

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Chronisch krank – chronisch arm?

Die Verknüpfung von chronisch arm und chronisch krank erscheint gerade im Jahr 2004 aktueller denn je. Die Auswirkungen der Gesundheitsreform haben zumindest in der Übergangszeit sozial schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen besonders hart getroffen. Die Logik der Zuzahlungen und des fleißigen Sammelns von Quittungen ist eindeutig mittelschichtorientiert. Sie berücksichtigt keinerlei Sprach- und Schriftbarrieren. Die Verknüpfung von Armuts- und Gesundheitsthemen ist in Deutschland ohnehin eine vergleichsweise neue Denkweise. Die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung sind mittlerweile gut belegt. Fast alle Erkrankungswahrscheinlichkeiten lassen einen Sozialgradienten erkennen, d.h. sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen für alle Erkrankungsformen (außer Allergien und Mammakarzinom) ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf. Aber die sozialen und finanziellen Folgen chronischer Erkrankungen treten erst neu ins Blickfeld.

Die gesundheitspolitische Präventionsdiskussion geht unvermindert intensiv weiter. Deshalb haben wir uns entschlossen, die Entwicklungen hier zum Thema der jährlichen Sonderseite zu machen. In diesem Heft finden Sie sowohl einen Überblick über die aktuellen, politischen Entwicklung als auch interessante Schlussfolgerungen für die deutsche Diskussion aus der Evaluation des »Fonds Gesundes Österreich«. Darüber hinaus berichten wir über wichtige Fachtagungen, Neuerscheinungen, neue Medien und aktuelle, leider nicht immer erfreuliche Neuigkeiten aus der Arbeit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Wir leben endlich! Sterben als Thema in der Gesundheitsversorgung und -förderung« (Redaktionsschluss 23.07.2004) und »Gewalt und Gesundheit« (Redaktionsschluss 24.09.2004). 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
■ Chronisch Kranke – von der Medizin ignoriert?	... 2
■ Förderung der Informationsleitstelle läuft aus	... 3
■ Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung	... 4
■ Armut als Krankheitsrisiko	... 5
■ Wie reagiert Kirche auf die neue Armut?	... 6
■ Das Leben - eine chronische Krankheit?	... 7
■ Chronisch Kranke tragen die Hauptlast	... 8
■ Leistungsausgrenzungen am Beispiel Zahnersatz	... 9
■ DMP als Weg aus der Krankheits- und Armutsfalle	... 10
■ GMG und die Folgen für Wohnungslose	... 12
■ Was macht chronisch kranke Eltern zu armen Eltern?	... 12
■ Auswirkungen des GMG auf psychisch Kranke	... 13
■ Neue Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention	... 14
■ Chronisch kranksein - eine Lösungsstrategie gegen chronisch armsein?	... 14
■ Neue Chronikerprogramme – Alte Geschlechterinsensibilitäten?	... 15
■ 50 Jahre Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.	... 16
■ Informierte Patientinnen und Patienten	... 16
■ Gesund leben lernen	... 17
■ Kommt das Präventionsgesetz gut voran?	... 18
■ Niedrigschwellige Betreuungsangebote	... 18
■ Ein Recht auf Gesundheit	... 19
■ Nachbarschaft leben	... 19
■ Psychosoziale Beratung für Dialysepatienten	... 20
■ GKV-Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung	... 21
■ Medieneinsatz für chronisch Kranke	... 26

Chronisch Kranke – von der Medizin ignoriert?

In der Vormoderne bestand die Tätigkeit der Hausärzte aus dem Begleiten, Lindern, Bessern und gelegentlich auch Heilen der diversen Krankheiten. Mit dem Beginn der Moderne ab Anfang des 19. Jh. haben wir uns, parallel zu der Erfolgsgeschichte der Entdeckung der Ursachen der Infektionskrankheiten und den nachfolgenden therapeutischen Heilerfolgen, allmählich in eine grenzenlose Euphorie hineingesteigert, in der Hoffnung, dass auch alle übrigen Erkrankungen in Zukunft therapiert werden könnten. Von den verschiedenen Tätigkeiten des Arztes rückte das Heilen an die erste Stelle, während die übrigen Tätigkeiten eher bedeutungslos wurden. (...) Mit den positiv bewerteten Heilbaren waren von selbst auch die nun negativ bewerteten Unheilbaren geschaffen, die nun ohne Interesse waren, was dazu beitrug, dass flächendeckend soziale Institutionen geschaffen wurden, um auch die Unheilbaren wenigstens zu pflegen, zu verwahren, wodurch sie freilich gesellschaftlich unsichtbar, ausgegrenzt und daher noch mehr entwertet wurden.

Nun gab es im 19. Jh. relativ wenige chronisch Kranke. Das änderte sich ab Anfang des 20. Jh. in einer weiteren Welle medizinischen Fortschritts. (...) Chroniker sind jetzt überwiegend Menschen, die früher in der akuten Phase der Erkrankung gestorben wären, nun aber am Leben geblieben sind, Überlebende sind. Zumal die Menschen immer älter wurden, entstand mit den Chronikern eine völlig neue, in der Vergangenheit unbekannte, Bevölkerungs- und Problemgruppe.

Gleichzeitig steigerte sich die therapeutische Heilserwartung (...) bis zum Traum der Aufklärung von der leidensfreien Gesellschaft und weiter bis zur Verzerrung in der ja nicht zuletzt biologisch-medizinischen Revolution des Nationalsozialismus: gemessen an der positiven Bewertung der Heilbaren, wurden die Unheilbaren gesellschaftlich und medizinisch immer mehr abgewertet, als unnötig oder als Niederlage, geradezu als Beleidigung des Fortschritts empfunden, was dazu verführte, sie sowohl als sinnlose Kosten umzurechnen als auch eines Mitleids zu würdigen, das ihr sinn-, weil zukunftsloses Leiden einem Erlösungstod zuzuführen, zur humanitären Menschenpflicht machte. Nicht zufällig bezog sich im Hitler-Erlass vom 1. 9. 39 die Freigabe der Euthanasie nicht nur auf Behinderte, sondern auf alle »unheilbar Kranken«. (...) Der die Fortschrittserfolge der Medizin seit dem 19. Jh. wie ein Schatten begleitende Prozess der Entwertung und Vermehrung der chronisch Kranken wird im Dritten Reich wie in einer Karikatur überdeutlich. Die NS-Gesundheitspolitik lässt sich auf den einfachen Nenner bringen: Alles für die Heilbaren, nichts – oder nur noch Mitleid – für die Unheilbaren.

Heute haben sich die Verhältnisse noch einmal verschoben. Die Klientel der Hausärzte besteht heute zu 40 Prozent aus chronisch Kranken, Tendenz steigend. So kann man sagen, dass der medizinische Fortschritt uns dazu führt, dass die chronisch Kranken allmählich zum Regelfall werden, dass wir eine Gesellschaft der chronisch Kranken werden. Daher wird chronisch krank auch als »bedingt gesund« definiert. Gesundheit bedeutet, mit seinen Krankheiten leben zu lernen. (...)

Gleichwohl besteht unser Problem heute jedoch darin, dass wir faktisch zu einer Gesellschaft von immer mehr chronisch Kranken werden, während wir kontrafaktisch immer noch

an dem längst ausgeträumten Fortschrittstraum von der Herstellbarkeit der leidensfreien Gesellschaft festhalten.

Wie umfangreich und die Struktur der Gesamtgesellschaft verändernd diese Aufgabe ist, dazu ein paar Beispiele:

1. Die Rehabilitation als diejenige Leistung, die gerade dem chronisch Kranken zukommt, ist heute gemeindefern und stationär organisiert, müsste jedoch ambulant und kommunal angeboten werden, um die chronisch Kranken dort zu begleiten, wo sie leben. (...) Zudem müsste Rehabilitation aus einer Reihe begrenzter Maßnahmen zu einem Recht werden, das den chronisch Kranken permanent und lebensbegleitend zusteht.

2. Während es für akut Kranke definierte gesellschaftliche Rollen und Rollen-Erwartungen gibt, gilt dies für chronisch Kranke noch nicht; sie bewegen sich eher noch in einem entmutigenden sozialen Niemandsland.

3. Immer noch ist die Medizin an einem überwiegend falsch gewordenen Ziel der Heilung zu sehr orientiert, an der restitutio ad integrum, als ob man im Erleben nach einer auch nur einigermaßen schweren Erkrankung je wieder der Alte werden könnte. (...)

4. Die Medizin braucht neben ihrer Akut-Medizin eine eigene Chronisch-Kranken-Medizin, die vom Letzten her zu denken und zu handeln in der Lage ist, wie es eigentlich im sozialen Bereich ohnehin gefordert ist.

5. Seit kurzem wird das disease management program (DMP) diskutiert. Einerseits ein Lichtblick; denn erstmals wird die Bevölkerungsgruppe der Chroniker benannt, nicht mehr schamhaft verschwiegen. Dabei wird andererseits die Tradition der negativen Bewertung der chronisch Kranken fortgesetzt, teilweise noch verschlimmert (...) als zu teuer für den normalen, rein betriebswirtschaftlichen Geschäftsgang im Medizinsystem. Indem der Chroniker sich in eine Liste einschreiben muss, wird er einer zweiten Aussonderung unterworfen, was sich noch nie positiv ausgewirkt hat und wodurch er sich als Unheilbarer stigmatisiert sieht. (...) Mit den Einschreibern schaffen wir zudem die Nichteinschreiber, d. h. wir produzieren gute und schlechte Chroniker. (...)

6. Denn der ärztliche Kern der Medizin ist – und so ist es immer gewesen – das biografische Begleiten des chronisch Kranken, also die Chronisch-Kranken-Medizin,

- wo nicht an der Krankheit ein Mensch, sondern wo am Menschen eine Krankheit hängt
- wo der Arzt sich aus fremden Sorgen eigene Sorgen bereitet
- wo die Krankengeschichte in die Lebensgeschichte ein- und umgeschrieben wird
- wo – bezahlte – Zeit sein muss, die Lebensgeschichte des Patienten sich immer wieder neu erzählen zu lassen, bis er seine chronische Erkrankung in seine Lebensgeschichte integriert hat
- wo daher die Zeit des Arztes keine Rolle spielt, weil nur die Zeit des Patienten zählt
- wo der Arzt zahllose, nach außen unrational wirkende,

Förderung der ›Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen‹ läuft aus

aber notwendige Umwege des Patienten mit ihm zu gehen hat (...)

- wo der Arzt der biographische Reisebegleiter des Patienten ist und sich in seinen Dienst stellt
- wo der Patient primär in seinem Sosein akzeptiert wird
- wo das Handeln des Arztes in eine Beziehung eingebettet ist, wobei seine Rolle wie die eines entfernten Verwandten – bei ausgewogenem Verhältnis von Nähe und Distanz – zum Haushalt des Patienten gerechnet wird.

7. Wie der akut Kranke gegenüber dem chronisch Kranken, der Heilbare gegenüber dem Unheilbaren sich bisher größter Wertschätzung gesellschaftlich und medizinisch erfreute, so gilt dasselbe Missverhältnis zwischen dem Spezialarzt und dem Hausarzt. Im Interesse der Herstellung der Gerechtigkeit und der Rückbesinnung auf den sorgenden Kern ärztlicher Grundhaltung muss aber unsere Aufgabe darin bestehen, den Hausarzt mit seinem breiten biographischen wie kommunalen Kontextwissen endlich dazu zu bringen, seine Möglichkeiten voll auszuschöpfen; denn letztlich kann nur er dem chronischen Patienten ein chronischer Arzt sein.

Da aber auch die chronisch Kranken vom Letzten her zu denken sind, ist abschließend noch von denjenigen von ihnen zu sprechen, die zunehmend zu Pflegebedürftigen und zu Sterbenden werden. Für sie kann ein Heim, kann das Heimsystem auf Dauer immer weniger eine Perspektive sein, da die Institution Heim historisch zunehmend überholt ist, immer weniger gewünscht wird und zudem auch immer unbezahlbarer wird. Da mehr oder weniger alle chronisch Kranken sich wünschen, die Augen in den eigenen vier Wänden zu schließen, wenn sie sicher sein können, dass die damit verbundene Last nicht beim Ehepartner, bei der Tochter oder Schwiegertochter allein hängen bleibt, ist das, was im Heim hilfreich war, in die Wohnung zu holen. In vielen Fällen ist es heute möglich, über die selbstgewählte Assistenz ein tragfähiges Netz in der Wohnung und um die Wohnung herum zu schaffen. Wo dies aus welchen Gründen auch immer nicht möglich ist, bietet sich das Konzept der Hausgemeinschaft an, das das ›Kuratorium Deutsche Altenhilfe‹ über längere Zeit erprobt hat, wobei pflegebedürftige Menschen gemeinsam leben, soweit wie möglich den Haushalt betreiben und im Übrigen die Betreuung erfahren, die sie, auch rund um die Uhr, benötigen, ohne dass die Kosten die eines Heims übersteigen. In möglichst weitgehender Verflechtung mit der Nachbarschaft kann dabei etwas herauskommen, was für alle Beteiligten - Chroniker wie Nachbarn – bekömmlich ist; denn man darf nie vergessen, dass alle Menschen zwei Grundbedürfnisse haben, das eine Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung und egoistischer Selbsterhaltung, aber auch das andere Grundbedürfnis nach sozialem Sinn für Andere, von Anderen gebraucht zu werden, weil nur eine gewisse, nicht zu große, aber auch nicht zu kleine Last, dem Leben Gewicht und Bedeutung geben kann.

Gekürzter Vortrag, gehalten im Institut für Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH Berlin (IMEW) am 18. Oktober 2002

Die Förderung nach § 65b SGB V der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Projekt der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. ›Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen‹ läuft zum 30. Juni 2004 aus. Die notwendige Vernetzung im Bereich der Patienteninformation auf Landesebene wird damit wesentlich erschwert. Das Projekt hatte eine Laufzeit vom 1. Juli 2001 bis 30. Juni 2004 und konnte wesentliche Akzente bei der Bündelung von Gesundheitsinformationen sowie der Bedarfsanalyse und Implementation von Informationsmöglichkeiten für schwer erreichbare Zielgruppen setzen. Schwerpunkt der Projektarbeit war die Vernetzung bestehender Angebote der Beratung und Information für Patientinnen und Patienten sowie die Identifikation von Angebotslücken und die Veröffentlichung übergreifender Informationen.

Seit Anfang des Jahres 2003 ist das Internetangebot des Modellprojekts unter der Adresse www.gesundheitsinfoniedersachsen.de erreichbar. Die Internetseite informiert über Projekte und Materialien zu patientenrelevanten Themen in Niedersachsen, gibt auf einer Veranstaltungsseite einen Überblick zu bundesweiten Tagungen und Kongressen und verweist auf die wichtigen Internetlinks zu Patiententhemen. Darüber hinaus wurden Fachtagungen, Schulungen und Beratungsangebote für Fachleute aus der gesundheitlichen Versorgung und der Sozialversicherungsträger durchgeführt. Die in dem Projekt erarbeiteten Materialien fanden und finden nicht nur in Niedersachsen große Beachtung. So wurde im Juni 2004 das im Projekt entwickelte Faltblatt *Gut beraten? Checkliste für den Besuch bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin* auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eingestellt. Daneben wurde u.a. mit verschiedenen Kooperationspartnern die Broschüre *Patientenverfügung*, der Reader zu *Disease-Management-Programme (DMP) Wer - Wie - Was* und der Ratgeber *Patiententipps für den Arztbesuch. Service und Recht* veröffentlicht.

Die bisherigen Kooperationen und Kontakte mit den verschiedenen Institutionen der Gesundheits- und Sozialpolitik in Niedersachsen zeigen, dass eine Koordinierungs- und Informationsstelle notwendiger denn je ist. Es fehlt eine zentrale, zukünftig auch institutionell verankerte Einrichtung, die auf Bundeslandebene informiert und Ansprechpartnerin bei neuen Projekten ist (Aufbau von nachhaltigen Strukturen). Die Förderung nach § 65b SGB V steht dem Ziel des Aufbaus nachhaltiger Strukturen entgegen, weil nur Modelle gefördert werden sollen. Wer langfristig gelungene Vernetzungsaktivitäten für Patientinnen und Patienten fördert, bleibt angesichts der Finanznot der öffentlichen Hand unklar. Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. wird sich um die Fortführung der aufgebauten Strukturen weiter bemühen; noch sind hier aber keine realistischen Finanzierungsperspektiven in Sicht.

Anschrift: siehe Impressum

Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung

Dass soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt, ist lange bekannt. Bei unterdurchschnittlicher Ausstattung mit Wissen, Geld, Macht und Prestige nehmen die gesundheitlichen Belastungen zu und die Ressourcen zu ihrer Bewältigung ab. Aus vielen Untersuchungen wissen wir, dass diese schichtspezifischen Unterschiede in den letzten Jahrzehnten nicht abgenommen, sondern zugenommen haben.

