einfachen Interventionen wie die Impfungen nicht vergessen werden.

DR. MED. STEPHAN ARENZ, *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GE 4, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Tel.: (089) 3 15 60-3 36 stephan.arenz@lgl.bayern.de*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95,
Email: LV-Gesundheit.Nds@t-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

Vi.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Markus G. Westhoff, Irmtraut Windel, Birgit Wolf

Beiträge: Dr. med. Stephan Arenz, Anne-Madeleine Bau, Stephanie Bauer, Fritz Bindzius, Raimund Dehmlow, Ulrike Ernst, Marika Evers, Karl Finke, Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Petra Kolip, Dr. Ursula von der Leyen, Dr. Anke Niederhaus, Dr. Barbara Philippi, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Ulla Schmidt, Dr. Ulrich Schwabe, Dr. med. Bertino Somaini, Rolf Stuppardt, Jutta Sundermann

Sekretariat: Andrea Pachali

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 43: 30. 4. 2004

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Auflage: 5.500

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/des Autors wider, nicht unbedingt die der Redaktion.

Falls diese Ausgabe keinen Rückmeldecoupon mehr enthält, können Sie sich unter der oben angegebenen Adresse der Landesvereinigung kostenlos in den Newsletter-Verteiler aufnehmen lassen und/oder weitere Informationen über unsere Arbeit anfordern.

Ulrike Ernst, Karl Finke

Mehr als Reden, Singen und Klatschen – das EJMB und sein Veränderungspotenzial



Das Jahr 2003, vom Europäischen Parlament als Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB) ausgerufen, hat sich in Deutschland als janusköpfig erwiesen. Wiesen die formulierten Ziele wie uneingeschränkte Teilhabe verwirklichen, Barrierefreiheit umsetzen, Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Landesebene vollenden, sowie integrative Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten stärken, eindeutig auf eine Weiterentwicklung der neuen Behindertenpolitik hin, so haben die weitgehenden gesellschaftlichen Einschnitte im Sozial-, Gesundheits- und Arbeitsbereich für diese Menschen ihren Anspruch auf materielle Unabhängigkeit und eigenständige Lebensführung deutlich eingeeengt. Die Grunderkenntnis, dass ökonomische und fiskalische Rahmendaten auch den sozialen Handlungsspielraum bestimmen, wurde durch das EJMB nicht aufgehoben. Dies war zu Beginn des Jahres auch Menschen mit Behinderungen bewusst. Unstrittig war jedoch die Hoffnung vorhanden, die tatsächlich umgesetzten Ziele des EJMB könnten in Deutschland zu einem besseren Ergebnis für uns Menschen mit Behinderungen führen, sei es materiell (Beispiel Assistenz) oder gesetzlich (Beispiel Zivilrechtliches Antidiskriminierungsgesetz ZAG). Nicht zu verkennender Fakt bleibt, dass die breite, europaweite Kampagne mit einer großen Zahl unterschiedlicher Veranstaltungen einen positiven, immateriellen Wandel befördert hat.

Istzustand in Niedersachsen

Gemäß der Erklärung von Madrid war eine zentrale Forderung, weg von einer Behindertenpolitik, die in Ministerien oder von Fachleuten gemacht wird, hin zur Selbstvertretung von Interessen, als unabhängige Bürgerinnen und Bürger bzw. Konsumentinnen und Konsumenten. Diesen Weg beschreiten in Niedersachsen seit Jahren Netzwerke behinderter Menschen:

- Netzwerk Frauen mit Behinderungen,
- Round Table Integration im Bereich der Schule,
- Landesbehindertenrat,
- LAG der Heimbeiräte oder

- das bundesweite Wahlhilfebündnis zur Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Ihre Arbeit fördert das Bewusstsein eigener Kompetenzen und trägt auch in Zeiten knapper Haushalte zur einvernehmlichen, kreativen Lösung von Problemen bei. Sie machen deutlich, welche Stärken die Teilhabe dieser Menschen in unterschiedlichen Bereichen für das Gemeinwesen bedeutet. Als Test kommt die Realisierung eines Landesgleichstellungsgesetzes in Niedersachsen 2004.

Ergebnisse in Niedersachsen

Eine dem EJMB als Auftrag vorgegebene Methode war der Austausch von Best Practice Erfahrungen: Einen positiven Wettstreit um gelungene Planungen und Projekte zu initiieren und diese als realistische Ziele zum Nachahmen zu empfehlen. Für Niedersachsen wurde dieses Ziel durch die Kampagne ›Beispiele gelungener beruflicher Integration von Menschen mit Behinderungen‹ aufgegriffen. Ebenfalls wurde eine Initiative zur Erweiterung des Kursangebotes für Menschen mit Behinderungen an Volkshochschulen gestartet. Der Landesverband der Volkshochschulen informierte über positive Beispiele der Bildung und Qualifizierung im Weiterbildungsbereich. Exemplarisch verdeutlicht wurde dies am umfassenden Kursangebot der VHS Hannover, das auch ein spezielles Angebot für Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung, in Kooperation mit den Hannoverschen Werkstätten, umfasst. Zeitlich versetzt war diese Initiative auch Gegenstand beim Treffen des Landesbehindertenrates, in dem kommunale Behindertenbeiräte und -beauftragte vertreten sind. Ziel war, durch konkrete Anfragen vor Ort, das Netz gemeinwohlorientierter, vom Land Niedersachsen geförderter Bildungsangebote für Menschen mit Behinderungen, landesweit zu verdichten.

Das Verständnis ›Wir tun für euch ... und ... seid aber auch dankbar...‹ wurde uns Menschen mit Behinderungen immer auf großen Veranstaltungen besonders deutlich. Hier hat das EJMB einen klaren Schnitt vollzogen. Geld aus Berlin gab es nur, wenn mindestens 50 % der

Referentinnen und Referenten selbst behinderte Menschen waren – so die Ankündigung der Koordinierungsstelle. Konsequenz war auch die Auftaktveranstaltung für Niedersachsen im März 2003 in Hannover, an deren Vorbereitung und Durchführung Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen mitwirkten. Barrierefreie Veranstaltungen, bei denen behinderte Menschen mit der notwendigen technischen oder personellen Unterstützung 2003 ihre Interessen vertraten und mit Nichtbehinderten diskutierten, bieten Orientierungen, die in das Bewusstsein vieler Bürgerinnen und Bürger eingegangen sind und neue Tagungen künftig prägen sollten.