1. Eher neu für den Gesundheitssektor ist die Erkenntnis, dass soziale und gesundheitliche Ungleichheit sich räumlich konzentrieren. Damit gewinnt die Stadtteilentwicklung und -erneuerung, die sich mit der Verbesserung der Lebensverhältnisse und Lebenschancen der Menschen in benachteiligten Stadtteilen befasst, eine neue Aufmerksamkeit auch von Seiten der Gesundheitspolitik. Das 1999 aufgelegte Bund-Länder-Programm ›Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt‹ sucht nämlich gerade in überforderten Nachbarschaften eine nachhaltig positive Entwicklung zu erreichen.

Das Programm nimmt Abschied vom Mythos der sektoralen Politik, da es die Komplexität der Probleme mit einem integrierten Ansatz zu erfassen sucht, bei dem alle relevanten Politiksektoren ihren Beitrag zur Lösung leisten sollen. Ein wichtiger Ansatz des Programms ›Soziale Stadt‹ ist daher die Ressourcenbündelung und Kooperation auf den Ebenen von Bund, Ländern und vor allem Gemeinden. Letztere werden durch das Programm dazu verpflichtet, integrierte Handlungskonzepte zusammen mit den Bürgerinnen und Bürgern aufzustellen und fortzuschreiben.

Zudem wird mit diesem Programm Abschied vom Mythos der Gleichbehandlung in der Politik genommen, der bisher im Ergebnis primär die Mittelschicht und damit Ungleichheit gefördert hat. Mit dem Programm ›Soziale Stadt‹ wird gezielt dafür gesorgt, dass die Menschen in benachteiligten Gebieten besondere Aufmerksamkeit erfahren, dass ihnen zugetraut, aber auch zugemutet wird und sie dabei unterstützt werden, die Gestaltung ihrer Lebenswelt zumindest teilweise selbst in die Hand zu nehmen.

2. Das mit der Programmbegleitung seit 1999 beauftragte Deutsche Institut für Urbanistik (difu) hat herausgefunden, dass beim integrierten Handlungskonzept der Gesundheitsbereich nur in einem Viertel aller Fälle vertreten ist, die Kinder- und Jugendhilfe z. B. dagegen in über 80 Prozent der Fälle. Dann überrascht es auch nicht, dass die Gesundheitsförderung bei den Zielen als Letztes genannt wird und bei den konkreten Maßnahmen nur von 2,9 Prozent der Programmgemeinden als besonders wichtig eingeschätzt wurde. Sieht man aber, dass Wohnumfeldverbesserung, die Verbesserung der Wohnungsqualität oder die Förderung von Sport und Freizeit ganz oben in der Liste der durchgeführten Maßnahmen liegen, dann zeigt sich, dass durch das Programm ›Soziale Stadt‹ wichtige Voraussetzungen für Gesundheit in erheblichem Maße geschaffen werden. Eine stärkere Mitwirkung der Gesundheitsverwaltung könnte hier aber noch bessere Ergebnisse hervorbringen.

3. Das zentrale Instrument des Programms zur stärkeren Einbeziehung und Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger ist das ›Quartiersmanagement‹. Auf der Ebene der Verwaltung ist es dazu erforderlich, dass Dezernate und Ämter

koordiniert agieren und eine Person als Gebietsbeauftragten oder Gebietsbeauftragte bestellen, die die unterschiedlichen Möglichkeiten und Anforderungen der verschiedenen Verwaltungssektoren bündelt und für das Gebiet fruchtbar macht. Auf der Quartiersebene bedarf es der Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen. In der intermediären Ebene geht es darum, die Verwaltungswelt und die Bürgerwelt miteinander in Kontakt und zum Ausgleich zu bringen. Hier ist es ganz wichtig, dass auf Ebene des Stadtteils Entscheidungen durch die Bürgerinnen und Bürger unmittelbar ermöglicht werden.

4. Als Erfolge des Programms ›Soziale Stadt‹ sind trotz der noch kurzen Laufzeit des Programms in vielen Gebieten vor allem eine Verbesserung der Atmosphäre und des Ansehens des Gebiets, des Zusammenlebens innerhalb der Nachbarschaften und die verbesserte Möglichkeit der Menschen, an Entscheidungen, die ihre Lebenswelt betreffen, mitzuwirken, zu konstatieren. Auch die Nähe von Politik und Verwaltung zum Stadtteil und damit die Beachtung der Menschen in benachteiligten Quartieren hat sich in zwei Dritteln der Gebiete deutlich verbessert.

Damit sind zugleich die Rahmenbedingungen für die Gesundheit der in den Programmgebieten lebenden Menschen verbessert worden. Wenn hier die Kooperation von Städtebau und Gesundheit zunimmt, könnte es noch weitergehend gelingen, die Produktion sozialpolitischen Bedarfs etwa an kurativer Medizin zu stoppen und die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bürger zur selbstorganisierten Stabilisierung ihrer Gesundheit zu fördern.

5. Sowohl dem Setting-Ansatz, der durch die Ottawa-Charta von 1986 gefordert und neuerdings verstärkt wieder ins Bewusstsein der Gesundheitspolitik und -wissenschaft gelangt, als auch dem Programm ›Soziale Stadt‹ liegen die Erkenntnis zugrunde, dass in benachteiligten Gebieten die wichtigsten Adressatengruppen der Gesundheitspolitik und der Stadtentwicklungspolitik konzentriert anzutreffen sind, so dass eine koordinierte Arbeit in diesen Gebieten in besonderer Weise sowohl städtebaulich als auch gesundheitsförderlich und präventiv gute Erträge erwarten lässt.

Um die Integration der Programme unterschiedlicher Politikbereiche mit integrativem Ansatz zu fördern, ist beim Verein für Kommunalwissenschaften eine Arbeitsgruppe gebildet worden, in der Vertreterinnen und Vertreter von Forschung und Verwaltung aus den Bereichen Gesundheit, Umweltschutz, Gemeinwesenarbeit, Jugendhilfe und Stadterneuerung sich bemühen, das gegenseitige Verständnis und die Kooperation der verschiedenen Sektoren zu verbessern und eine gemeinsame theoretische und praktische Grundlage für vernetztes Arbeiten zu schaffen.

DR. JUR. ROLF-PETER LÖHR, *Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Stellvertretender Leiter des Deutschen Instituts für Urbanistik (difu), Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 39 00-12 20, Fax: (0 30) 39 00-11 28, E-Mail: loehr@difu.de, Internet: www.difu.de*

Andreas Mielck

Armut als Krankheitsrisiko

In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (d.h. niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status. Diese ›gesundheitliche Ungleichheit‹ ist so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt werden kann. Selbstverständlich ist nicht jeder Unterschied im Gesundheitszustand auch gleichzeitig ein gesundheitspolitisches Problem, das Interventionsmaßnahmen erforderlich machen würde. Die status-spezifischen Unterschiede sind jedoch so groß, dass in allen westeuropäischen Staaten versucht wird, diese Ungleichheit zu verringern.

Empirische Ergebnisse aus Deutschland zu Mortalität und Morbidität

Eine vor kurzem publizierte empirische Analyse zeigt, dass die Lebenserwartung im unteren Viertel der Einkommensverteilung zehn Jahre (Männer) bzw. fünf Jahre (Frauen) kürzer ist als im oberen Viertel der Einkommensverteilung. Andere empirische Studien über status-spezifische Unterschiede in der Mortalität ergeben ein ganz ähnliches Bild. Vergleichbare Ergebnisse liegen auch für die Morbidität vor. Untersucht wurden hier z. B. die folgenden Themen:

- bezogen auf Kinder: Unfälle, schweres Asthma, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
- bezogen auf Erwachsene: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall), Diabetes mellitus, Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Bandscheibenschäden, rheumatische Erkrankungen), starke Schmerzen
- bezogen auf Kinder und Erwachsene: allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes, Zahngesundheit.

Für alle diese Themen gilt: Die status-niedrigen Personen sind zumeist erheblich kränker als die Status-Hohen. Dieser Zusammenhang wird unabhängig davon gefunden, ob der soziale Status über die Bildung, den Beruf und/oder das Einkommen erfasst wird.

Bei anderen Krankheitsgruppen wurde kein klarer Unterschied zwischen den Statusgruppen gefunden (z.B. Brustkrebs, Bronchitis), und bei einigen zeigt sich sogar ein ›umgekehrter‹ Zusammenhang mit dem sozialen Status. Das bekannteste Beispiel dafür sind Allergien: Alle Studien weisen auf eine besonders hohe Prävalenz in den oberen Statusgruppen hin. Diese Ausnahmen von der ›Regel‹ dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei den meisten chronischen Krankheiten die Prävalenz in der unteren sozialen Schicht deutlich höher ist als in der oberen.

Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Eine vollständige Erklärung der status-spezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist kaum möglich. Wichtig ist jedoch nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern die Beantwortung von zwei eher pragmatischen Fragen: Soll die gesundheitliche

Ungleichheit verringert werden? Und wenn ja: Wie kann sie verringert werden? Soweit man die Antworten zur ersten Frage überblicken kann, fordern sowohl die Public Health Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als auch die Akteure der gesundheitlichen Versorgung immer wieder die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Die Frage nach dem ›Wie‹ wird dagegen sehr unterschiedlich beantwortet, auch weil das Wissen über die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit noch sehr lückenhaft ist.

Die empirischen Studien aus Deutschland weisen darauf hin, dass die unteren Statusgruppen von den meisten gesundheitsgefährdenden Faktoren stärker betroffen sind als die oberen Statusgruppen. Eindeutig belegt ist dieser Zusammenhang z. B. für die folgenden Faktoren: Rauchen, Übergewicht, Mangel an sportlicher Betätigung, Bluthochdruck, unausgewogene bzw. ungesunde Ernährung, physische Arbeitsbelastungen (z. B. Lärm, Unfallgefahren), einige psychische Arbeitsbelastungen (z. B. Monotonie, geringer Handlungsspielraum), beengte Wohnbedingungen, Lärm und Luftverschmutzung in der Wohnumgebung. Bei anderen Risikofaktoren sind die Ergebnisse noch unklar und zum Teil widersprüchlich (z. B. hoher Alkoholkonsum, Hypercholesterin). Bezogen auf die individuellen und sozialen Gesundheits-Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, ›Sense of Coherence‹) ist bisher kaum untersucht worden, welche Unterschiede zwischen den Statusgruppen vorhanden sind.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleistet das Solidaritätsprinzip ein vom Einkommen weitgehend unabhängiges Angebot der gesundheitlichen Versorgung. Gleiches Angebot ist jedoch nicht gleichbedeutend mit gleicher Inanspruchnahme. Dies gilt ebenso für die gesundheitliche Aufklärung: Auch wenn alle Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, so können sich doch Akzeptanz und Umsetzung der Empfehlungen von Statusgruppe zu Statusgruppe stark unterscheiden. Bisher fehlt jedoch eine systematische Untersuchung der status-spezifischen Unterschiede bei der Erreichbarkeit durch gesundheitliche Aufklärung und bei der Wahrnehmung von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung. Die wenigen vorhandenen Studien weisen darauf hin, dass am Krankheits-Früherkennungsprogramm für Kinder (U1- bis U9-Untersuchungen) die unteren Statusgruppen seltener teil nehmen als die Oberen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei den Maßnahmen der Früherkennung und Gesundheitsförderung für Erwachsene. Fachärztinnen und Fachärzte werden von den unteren Statusgruppen seltener in Anspruch genommen als von den Oberen. Die Sanierung erkrankter Zähne ist in den unteren Statusgruppen besonders schlecht. Weitgehend unklar ist z. B. noch, wie stark sich die (erhöhten) Zuzahlungen auf die gesundheitliche Versorgung der unteren Einkommensgruppen auswirken. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die unteren Statusgruppen von den meisten gesundheitsgefährdenden Faktoren besonders stark betroffen sind, und dass sie (trotz einer allgemein höheren Morbidität) einige Angebote der gesundheitlichen Versorgung weniger wahrnehmen als die oberen Statusgruppen.

Ausblick

Zur Erreichung des Ziels ›Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit‹ wären drei Phasen wünschenswert: Bestandsaufnahme des Problems und Zieldefinition, Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen, Evaluation der Maßnahmen und erneute Zieldefinition. Von einem derart rationalen Vorgehen ist in Deutschland bisher jedoch nur ansatzweise etwas zu erkennen. In einem EU-Projekt wurde vor kurzem gezeigt, dass in einigen anderen westeuropäischen Staaten erheblich größere Anstrengungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit unternommen werden als bei uns. Dort gibt es nationale Forschungsprogramme, evaluierte Projekte, umfassende Berichte mit konkreten Empfehlungen, und vor allem auch Programme der Regierung zur Umsetzung dieser Empfehlungen. Die Diskussion in Deutschland sollte sich an diesen Vorbildern orientieren, aber auch eigene Konzepte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit entwickeln.

DR. PHIL. ANDREAS MIELCK M.P.H., *GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Postfach 11 29, 85758 Neuherberg, E-Mail: mielck@gsf.de*
Literatur beim Verfasser

Margot Käßmann

Wie reagiert Kirche auf die neue Armut?

Wir befinden uns derzeit als Gesellschaft in einem großen Dilemma. Einerseits erregt die dramatisch niedrige Geburtenrate Besorgnis. Allerorten gibt es Überlegungen, wie denn eine Ermutigung zum Kind stattfinden kann. Besonders beklagt wird, dass inzwischen 42 Prozent der Akademikerinnen keine Kinder mehr bekommen, weil sie eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht sehen. Kurzum, es geht die Klage: »Mehr Kinder braucht das Land!«

Infantilisierung der Armut

In krassem Gegensatz dazu steht die reale Situation von Kindern im Land. Der Anteil der Kinder unter den Menschen, die auf Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sind, ist auf 37 Prozent gestiegen. In absoluten Zahlen waren das im Jahr 2002 mehr als eine Million Kinder. Jede vierte allein erziehende Mutter und jede Zweite mit drei und mehr Kindern kommt nicht ohne Sozialhilfe aus, inzwischen wird von einer ›Infantilisierung der Armut‹ gesprochen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, doch lassen sich zwei Hauptursachen ausmachen. Das eine ist das Thema Arbeit und Arbeitslosigkeit. Gerade Frauen sind immer noch mit der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf konfrontiert. Zum einen fehlen Teilstellen bzw. flexible Zeiten am Arbeitsplatz. Zum anderen fehlen flächendeckende Angebote von Kinderbetreuungseinrichtungen vor dem dritten Lebensjahr, zum anderen verlässliche Ganztagschulen. Frauen werden immer stärker in Arbeits-

verhältnisse gedrängt, die zum Unterhalt einer Familie bzw. eines Kindes nicht ausreichen. Gerade die Hartz-Gesetzgebung führt dazu, dass Normalarbeitsverhältnisse in geringfügige Beschäftigung, Leiharbeit und Ich-AGs umgewandelt werden. Besonders betroffen von den Minijobs sind der hauswirtschaftliche und pflegerische Bereich, das heißt, exakt in den haushaltsnahen Bereichen, in denen Frauen arbeiten, entstehen Arbeitsstellen, die keinen ausreichenden sozialen Schutz ermöglichen. Die Armut der Mütter aber ist die Armut der Kinder.

Damit nicht genug: die hohe Scheidungsrate führt zu einer Verringerung der materiellen Absicherung von Kindern. Nur ein Drittel der Väter im Lande zahlt ausreichend Unterhalt, 800.000 Väter in diesem Land zahlen überhaupt keinen Unterhalt für ihre Kinder. Damit einher geht ein Abbau sozialer Leistungen durch den Staat. Eine Folge: bei unseren Schuldnerberatungen gibt es inzwischen Wartezeiten von mehr als sechs Monaten.

Nun sind die hohe Arbeitslosigkeit und die Veränderung der Familienstrukturen Tatsachen, die auch unsere Kirche nicht einfach verändern kann. Die Frage ist: Wie können wir helfen? Leitbild ist zunächst für mich ein Vers aus der Bibel: »Wer ein solches Kind aufnimmt in meinem Namen, der nimmt mich auf« (Matthäus 18,5). Im biblischen Zeugnis ist immer wieder davon die Rede, dass wir uns auf Gott verlassen sollen wie ein Kind, ja, dass Kinder sozusagen beispielhaft in ihrem Vertrauen sind. Jesus hat sich Kindern zugewendet, ihnen zugehört, ihre Sorgen und Fragen ernst genommen. Genau das wollen wir als Kirche auch tun. Lassen Sie mich drei Beispiele nennen:

Hinsehen

Armut findet in unserem Land sehr versteckt statt. Ja, viele Menschen leugnen sogar, dass es Armut gibt, und die Armen schweigen oft aus Scham. Dabei muss uns klar sein, dass die Armutsgrenze sich definiert bei 50 Prozent des durchschnittlichen Haushaltseinkommens der Bevölkerung. Danach sind etwa 4,5 Millionen Menschen in unserem Land als arm zu bezeichnen, das heißt ca. 20 Prozent der Bevölkerung. Es ist wichtig, diese Relation zu sehen, um nicht in den Vergleich etwa mit Indien oder Brasilien zu gehen und zu erklären, hier ginge es den Menschen doch noch wesentlich besser als in der so genannten Dritten Welt. Eine allein erziehende Mutter, die mit zwei Kindern in einer beengten Wohnung lebt und ihr Kind nicht auf den Schulausflug schicken kann, ist de facto in diesem Land arm. Ich denke, es ist wichtig, dass wir dieses sehen und uns nicht ablenken lassen von den reißerischen Schlagzeilen mit Blick auf ›Florida-Rolf‹ oder anderes. Das Diakonische Werk Hannovers hat deshalb eine Broschüre herausgegeben mit dem Titel ›Sozialhilfe – Argumente gegen Vorurteile‹. Hier wird deutlich, dass dem Missbrauch sicher Einhalt gewährt werden muss, dass es in diesem Bereich aber viele Vorurteile gibt, die nicht sehen wollen, wie Armut in diesem Land aussieht.

Wahrnehmen

Unsere Landeskirche hat 583 Kindergärten in eigener Trägerschaft, das sind 44.900 Kindergartenplätze. Hier wollen wir besonders die Arbeit nutzen, um einerseits die Kinder stark zu machen. Ich denke, dass christliche Erziehung hierzu etwas beiträgt. Sie sagt nämlich: Du bist von Gott geliebt, du bist von Gott gewollt, egal, was du darstellst, was deine Eltern verdienen. Sich als geliebtes Geschöpf Gottes zu verstehen, ist für viele Kinder wichtig zur Stärkung ihrer Persönlichkeit.

In diesen Kindertagesstätten wird auch Erhebliches zur Integration von Kindern aus Migrantenfamilien geleistet. Gerade in diesen Familien wächst in der letzten Zeit die Armut besonders. Ich denke an eine Kindertagesstätte in Emden, in der unter 66 Kindern 15 Nationen vertreten sind. In einem Kraftakt der Kooperation zwischen Kirchengemeinde und Stadt wurde ermöglicht, dass hier jeden Mittag eine warme Mahlzeit auf den Tisch kommt. Die Eltern sahen sich nicht in der Lage, diese zu finanzieren! Es geht also nicht nur um die seelische Stärkung, sondern durchaus auch um die de facto körperliche.

Handeln

Mit Blick auf die Kreativität in Kirchengemeinden denke ich an den Kindergottesdienst, aber auch an die 137 Kinderspielkreise, die es beispielsweise in unserer Landeskirche gibt, an die unzähligen Krabbelgruppen. Beides ist ja stets begleitet von Gesprächen mit den Eltern, von Elternberatung. Dazu gibt es 51 Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, 2.720 Plätze bietet unsere Landeskirche in Kinder- und Jugendeinrichtungen insgesamt an. In den Gemeinden wächst in den letzten Jahren Kreativität, um die Ängste und Sorgen der Kinder aufzunehmen. So sind die Spiel- und Krabbelkreise oft begleitet von Gesprächen. Eine Gemeinde in Cuxhaven beispielsweise bietet mittags einen warmen Mittagstisch für Grundschulkinde und Hausaufgabenbetreuung an. In einzelnen Gemeinden entstehen Großelternkreise, bei denen ältere Mitglieder der Gemeinde sich Kindern zuwenden. In anderen Gemeinden übernehmen Mitglieder der Kirchengemeinde die Patenschaft, wenn ein Kind zur Taufe gebracht wird und keine Paten im familiären Umfeld zu finden sind. Als besonderes Beispiel will ich die Nordstädter Kindertafel nennen. Sie wurde in Hannover 1999 in den Räumen der Luther-Kirche – zentral im Stadtteil gelegen – gegründet. Seit März 2000 konnte das Angebot so erweitert werden, dass es jetzt montags bis freitags von 12.00 bis 15.00 Uhr für Kinder eine warme Mahlzeit gibt. Wenn die Kinder von der Schule kommen, werden sie von einer Betreuerin begrüßt und essen gemeinsam in kleinen Gruppen. Für viele Kinder ist es völlig neu, gemeinsam am gedeckten Tisch zu sitzen, ohne laufenden Fernseher und mit anderen zu essen. Bis zu 30 Kinder sind es, die täglich zum Essen in die Nordstädter Kindertafel kommen.

Ich denke tatsächlich, dass der Dreischritt von Sehen – Wahrnehmen – Handeln in vielen Gemeinden wichtig ist. Dazu gehört auch, dass immer wieder zweierlei thematisiert wird: die Schuldenfalle, die die Kehrseite der Konsum-Medaille darstellt. Der Schritt in die Armut ist für viele der Schritt aus dem Arbeitsverhältnis heraus und in die Schul-

denfalle hinein. Zum anderen ist es wichtig zu sehen, dass für Kinder Armut einerseits Beteiligungschancen mindert, vor allen Dingen aber auch Entwicklungschancen. Die Pisa-Studie hat sehr deutlich ergeben, dass soziale Herkunft und Bildungsabschluss in Deutschland in einem engen Zusammenhang stehen. Deshalb wird unsere Kirche auch in Religions- und Konfirmandenunterricht dieses Thema verstärkt aufgreifen. Gefordert sind wir alle.

DR. MARGOT KÄSSMANN, Landesbischöfin der Ev.-luth. Landeskirche Hannover, Haarstr. 6, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 5 63 58 30, Fax: (05 11) 56 35 83 11, E-Mail: landesbischoefin@evlka.de

Jörg Blech

Das Leben – eine chronische Krankheit?

Der Cholesterinwert zu hoch, die Knochendichte zu gering. In dem Bestseller ›Die Krankheitserfinder‹ beschreibt Jörg Blech, wie die Grenzwerte für Risikofaktoren strenger und strenger definiert werden: Am Ende sind wir alle Patientinnen und Patienten.

Wanderheiler ziehen über das Land. Sie kommen in futuristischen Fahrzeugen und verlangen für ihre Dienste kein Geld. Auf Marktplätzen und Kirchhöfen holen sie die Menschen in ihre Gefährte, checken sie darin tüchtig durch - und entlassen etliche von ihnen als Patientinnen und Patienten. Das kalkweiße ›Osteoporose-Forschungsmobil‹ tourte erstmals im Sommer 2002 durch Deutschland, von Hamburg bis Erfurt. Frauen über 60 Jahren werden zur ›eingehenden Vorsorgeuntersuchung‹ mit Knochendichtemessung in das Vehikel gelockt. Auf diese Weise sollen jene Bürgerinnen aufgespürt werden, die unter dem altersbedingten Knochenabbau leiden: der so genannten Osteoporose. Die Fahndung nach kranken Frauen war nicht frei von Eigennutz. Sie wurde gesponsert von einer Stiftung – und von 14 Pharmafirmen und Herstellern von Medizinprodukten.

Männer werden ebenfalls heimgesucht: von Mitarbeitern der Firma Pfizer, die in einem blau-weißen LKW durch rund 30 deutsche Städte touren. ›Der gesunde Mann‹ steht in großen Lettern auf dem Laster. Die Ladefläche kann ausgefahren werden, so dass sich die Grundfläche im Erdgeschoss verdreifacht. Darin befinden sich fünf Untersuchungskabinen sowie die ›Informationstheke‹. Im Truck werden Schaulustige und Passanten innerhalb von zehn Minuten gemustert. Medizinisch ausgebildetes Fachpersonal misst Cholesterinspiegel, Blutzucker, Blutdruck und kontrolliert das Gewicht. »Geht der Mann nicht zum Test, so muss der Test zum Mann kommen«, lautet Pfizers Credo. Am Rande eines großen Golfturniers beispielsweise wurden 6.297 normale Männer durch das Diagnose-Vehikel geschleust. Und siehe da: Die Hälfte der Untersuchten hatte einen erhöhten Blutdruck, und bei immerhin 44 Prozent waren die Blutwerte außerhalb der Norm.

Das Osteoporose-Mobil und der Pfizer-Truck erscheinen wie Vorboten einer Medizin, welche die ganze Gesellschaft

durchdringen will. Wie herumziehende Medici und Quacksalber im Mittelalter gehen heute Krankheitshändler regelrecht auf die Jagd nach Patientinnen und Patienten. Dass sie allerorten scheinbar kranke Menschen auftun, das liegt in der Natur der Sache. Die Deutschen sind zwar munter und lang- lebig wie niemals zuvor in der Geschichte des Landes. Bloß: Den Normen der modernen Heilkunde genügen die gesunden Germaninnen und Germanen dennoch nicht. Die medizinischen Risikofaktoren sind nämlich bewusst so festgelegt, dass jeder Mensch irgendetwas haben kann.

Und das kommt so: Ein Laborwert wird an einer großen Zahl gesunder Menschen gemessen, zum Beispiel an Blutspendern, Rekruten und Sportstudierenden. Im nächsten Schritt errechnet man den Durchschnitt der gemessenen Werte. Jene 95 Prozent in der Mitte werden willkürlich als ›Normalbereich‹ definiert. Die fünf Prozent Ausreißer nach oben und unten indes werden als ›auffällig‹ eingestuft – und das, obwohl die Menschen, an denen die Werte erhoben wurden, gesund sind. Folglich kann man die komplette Menschheit krank rechnen: Wenn bei jeweils fünf Prozent der Bevölkerung ein bestimmter Laborwert nicht normal ist, dann steigt mit jeder weiteren Untersuchung der Anteil der Auffälligen. Nach zwanzig gemessenen Werten beispielsweise sind nur noch 36 Prozent der Menschen durchweg gesund. Und nach einhundert Durchgängen sind es weniger als ein Prozent. Daraus haben Ärzte einen maliziösen Schluss gezogen: Eine Gesunde/ein Gesunder ist ein Mensch, der nicht oder noch nicht gründlich genug untersucht wurde.

Einige Risikofaktoren wurden allerdings von vornherein so festgelegt, dass nicht nur fünf Prozent der Menschen, sondern auf einen Schlag ganze Schichten der Bevölkerung davon betroffen sind. Beim Cholesterin etwa hat man vor einigen Jahren in Deutschland die Grenzwerte so definiert, dass Menschen mit ›normalen‹ Werten in der Minderheit sind und dass jene mit ›unnormalen‹ Werten die Mehrheit stellen.

Wie kann das sein? Eine umfassende Studie an 100.000 Menschen in Bayern hat einen Durchschnittswert von 260 Milligramm pro Deziliter Blut ergeben. Die ›Nationale Cholesterin-Initiative‹, ein privater Interessenverbund von 13 Medizinprofessoren, schlug im Jahre 1990 dennoch einen Grenzwert von nur 200 vor und konnte ihn tatsächlich durchsetzen.

Die Mediziner der Cholesterin-Initiative repräsentierten Lobbyverbände, darunter die industriennahe Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes und die Lipid-Liga sowie die Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin. In einem ›Strategie-Papier‹ forderten sie eine aggressive Ausweitung der Therapie: »Jeder Arzt sollte den Cholesterinwert seines Patienten kennen.«

Durch das Dekret finanziell interessierter Medizinerinnen und Mediziner wurde die Mehrheit der Deutschen zu Risikopatientinnen und -patienten erklärt. In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen haben dem willkürlichen Grenzwert zufolge 68 Prozent der Männer und 56 Prozent der Frauen einen krankhaft erhöhten Cholesterinwert. Bei den 50- bis 59-Jährigen sind sogar 84 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen betroffen. Die absurde Folge solcher Grenzwerte: Die angeblichen Risikofaktorpatientinnen und -patienten fühlen

sich gesund und fit. Wenn sie überhaupt an irgendetwas leiden, dann an dem auffälligen Befund. Der Wiener Satiriker Karl Kraus hat also recht: »Die Diagnose ist eine der häufigsten Krankheiten.«

Auszug aus Jörg Blechs Bestseller ›Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden.‹ (S. Fischer Verlag; 256 Seiten; 17,90 Euro)

JÖRG BLECH, *Der Spiegel*, Wissenschaftsredaktion, Brandstwierte 19, 20457 Hamburg, Tel.: (0 40) 30 07-23 99, Fax: (0 40) 30 07-21 86, E-Mail: joergblech@spiegel.de

Adolf Bauer

Chronisch Kranke tragen die Hauptlast – Eine erste Bilanz der Gesundheitsreform

Die Kranken sind die Verlierer der Gesundheitsreform. Während die Gesunden durch eine leichte Senkung der Krankenkassenbeiträge entlastet werden, fällt die Bilanz vor allem für die chronisch Kranken und pflegebedürftigen Heimbewohner sehr negativ aus.

Daten, Zahlen, Fakten

Es sind nicht nur die Praxisgebühr und die höheren Zuzahlungen, die die Patientinnen und Patienten belasten. Das größte Loch ins Portemonnaie reißen die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente. Allein die Kosten für Medikamente, die die Krankenkasse seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr übernimmt, betragen für chronisch Kranke zwischen 30,- und 50,- Euro monatlich. In manchen Fällen sind es sogar 70,- Euro oder mehr. Dies ist für Menschen mit geringem Einkommen eine beträchtliche soziale Härte. Mit der Neuregelung, dass verschreibungsfreie Arzneimittel grundsätzlich nicht mehr erstattet werden, wird das Prinzip der Versorgung mit medizinisch Notwendigem verlassen. Medizinische Leistungen sind damit nicht mehr für jedermann/-frau zugänglich.

Besonders hart trifft es die Menschen, die in Pflege- oder Behindertenheimen leben. Sie müssen nicht verschreibungspflichtige Medikamente von ihrem ohnehin schon schmalen Taschengeld bezahlen. Pflegebedürftige Sozialhilfeempfänger, die im Heim leben, haben monatlich nur 88,- Euro Taschengeld zur Verfügung. Davon müssen Ausgaben des täglichen Lebens bezahlt werden, wie Haarshampoo, ein Friseurbesuch oder mal ein Stückchen Kuchen. Wenn Pflegebedürftige von diesem geringen Taschengeld einen Teil auch noch für Medikamente aufwenden müssen, bedeutet dies schmerzliche Einschränkungen im alltäglichen Leben. Dabei ist die Sozialhilfe – das Taschengeld inbegriffen – als Existenzminimum definiert. Durch die Gesundheitsreform wird dieses Existenzminimum angetastet. Dies ist ein unhaltbarer Zustand – doch eine öffentliche Debatte hierüber findet nicht statt.

Chronikerregelung – ein Rückschritt

Befürworter der Gesundheitsreform verweisen gerne auf die Belastungsgrenze von ein Prozent des Bruttoeinkommens für Chronikerinnen und Chroniker. Doch auch dies ist eine erhebliche Verschlechterung verglichen mit der alten Regelung, wonach chronisch Kranke grundsätzlich von Zuzahlungen befreit waren. Denn auch hier gilt: Für die verschreibungsfreien Medikamente muss der chronisch Kranke weiterhin selbst aufkommen, denn sie fallen nicht unter die Chronikerregelung! Für den größten Brocken müssen also auch Geringverdiener selbst aufkommen.

Hinzu kommt, dass viele ältere und kranke Menschen mit der neuen, komplizierten Regelung überfordert sind. Wer die Belastungsgrenze von ein Prozent erreicht, muss bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen und der Praxisgebühr stellen. Dazu muss ein umfangreicher Fragenkatalog beantwortet werden. Ein derartig bürokratisches Verfahren verursacht bei den Krankenkassen einen hohen Verwaltungsaufwand. Der Sozialverband Deutschland hat daher starke Zweifel an der Effizienz dieses Verfahrens.

Wir halten es auch für bedenklich, dass notwendige Arztbesuche unterbleiben, denn dies birgt das Risiko, eine Krankheit zu verschleppen. Oft wird dann auch die Heilung kostspieliger. Wie eine aktuelle Forsa-Umfrage ergab, haben 13 Prozent der Befragten auf einen notwendigen Arztbesuch verzichtet. Noch höher fiel dieser Anteil bei den Geringverdienern aus. 20 Prozent der Befragten, die über weniger als 1.500,- Euro Haushaltseinkommen im Monat verfügen, hatten notwendige Arztbesuche wegen der Praxisgebühr unterlassen. Das ist jeder Fünfte.

Die Verlierer der Gesundheitsreform

Das Fazit lautet: die erhöhten Zuzahlungen treffen vor allem die Geringverdiener hart. Ihre medizinische Versorgung hat sich durch die Gesundheitsreform verschlechtert. Dabei haben Geringverdiener ohnehin schon ein höheres Risiko zu erkranken. Dies ist eine zutiefst unsolidarische Wirkung der Gesundheitsreform.