Zukunft in Niedersachsen

Der Vergleich europäischer Standards, auch im Hinblick auf mehr Lebensqualität, bringt vor dem EJMB wenig registrierte Forderungen an die Nationalstaaten und Ideen, die für die nächsten Jahre bedeutsam sein können. Das in Hannover gegründete Europaforum von Menschen mit Behinderungen wird sich darauf spezialisieren. Ziel des Forums ist die Kontaktaufnahme zu EU-Abgeordneten, zum European Disabilities Forum und zu Mitgliedern des interfraktionellen Arbeitskreises Behindertenpolitik des Europaparlaments. Mit den Möglichkeiten des Forums soll Einfluss genommen werden auf europäische Politik für Menschen mit Behinderung; außerdem soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass die Probleme von Menschen mit Behinderung nicht an Landesgrenzen enden.

ULRIKE ERNST, *Volkshochschule Hannover, Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung, Theodor-Lessing-Platz 1, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 68-4 65 57, Fax: (05 11) 1 68-4 15 27, E-Mail: ulrike.ernst@hannover-stadt.de*
 KARL FINKE, *Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 120-40 07, Fax: (05 11) 120-42 90, E-Mail: karl.finke@mfas.niedersachsen.de, Internet: www.behindertenbeauftragter-niedersachsen.de*

Das patientenorientierte Krankenhaus

Als neue ›Zielgruppe‹ des Gesundheitswesens rückt der Patient und die Patientin verstärkt in den Mittelpunkt der Diskussion, um Auswege aus der Misere zu finden. Im vorliegenden Band wird eine Patientenorientierung am Spannungsfeld der beiden Berufsgruppen ›Ärzte bzw. Ärztinnen‹ und den Pflegekräften festgemacht. Nur durch einen neuen Umgang der beiden Gruppen untereinander kann die historisch gewachsene ›Unwahrscheinlichkeit der Zusammenarbeit‹ aufgehoben werden. Kooperation von Pflege und Medizin darf nicht als Selbstzweck verstanden werden, sondern ist unabdingbare Voraussetzung für eine patientenorientierte Versorgung. Neue Systemmodelle wie eine integrierte Versorgung sind ohne diese Voraussetzung eigentlich gar nicht denkbar.

PETER STRATMEYER: *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2002, 336 Seiten, ISBN 3-7799-1621-5, 24,- Euro

Der demographische Imperativ

Das Thema Alter und Altern gewinnt in den letzten Jahren immer stärker an Bedeutung. So wurde im April 2002 der zweite Weltaltenplan verabschiedet, der sich den Fragen des Alterns und den neuen Herausforderungen des demographischen Wandels widmet. Zur Umsetzung wurden im September 2002 in Berlin von der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen (UNECE) ›Regionale Implementierungsstrategien des neuen Weltaltenplans‹ vereinbart. Vor diesem Hintergrund fand im Dezember 2002 die Fachtagung ›Zukunftsperspektiven für eine alternde Gesellschaft‹ statt, die von der Geschäftsstelle Weltaltenplan initiiert wurde und Grundlage dieses Sammelbandes ist. Er beinhaltet die Beiträge unterschiedlicher Nichtregierungsorganisationen und Wissenschaftsvertretungen zu den verschiedenen Themen der Verpflichtungserklärung. So wird beispiels-

weise auf Handlungsvoraussetzungen, Integration und Partizipation älterer Menschen, wirtschaftliche Auswirkungen und Herausforderungen, Familie und Solidarität sowie das Prinzip der Nachhaltigkeit eingegangen. (ts)

STEFAN POHLMANN (Hrsg.): *Der demographische Imperativ. Von der internationalen Sozialpolitik zu einem nationalen Aktionsplan.* Vincentz Verlag, Hannover, 2003, 220 Seiten, ISBN 3-87870-183-7, 19,- Euro

Evidenz-basierte Medizin

Mit dem neuen Zauberwort ›EbM‹ sollen die Ergebnisse aus patientenorientierten klinischen Studien in den Entscheidungsstrukturen der Patientenversorgung und des Gesundheitssystems systematischer im deutschen Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Für Mediziner und Medizinerinnen eröffnet diese Entwicklung neue wissenschaftliche Perspektiven, deren Rüstzeug das Praxis-Handbuch vermitteln will. Hierzu gehören eine ausführliche Einführung, Erläuterungen zu Klinischen Studien, systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen sowie Grundlagen der Medizinstatistik. Ein ausführliches Glossar hilft bei offenen Fragen weiter. (bb)

GERD ANTES, DIRK BASSELER, JOHANNES FORSTER (Hrsg.): *Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM.* Thieme Verlag, Stuttgart, 2003, 145 Seiten, ISBN 3-13-135681-2, 29,95 Euro

Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters

Das vorliegende Buch ist in der Taschenbuchreihe ›Grundriss der Psychologie‹ erschienen und stellt eine gute Einführung in die Thematik dar. Es bietet u. a. einen ersten Überblick für Studierende. Dabei wird zunächst auf die Bedeutung und das Interesse des Erwachsenenalters in der Entwicklungspsychologie eingegangen. Anschließend erfolgt eine theoretische Einordnung und Systematisierung des Lebenslaufs und des

Erwachsenenalters, wobei entsprechende Konzepte vorgestellt werden. In den folgenden Kapiteln werden typische Aspekte und Themen des frühen Erwachsenenalters wie zum Beispiel der Übergang ins Erwachsenenalter, Berufsfindung und Lebensphase Elternschaft sowie des späten Erwachsenenalters ausführlicher beleuchtet. (ts)

TONI FALTERMAIER, PHILIPP MAYRING, WINFRIED SAUP, PETRA STREHMEL: *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2. überarbeitete Auflage, 2002, 225 Seiten, ISBN 3-17-016054-0, 17,- Euro