Mit Sorge beobachten wir, dass die Gesundheitsreform problematische Ausweicheffekte auslöst. Uns sind etliche Fälle bekannt geworden, in denen Menschen, die kein Geld für ihre nicht verschreibungspflichtigen Medikamente hatten, sich vom Arzt ein stärkeres, verschreibungspflichtiges Präparat verordnen lassen. Das bezahlt die Kasse, oft hat dieses Mittel aber auch mehr Nebenwirkungen. Das kann nicht die Lösung sein!

Besserung in Sicht?

Der Sozialverband Deutschland fordert daher für Personen mit geringem Einkommen (Grundsicherungsniveau) eine Härtefallregelung, d.h. eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht und die Gewährung folgender Leistungen: vom Arzt verordnete, verschreibungsfreie Arzneimittel, Zahnersatz sowie Brillen und notwendige Fahrten zur ambulanten Behandlung.

Statt einseitiger Belastungen der Patientinnen und Patienten brauchen wir echte Strukturreformen. Wir fordern, die Krankenversicherung in eine Bürgerversicherung umzu-

wandeln. Zu einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung müssen alle Bürgerinnen und Bürger beitragen, auch Selbständige, Beamte und Politiker. Echte Strukturreformen müssen zudem die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Die enormen Wirtschaftlichkeitsreserven des Gesundheitssystems müssen endlich erschlossen werden. Wir setzen uns zudem für die Einführung von Hausarztmodellen ein. Nicht zuletzt müssen verstärkt integrierte Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Die ambulante und stationäre Versorgung muss endlich stärker verzahnt werden. Denn ohne vernetzte Strukturen wird das Hausarztmodell ins Leere laufen.

ADOLF BAUER, *Präsident des Sozialverband Deutschland (SoVD), Stralauer Straße 63, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 72 62 22-0, Fax: (0 30) 72 62 22-3 11, E-Mail: contact@sozialverband.de, Internet: www.sovd-bv.de*

Axel Olaf Kern

Leistungsausgrenzungen, Soziale Schicht und Krankheit: Das Beispiel Zahnersatz

Für die Beurteilung des Einsparpotenzials sowie der Folgen von Leistungsausgliederungen sind mögliche Folgewirkungen zu beachten. Insbesondere die Sozialschichtabhängigkeit von Krankheit ist dabei von Bedeutung. Für die folgende Darstellung ist stets zu berücksichtigen, dass sich die schichtspezifischen Unterschiede trotz der Existenz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beobachten lassen, wobei die GKV den Zugang zu zahnärztlicher Behandlung und zur Versorgung gerade auch für einkommensschwache Gruppen erleichtert.

Unterschiedlicher Zahnstatus ...

Aus der Sozialepidemiologie ist in Bezug auf die Zahngesundheit bekannt, dass Karies, Parodontopathien und Zahnlosigkeit bei den unteren sozialen Schichten deutlich häufiger verbreitet sind als bei den Mittel- und Oberschichten. Auch der Sanierungsgrad weist einen deutlichen Zusammenhang zur Schulbildung auf. Angehörigen der Oberschicht haben eine geringere Anzahl fehlender Zähne (2,7). Angehörige der Unterschicht fehlen durchschnittlich 7,4 und Angehörigen der Mittelschicht 5,1 Zähne. Sind rund zehn Prozent der Angehörigen der Unterschicht zahnlos, so beträgt dieser Anteil in der Oberschicht weniger als ein Prozent. Unterschiede bei der Art des Zahnersatzes sind zwischen den Schichten verschieden. Rund 60 Prozent der Angehörigen der Unterschicht sind mit kostengünstigerem herausnehmbarem Zahnersatz versorgt. Der Anteil beträgt bei Oberschichtangehörigen rund 15 Prozent. Personen mit hohem Bildungsabschluss weisen mit 0,9 Metallvoll- und 1,2 Verblendkronen deutlich mehr Kronenrestaurationen auf als Personen mit geringer Schulbildung, welche nur 0,4 Metallvollkronen und 0,8 Verblendkronen haben.

An der Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz oder durch Nichtersetzen von Zähnen wird erkennbar, dass Versicherte mit geringerer finanzieller Leistungsfähigkeit eine Versorgung wählen, die sie finanziell nicht so stark belastet. Diese Unterschiede alleine wären kaum von Bedeutung, da es auch kein gesellschaftliches Ziel gibt, wonach jeder Bundesbürger und jede Bundesbürgerin einen Rolls Royce sein/ihr Eigen nennen sollte. Im Falle von Zahnersatz ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine unzureichende Versorgung medizinische Folgewirkungen nach sich ziehen kann, die sich auf die Allgemeingesundheit negativ auswirkt und damit auch nachteilig auf die GKV wirkt, welche die Behandlungskosten hierfür wiederum trägt.

... und seine Folgen

Unzureichend versorgte Zahnschäden oder Zahnverluste können zu funktionellen Beschwerden des gesamten Kauapparates sowie zu Kopf- und Kiefergelenkschmerzen führen. Nach einem Verlust natürlicher Zähne kann die Kaufunktion selbst durch Zahnersatz nicht vollständig wieder hergestellt werden. Zahnverlust verringert die Kaueffektivität. Eine schlechtere Nahrungszerkleinerung und Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme sind die Folge. Die verringerte Kaufähigkeit verändert die Ernährungsgewohnheiten, wodurch sich das Risiko von systemischen Krankheiten erhöht. Durch eine erhöhte Aufnahme von Cholesterin sowie gesättigter Fettsäuren und einer verringerten Aufnahme an Ballaststoffen, Karotin sowie Antioxidantien besteht ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Krankheiten, ein erhöhtes Krebsrisiko (u. a. kolorektales Adenom) sowie ein erhöhtes Kataraktrisiko. Eingeschränktes Kauvermögen gilt als mitursächlich für chronische Gastritis.

Dass Angehörige unterer Einkommens- und Bildungsschichten ein höheres Krankheitsrisiko in Bezug auf Zahngesundheit und andere Krankheiten aufweisen, bedeutet zugleich, dass diese Personen in höherem Maß Gesundheitsleistungen benötigen. Zugleich verfügen diese Personen jedoch über geringere finanzielle Möglichkeiten, Gesundheitsleistungen oder Krankenversicherungsschutz selbst zu finanzieren. Zudem erhalten Menschen mit Gesundheitsrisiken auf dem privaten Versicherungsmarkt infolge ihres individuellen Risikos keinen Versicherungsschutz oder nur zu sehr hohen Prämien. Erst wenn Angehörige unterer Schichten über Kaufkraft verfügen, können sie Gesundheitsleistungen nachfragen. Da Gesundheitsleistungen nicht nur Ausgaben sondern zugleich auch Einnahmen und Beschäftigung darstellen, werden erst durch die Umverteilung in der GKV, die aus der einkommensabhängigen und zugleich risikounabhängigen Beitragsbemessung resultiert, Angehörige unterer Einkommensschichten mit vergleichsweise überproportional schlechter Risikostruktur in die Lage versetzt, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Diese würden sie bei Eigenfinanzierung auf Grund ihres geringeren Einkommens nicht nachfragen können oder wünschen. Der oft zitierte Wachstumsmarkt Gesundheit würde somit kaum realisierbar.

Versicherungspflicht ist Pflicht

In der politischen Diskussion wurde formuliert, dass bei einer Privatisierung zahnärztlicher Leistungen eine Versicherungspflicht obligatorisch sein müsse. Dahinter dürften Einsichten in die Unterschiede im Vorsorgeverhalten verschiedener Bevölkerungsschichten stehen, die nicht nur für den Bereich der Zahngesundheit belegt werden können. So verfügen Angehörige der sozialen Unterschicht auf Grund eines stärker instrumentellen Körper- und Gesundheitsverständnisses sowie einer daraus resultierenden ›Ausbeutung des Körpers‹ über keine Langzeitperspektive im Denken und Handeln. Das Verhalten, heute Mund- und Zahnhygiene zu betreiben, damit sich langfristig Erfolg einstellt, ist vielmehr kompatibel mit Verhaltensmustern der Mittel- und Oberschicht. Das Postulat, dass Eigenverantwortung im Gesundheitswesen durch eine Privatisierung von Leistungen erreicht wird, trifft nicht für alle Schichten und insbesondere nicht für diejenigen Menschen zu, die den höchsten (zahn-)medizinischen Bedarf aufweisen. Ein Rückgang der Nachfrage nach (zahn-)ärztlichen Leistungen bedeutet zugleich auch Honorareinbußen für die (Zahn-)Ärzteschaft.

PROF. DR. AXEL OLAF KERN, *FH Ravensburg-Weingarten, Hochschule für Technik und Sozialwesen, Doggenriedstraße, 88250 Weingarten, Tel.: (07 51) 5 01-94 15, E-Mail: axel.kern@fh-weingarten.de*

Stephanie Stock und Marcus Redaelli

Chronisch arm – chronisch krank? Disease Management als Weg aus der Krankheits- und Armutsfalle

Die Vielfältigkeit der Lebensstile wie sie in einer hochentwickelten Gesellschaft wie der bundesrepublikanischen zu finden ist, konnte die vertikale Gliederung der Gesellschaft und damit die schichtspezifische Korrelation von Bildungschancen und Gesundheitszustand nicht auflösen. Epidemiologische Studien aus jüngerer Zeit belegen, dass der Schichtzugehörigkeit auch heute noch eine wichtige Rolle in der Ausbildung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Einstellungen zukommt. Sozialer Status ist einer der wichtigsten Determinanten für Krankheit und das Vorhandensein von Risikofaktoren. Dabei gilt nicht nur, dass schichtspezifische Lebensbedingungen Krankheit erzeugen, sondern umgekehrt kann Krankheit auch die sozialen Lebensumstände verändern. Dies ist insbesondere bei Suchterkrankungen und chronischen Erkrankungen der Fall. Hier kommt den sozialen Sicherungssystemen in zweierlei Hinsicht eine herausragende Bedeutung zu: Erstens der Schutz des Erkrankten vor dem sozialen Abstieg und zweitens die Verbesserung der Lebensbedingungen sozial schwächerer Schichten, um armutsbedingte Krankheit zu vermeiden. Während Armut als direkte Folge von Krankheit in Deutschland durch die sozialen Sicherungssysteme in extremen Ausprägungen vermieden wird, haben sozial Schwächere immer noch schlechtere Gesundheitschancen. Gezielte Prävention muss daher schichtspezifischen

Unterschieden in der Ausprägung der Risikofaktoren und im Gesundheitszustand Rechnung tragen und versuchen die ungleichen Gesundheitschancen auszugleichen.

In der Regel wird diese Aufgabe der Primärprävention mit ihren lebensweltbezogenen Ansätzen zugewiesen. Mit der Einführung der Disease Management Programme (DMP) wurde in der Sekundärprävention ein Instrument geschaffen, das das Potenzial hat, Schichtunterschiede in der Ausprägung der Risikofaktoren und im Gesundheitszustand zu verringern.

Disease Management als Instrument der Sekundärprävention

Obwohl es keine allgemein gültige Definition des Begriffs ›Disease Management‹ gibt, lässt sich eine internationale Entwicklung des Begriffs von Interventionen für Hochrisikogruppen zu einem proaktiven Ansatz der integrierten Versorgung von Populationen mit Schwerpunkt auf der (Sekundär-) Prävention beobachten. Auf diesem Verständnis des Begriffs beruht die Einführung von DMP in Deutschland in Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich. Vom Gesetzgeber genannte Ziele sind die Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der Versorgung chronisch Kranker durch einen strukturierten und systematischen Ansatz. Zur Umsetzung dieser Vorgaben sollen evidenzbasierte Leitlinien, Schulungen von Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer, Einsatz von Remindersystemen, Dokumentation, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation beitragen.

DMP als Instrument zum Abbau von Schichtunterschieden im Gesundheitszustand

Maßnahmen zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen sind im Rahmen der Primärprävention häufig in weiten Teilen verhaltensbezogen konzipiert. Dieser Ansatz wurde nicht zuletzt auch für die DMP in einem Gutachten für eine große Angestelltenersatzkasse gefordert. Übersehen wird dabei, dass gerade sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten von verhaltensbezogenen Interventionen deutlich weniger profitieren als sozial besser gestellte Betroffene, weil sie vom Angebot schlechter erreicht werden und die Inhalte der Kurse häufig aufgrund negativer Kognitionen und Einstellungen nicht umsetzen können. In den DMP besteht jedoch die Chance, soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten abzubauen. Dazu hat der Gesetzgeber für alle Kassen die Möglichkeit eingeräumt, Versicherte stratifiziert nach Risiko- und soziodemographischen Faktoren in der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und im Aufbau neuer gesundheitsbezogener Verhaltensweisen zu unterstützen.

Eine große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang Remindersystemen, Hotlines und risikostratifizierter Informationsgabe zu. Reminder sollen die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen sozial benachteiligter Schichten ebenso unterstützen, wie die Aufklärung über Symptome und Gefahren. Wird beispielsweise eine Augenuntersuchung versäumt, so kann die Krankenkasse durch ihre eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder über eine Hotline den Versicherten in einfachen Worten die Bedeutung der Präventionsmaß-

nahme erklären. Durch die individualisierte Beratung kann auf schichtspezifische Einstellungen und Verhaltensweisen eingegangen werden.

Ähnlich verhält es sich mit ungezielter Informationsgabe. Patientinnen und Patienten aus sozial benachteiligten Schichten haben aufgrund ihrer häufig schlechteren Bildung geringere Chancen Informationsmaterial zu verstehen und schichtspezifische Einstellungen zu ändern. Im Disease Management spielt neben gezielter Informationsgabe auch die Vermittlung von Informationen durch Gleichbetroffene eine wichtige Rolle. Beispielsweise sind im Disease Management Brustkrebs Selbsthilfegruppen als fester Bestandteil zur Informationsvermittlung eingebunden. Die Vermittlung von Informationen und Einstellungen durch Gleichbetroffene auch von anderen sozialen Schichten kann von den Betroffenen wesentlich besser akzeptiert werden und zur Veränderung eigener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen führen.

Disease Management als Instrument zur Verringerung krankheitsbezogener Armut

Strukturierte Therapie- und Präventionsansätze wie sie dem Disease Management zugrunde liegen, können nachgewiesenermaßen zu einer Verringerung von Morbidität und Mortalität führen. So beträgt die kumulative Fünf-Jahres Inzidenz einer Patientin oder eines Patienten mit diabetischer Retinopathie zu erblinden ca. vier Prozent. Durch eine evidenzbasierte Therapie und Screeningsmaßnahmen, wie sie in den Disease Management Verträgen vereinbart sind, kann die Verschlechterung der Erkrankung um über 50 Prozent reduziert werden. Dabei kann die Kombination von Interventionen wie sie im Disease Management vorgesehen ist, sogar die Effekte einzelner Interventionen verstärken. Dafür sprechen die Ergebnisse kombinierter Interventionen an Diabetesfachambulanzen, die durch kombinierte Interventionsstrategien das relative Risiko kardio- und zerebrovaskulärer Ereignisse um bis zu 50 Prozent verringern konnten.

Fazit

DMP wie sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland vom Gesetzgeber vorgesehen sind, können dazu beitragen, Unterschiede in der schichtspezifischen Morbidität und in der krankheitsbedingten negativen Veränderung sozialer Lebensumstände zu verringern. Dazu müssen die Programme entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über verhaltensbezogene Ansätze hinausgehen und schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand in der Sekundärprävention stärker als bisher bei den meisten Programmen üblich berücksichtigen.

DR. MED. STEPHANIE STOCK, MARCUS REDAELLI, *Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln, Tel.: (02 21) 4 78-63 98, Fax: (02 21) 4 78-66 75, E-Mail: stephanie.stock@medizin.uni-koeln.de*
Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

Das GKV-Modernisierungsgesetz und die Folgen für Wohnungslose in Hannover

Eine Blitzumfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) bei mehr als 100 Projekten zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser im Zeitraum vom 30.1.04 bis 15.2.04 ergab die erschreckende Erkenntnis: »Wohnungslose Patienten werden nicht behandelt, erhalten keine Medikamente oder gehen gar nicht mehr zum Arzt.«

Erfahrungen aus Hannover

Erfahrungen aus der Krankenwohnung »Die KuRVe« belegen, dass die Zuzahlungspflicht besonders dann ein Problem ist, wenn die Sozialhilfe nur für zwei Tage oder für ein oder zwei Wochen gezahlt wird, so wie es bei Wohnungslosen oft der Fall ist. Problematisch wird es auch für Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld oder von anderen Transferleistungen, die nicht regelmäßig erfolgen. Von diesem Einkommen müssen sofort Praxisgebühr, Medikamente, Verbandsmaterialien, medizinische Hilfsmittel und evtl. auch die Physiotherapie bezahlt werden. Dadurch haben Patientinnen und Patienten, die in die Krankenwohnung aufgenommen werden und dort die für sie notwendigen Heilungsmaßnahmen erhalten, meistens schon kein Geld mehr zum Leben. Besonders schwierig ist es auch für Bewohnerinnen und Bewohner der Krankenwohnung, die Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger sind und über einen Tagessatz von etwa 9,- Euro verfügen. Tritt der Fall der häuslichen Pflege ein, erfolgt die Erstattung der Kosten (10,- Euro für die Verordnung plus zehn Prozent für die Leistung) erst am Quartalsende durch die Krankenkasse.

Hürde Sozialamt

Das Sozialamt weigert sich die Kosten für Zuzahlungen zu übernehmen, nachdem das Verwaltungsgericht zu Gunsten der Sozialbehörde entschieden hat. (Zuzahlungen sind zumutbar). Die geforderte Eigenbeteiligung von jährlich 70,- Euro (oder 35,- Euro bei chronisch Kranken) für Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe ist in der »KuRVe« relativ schnell erreicht. Um aber in den Genuss der Chronikerregelung zu kommen, muss erst ein Antrag gestellt werden, der von der Ärztin oder dem Arzt ausgefüllt und dann zur Krankenkasse geschickt wird. Für wohnungslose Menschen ist nur schwer nachweisbar, dass sie mit der selben Krankheit einmal im Quartal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben. Für Krebskranke, die noch nicht ein Jahr erkrankt sind, treffen diese Befreiungen ebenfalls nicht zu. Ein weiteres Problem ist die Sammlung der Quittungen über die Zuzahlung. Wo sollen wohnungslose Bürgerinnen und Bürger diese aufbewahren?

Nach wie vor sind nicht alle Bürgerinnen und Bürger aus Hannover bei einer gesetzlichen Krankenkasse angemeldet. Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, denen es so geht, bekommen weiterhin einen Schein zur Behandlung vom Sozialamt und brauchen damit keine Zuzahlungen zu leisten. Da dies den meisten Ärztinnen und Ärzten nicht bekannt ist, kommt es immer wieder zu Missverständnissen.

Es ist zu befürchten, dass wohnungslose Menschen wieder weniger Zugang zur medizinischen Versorgung haben, dass Krankheiten verschleppt und chronifiziert werden, und erst wieder als Notfälle in stationärer Behandlung auftauchen. Damit wird die Bemühung der Reintegration wohnungsloser Bürgerinnen und Bürger in die Regelversorgung wieder in Frage gestellt werden. Ein Rückschritt für die Bemühungen der letzten Jahre.

nungloser Bürgerinnen und Bürger in die Regelversorgung wieder in Frage gestellt werden. Ein Rückschritt für die Bemühungen der letzten Jahre.

SILKE JAKOB, Leiterin der Krankenwohnung »Die KuRVe«, Güntherstraße 7, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 8 38 73 20

Kerstin Blochberger

Was macht chronisch kranke Eltern zu armen Eltern?

Neben der chronischen Krankheit eines Menschen gehört die Kinderanzahl ebenfalls zu einem wichtigen Risikofaktor für Armut. Wenn beide Faktoren zusammentreffen, müsste dies ein besonders hohes Risiko für Armut ergeben. Alleinerziehende chronisch kranke Eltern sind besonders von Armut betroffen, sie gehören gleich dreimal einer Risikogruppe an. Die Zahl der chronisch kranken Eltern ist nicht statistisch erfasst. Es gibt nur Schätzungen. Wir gehen aufgrund der Zahlen aus verschiedenen Studien von einer Gruppe zwischen 50.000 und 100.000 behinderten und chronisch kranken Eltern aus. Es ist anzunehmen, dass die Anzahl wächst, z. B. durch das höhere Alter der Erstgebärenden.

Die Situation chronisch kranker Eltern

Geringere Bildungs- und Ausbildungschancen verringern die Aussicht auf gut bezahlte Erwerbsarbeit. Häufige Arbeitsunfähigkeit führt schnell zu Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Das Realeinkommen der Betroffenen ist oft schon vor Geburt des ersten Kindes auf Sozialhilfeniveau. Kinderbetreuung und Inanspruchnahme tariflich gesicherter Unterstützungen verringert langfristig die Berufs- und Aufstiegschancen. Bereits in der Schwangerschaft stehen die Unterstützungssysteme mitunter nur eingeschränkt zur Verfügung.

Isolation durch Überschreiten der eigenen Leistungsgrenzen

Von Eltern wird erwartet, dass sie ihren Kindern helfen. Dass Eltern selbst Hilfe brauchen, um den Alltag zu bewältigen, gehört nicht zur gesellschaftlichen Rollenzuschreibung. Unter diesem Dilemma leiden viele chronisch kranke Eltern, da sie diesen Anspruch der Gesellschaft auch auf sich übertragen. Die Folge ist häufig die Isolation der Eltern mit ihrem Kind in den eigenen vier Wänden.

Assistenz und Hilfsmittel notwendig, aber unerschwinglich

Eine Assistenzstunde auf dem freien Markt kostet zur Zeit rund 6,- bis 10,- Euro, Haushaltshilfen, die Pflegedienste anbieten, eher mehr. Sollte ein chronisch kranker Elternteil also Montag bis Freitag nur zwei Stunden Hilfe bezahlen müssen, kostet ihn das 320,- Euro im Monat. Angepasste Kindermöbel gibt es kaum oder sie sind unerschwinglich teuer (Kinderbett für 4.000,- Euro). Seit dem Ideenwettbewerb »Barrierefreie Kinder- und Babymöbel« im Jahr 2003 hat sich diese Situation etwas gebessert, ist aber immer noch mit langer Suche verbunden. Der Gang ins nächstgelegene Möbel-

Beate Lisofsky

Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf psychisch Kranke

haus reicht hier nicht aus. Verzichtet eine behinderte Mutter langfristig auf Hilfsmittel oder Assistentinnen und Assistenten, kann es zur Überforderung kommen. Wenn in dieser Situation keine Unterstützung organisiert wird, entsteht ein Kreislauf, der die Integration und damit letztendlich auch die Gesundheit aller Familienmitglieder weiter gefährdet. Chronisch krank - chronisch arm - chronisch krank... Die Hilfe durch andere (gesunde) Eltern ist für chronisch kranke Eltern selten eine Dauerlösung, da die Grundlage dieser Unterstützungsform auf Gegenseitigkeit beruht.

Wo finden behinderte Mütter Gleichsinnige?

Der Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern (bbe e.V.) bietet bundesweit neben dem bereits erschienen Ratgeber zum Thema Assistenz und Hilfsmittel bei der Familienarbeit Elternseminare, Beratung und Kontaktvermittlung zwischen betroffenen Eltern sowie Fortbildungen für medizinische und soziale Fachkräfte an.

Rechtliche Situation

Es gibt in der Bundesrepublik ein umfangreiches, meist aber einkommensabhängiges Hilfesystem für behinderte Menschen. Chronisch kranke und behinderte Eltern sind im derzeitigen sozialen Hilfesystem aber nur selten vorgesehen. Auch die Grundforderung der Betroffenenverbände, die Hilfen für behinderte und chronisch kranke Menschen in einem Leistungsgesetz zu verankern, wird bei der derzeitigen Diskussion um das SGB XII wieder nicht berücksichtigt. Chronische Krankheit wird unter diesen Bedingungen also noch lange chronische Armut nach sich ziehen.

Die Elternschaft und die damit verbundene Verantwortung für die Erziehung und Pflege der Kinder führt gerade für Menschen mit Behinderungen oder chronischer Krankheit zu finanziellen Mehrbelastungen. Dies bedeutet auch körperliche und/oder psychisch belastende Alltagssituationen, die sowohl durch bauliche Barrieren als auch durch Barrieren in den Köpfen entstehen. Dadurch werden vielfach Grenzen der Belastbarkeit der gesamten Familie erreicht. Steht hier keine Unterstützung zur Verfügung, so hat dies Folgen sowohl für die Eltern, wie z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, akute Erkrankung mit erhöhtem Hilfebedarf, Klinikaufenthalt und Einschränkung der Erwerbstätigkeit, als auch für das Kind z.B. in Form von Kontaktarmut zu Gleichaltrigen, Entwicklungsverzögerungen und Behandlungsbedarf. Der Einsatz von Hilfsmitteln dagegen dient der Entlastung und ermöglicht allen Familienmitgliedern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies führt dazu, dass die Gesundheit der Eltern stabil bleibt, die Versorgung der Kinder im Haushalt weiterhin erfolgen kann und die Berufstätigkeit weitgehend möglich ist. Die Vorteile für die Kinder bestehen in den besseren Entwicklungschancen und der Integration in der Nachbarschaft.

KERSTIN BLOCHBERGER, Informations- und Dokumentationsstelle des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern (bbe e.V.), Am Mittelfelde 80, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 6 96 32 56, E-Mail: bbe.indokus@gmx.de

Auch nach der Gesundheitsreform 2003 hat unsere Forderung nach einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Versorgung für psychisch Kranke und ihrer Angehörigen nicht an Aktualität verloren, da ›Gesundheitsmodernisierung‹ vor allem als Synonym für ›Kostendämpfung‹ steht.

Psychisch Kranke, denen im Gegensatz zu vielen anderen Kranken zweckrationales Gesundheitsverhalten gerade aufgrund ihrer Erkrankung nicht immer möglich ist, sind in besonderer Weise Leidtragende. Als Sparmaßnahmen konzipierte Veränderungen, wie die Einführung von Praxisgebühren oder die Zuzahlungen bei Psychotherapie oder häuslicher Krankenpflege, werden sich bei psychisch Kranken kostentreibend auswirken, denn krankheitsbedingt werden von dieser Gruppe Gesundheitsleistungen ohnehin eher zu spät als zu früh in Anspruch genommen und damit die Prognose für den Krankheitsverlauf weiter verschlechtert. So wurden z.B. bei der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten und damit der Definition des Personenkreises, bei dem die Zuzahlungen auf ein Prozent des Einkommens beschränkt ist, die besonderen Belange psychisch Kranker nicht berücksichtigt. Hier sollten ergänzend auch psychische Störungen aufgenommen werden. Sehr oft führt chronische psychische Krankheit zu Arbeitsplatzverlust und damit verbunden zu einer Verschlechterung der finanziellen Lage der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.

Waren bis Ende letzten Jahres auch psychisch erkrankte Menschen mit geringem Einkommen, insbesondere Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, von Zuzahlungen befreit, hat sich diese Situation geändert: Nunmehr haben Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger Zuzahlungen bis zu 72,- Euro bzw. bei einer chronischen Erkrankung bis zu 36,- Euro im Jahr zu leisten. Auch für Heimbewohnerinnen und -bewohner, die nur über ein Taschengeld zwischen 80,- Euro und 90,- Euro verfügen, bedeutet das eine ganz erhebliche Belastung. Nachbesserungsbedürftig ist aber auch die Erstattung von Fahrtkosten, z.B. bei tagesklinischer Behandlung: Hier besteht der Fahrtkostenanspruch nur für den ersten und letzten Behandlungstag. Da sich aber bei psychischen Erkrankungen tagesklinische Erkrankungen oft über mehrere Wochen erstrecken, haben die Betroffenen die täglich anfallenden Kosten selbst zu tragen, ohne dass es hierfür eine ›Belastungsgrenze‹ gibt. Somit führt auch diese Regelung dazu, dass der rechtlich geregelte und politisch angestrebte Vorrang ambulanter und teilstationärer Hilfe vor stationärer Hilfe unterlaufen wird und letztlich kostentreibend wirkt.

BEATE LISOFSKY, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Pressebüro Berlin, Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin, Tel.: (0 30) 86 39 57 04, E-Mail: bapk-berlin@psychiatrie.de

Neue Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention

Mit Verabschiedung der Ottawa Charta 1986 erfuhren Gesundheitsförderung und Prävention in der Wissenschaft, der Politik und auch in der Öffentlichkeit eine erhöhte Aufmerksamkeit. Das Interesse durch die Gesundheitsökonomie wurde aber erst geweckt, nachdem man erkannte, dass sich durch Prävention und Gesundheitsförderung langfristig Kosten einsparen lassen. Um das zu gewährleisten, müssen neben der Eigenverantwortung des Einzelnen auch die Rahmenbedingungen stimmen. Die diesjährige Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. beschäftigte sich mit diesem Thema. Sie fand am 26. April 2004 in der Ärztekammer in Hannover unter dem Titel: ›Neue Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention‹ statt.

Trotz der politischen Relevanz nehmen Gesundheitsförderung und Prävention nur eine Randstellung im Gesundheitswesen ein. So wurden im Jahr 2002 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 243,2 Milliarden Euro für Leistungen im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben. Davon sind aber nur 10,7 Milliarden Euro für Präventionsmaßnahmen verwendet worden. Dies entspricht einem Anteil von 5 Prozent. Knapp 40 Prozent der Ausgaben erfolgte durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen.

Präventive Regelungen sind in zahlreichen Gesetzen und Verordnungen auf Bundes- und Landesebene verankert. Die Umsetzung der Regelungen unterscheidet sich je nach Tradition und Verständnis der Träger. Welche Gesundheitsbegriffe in den einzelnen Sozialgesetzbüchern verwendet und umgesetzt werden, zeigte der Vortrag von PD Dr. Ulla Walter von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Zur Bündelung, Abstimmung und Optimierung der weit verstreuten Ansätze empfiehlt sie eine systematische Erfassung in einem ›Präventionsgesetz‹.

Gedanken über ein ›Präventionsgesetz‹ haben sich auch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemacht, indem sie hierzu Eckpunkte formuliert haben. Diese wurden durch Dr. Bernd Metzinger (IKK-BV) vorgestellt. Daneben stellte er einen Organisations-

vorschlag zur Gründung einer eigenen ›GKV-Stiftung Prävention‹ vor, die noch vor Erscheinen des ›Präventionsgesetzes‹ gegründet werden soll. Danach befürworten die Krankenkassen vor Ort Projekte mit regionalem Bezug und die Spitzenverbände der Krankenkassen Projekte mit überregionaler Bedeutung zu Schwerpunktthemen, die dann von der Stiftung gefördert werden sollen. Finanziert wird die Stiftung zu Beginn mit 25 Millionen Euro pro Jahr von den Gesetzlichen Krankenkassen.

Laut Ausführungen der Niedersächsischen Gesundheitsministerin Dr. Ursula von der Leyen sollten Präventionsansätze regionale Besonderheiten berücksichtigen. Deshalb warnte sie vor zentralen Lösungsmodellen. Besser wäre ein ›Präventionsgesetz‹ auf Bundesebene, welches den Ländern mehr Handlungsspielraum bietet, um bereits funktionierende Strukturen zu nutzen, statt neue kostenaufwändige Verwaltungen zu produzieren.

Die Präsentationsunterlagen der Referentinnen und des Referenten sind auf der Homepage der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. eingestellt: www.gesundheit-nds.de/Veranstaltungen/Tagungsberichte

Martina Wachtlin

Chronisch kranksein – eine Lösungsstrategie gegen chronisch armsein?

Gesundheitspolitische Debatten nehmen scheinbar ausnahmslos – und dies ist ihnen kritisch anzulasten – lediglich die steigenden Kosten bei der Versorgung chronisch Kranker in den Blickwinkel. Solche Diskussionen suggerieren, dass Betroffene ihre chronische Erkrankung ausschließlich innerhalb des Systems Gesundheitswesen bewältigen. Dabei haben sie auch Fragen und Probleme, die sich nicht nur auf die Krankheit selbst beziehen, sondern ihre Biografie und ihren Alltag betreffen. Der Umgang mit einer chronischen Krankheit bringt ebenso soziale wie

psychische Konsequenzen mit sich, deren Bewältigung im Krankheitsverlauf mit Arbeit, ständiger Anpassung und Neuausrichtung für die Betroffenen verbunden ist. Um dem Leben mit einer chronischen Krankheit (wieder) Sinn und eine gewisse Ausgewogenheit verleihen zu können, müssen Zeit, Raum, Energie, Geld, Arbeitsstellen, Aktivitäten und Identitäten fortwährend, mitunter von der ganzen Familie, ausbalanciert werden.

Individuelle Patienten- und Patientinneninformation...