Generation und Sozialpädagogik

Das Thema Generation, Generationenverhältnisse und -beziehungen wird in unterschiedlichsten Zusammenhängen, vor allem vor dem Hintergrund des sozialen Wandels und den damit einhergehenden Veränderungen, diskutiert. Wie stellt sich aber der Zusammenhang zwischen Generation und Sozialpädagogik dar und welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf die Sozialpädagogik? Diesen Fragen gehen die Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Perspektiven nach. Im ersten Teil geht es um den Generationenbegriff in der sozialpädagogischen Diskussion, wobei unterschiedliche Konzeptionen vorgestellt werden, während im zweiten Abschnitt der öffentliche Generationenvertrag und die sozialpolitischen Aspekte thematisiert werden. Im Mittelpunkt des dritten Abschnitts steht der private Generationenvertrag mit den familialen Generationenbeziehungen. Im vierten Teil wird schließlich nach der Bedeutung des Generationenbegriffs für unterschiedliche Felder der Sozialpädagogik, wie z. B. der Kinder- und Jugendarbeit, gefragt. (ts)

CORNELIA SCHWEPPE (Hrsg.): *Generation und Sozialpädagogik. Theoriebildung, öffentliche und familiale Generationenverhältnisse, Arbeitsfelder.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2002, 302 Seiten, ISBN 3-7799-1091-8, 23,- Euro

Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie?

Der vorliegende Reader, dem eine Vortragsreihe in Luzern und Zofingen in der Schweiz zugrunde liegt, beleuchtet die schulische Gesundheitsförderung unter verschiedenen Gesichtspunkten. Es wird sowohl die Perspektive einer Philosophie der Lebenskunst eingefangen, als auch die gute, gesunde Schule der gesundheitsfördernden Schule gegenübergestellt. Die gesundheitsförderliche Vorbereitung auf den Lehrberuf und Charakteristika einer geschlechtersensiblen Hochschule werden ebenso beschrieben, wie eine Reihe von Praxisbeispielen, z. B. das Lehrmittel ›fit und stark fürs Leben‹. Eine interessante und anregende Lektüre für Lehrende, Verantwortliche im Bildungs- und Gesundheitswesen sowie die breite Öffentlichkeit. (us)

KURT AREGGER, URS PETER LATTMANN (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven. Schriftenreihe Lehrerbildung Sentimatt Luzern, Band 21, Sauerländer Verlage, 2003, 230 Seiten, ISBN 3-0345-0082-3, 27,- Euro*

Zertifizierung im Krankenhaus

Deutsche Krankenhäuser müssen erstmals 2005 für 2004 und dann alle zwei Jahre strukturierte Qualitätsberichte vorlegen. Eine Möglichkeit der Zertifizierung bietet das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000, das sich als System zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele definiert. Der Leitfaden zur Zertifizierung stellt die Anforderungen und den Ablauf zur Einführung eines QM-Systems vor und verfügt über sechs sehr ausführliche Checklisten. Konzipiert als Handbuch für Praktiker und Praktikerinnen schließen die einzelnen Abschnitte jeweils mit einem Fragenkatalog zur Selbstprüfung. (bb)

HEIKE ANETTE KAHLA-WITSCH: *Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000. Ein Leitfaden. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2003, 158 Seiten, ISBN 3-17-017293-X, 24,50 Euro*

Kinder und Jugendliche mit Diabetes

Ein ›Mutmachbuch‹ für Eltern soll die Angst vor der Diagnose ›Diabetes‹ nehmen. Klar gegliedert und mit Fotos, Diagrammen und Tabellen ausgestattet, werden die verschiedenen Kapitel unter den Perspektiven ›Kinderleben‹, ›(medizinische) Merksätze‹ und vertieften Fragestellungen ›Unter der Lupe‹ beleuchtet. Natürlich stehen die medizinischen und ernährungsrelevanten Aspekte des Diabetes im Vordergrund des Buches. Doch fast ein Viertel der Themen beschäftigen sich mit den möglichen Zukunftsängsten der Eltern: Folgeschäden, Organisation des Lebensalltags, Berufswahl und Rechtsfragen. Eine offensive Herangehensweise, die durch die ganzheitliche Betrachtung der chronischen Erkrankung eines Kindes das zukünftige Leben von Kind und Familie bewältigbar macht. (bb)

PETER HÜRTER, KARIN LANGE: *Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Medizinischer und psychologischer Ratgeber für Eltern. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2001, 396 Seiten, ISBN 3-540-67836-0, 27,95 Euro*

Gymnastik für die Hals- und Brustwirbelsäule

Bereits in der 3. Auflage erscheint das Übungsbuch, mit dem Beschwerden im Bereich der Hals- und Nackenmuskulatur durch ein systematisches Training reduziert werden sollen. Für 30 Übungstage werden jeweils unterschiedliche Übungen vorgeschlagen, die nach dem Raster ›Ausgangsstellung‹, ›Wiederholungszahl‹, ›Ausführung‹ und ›Tipps und Fallen‹ beschrieben und bebildert sind. Neu aufgenommen wurden Atemübungen zur Stärkung der Rumpf- und Atemhilfsmuskulatur und zur Vertiefung der Atmung sowie Übungen zur Entspannung der Kiefer- und Kaumuskulatur. (bb)

GABRIELE DREHER-EDELMANN: *Gymnastik für die Hals- und Brustwirbelsäule. 30 Tage mit je 7 Übungen. Verlag Urban & Fischer, München, Jena, 2002, 295 Seiten, ISBN 3-437-45571-0, 29,95 Euro*

Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben – Mäeutik im Praxisalltag