Für eine individuelle Patienten- und Patientinneninformation müsste das Wissen über die Bewältigungsarbeit im Lebenskontext der chronisch Kranken von erheblichem Interesse sein. Dem Thema ›Bedarf an Patienten- und Patientinneninformation für chronisch Schmerzkrankte‹ widmete sich in den Jahren 2001/2002 ein studentisches Projekt an der FH Neubrandenburg unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Beate Blättner. Eingebettet in einem hypothesengenerierenden Forschungsprozess (grounded theory) wurden fünfzehn narrative, themenfokussierte Interviews mit chronisch Schmerzkranken in Mecklenburg-Vorpommern geführt. Nach einem fallrekonstruktiven Analyseverfahren wurden die Krankengeschichten ausgewertet, um Hypothesen für die Patienten- und Patientinneninformation zu generieren. Die Interviewten erzählten auf Grundlage ihrer unterschiedlichen Biografien und Sozialisationen über ihr Leben mit dem chronischen Schmerz. Der Erfolg bzw. Misserfolg ihrer Bewältigungsarbeit ist dabei nicht unverbunden mit den wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und sozialen Problemen der ostdeutschen Nachwende-Gesellschaft.

Thomas Altgeld

Neue Chronikerprogramme – Alte Geschlechterinsensibilitäten?

... für eine individuelle Krankengeschichte

Die Krankengeschichte von Agnes Müller (maskiert) z. B. verdeutlicht den fatalen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Ansehen, chronischem Kranksein und finanzieller Notlage sehr deutlich. Nach einem berufsbedingten Autounfall wird Frau Müller zu einer chronischen Schmerzpatientin, die nun darum kämpft, eine Erwerbsunfähigkeitsrente bewilligt zu bekommen. Ein anspruchsberechtigtes Unfallopfer sein zu können, vermittelt ihr ein letztes Gefühl von Würde und Ansehen sowie Abgrenzung zur alltäglich präsenten Arbeitslosigkeit, die die strukturschwachen und schrumpfenden Regionen Mecklenburg-Vorpommerns im Besonderen betrifft. Diese Umstände entheben sie vor allem davor, nicht öffentlich zugeben zu müssen, dass ihre nach der Wende so enthusiastisch begonnene Selbständigkeit als Unternehmerin eines Schuh- und Lederwarengeschäfts gescheitert ist und sie nun hohe Schulden hat. Darum pflegt sie auch auf eine gewisse Art ihre Krankheit, weil sie sich ihr als Lösungsstrategie anbietet, um die soziale Krise und das Statusproblem zu bewältigen. Eine Patienten- und Patientinneninformation würde Frau Müller somit vermutlich nicht annehmen, weil sie von einem anspruchsberechtigten Unfallopfer zu einer sozialen Bittstellerin und Sozialhilfeempfängerin deklassiert würde.

Frau Müllers Dilemma verdeutlicht, das ihre Lebenslage nicht allein ein Problem darstellt, das vom Gesundheitswesen gelöst werden kann, sondern auch ein gesellschaftliches Thema ist. Hieraus ließen sich die Überlegungen ableiten, dass sinnvolle Patienten- und Patientinneninformation an die Biografie der Betroffenen anknüpfen und eine stärker interdisziplinäre Aufgabe darstellen müsste, was sich im derzeit bestehenden Gesundheitssystem immer noch schwer realisieren lässt, gesundheitspolitisch jedoch nachhaltiger diskutiert werden könnte.

MARTINA WACHTLIN, Brodaer Straße 4/
PF 12, 17033 Neubrandenburg,
E-Mail: martinawachtlin@gmx.de
Literatur bei der Verfasserin

Seit Beginn des Jahres 2002 bieten die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland ein neues Versorgungsangebot für Menschen an, die unter speziellen chronischen Erkrankungen leiden. Diese strukturierten Behandlungsprogramme werden als Disease Management Programme (DMP) bezeichnet. Sie dienen in erster Linie der Verbesserung der Versorgung durch eine enge Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat einer Liste von Krankheiten zugestimmt, für die DMP entwickelt werden sollen. Für Menschen, die unter chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale), Brustkrebs, Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) oder einer koronaren Herzerkrankung leiden, werden solche Programme konzipiert und aufgelegt. Bislang existieren allerdings nur DMP für Diabetes mellitus-Typ 2 und Brustkrebs, die von den Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Leistungserbringern vertraglich vereinbart worden sind. Die Teilnahme an einem DMP ist freiwillig.

Im Mittelpunkt der DMP stehen Leitlinien für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind, sogenannte evidenzbasierte Leitlinien. Diese definieren beispielsweise Dosierungen von Medikamenten und Zeiträume, in denen Kontrolluntersuchungen stattfinden sollten. Mit den DMP soll auch die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. So werden Schulungsprogramme angeboten, die bestimmte Risikofaktoren im Krankheitsalltag positiv beeinflussen sollen (z. B. Ernährungsberatung bei Diabetes mellitus). Ein weiterer Bestandteil der Programme ist die regelmäßige Erinnerung der Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer an notwendige Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen.

Die bisher genehmigten Programme für Diabetes mellitus-Typ 2 weisen aber keinerlei Geschlechterdifferenzierungen auf. Dabei wird die Mehrzahl der in Deutschland pro Jahr durch-

geführten 28.000 Fußamputationen als Spätfolge von Diabetes bei Männern vorgenommen. Die Schulungsprogramme (z. B. Ernährungsumstellung) berücksichtigen mögliche Geschlechterdifferenzen ebenfalls nicht. Für Deutschland liegen auch kaum alters- und geschlechtsstandardisierte Daten für diese Erkrankung vor, nicht einmal die Leitlinien berücksichtigen Geschlechterdifferenzen. Daten der Wiener Gesundheitsberichterstattung zeigen aber sehr deutlich, dass die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus bei Männern größer ist als bei Frauen und auch stärker zugenommen hat in den letzten zwanzig Jahren, obwohl Frauen deutlich höhere Diabetesprävalenzraten aufweisen als Männer.

	Männer	Frauen
1980	8,5	7,9
1985	8,5	6,8
1990	7,6	6,7
1995	9,5	6,0
2000	14,2	8,4
2001	12,2	8,1

Tab. 9: Sterblichkeit pro 100.000 aufgrund von Diabetes mellitus (ICD-9 <250>) in Wien seit 1980 nach Geschlecht, alterstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen, Stadtbevölkerung der WHO (vgl. Stadt Wien (Hrsg.), 2004, S. 275).

Diese Geschlechterinsensibilität ist für die noch nicht verabschiedeten DMP zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits im Vorfeld von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW kritisiert worden. Die Kritik bescheinigt den Empfehlungen des damaligen Koordinierungsausschusses gemäß § 137 a SGB V bisher wenig Sensibilität für die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation. Bei der Ausformulierung der Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den anderen Vertragspartnern wird eine ‚gender based medicine‘ gefordert. Außerdem sollen Geschlechterdifferenzen schon in den Informationsgesprächen mit Patientinnen und Patienten beachtet werden. Dies gilt auch für die Versicherungsschulung und Fortbildung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Programmevaluation.



In der präzisen Expertise ›Gender Mainstreaming in den Disease Managementprogrammen – Das Beispiel koronare Herzerkrankungen‹ lieferte Dr. Ellen Kuhlmann vom Zentrum für Sozialpolitik (ZES) in Bremen im vergangenen Jahr die Argumentationsbasis für die Forderungen aus Nordrhein-Westfalen. Sie hält dort als zentrale Problemfelder in der Versorgung fest: »Für die koronaren Herzerkrankungen (KHK) sind Geschlechterunterschiede bei den Risikofaktoren, in der Diagnostik und der chirurgischen und konservativen Therapie sowie bei den rehabilitativen Angeboten nachgewiesen. Das Geschlecht ist demzufolge in allen Krankheitsstadien und allen Versorgungsbereichen der KHK – in der Prävention, der Behandlung und Rehabilitation – ein versorgungsrelevantes Kriterium. Das Versorgungssystem berücksichtigt dies jedoch nicht«. Etwas Vergleichbares ist für die bereits laufenden Programme zu Diabetes mellitus nicht im Vorwege analysiert worden und entsprechende Forderungen sind auch nicht erhoben worden. Noch liegen keine Auswertungen vor, aber welches Geschlecht sich eher in diese DMP einschreibt und davon mehr profitiert, steht bei der jetzigen Konzeption schon im Vorhinein fest. Die Expertise steht im Internet unter www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann/expertise.pdf.

*Anschrift: siehe Impressum
Literatur beim Verfasser*

Goldenes Jubiläum

50 Jahre Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

»...die Vertreter der verschiedensten, an der gesundheitlichen Volksbelehrung interessierten Organisationen an einen Tisch zu bringen, damit alle Wünsche und Bestrebungen auf einander abgestimmt und zu einem sinnvollen Zusammenwirken gebracht werden können«, so lautete die zentrale Protokollnotiz im März 1954 beim Gründungsprozess des ›Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung‹. Der

Runde Tisch im weiten Feld der Prävention wurde damit also schon sehr frühzeitig zu einer festen Einrichtung.

Vom ›Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung‹ über die ›Bundesvereinigung für Gesundheits-erziehung‹ (1969) und von dort zur ›Bundesvereinigung für Gesundheit‹ (1992) verliefen die Entwicklungsphasen des seit 1997 nunmehr einzigen nationalen Dachverbands für Bundesorganisationen, die auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten. ›Koordination‹ und ›Vernetzung‹ sind auch heute noch die zentralen Anliegen der BfGe – schwierige, aber höchst sinnvolle, da Ressourcen schonende Aufgaben im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland. In nahezu allen entscheidenden, mit Präventionsthemen befassten Gremien und Ausschüssen vertritt die Bundesvereinigung ihre derzeit 105 Mitgliedsorganisationen und setzt sich für die umfassende Integration der Prävention in alle Bereiche unseres Gesundheitswesens ein.

*Bundesvereinigung für Gesundheit,
53123 Bonn, Heilsbachstraße 30,
Tel.: (02 28) 987 27-0,
Fax: (02 28) 6 42 00 24,
E-Mail: bfge.pp@bfge-1.de,
Internet: www.bvgesundheits.de*

Monika Schneider

Informierte Patientinnen und Patienten – kann der Modellversuch der Krankenkassen dazu einen Beitrag leisten?

An Gesundheitsinformationen herrscht in Deutschland wahrlich kein Mangel – ebenfalls nicht an entsprechenden Bezugsquellen. Doch diese Flut verunsichert eher die Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten – wollen sie doch im Bedarfsfall schnell an eine zuverlässige Information gelangen. Der rasante medizinische Fortschritt und ein atemberaubendes Reformtempo im Gesundheitswesen erhöhen das Informationsbedürfnis.

Gleichfalls werden Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten zunehmend kritischer, wenn es um ihre Gesundheit geht. Sie wollen aktiv in die Behandlung einbezogen werden, ihre Leistungsansprüche selbstbewusst wahrnehmen und Lebenssituationen autonom meistern. Doch wo bekommt der/die Ratsuchende die Information oder Beratung, die er/sie in seiner/ihrer individuellen Entscheidungssituation benötigt? Und noch interessanter ist die Frage nach deren Qualität.

Aufschluss darüber will der Modellversuch der Krankenkassen geben, der im Rahmen des § 65 b SGB V durchgeführt wird. Er wurde bundesweit am 1. Juli 2001 mit 30 Projekten gestartet. Drei Jahre wird die erste Phase wissenschaftlich begleitet – sie wird am 30. Juni 2004 abgeschlossen sein und im Herbst werden die Ergebnisse auf dem Tisch liegen.

Wer macht mit?

Bei der Auswahl der Einrichtungen (Übersicht unter www.g-k-v.com) lagen den Krankenkassen keine empirischen Daten zum tatsächlichen Bedarf an Verbraucher- und Patientenberatung vor. Eine wichtige Überlegung war, Einrichtungen auszuwählen, die Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten als Lotsen im Gesundheitswesen zur Seite stehen. Sie sollten den Überblick über die Angebote im Gesundheitswesen haben und diese vermitteln. Weiterhin von Bedeutung war, Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und deren Angehörigen Beratungsangebote mit hoher Fachkompetenz anzubieten. Und natürlich ist auch das Internet nicht aus der Beratungslandschaft wegzudenken.

Welche Fragen gibt es?

Die wissenschaftliche Begleitung hat eine Vielzahl von Daten erhoben. U. a. kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Ratsuchenden Informations- und Beratungsbedarf zu medizinischen Fragen haben. Gleich an zweiter Stelle rangieren Fragen zu Leistungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen gefolgt von Auskünften

zu Adressen von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern etc. Weiterhin kann festgestellt werden, dass die bestehenden Angebote eher Personen mit mittlerer und hoher Schulbildung ansprechen. Nur wenigen Projekten ist es gelungen, die Barrieren für die unterschiedlichen Nutzergruppen abzubauen.

Wichtig ist auch festzuhalten, dass das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt und der Kontakt mit Sozialleistungsträgern wichtige und geschätzte Informationsquellen sind. Doch in bestimmten Situationen will die Verbraucherin oder der Verbraucher Informationen aus unabhängigen Quellen erhalten – und hier tun sich eine Reihe von Fragen auf:

- Wie unabhängig ist das Beratungsangebot – von wem wird es finanziert?
- Woher kommen die Informationen? Sind diese aktuell und qualitativ gesichert?
- Wie erfolgt die Aktualisierung der Informationen/die Qualifizierung?

Was bleibt offen?

Es kann festgestellt werden, dass zurzeit einem intransparenten Gesundheitswesen eine intransparente Beratungslandschaft gegenübersteht. Für die Verbraucherin oder den Verbraucher ist nach wie vor schwer zu erkennen, wo er/sie schnellstmöglich kompetente Unterstützung bekommt. Bisher ist es den Einrichtungen nicht gelungen, die Kompetenz mit anderen Anbietern zu bündeln, um eine transparente, für die/den Ratsuchende/n leicht zu durchschauende Struktur aufzubauen. Es muss auch festgestellt werden, dass es die Einrichtungen schwer haben, Akzeptanz bei den Akteuren im Gesundheitswesen zu finden. Die Krankenkassen erwarten die Ergebnisse der Evaluation mit großem Interesse. Neben Erkenntnissen über die Arbeit der einzelnen Modellprojekte werden Aufschlüsse darüber erwartet, was unabhängige Beratung im Bezug auf die Verbesserung der Information der Verbraucherinnen und Verbraucher leisten kann.

Für die Phase der Auswertung des Endberichts und weiterer Entscheidungen über die Modellförderung haben

die Spitzenverbände der Krankenkassen entschieden, den Modellverbund ein Jahr weiter zu fördern. Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen wurden Schwerpunkte für die weitere Förderung entwickelt. So soll der Nutzen der Angebote für die Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten sowie die Zusammenarbeit im Modellverbund verbessert werden.

Eine der wichtigsten Fragen, die allerdings nicht im Rahmen des Modellvorhabens geklärt werden kann, ist die nach dem tatsächlich bestehenden Beratungsbedarf in der Bevölkerung. Hier müsste die Versorgungsforschung einen Beitrag leisten, um herauszufinden, von wem und wie wollen Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten in welcher Situation beraten werden. Erst wenn diese Informationen vorliegen, kann letztendlich über ein tragfähiges, finanzierbares und transparentes Beratungskonzept nachgedacht werden, das höchsten Qualitätsanforderungen genügt.

MONIKA SCHNEIDER, AOK-Bundesverband, Dependance Berlin, Charlottenstraße 42, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 25 31-10 09, Fax: (0 30) 25 31-10 00, E-Mail: monika.schneider@bv.aok.de, Internet: www.aok.de

Tagungsbericht

Gesund leben lernen

Bei der Gestaltung einer gesundheitsfördernden Schule geht es um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip, um Interventionen im sozialen System Schule selbst und um die Verbesserung bestehender Arbeits- und Lernstrukturen unter Beteiligung der Betroffenen. Eine Strategie, die Organisations- und Personalentwicklung erfordert.

Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz haben am 4. und 5. Mai 2004 in Hannover das von ihnen und weiteren Kooperationspartnern entwickelte und finanzierte Projekt

›gesund leben lernen‹ vorgestellt. Die Entwicklung der Schule zu einem gesunden Lebensraum soll für alle in ihr arbeitenden und lernenden Menschen begleitet und vorantrieben werden. Ein zusätzliches Ziel ist es, besonders Kinder und Jugendliche zu erreichen, deren Bildungs- und Gesundheitschancen im Vergleich zu Anderen schlechter sind. An dem Projekt nehmen in den drei genannten Bundesländern 70 Schulen und zwei Kindertagesstätten teil.

Die erste bundesweite Tagung im Rahmen des Projekts und Auftaktveranstaltung des niedersächsischen Teilprojekts ›Gesundheitsmanagement in Schulen‹ startete mit einem ›Markt der Möglichkeiten‹. Es sollten nicht nur das Kooperationsprojekt und seine drei Teilprojekte vorgestellt werden, sondern unterschiedliche Akteure der Gesundheitsförderung aus dem Setting Schule sollten die Chance zum gegenseitigen Kennenlernen und Erfahrungsaustausch haben. Diesem Ziel dienten auch die zehn Workshops am Nachmittag des zweiten Tages.

Bei der Auftaktveranstaltung des niedersächsischen Teilprojekts ›Gesundheitsmanagement in Schulen‹ am 4. Mai 2004 haben sich die niedersächsischen Modellschulen mit einem Rahmenprogramm vorgestellt. In beeindruckender Weise gaben Schülerinnen und Schüler der beteiligten Schulen und ihre Lehrkräfte einen Einblick in ihre Arbeit. So wurde deutlich, dass das Projekt nicht nur krankmachende Defizite in den Modellschulen angehen muss, sondern bei der gesundheitsförderlichen Veränderung des Betriebs Schule auch auf vorhandene Potenziale und Ressourcen zurückgreifen kann. In den Reden der Kooperationspartner wurde deutlich, dass die Schulen dabei mit Unterstützung rechnen können. (iw)



Thomas Altgeld

Kommt das Präventionsgesetz gut voran? – Gesundheitspolitische Diskussionen auf Bundes- und Länderebene

»Präventionsgesetz kommt gut voran« lautete die voreilig optimistische Überschrift einer Pressemeldung vom 15. Juni 2004 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zur Einigung auf Eckpunkte eines Präventionsgesetzes mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nach dieser Einigung vom 10. Juni 2004 sollten die Krankenkassen auch in Zukunft für individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung zuständig sein und die im Gesetz vorgesehenen Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention vollständig ausgeschöpft werden. Der Bundesgesetzgeber sollte die rechtlichen Voraussetzungen zur Gründung einer Stiftung »Gesundheitsförderung und Prävention« als gemeinsame Einrichtung der Spitzenverbände der Rentenversicherung, Unfallversicherung, der Pflegeversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung schaffen. Die Stiftung sollte aus Mitteln der Sozialversicherungsträger mit 50 Millionen Euro (GKV 35 Millionen Euro) per anno zweckgebunden ausgestattet werden und die Aufgabe verfolgen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vorwiegend in außerbetrieblichen, sozialen Lebensumfeldern (settings), Modellprojekten sowie begleitenden Kampagnen zu fördern und durchzuführen.

Das der Stiftung zur Verfügung stehende Finanzvolumen sollte erstmals nach zwei Jahren und danach jährlich auf Basis ergebnisbezogener, qualitativer Kriterien überprüft werden. Die Spitzenverbände nahmen (widerwillig) zur Kenntnis, dass es politisches Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ist, mittelfristig 40 Prozent der für Prävention zur Verfügung stehenden Aufwendungen in die Aufgaben der Stiftung zu investieren. Selbst über eine Beteiligung von Bund, Ländern und Gemeinden mit maximal sieben Mitgliedern im Stiftungsrat herrschte Einigkeit. Der Stiftungsrat sollte 30 Mitglieder nicht überschreiten. Die Abstimmung über Fördermaßnahmen erfolgt nach dem Gewicht der jeweils eingebrachten Stiftungsmittel.

Für den 17. Juni 2004 wurden erstmals Ländervertreter offiziell vom BMGS zur Diskussion des Präventionsgesetzes eingeladen. Anschließend trafen sich am 17. und 18. Juni in Berlin die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Bundesländer zu ihrer jährlichen Konferenz. Die Länder lehnten sowohl im Gespräch mit Staatssekretär Theo Schröder als auch in der Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mehr oder weniger unisono eine neue Struktur auf Bundesebene (sprich Stiftung) ab. Die Entschließung plädiert für die Nutzung vorhandener Strukturen und Rahmenvereinbarungen auf Bundes- und Länderebene. Die Kassen sollen verpflichtet werden, den Mittelansatz nach § 20 SGB V voll auszuschöpfen. Der Betrag soll eine Verpflichtung erhalten, keine Kann-Bestimmung mehr wie bisher. 40 Prozent der Gelder sollen die Kassen für Individualprävention und betriebliche Gesundheitsförderung ausgeben, 40 Prozent in kommunale und länderbezogene Maßnahmen fließen, 20 Prozent für bundesweite Aktionen zur Verfügung stehen. In einem zweiten Schritt sollen auch die Private Krankenversicherung (PKV) sowie die anderen Zweige der Sozialversicherung (Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) einbezogen werden. Alle relevanten Informationen und Beschlüsse der GMK seit 2001 sind jetzt recherchierbar unter www.gmkonline.de

Als Kompromisslinie der unterschiedlichen Positionen wurde vereinbart, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die kurzfristig ein gemeinsames Eckpunktepapier zu Prävention und Gesundheitsförderung ausarbeiten soll. Diese Arbeitsgruppe wird Ende Juni 2004 das erste Mal zusammentreten. Klar ist bereits jetzt, dass es im Verlauf des Jahres 2004 zu keiner wie auch immer gearteten Stiftungsgründung kommen wird.

Anschrift: siehe Impressum, Literatur beim Verfasser

Broschüre

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz § 45a-c SGB XI haben Pflegebedürftige mit demenzieller Erkrankung, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von 460,- Euro jährlich, wenn ein erhöhter Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde. Dieser Betrag kann u. a. für niedrigschwellige Betreuungsangebote eingesetzt werden.

Im Rahmen des Projekts »Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen«, angesiedelt bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., wurde eine Bestandsaufnahme über die bis Ende Mai 2004 bereits vom Niedersächsischen Landesamt für zentrale soziale Aufgaben (NLZSA) anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote durchgeführt. Die Ergebnisse sind jetzt in einer Broschüre zusammengestellt und veröffentlicht worden. Die Darstellung der Angebote enthält neben der Anschrift Aussagen zur Zielgruppe, der Art der Betreuung, dem zeitlichen Umfang und den Kosten der Betreuung. Eine allgemeine Einführung gibt Auskunft über das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz und niedrigschwellige Betreuungsangebote.

Die Broschüre ist gegen Versandkosten bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. erhältlich. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sind demnächst auch in Form einer Projektdatenbank auf der Internetseite des Informationsbüros unter www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de abrufbar. (bw/ts)

Ein Recht auf Gesundheit – Krankheit kennt keine Aufenthaltstitel

Auch ›Papierlose‹, ›Statuslose‹ oder ›Illegalisierte‹, gemeint sind Menschen, die in Deutschland leben, arbeiten, sich verlieben, krank werden – ohne jedoch ein von staatlicher Seite zugewiesenes Aufenthaltsrecht zu besitzen, haben ein Recht auf Gesundheit. Diese Frauen, Männer, Kinder und ganze Familien gehören allen Altersklassen und Bildungsstufen an. Genauso verschieden wie die Menschen, so verschieden und vielschichtig sind die Gründe für das Verlassen des Herkunftslandes: politische Verfolgung, Verfolgung aufgrund sexueller Identität und Gender, Verarmungsprozesse im Rahmen wirtschaftlicher Globalisierung, Bürgerkriege oder sexuelle Übergriffe. Diese von offizieller Seite ignorierte und tabuisierte Lebenswelt der Illegalität und die damit verbundene Rechtlosigkeit in Bezug z. B. auf Kindergarten- und Schulbesuche, Beschäftigungsverhältnisse oder gesundheitliche Versorgung stellen kein gesellschaftliches Randphänomen dar: nach Schätzungen leben allein in Deutschland eine halbe bis 1,5 Millionen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Illegalität macht krank

Das Leben in der Illegalität ist von unsicheren und schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der permanenten Angst vor Entdeckung geprägt. Die Gesundheit dieser Migrantinnen und Migranten hängt eng mit der unsicheren Lebenssituation zusammen. Bekanntermaßen erkranken Menschen häufiger, die unter solchen Umständen leben. Tritt ein gesundheitliches Problem auf, grenzt es an eine lebensbedrohliche Katastrophe, da sich ›Illegalisierte‹ nicht krankenversichern können und professionelle Hilfe dadurch meist erst sehr spät, wenn überhaupt, aufgesucht wird.

Laut Gesetz haben alle in Deutschland lebenden Personen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus ein Recht auf medizinische Versorgung. Die Zuständigkeit der Kostenübernahme liegt für Nichtversicherte bei den Sozialämtern. Diese gewährleisten jedoch keine Anonymität und sind verpflichtet, Menschen ohne Aufenthaltstitel den Ausländerbehörden zu melden. Damit sind ›Illegalisierte‹ bei Inanspruch-

nahme medizinischer Versorgung sofort von Abschiebung bedroht. Die medizinischen Hilfs- und Beratungsorganisationen, die sich in vielen Großstädten, so z. B. auch in Hannover, gebildet haben und mit unentgeltlich tätigen Ärztinnen und Ärzten und anderen Therapeutinnen und Therapeuten zusammen arbeiten, können diese für die Betroffenen verzweifelte Situation nur zum geringsten Teil und lediglich im Einzelfall mildern.

Perspektiven gesundheitlicher Versorgung ›illegalisierter‹ Menschen in Hannover

Eine medizinische Versorgung von staatlicher Seite ohne Abschiebungsgefahr ist in Hannover nicht gewährleistet. Während andere europäische Länder und Kommunen (z. B. Frankreich, Italien, Niederlande) ›Illegalisierten‹ den Zugang zu ihrem Gesundheitssystem ermöglichen, müssen in Deutschland individuelle Lösungswege gesucht werden. Medizinische Versorgung ›illegalisierter‹ Menschen wird dabei auf ehrenamtliche Beratungsstellen und darin kostenlos arbeitende medizinische Therapeutinnen und Therapeuten abgewälzt. Das Problem der Gesundheitsversorgung ›illegalisierter‹ Menschen ist jedoch nicht allein auf der Ebene des Gesundheitssystems zu bewältigen, sondern bedarf politischer Lösungen.

In München, Berlin und Freiburg wurde eine öffentliche Diskussion über diese Problematik in Gang gesetzt und kommunale Lösungsansätze erarbeitet. Die Medizinische Flüchtlingsolidarität Hannover hat zusammen mit dem Niedersächsischem Flüchtlingsrat, Phoenix, der Hannöverschen AIDS-Hilfe, der Kooperative Flüchtlingsolidarität, der pro familia Hannover und dem Flüchtlingsbüro Hannover/kargah eine öffentliche Erklärung verfasst, in der die politischen Parteien der Stadt und die Region Hannover aufgefordert werden, die Probleme und das Vorhandensein ›illegalisierter‹ Menschen nicht weiter zu ignorieren und mit Betroffenen und Hilfsorganisationen in einen Dialog zu treten, der zu Lösungsansätzen auch auf kommunaler Ebene führt. Interessierte können diese Erklärung mit ihrer Unterschrift unterstützen.

Informationen bei der Medizinischen Flüchtlingsolidarität Hannover,
Zur Bettfedernfabrik 3, 30451 Hannover,
Tel.: (05 11) 2 15 30 31,
E-Mail: mfs_hannover@yahoo.de

Tagungsbericht

Nachbarschaft leben – Strategien zur Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Ist Nachbarschaft heilsam? Kann sie die Strukturen anbieten, um Strategien zur Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen entstehen zu lassen? Interdisziplinär wurde dieser Fragestellung bei einer Fachtagung am 29. April 2004 nachgegangen. Drei aktuelle Modellprojekte der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und der Arbeitsbereich Soziale Lage und Gesundheit hatten bewusst das Spannungsfeld von bürgerschaftlichem Engagement, Rückzug des Sozialstaates und die gesundheitliche Lage chronisch erkrankter und/oder alter Menschen bzw. Menschen mit Behinderungen aufgegriffen, um gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsversorgung, Stadtplanung, Kommune, Kirche/Freie Wohlfahrtspflege und der Bevölkerungsentwicklung nach neuen Lösungsansätzen zu suchen.

Ausgangspunkte sind Überlegungen von Prof. Dr. Klaus Dörner, der seit längerem die besondere Sozialstruktur der Nachbarschaft als Möglichkeit der Unterstützung von Hilfebedürftigkeit sieht. Nach seinen Vorstellungen muss es eine neue Verantwortlichkeit für die (gesundheitlich) Benachteiligten im eigenen Stadtteil geben. Die Renaissance der Nachbarschaft steht bevor, um den Hilfebedürftigen von morgen eine menschenwürdige Versorgung außerhalb von separierten Einrichtungen in der eigenen Wohnumwelt zu ermöglichen.

Widerspruch zu einem ›Sozialromantizismus‹ kommt dagegen aus Sicht der Stadt- und Sozialplanung.

Nachbarschaft kann nur wirken, wenn sie als ›gesund‹ gelten kann. ›Überforderte‹ Nachbarschaften müssen zunächst von Seiten der Kommune überhaupt erst befähigt werden, ein helfendes Eigenpotenzial zu entwickeln.

Hierzu gehört z. B. eine gesicherte Existenz der Menschen, das Leben in sozialen Bezügen, verlässliche Hilfen im Bedarfsfall und ein positives (Wohn-) Umfeld. Ausgangspunkte, die u. a. im Bundesmodellprojekt ›Soziale Stadt‹ in rund 290 Gemeinden konkretisiert werden.

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. will nach dem vielfachen Zuspruch für die begonnene Debatte weitere Veranstaltungen mit verschiedenen Kooperationspartnern initiieren. Die Diskussion um ein helfendes Miteinander bei gleichzeitigem finanziellen Rückzug des Staates oder der Kommune hat erst begonnen. (bb)

Hedwig Aselmeyer

Psychosoziale Beratung für Dialysepatienten und chronisch Nierenkranke

Zum 1. September 2002 hat die Deutsches Rotes Kreuz Hildesheim Soziale Dienste gGmbH in Zusammenarbeit mit der Bürgerstiftung Hildesheim und unter finanzieller Förderung des DRK-Landesverbandes, sowie der Bürgerstiftung Hildesheim eine Beratungsstelle zur psychosozialen Betreuung chronisch nierenkranker Menschen eingerichtet. Es handelt sich dabei bundesweit um die erste Beratungsstelle dieser Art in freier Trägerschaft.

Jede chronische Erkrankung bedeutet für den Betroffenen – und seine Angehörigen – einen schwerwiegenden, oft krisenhaften Einschnitt in sein Leben. Dialysepatienten und -patientinnen müssen sich damit auseinandersetzen, lebenslang von einer Form der Nieren-Ersatztherapie abhängig zu sein, ohne die ihre Krankheit schnell tödlich verläuft. Dazu kommen Einschränkungen in der Lebensführung: Zeitaufwand für die Dialyse, massive Begrenzung der

Trinkmenge, Einschränkungen bei der Ernährung, zunehmende Schwäche und Sekundärerkrankungen. Auch die Familie muss sich innerlich und äußerlich umstellen und schafft das oft nicht.

Um diese Situation besser bewältigen zu können, helfen Gespräche, psychologische Begleitung, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen. Möglichkeiten, über die die Betroffenen und ihre Angehörigen oft nicht informiert sind. Aber auch die Fortführung der Arbeit unter veränderten Bedingungen oder Fragen zum Rentenbezug bereiten den Betroffenen Probleme. Die Gesetzeslage ist häufig nicht leicht zu durchschauen, und die Verhandlungen mit den Behörden sind unter den eingeschränkten psychisch-physischen Voraussetzungen beim Betroffenen ohne Hilfe kaum zu schaffen. In schweren Fällen wird der normale Alltag von den Patientinnen und Patienten nicht mehr allein bewältigt, vor allem wenn sie älter und/oder alleinstehend sind.

Aus all diesen Gründen ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein Angebot für eine psychosoziale Beratung dringend erforderlich. Die Beratungsstelle bietet

- persönliche Beratung
- emotionale Begleitung
- Krisenintervention
- Hilfestellung/Einleitung von Kurmaßnahmen
- Unterstützung bei der Beantragung von gesetzlichen Hilfen
- Vermittlung von Hilfen zur Bewältigung des Alltags
- Hilfen im Umgang mit Behörden und
- Beratung und Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz.

Die Betroffenen haben die Möglichkeit in die Sprechstunde zu kommen, Beratung in den Dialysezentren (während der Dialyse) zu erhalten, und es besteht auch das Angebot von Hausbesuchen. Darüber hinaus gibt es das Angebot einer Angehörigengruppe.

Hedwig Aselmeyer, DRK-Hildesheim Soziale Dienste gGmbH, Brühl 8, 31134 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 93 60-21, Fax: (0 51 21) 93 60-49

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fensckeweg 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

V.i.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 Westhoff, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Hedwig Aselmeyer, Adolf Bauer, Jörg Blech, Kerstin Blochberger, Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Prof. Dr. Thomas Elkeles, Silke Jakob, Dr. Margot Käbmann, Prof. Dr. Axel Olaf Kern, Renate Kirschner, Dr. Wolf Kirschner, Beate Lisofsky, Dr. Rolf-Peter Löh, Dr. Andreas Mielck, Monika Schneider, Dr. Gabriele Seestaedt, Dr. Stephanie Stock, Marcus Redaelli, Martina Wachtlin

Sekretariat: Andrea Pachali

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 44: 23. 7. 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.