Die Pflege demenziell Erkrankter theoretisch zu untermauern, praktisch weiterzuentwickeln, zu unterrichten und in die Pflegeplanung zu integrieren ist im vorliegenden Buch zum Mäeutischen Konzept zusammengefasst. Die Erlebnisorientierte Pflege verbindet verschiedene Methoden und Ansätze miteinander und stellt dabei die Intuition der Pflegenden in den Mittelpunkt. Auf der Grundlage des bewussten Erlebens eigener Gefühle können sich Pflegenden besser in die Gefühle von Demenzbetroffenen hinein versetzen, die Pflege neu erleben und mit kreativen Impulsen und Inspiration Beziehungen und Umgebung besser gestalten. Neben der Darstellung der Konzepte Erlebnisorientierter Pflege, Mäeutik, Dementia-Care-Mapping, 10-Minuten-Aktivierung und der Sexualität von Demenzerkrankten bietet dieses Buch anhand von 2 Praxisberichten Umsetzungsbeispiele aus der stationären Altenpflege. (bw)

ULRICH SCHINDLER: *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Vincentz-Verlag, Hannover, 2003, 130 Seiten, ISBN 3-87870-300-7, 14,80 Euro*

Krankenhaus-Report 2003

Mit der seit 2003 optionalen Einführung von deutschspezifischen Diagnosis Related Groups (G-DRGs) beschäftigt sich der ›Klassiker‹ Krankenhaus-Report. Im Jahr 1 nach dem Einstieg in die neue Vergütungssystematik im stationären Bereich befassen sich die Autorinnen und Autoren mit der Konkretisierung des G-DRG-Systems, den Anpassungs- und Entwicklungsprozessen auf betrieblicher Ebene, den zu erwartenden Impulsen für das Gesundheitssystem und den Ansätzen zur Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens. Neu aufgegriffen wird die Qualitätsanalyse mit Routinedaten sowie die ärztliche Arbeitszeit. Die beigelegte CD-ROM enthält neben der Textversion

des Krankenhaus-Reports 2003 auch entsprechende Fallpauschalenkataloge für Hauptabteilungen bzw. Belegabteilungen sowie statistisches Zusatzmaterial. (bb)

JÜRGEN KLAUBER, BERNT-PETER ROBRA, HENNER SCHELLSCHMIDT (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, 463 Seiten, ISBN 3-7945-2284-2, 49,95 Euro*

Gesundheitspolitik

Lehrbücher für Gesundheitspolitik stehen immer vor der schwierigen Aufgabe, neben einem systematischen Überblick und der historischen Entwicklungslinien auch die Aktualität der sich immer schneller ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen aufzunehmen und zu bewerten. Letztere stehen im Mittelpunkt des Bandes und geben verlässlich Auskunft über die Gesamtsituation der Krankenversorgung in Deutschland. Als internationales Beispiel wird ausnahmsweise nicht das in Deutschland so gerne kopierte amerikanische System mit seinem Marktmechanismus vorgestellt, sondern unser direkter Nachbar Schweiz analysiert. Weil hier bereits das Kopfpauschalenmodell praktiziert wird, können für die Diskussion in Deutschland um die Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mögliche Auswirkungen nachvollzogen werden. (bb)

ROLF ROSENBRÖCK, THOMAS GERLINGER: *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 320 Seiten, ISBN 3-456-84022-5, 29,95 Euro*

Salutogenese am Arbeitsplatz

Die vorliegende Dissertation von Silke Gräser fasst den Entwicklungsstand der Gesundheitsfördernden Hochschulen zusammen und entwickelt neue Ansatzpunkte für die Gesundheitsberichterstattung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. In einer Beschäftigtenbefragung wird der Kohärenzsinn als zentrales Konstrukt der Salutogenese von Aaron Antonovsky um den lebensweltlichen Kontext erweitert und auf das Setting Hochschule angewandt. Sie hat dabei ein neues Erhebungsinstrument entwickelt, den U-SOC, den University Sense of Coherence. Damit kann der universitäre Kohärenzsinn als institutionelles Vertrauen abgebildet werden. Dabei wird deutlich, wie sich Strukturen von Organisationen, beispielsweise der Hochschule, auf die gesundheitliche Lage ihrer Mitglieder auswirken. Die Messung der gesundheitsfördernden Güte einer Organisation lässt sich auch auf andere Institutionen übertragen. (us)

SILKE GRÄSER: *Hochschule und Gesundheit: Salutogenese am Arbeitsplatz Universität. Pabst Verlag, Lengerich, 2003, 263 Seiten, ISBN 3-89967-097-3, 25,- Euro*

Übergewicht und Adipositas

Die Prävention von Adipositas interdisziplinär darzustellen haben sich die Autoren zur Aufgabe gemacht. Unterschiedliche medizinwissenschaftliche Berufsgruppen beleuchten die Präventionsaufgabe der Zukunft unter Aspekten der Ätiologie, den körperlichen und psychosozialen Folgen, Prävention und Therapie sowie psychologischer Behandlung. Ein Ausblick auf sportliche Bewegung und den nationalen Konsens zur Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter runden das Buch ab. Praktische Umsetzungsmöglichkeiten bietet der Anhang, der ausgewählte Schulungscurricula und Materialien vorstellt. (bb)

FRANZ PETERMANN, VOLKER PUDEL (Hrsg.): *Übergewicht und Adipositas. Hogrefe, Göttingen, 2003, 353 Seiten, ISBN 3-8017-1687-2, 34,95 Euro*

Psychologische Gesundheitsförderung

Die Gesundheitspsychologie ist seit einem Jahrzehnt in Deutschland etabliert. Ihre verschiedenen Aspekte in den wichtigsten Anwendungsgebieten sind von den Autoren zusammengetragen worden: Im Mittelpunkt steht dabei die Ressourcenstärkung und Risikoprävention. Die vorgestellten Präventionsthemenfelder reichen vom Risikoverhalten über die verschiedenen Lebenslagen, die Ebene von Gruppen und Organisationen bis zu schweren Erkrankungen und Lebensereignissen. Ein ausführliches Sachverzeichnis soll den Sammelband auch als Nachschlagewerk nutzbar machen. Die Auswahl der aufgeführten Stichworte ist allerdings nur begrenzt nachvollziehbar. (bb)

MATTHIAS JERUSALEM, HANNELORE WEBER (Hrsg.): *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Hogrefe, Göttingen, 2003, 781 Seiten, ISBN 3-8017-1003-3, 59,95 Euro*

Gesundheitsökonomie

Einen großen Bogen von der ›Ethik zur Monetik‹ spannt das Lehrbuch, das dem Qualitätsmanagement in allen Facetten die größte Aufmerksamkeit widmet. Hierzu gehört als Rüstzeug ein Überblick zu den neuesten Entwicklungen der Evidence-based-Medicine und dem Health Technology Assessment. Gesundheitsökonomie und Krankenhausbetriebswirtschaftslehre werden anwendungsorientiert dargestellt und leiten zum Qualitätsmanagement über, das in Konzepte, Methoden, Leitlinienentwicklung und Kosteneffektivität mündet. Die vielen knapp gehaltenen Übersichtsartikel ermöglichen ein Querlesen der manchmal schweren gesundheitsökonomischen Kost. (bb)

KARL W. LAUTERBACH, MATTHIAS SCHRAPPE (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Schattauer, Stuttgart, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2004, 573 Seiten, ISBN 3-7945-2287-7, 99,- Euro*

Ess-Störungen am Arbeitsplatz

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (nls) hat im Februar 2004 eine Praxishilfe für Personalverantwortliche sowie Kolleginnen und Kollegen zum Thema Ess-Störungen herausgegeben. Eine handliche 40-seitige Broschüre soll sensibel machen und den Blick schärfen für Hintergründe und Auslöser der verschiedenen Formen von Ess-Störungen. Sie beschreibt Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten und gibt Anregungen für eine Problemanalyse.

Die Autorinnen haben strukturiert und praxisnah Vorschläge für die Gesprächsführung auf kollegialer Ebene erarbeitet und erläutern auch, warum Personalverantwortliche und Kolleginnen überhaupt eingreifen sollen.

Die Broschüre nennt zudem Adressen, wo Betroffene und Angehörige Hilfe finden können und empfiehlt weiterführende Literatur.

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Autorinnen: DR. KATHRIN BEYER, INGEBORG HOLTERHOFF-SCHULTE, UTE PEGEL-RIMPL und ANNE SCHWARZ: Ess-Störungen am Arbeitsplatz, 2004, 40 Seiten. Die Praxishilfe kann für 4,- Euro inkl. Versand bei der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, Podbielskistr. 162, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, Fax: (05 11) 62 62 66 22, E-Mail: info@nls-online.de, angefordert werden.

Datengewinnung in den Gesundheitswissenschaften

Direkte Befragungen nehmen in den Gesundheitswissenschaften einen immer breiteren Raum ein. Befragungen von Patientinnen und Patienten zur Güte der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitssurveys zur subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und vieles mehr sind Anwendungsbereiche solcher Befragungen.

Dieses aus Lehrveranstaltungen entstandene Buch ist ein Methodenbuch mit Beispielen aus den Gesundheitswissenschaften. Es stellt die verschiedenen Datenarten und deren Qualitätskriterien vor und behandelt die

persönlichen, schriftlichen und telefonischen Befragungsarten. Es geht um Fragebogentestung, um Verfahren zur Gewinnung von Stichproben sowie um die Arbeit mit Sekundärdaten. Das Buch will dazu beitragen, dass in den Gesundheitswissenschaften erhobene Daten eine hohe Qualität bekommen und dass auch in der Praxis der Gesundheitsarbeit stehende Menschen veröffentlichte Daten besser einschätzen können. (us)

SIEGFRIED GEYER: Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2003, 237 Seiten, ISBN 3-7799-1565-0, 16,- Euro

Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe

Das Image von Freiwilligenarbeit ist insgesamt eher negativ. Sigrid Daneke hat ein Buch vorgelegt, das nicht nur den Wert der Freiwilligenarbeit für Altenhilfeeinrichtungen aufzeigt, sondern viele Hinweise für Entscheiderinnen und Entscheider sowie Mitarbeitende in der ambulanten, teil- und vollstationären Altenpflege gibt, wie eine Einrichtung die Freiwilligenarbeit für alle zufriedenstellend organisieren kann. Sie zeigt auf, wie sich Einrichtungen im Vorfeld vorbereiten und wie Freiwillige angeworben werden können, wo Konfliktfelder zu beachten sind, wie freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Schadensfall zu schützen sind und welche Entlohnungsmöglichkeiten, auch alternativer Art, es gibt.

Das Buch ist gut und verständlich geschrieben, ist auch für Freiwillige oder solche, die es werden wollen, interessant und wärmstens für Altenhilfeeinrichtungen zu empfehlen. Viele Tipps für die Praxis und Fallbeispiele bereichern Lesende ungemein. (us)

SIGRID DANEKE: Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. Motivieren – organisieren – honorieren, Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 242 Seiten, ISBN 3-437-47420-0, 19,95 Euro

Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen

Was wünschen sich Patientinnen und Patienten an Information und wie soll sie vermittelt werden? Dieser Fragestellung geht die Autorin in ihrer Dissertationsschrift mit Hilfe einer zuvor deskriptiv durchgeführten Studie bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung nach. Die Befragungsergebnisse benennen den Arzt oder die Ärztin als erste Wahl, weil hier sehr einfache Zugangsmöglichkeiten vorliegen. Ein Ergebnis, das durch die sehr eingeschränkt vorgegebene Auswahl an Informationsquellen (persönliches Umfeld, Arzt, Krankenversicherung, Massenmedien) nicht verwundert. So wurde der komplette Bereich unabhängiger (Patienten-) Beratungsstellen leider ausgespart. Immerhin wird der Ärzteschaft zumindest kritisch auf den Weg gegeben, dass deren Informationsangebot nicht befriedigend ist. Eingebettet sind die Ergebnisse der Untersuchung in die Beschreibung wichtiger Begriffe der Patienteninformation und der Diskussion um unvollständige Informationen aus Sicht der Neuen Institutionenökonomik.

CLAUDIA BÜRGER: Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2003, 415 Seiten, ISBN 3-8244-7834-X, 59,90 Euro



Raimund Dehmlow

Qualitätsstandards für medizinische Internetangebote und die Präferenzen der Nutzer und Nutzerinnen – passt das zusammen?

Stichproben zeigen, dass sich eine Reihe von Empfehlungen für Internetnutzerinnen und -nutzer mehr oder weniger »urwüchsig« durchgesetzt haben. Diese Empfehlungen entsprechen in etwa allgemeinen Konsumgewohnheiten, wie:

- Nicht alles glauben!
- Nicht nur einer Seite vertrauen!
- Verlässlichkeit Hintergrund prüfen!
- Angaben über Nutzungsrisiken suchen!

Es gibt allerdings bislang keine nennenswerten Untersuchungen darüber, was Internetbenutzer und -benutzerinnen an medizinischen Internetangeboten besonders wertschätzen. Die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) versuchte auf diesem Feld einige Ergebnisse zu erzielen. Die Kammer führt seit drei Jahren zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) einen Wettbewerb »Gute medizinische Website« für die gut 30.000 niedersächsischen Ärztinnen und Ärzte durch. Im Rahmen dieses Wettbewerbs werden Bewerberseiten von einer Jury nach einer umfassenden Checkliste (20-Punkte) geprüft, internationale Qualitätsstandards für medizinische Internetangebote wurden in eine Handlungsanweisung zur Prüfung niedersächsischer Ärzthomepages umgesetzt:

Navigation:

1. Werden alle Informationen auf der Startseite auch ohne Bilder korrekt angezeigt (Bildern ist ein alternativer Text zugewiesen)?
2. Funktionieren alle Links?
3. Sind alle Links als solche eindeutig zu identifizieren (andersfarbig oder hervorgehoben, Kontrast)?
4. Sind alle Links auch ohne Grafik, JavaScript u. ä. erreichbar?

Medizinische Informationen:

5. Werden (patientengerechte) medizinische Hintergrundinformationen gegeben?
6. Sind die gegebenen Informationen sachlich richtig?

Verständliche Aufbereitung:

7. Werden Fremdwörter erklärt, Abkürzungen – bei Wiederholung bei der ersten Verwendung – aufgelöst?

Praxisorganisation:

8. Wird erklärt, wie man Patientin bzw. Patient werden kann?
9. Werden Sprechstundenzeiten angegeben?
10. Werden Telefon- und Faxnummer angegeben?
11. Wird ein Hinweis auf die Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunden gegeben?
12. Wird die Lage der Praxis beschrieben und/oder gezeigt (Karte)?
13. Wird die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erläutert und/oder gezeigt (Karte)?
14. Sind Angaben über Parkmöglichkeiten gegeben?
15. Werden besondere Einrichtungen für Behinderte (Fahrstuhl, Rampen, Toilette) benannt?

Bearbeitung von E-Mail-Anfragen:

16. Wird ein Hinweis gegeben, wie E-Mails bearbeitet werden?

Vertraulichkeit von E-Mail-Anfragen:

17. Wird auf die vertrauliche Behandlung von Mailanfragen hingewiesen?

Aktualität:

18. Wird ein Logbuch geführt oder auf jeder Seite das Datum der letzten Aktualisierung angegeben?

Zugriff:

19. Ist die Ladezeit kürzer als 24 Sek. bei einem 28,8k-Modem?

Berufsrecht:

20. Ist die Seite berufsrechtlich einwandfrei?
- Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Wettbewerbs werden mit einem Button ausgezeichnet, der auf der Website geführt werden kann. Sicher ist es auf der Basis der Checkliste möglich – mit geringen Modifikationen – auch die Internetangebote anderer Anbieter, z. B. die von Selbsthilfegruppen, zu prüfen. Doch: wie vertragen sich die von der Kammer erarbeiteten Qualitätskriterien, die auch die Zielsetzung der Schaffung möglichst barrierefreier Internetangebote einschließen, mit den Nutzerinteressen?

Um der Antwort auf diese Frage

auf die Spur zu kommen, lud die Ärztekammer Internetbenutzer und -benutzerinnen im letzten Jahr ein, die von ihr ausgezeichneten Arzthomepages zu bewerten und mitzuteilen, was als »besonders gut« eingeschätzt wird. Das Ergebnis: Ein Großteil der knapp 500 Einsenderinnen und Einsender nannten Gestaltung (33,8 %) und Übersichtlichkeit (31,9 %) als positivste Elemente auf Bewerberseiten, erst danach rangierte der Informationsgehalt (16,7 %) oder die Vorstellung des Teams der jeweiligen Arztpraxis (7,7 %). Praxisrundgänge (4,2 %), interaktive Elemente (3,1 %) und die Verständlichkeit des Textes (2,3 %) standen ebenfalls weiter hinten in der Bewertungsskala. Eine attraktive, d. h. wohl auch den gängigen Gestaltungsgewohnheiten entsprechende und übersichtliche Seite ist folglich die Voraussetzung dafür, Inhalte gut zur Geltung zu bringen.

Die ermittelten Publikumswünsche bestätigen eine andere Entwicklung, die die ÄKN schon länger beobachtet: Immer mehr Arzthomepages (drei der vier besten Bewerberseiten im letzten Jahr) werden von Agenturen gestaltet. Die Gestaltung von Arzthomepages liegt also mehr und mehr in den Händen von Webdesignerinnen und -designern, während sich die Ärztinnen und Ärzte auf ihre medizinischen Aufgaben und die Darstellung medizinischer Sachverhalte auf der Arzthomepage konzentrieren.

Gibt es bundesweite Initiativen oder wird es weiter im Bereich der Qualitätssicherung (QS) medizinischer Internetangebote vor allem sporadische und regionale Initiativen geben? Die Ärztekammer Niedersachsen sieht die Initiative von afgis (= aktionsforum gesundheitsinformationssystem) als Möglichkeit, ihre bisher regional beschränkten Aktivitäten zur Förderung der Qualität medizinischer Internetangebote und für mehr medizinische Fachkompetenz im Internet bundesweit auszubauen.

RAIMUND DEHMLOW, *Ärztekammer Niedersachsen, Online-Redaktion, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel: (05 11) 3 80-22 14, Fax: (05 11) 3 80-25 24, E-Mail: raimund.dehmlow@aekn.de, Internet: www.aekn.de*



Veranstaltungen der LVG

Gesund Leben Lernen – 1. bundesweite Tagung

4. Mai 2004, 16.00–19.00 Uhr und

5. Mai 2004, 9.30–16.00 Uhr, Hannover

Auf der ersten bundesweiten Tagung von ›gesund leben lernen‹, einem Kooperationsprojekt zwischen den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und den Landesvereinigungen für Gesundheit Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt, sollen neben der Präsentation der drei Teilprojekte und ihrer ersten Ergebnisse weitere Modelle schulischer Gesundheitsförderung vorgestellt werden. Wesentliches Ziel ist es, den unterschiedlichen Akteuren in der Gesundheitsförderung, die im Setting Schule arbeiten, eine Plattform zum Kennenlernen und Erfahrungsaustausch zu bieten.

Gesund Leben Lernen – Niedersächsische Auftaktveranstaltung

4. Mai 2004, 10.00–14.30 Uhr, Hannover

Vor der o.g. Tagung treffen sich die Modellschulen des niedersächsischen Teilprojekts ›Gesundheitsmanagement in Schulen – schulisches Gesundheitsförderungsprojekt unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler‹ und die Kooperationspartner auf Landesebene zu ihrer Auftaktveranstaltung. Den Schulen und ihren Unterstützern wird die Möglichkeit geboten sich vorzustellen, sich gegenseitig kennen zu lernen und erste Kontakte aufzunehmen.

Teilnahmegebühr und weitere Informationen auf Anfrage

Abschlussveranstaltung ›Be smart, don't start‹

8. Juni 2004, Hannover

Mit dieser Veranstaltung wird der Wettbewerb ›Be smart don't start‹ für das Schuljahr 2003/2004 in Niedersachsen offiziell beendet. An diesem Nachmittag werden einerseits die Leistungen der Schulklassen, die am Wettbewerb teilgenommen haben, gewürdigt und andererseits zeigen die Schülerinnen und Schüler, mit welchen vielfältigen Ideen sie das Thema ›Nichtrauchen‹ bearbeitet haben. Eingeladen sind Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den Arbeitsfeldern Jugend, Gesundheit, Bildung, Kommunalpolitik und alle Interessierte, die z. B. Modelle zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen unterstützen wollen. *Die Teilnahme ist kostenlos.*

Das bürgerschaftliche Engagement stärken – Kooperationen und Netzwerke entwickeln und gestalten

12. Juni 2004, 10.30–18.00 Uhr, Hannover

Diese landesweite Fachveranstaltung bietet unterschiedlichen Organisationen und Akteuren im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements die Gelegenheit, sich über Möglichkeiten der Netzwerkbildung zu informieren, den Erfahrungsaustausch untereinander zu fördern, zum Aufbau von Netzwerken in Städten und Gemeinden anzuregen und ein Forum zur Förderung und Weiterentwicklung von Netzwerken zu bilden.

Teilnahmegebühr: 10,- Euro

Niedrigschwellige Betreuungsangebote – strukturelle Anbindungsformen, Schlüsselkompetenzen und Vernetzungserfordernisse

15. Juni 2004, 10.00–16.00 Uhr, Hannover

Die Zahl niedrigschwelliger Betreuungsangebote für demenziell erkrankte, geistig behinderte und psychisch kranke Menschen in Niedersachsen wächst. Die Inanspruchnahme dieses neuen Versorgungsangebotes nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz durch berechnete Pflegebedürftige und deren Familien ist dennoch sehr gering.

Im Rahmen der zweiten Fachtagung des Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote werden auch aufgrund der inhomogenen Anbieterstruktur in Niedersachsen unterschiedliche Anbindungsformen dargestellt und diskutiert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die praxisnahe Darstellung von notwendigen Schlüsselkompetenzen und Vernetzungserfordernissen. Sie tragen maßgeblich zum Gelingen der Umsetzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote bei. *Teilnahmegebühr: 35,- Euro*

3. Niedersächsische Fachtagung ›Zukunft KiTa ...‹ Ernährung und Bewegung heute – Neue Impulse für KiTas durch Gesundheit

29. Juni 2004, Hannover

Wie gesund sind unsere Kinder? Was verstehen wir unter Qualitätsentwicklung und was hat sie mit der Gesundheit unserer Kinder zu tun? Welche Rolle spielen dabei die KiTas? Wie werden Fachkräfte, Eltern und Kinder bei Planungen mit einbezogen? Diese und ähnliche Fragen sollen auf der Fachtagung beleuchtet werden. Die Veranstaltung hat zum Ziel, mit Expertinnen, Experten und den zuständigen Fachkräften aus Kindertagesstätte und Hort, Aspekte der Qualitätsentwicklung sowie einer zeitgemäßen Verhaltens- und Verhältnisprävention zu diskutieren sowie Projekte und Ideen aus der Praxis vorzustellen.

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Multiplikatoren-Schulung zur Projektinitiierung

30. August–1. September 2004, Heimvolkshochschule Springe
Fortbildung für Fachkräfte aus sozialen und pflegerischen Berufen in ambulanten Arbeitsbereichen, die ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot aufbauen wollen und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fachlich begleiten.

Teilnahmegebühr und weitere Informationen auf Anfrage

Niedersachsen

Na denn: Gesundheit!, Positionsbestimmung der Suchthilfe im Gesundheitssystem, 26.-27. 4. 2004, Hannover, Kontakt: Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V., Odeonstr. 14, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 83 33, Fax: (05 11) 1 83 26, E-Mail: mail@fdr-online.info

Gesundheit für alle? Kultur und Krankheit: Krankheitsverständnis und medizinischer Alltag in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiele Türkisch-muslimischer PatientInnen, 7. 5. 2004, Hannover, Kontakt: Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen e.V., Bahnhofstr. 16, 49406 Barnstorf, Tel.: (0 54 42) 91 35 42, Fax: (0 54 42) 22 41, E-Mail: tino.boubaris@vnb.de

Niedersächsisches Ernährungsforum - Suppenkasper, Dickedull und Plumpsack, Frühe Prävention von Störungen im Gesundheitsverhalten, 10. 5. 2004, Oldenburg, Kontakt: Agentur WOK GmbH, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50-32, Fax: (0 30) 49 85 50-30, E-Mail: batschi@agentur-wok.de

Mangelernährung in der Geriatrie, Möglichkeiten und Grenzen von Küche und Pflege, 11. 5. 2004, Hannover, Kontakt: AWO Verwaltungs- und Sozialdienste gGmbH, Ute Kühne, Körtingsdorfer Weg 8, 30455 Hannover, Tel.: (05 11) 49 52-2 65, Fax: (05 11) 49 52-2 92

Gesundheit! - Ressourcen stärken und Benachteiligten ausgleichen - Salutogenetische Ansätze in der sozialen Arbeit mit Frauen, 15.-17. 6. 2004, Hannover, Kontakt: Evangelischer Erziehungsverband e.V., Flüggestr. 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81-13

Jahrestagung der NLS, Cannabis- (K)ein Grund zur Panik?, 22. 6. 2004, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Podbielskistr. 162, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 62 62 66-0, Fax: (05 11) 62 62 66-22, E-Mail: info@nls-online.de

Bundesweit

5. Kindertag, Mecklenburg-Vorpommern, 17. 4. 2004, Güstrow, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V., Am Bahnhof 20, 19043 Schwerin, Tel.: (03 85) 7 58 98 94, E-Mail: lvg-mv@t-online.de

Gesundheitsförderung von, mit und für Frauen, 24.-25. 4. 2004, Bad Honnef, Kontakt: Malteser Werke, Adelaide Dechow, Abt. Gesundheitsförderung und Prävention, Tel.: (02 21) 98 22-5 96, E-Mail: gup@malteser.de

Hamburger Fachtagungen für Arbeits- und Gesundheitsschutz, 26.-30. 4. 2004, Hamburg, Kontakt: Büro für Arbeitsschutz und Betriebsökologie, Dr. Max Geray, Am Felde 2, 22763 Hamburg, Tel.: (0 40) 3 90 51 82, Fax: (0 40) 3 90 75 87, E-Mail: max.geray@buero-fuer-arbeitsschutz.de

»Wir denken immer in zwei Sprachen!« oder »Manchmal ist es auch ein bisschen schwierig!«, Mehrsprachigkeit fördern, 29. 4. 2004, Köln, Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: (02 21) 89 92-0, Fax: (02 21) 89 92-30 0, E-Mail: order@bzga.de

1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung »Gesellschaft mit Zukunft - Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung«, 29.-30. 4. 2004, Berlin, Kontakt: Bundesvereinigung für Gesundheit, e.V., Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn, Tel.: (0 30) 30 49 85 50-32, Fax: (0 30) 30 49 85 50-30, E-Mail: batschi@agentur.wok.de

Labskaus oder Currywurst?! Mehr Lebensqualität durch gesunde Ernährung im Alter, 5. 5. 2004, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Repsoldstrasse 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 63 22 22 0, Fax: (0 40) 6 32 58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Führen und Gesundheit, 6. 5. 2004, Essen, Kontakt: Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Carolyn Schierig, Tel.: (02 01) 1 79-14 77 oder -14 84, Fax: (02 01) 1 79-10 30, E-Mail: schierig@teamgesundheit.de

Erstes bundesweites Forum »Lokale Bündnisse für Familien«, 11. 5. 2004, Dortmund, Kontakt: Charlottenstr. 65 am Gendarmenmarkt, 10117 Berlin-Mitte, Tel.: (01 80) 52 52 21 2, E-Mail: info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de

Ess-Störungen in Beratung und Therapie - Versorgungsrealität und Versorgungsqualität, 13.-14. 5. 2004, Kassel, Kontakt: Bundesfachverband Ess-Störungen e.V., Goethestrasse 31, 34119 Kassel, Tel.: (05 61) 71 34 93, Fax: (05 61) 7 01 33 22, E-Mail: bfe-essstoerungen@gmx.de

Berufsfeld Gesundheitsförderung - Wege der Professionalisierung, 14. 5. 2004, Magdeburg, Kontakt: Berufsverband Gesundheitsförderung, Hochschule Magdeburg-Stendal,

Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, E-Mail: bv-gefoe@gesundheitswirte.de

Partizipation für Freiwillige ermöglichen, 19. 5. 2004, Berlin, Kontakt: Comeniushof, Gubener Str. 47, 10243 Berlin, E-Mail: kegel@ehrenamt.de

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Krankenhaus Klinik Rehabilitation 2004, 2.-4. 6. 2004, Berlin, Kontakt: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de

Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor, 7.-8. 6. 2004, Dortmund, Kontakt: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Hilke Berkels, Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund, Tel.: (02 31) 90 71 22 86, Fax: (02 31) 90 71 22 99, E-Mail: berkels.hilke@baua.bund.de

3. Kongress für Versorgungsforschung, Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung, 18.-19. 6. 2004, Bielefeld, Kontakt: Fakultät für Gesundheitswissenschaften - AG 1 Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-42 63, Fax: (05 21) 1 06-64 29, E-Mail: Kongress2004@uni-bielefeld.de

Eine Allianz für Kinder-Chancen zur Armutsprävention, 24.-25. 6. 2004, Frankfurt a.M., Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt a.M., Tel.: (0 69) 9 57 89-0, Fax: (0 69) 9 57 89-1 90

International

14. International Kongress von ISPOG, »Women's Health: Psyche and Soma«, 16.-19. 5. 2004, Edinburgh, Schottland, Kontakt: ISPOG 2004, Secretariat, Meeting Makers, Jordanhill Campus, 76 Southbrae Drive, Glasgow G 13 1PP, Scotland, UK, E-Mail: ispog2004@meetingmakers.co.uk

13th International Conference on Safe Communities, 2.-4. 6. 2004, Prag, Tschechische Republik, Kontakt: Conference Secretariat, Congress Business Travel Ltd., Stepanska 6/353, 120 00 Prag/Tschechische Republik, Tel.: (+420) 224 942 575, Fax: (+420) 224 942 550, E-Mail: safe@cbtravel.cz

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 50 55 95

Ich möchte ...

- den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen
 weitere Informationen über die Landesvereinigung für Gesundheit

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen Bildungsbereich Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

 Sonstiges