GKV-Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung – Vadis et quo vadis?

Für Deutschland kann 2004 zum ›Jahr der Prävention‹ werden. In der Diskussion sind ein Präventionsgesetz und verschiedene Modelle zu einer Stiftung Prävention. Wir wollen in dieser und den zwei folgenden Ausgaben der *impulse* Anregungen aus dem Ausland und Diskussionen in Deutschland aufgreifen.

Der § 20 SGB V wurde im Zuge der Gesundheitsreform von 1996 wieder abgeschafft und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 2000 wieder eingeführt. Diese Zäsur und Diskontinuität ist mitverantwortlich für nicht wenige der heutigen Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Im Gegensatz zur Schweiz und Österreich kennt Deutschland keine offenen Ausschreibungsverfahren zur gezielten Projektakquisition, es ist vielmehr den potenziellen Interessenten überlassen, Krankenkassen für entsprechende Projekte und ihre Finanzierung zu gewinnen, wie auch umgekehrt Krankenkassen gezielt nach Projekten suchen.

Voraussetzungen bei unseren europäischen Nachbarn ...

Vergleicht man die unterschiedlichen rechtlichen und organisatorischen Regelungen, so ergibt sich u. E. für die Schweiz und v. a. für Österreich:

- eine viel stärker führende, steuernde und innovative Rolle der Präventionsträger durch gezielte, offene Ausschreibungen, Tagungen und Weiterbildungsmaßnahmen
- eine deutlich höhere Flexibilität der Projektförderung sowohl hinsichtlich der Inhalte, Themen und Methoden als auch hinsichtlich der Bewertung der zentralen Förderungsvoraussetzungen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
- eine Verbindung der Förderung von Praxisprojekten und Forschungsprojekten zur Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Interventionen und ihrer Qualitätssicherung und Evaluation und ein institutionalisierter Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis
- eine Priorisierung von Setting-Ansätzen, die eine sozialkompensatorische Ausrichtung zwar keines-

falls ausschließen, aber nicht zum wesentlichen und schon gar nicht ausschließlichen Kriterium der Projektförderung machen.

... und bei uns

In Deutschland dagegen sind auf der Grundlage des § 20 SGB V und der Leitlinien mehr als 300 gesetzliche Krankenkassen tätig. Damit können Maßnahmen der individuellen Primärprävention und Gesundheitsförderung für die jeweiligen Mitglieder und Versicherten sicher adäquat organisiert werden, wenn gleich hier auch bedingt durch die recht engen Leitlinien wenig Innovationsimpulse vorhanden sind. Mit der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung im Setting tun sich die deutschen Krankenkassen bisher aber eher schwer.

Gemeinsamkeiten

Vergleicht man bei aller Schwierigkeit zusammenfassend die Situation der Gesundheitsförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, so ist festzustellen, dass sich entsprechend der Erwartung Methoden und Inhalte sowie Themen nicht wesentlich unterscheiden. Allerdings ist die Flexibilität und Innovationsfähigkeit sowie die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis und die Fort- und Weiterbildung der Praktikerinnen und Praktiker in Österreich und der Schweiz als deutlich besser zu beurteilen. Die unmittelbaren Finanzierungssummen sind in den drei Ländern bezogen auf die Bevölkerungszahl praktisch gleich. Spricht man mit Praktikerinnen und Praktikern der Gesundheitsförderung in Österreich und der Schweiz, gewinnt man den Eindruck, es geht voran, während man in Deutschland den Eindruck einer eher zögerlichen Entwicklung gewinnt. Den größten Stolperstein nicht nur, aber gerade auch der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung sehen wir allerdings im Evidenzpostulat, denn bei enger Auslegung der Leitlinien kann beim gegebenen interventiven und evaluativen Kenntnisstand hier praktisch kein Vorhaben gefördert werden. Statt dessen ist bei Antragstellung der Nachweis einer hohen Plausibilität von Wirksamkeit im Rahmen eines Wirkungsmodells zu fordern und die Prüfung

der Hypothese(n) im Rahmen einer soliden, gut finanzierten und rigorosen Evaluation.

Erfolgsfaktoren

Die vorgesehene Stiftung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Stiftung) benötigt eine Managementstruktur, in der Personen mit großer Erfahrung in der Durchführung von Interventionsprogrammen wie auch in der Programmevaluation unerlässlich sind. Sie sollte sich – vergleichbar dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) – z. B. in einem Drei-Jahres-Programm realistische und überprüfbare Ziele stellen, welche Themen und Inhalte bei welchen Zielgruppen mit welchen Methoden angegangen werden. Sie sollte – auch hier vergleichbar zum FGÖ – klare und einfache Projektförderungskriterien formulieren, wobei es sich hier u. E. lohnt, über die Vor- und Nachteile einer nur anteiligen Finanzierung der Projekte nachzudenken. Gleiches gilt für die Frage, wie zentralisiert oder dezentralisiert Projektförderung und -begleitung organisiert werden. Die Projekte sollten durch thematisch begrenzte, offene Ausschreibungen in einem zweistufigen Verfahren (zuerst Kurzschriften) z. B. zwei Mal jährlich akquiriert werden und von einem externen, wechselnden national und international besetzten Gutachtergremium vorbegutachtet werden. Eine rigorose und ausreichend ausfinanzierte Evaluation sollte verpflichtend werden.

Das gesamte Verfahren sollte ein Höchstmaß an Transparenz aufweisen. Dazu gehört beispielsweise, dass auf einer Internetseite eine laufend aktualisierte Projektdatenbank eingerichtet wird, die Informationen über eingereichte, bewilligte und abgelehnte, laufende und abgeschlossene Projekte enthält. Unter diesen Voraussetzungen sollte es möglich sein, bis zum Jahr 2007 die Gesundheitsförderung in Deutschland einen großen Schritt voran gebracht zu haben.

Korrespondenzadresse: DR. WOLF KIRSCHNER, Forschung Beratung + Evaluation (FB+E), Postfach 1 03 35, 10563 Berlin, Tel.: (030) 4 50-57 80 22, Fax: (030) 4 50-57 89 22, E-Mail: kirschn@charite.de, Literatur bei den Verfassern/der Verfasserin

Salutogenese und soziale Arbeit

Monika Köppel hat in ihrem Buch das Konzept der Salutogenese in Bezug zur Sozialen Arbeit herausgestellt. Im theoretischen Teil nähert sie sich dem Thema sowohl aus gesundheitspolitischer und salutogenetischer als auch der Perspektive der sozialen Arbeit an. Es werden salutogenetisch orientierte Methoden und Konzepte sozialer Arbeit identifiziert und dabei personenzentrierte Beratung, Empowerment und Casemanagement in ihrer spezifischen gesundheitsförderlichen Bedeutung gewürdigt.

Der empirische Teil stellt ihre Untersuchung zur Bedeutung des salutogenetischen Ansatzes für die Bevölkerung in den Mittelpunkt. Mit Praxisbeispielen zeigt die Autorin nicht nur die positiven Effekte salutogenetisch orientierter Sozialarbeit auf, sondern auch die Chancen, die in der Zusammenführung beider Ansätze für die soziale Arbeit hinsichtlich des Selbstverständnisses und seiner Profilierung in gesundheitspolitischen Zusammenhängen liegen. (bw)

MONIKA KÖPPEL: *Salutogenese und soziale Arbeit*. Verlag Hans Jacobs, Lage, 2003, 72 Seiten, ISBN 3-89918-119-0, 14,95 Euro

Engagiert für Gotteslohn?

Der gesellschaftliche Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen im Wohlfahrtssystem machen auch nicht vor den kirchlich organisierten Wohlfahrtsverbänden halt. Auch sie spüren den wachsenden finanziellen Druck, ihre Dienste auf der einen Seite zu professionalisieren und andererseits zusätzliche Leistungen über freiwilliges Engagement und Ehrenamt, im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung hilfebedürftiger Menschen, zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes hat der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. eine einwöchige Sommeruniversität Ehrenamt 2003 durchgeführt. Neben den universitär ausgelegten Seminaren für Studierende der unterschiedlichen Fakultäten und Themenbereiche fand auch eine Vortragsreihe der beteiligten Lehrenden

statt, die in dem nun vorliegenden Band dokumentiert ist. Die Vorträge sowie die präsentierten Praxisbeispiele gehen den aktuellen Anforderungen und Herausforderungen des Ehrenamts und des freiwilligen Engagements, insbesondere im kirchlichen Kontext, nach und ermöglichen Interessierten, sich umfassend über die aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet zu informieren und sich anregen zu lassen. (mw)

THOMAS MÖLTGEN (Hrsg.): *Engagiert für Gotteslohn? Impulse für das Ehrenamt. Reader zur Sommeruniversität Ehrenamt 2003 Köln*. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., Verlag Butzon & Bercker, Kevelar, 2003, 280 Seiten, ISBN 3-7666-0533-X, 19,80 Euro

Bürgergesellschaft, soziales Kapital und lokale Politik

Die Bürgergesellschaft als politisches Konzept wird seit einiger Zeit als Modell wider der Politikverdrossenheit und zur Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland an unterschiedlichen Stellen diskutiert. Der vorliegende Band vereinigt eine Vielzahl von Beiträgen unterschiedlicher Autoren und Autorinnen wie z. B. Margit Mayer, Michael Haus oder Norbert Kersting und deren theoretische Analysen und empirische Befunde zur Bedeutung und Relevanz des Konzepts der Bürgergesellschaft und der des sozialen Kapitals für die Neubestimmung lokaler Politik. Neben der Darstellung von Ansätzen zur Bürgerbeteiligung innerhalb des Bund-Länderprogramms ›Soziale Stadt‹ werden u. a. auch die Mängel und Chancen bürgerschaftlichen Engagements innerhalb kommunaler Aufgaben dargestellt. (mw)

MICHAEL HAUS (Hrsg.): *Bürgergesellschaft, soziales Kapital und lokale Politik. Theoretische Analysen und empirische Befunde*. Leske + Buderich, Opladen, 2002, 340 Seiten, ISBN 3-8100-3424-X, 33,- Euro

Esstörungen und Multiple Süchte

Das Buch basiert auf einer Dissertation und vergleicht die Essstörungen Anorexie und Bulimie mit dem vom Autor so benannten Krankheitsbild der multiplen Süchte. Multiple Süchte sind eine Essstörung, verbunden mit einer stoffgebundenen Abhängigkeit z. B. von Alkohol oder Medikamenten. Mit einem systemischen Ansatz untersucht er die Familienstrukturen der drei Gruppen. Mit der Konstruktion der multiplen Süchte stellt er sich bewusst gegen den Mainstream, der Essstörungen nicht als Sucht, sondern als psychosomatische Erkrankung einstuft. Inwieweit sein Ansatz Beachtung finden wird, ist abzuwarten. (us)

JÜRGEN BEUSHAUSEN: *Essstörungen und Multiple Süchte. Gesundheit und Krankheit in der Familie – ein systemtheoretischer Zugang*. Wissenschaftlicher Autorenverlag, Leer, 2004, 234 Seiten, ISBN 3-937268-05-7, 24,- Euro.

Femme global

Globalisierungsprozesse haben unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer. Die Hauptthese dieses Buches ist, dass die neoliberale Globalisierung hierarchische Geschlechterverhältnisse und andere soziale Ungleichheiten nutzt, um sich über Mechanismen wie Konkurrenz und Polarisierung, Ausschluss und Integration, Aufwertung und Abwertung durchzusetzen. Die Autorin fordert daher die globalisierungskritischen Bewegungen auf, feministische Globalisierungskritik in ihre Analysen einzubeziehen. Anhand der Makroökonomie, der Flexibilisierung und Informalisierung der Arbeitswelt, der Sorge- und Hausarbeit auf dem Weltmarkt wird dies veranschaulicht. Dabei werden eine Reihe von Fraueninitiativen und Netzwerken kurz vorgestellt, die sich mit den Auswirkungen der Globalisierung befassen und Gegenstrategien entwickeln. (us)

CHRISTA WICHTERICH: *Femme global. Globalisierung ist nicht geschlechtsneutral*. Attac-BasisTexte 7, VSA Verlag, Hamburg, 2003, 102 Seiten, ISBN 3-89965-031-X, 6,50 Euro

Frauengesundheit und Migration

Die Dokumentation der 10. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, die im November 2003 in Berlin stattfand, beleuchtet den interkulturellen Dialog und seine Bedeutung für das Gesundheitswesen. Ilona Kickbusch erweitert den Begriff der kulturellen Kompetenz hin zur transnationalen Kompetenz und diskutiert dies auf der Grundlage der Globalisierung und den Anforderungen an den Gesundheitssektor. Carol Hagemann-White betrachtet die Begegnung mit dem Fremden unter dem Blickwinkel der Gesundheit und Berrin Özlem Otyakmaz beleuchtet professionelle Handlungskompetenzen im interkulturellen Kontext. Jessica Groß befasst sich mit der Ausgrenzung von Migrantinnen im deutschen Gesundheitswesen. Weitere spannende Vorträge und Berichte aus Arbeitsgruppen hält die Dokumentation bereit. (us)

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (Hrsg.): Lust auf Dialog. Frauengesundheit und Migration. Bremen, 2004, 123 Seiten, 7,- Euro. Bezugsadresse: E-Mail: buero@AKF-info.de

Das gesunde Unternehmen

Neue Gesetze, neue Arbeitsformen und Organisationskonzepte, veränderte Ansprüche an die Arbeit, die aktuelle Arbeitsmarktentwicklung sowie ökonomische Erwägungen erfordern seitens der Unternehmen neue Ansätze bzw. Konzepte zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten. Gesundheitsmanagement als moderne Unternehmensaufgabe richtet sich nicht allein an den Arbeitsschutz sondern an alle Managementebenen und Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung. Das vorliegende Buch vermittelt umfassendes Wissen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement und dient als Nachschlagewerk für alle Personen, die sich in einer Organisation mit Gesundheit befassen. Angefangen von grundlegenden Konzepten zu Gesundheit und dem Zusammenhang von Organisation, Arbeitsbedin-

gungen und Gesundheit werden verschiedene Methoden (z. B. Gesundheitszirkel) und Handlungsebenen (z. B. Burnout-Prävention, Konfliktmanagement und Mobbing, gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung) im Gesundheitsmanagement beschrieben. Ein Kapitel zum Thema Führung und Gesundheit – Führungsaufgabe, Führungsgrundsätze sowie zu den konkreten Umsetzungsschritten eines Gesundheitsprogramms vervollständigen das Werk. (cb)

BERND RUDOW: *Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. R. Oldenbourg Verlag, München, Wien, 2004, 447 Seiten, ISBN 3-486-27554-2, 39,80 Euro*

Öffentliche Armut im Wohlstand

Die Finanzkrise der öffentlichen Haushalte hat endgültig die sozialen Dienste erreicht. Auf sie kommt nach Jahren der Sparpolitik von Seiten etlicher Bundesländer, aber notgedrungen auch der Kommunen, jetzt zusätzlich eine massive Kürzung der freiwilligen Leistungen zu. Diese Änderungen in der grundlegenden Ausrichtung der Sozialpolitik berühren den ethischen und gesellschaftlichen Stellenwert sozialstaatlicher Daseinsvorsorge und den künftigen Wert sozialer Dienste und sozialer Arbeit. Entsprechend behandeln die zwölf Beiträge in diesem Buch anhand der zwei Themenstränge ›Öffentliche Armut im Wohlstand‹ und ›Soziale Dienste im Sparzwang‹ die verschiedenen Begründungen und Auswirkungen dieser Entwicklung. Thematisiert werden u. a. der Gegensatz von öffentlicher Armut und privatem Reichtum, die Auswirkungen der Kürzungen auf die Arbeit der Wohlfahrtsverbände bzw. der kommunalen Dienste, die zunehmende private Verschuldung, sowie alternative Vorschläge zur Besteuerung von Einkommen und Vermögen. (ar)

WALTER HANESCH, KARL KOCH, FRANZ SEGBERS u. a.: *Öffentliche Armut im Wohlstand. Verlag VSA, Hamburg, 2004, 181 Seiten, ISBN 3-89965-067-7, 14,80 Euro*

Martin Witzmann

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention beginnt sich als vierte Säule im Gesundheitswesen zu etablieren. Ein Präventionsgesetz soll womöglich noch in diesem Sommer vorgelegt werden. Zur wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Vertiefung eignet sich dabei hervorragend ein soeben erschienenes Fachbuch. Auch die Praktikerin und der Praktiker wird viele Anregungen erhalten, darf aber keine einfachen Rezepte erwarten. Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung werden kompetent erläutert, ein Blick auf die historische Entwicklung ist eingeschlossen. An die spezifischen Erfordernisse der Lebensalter schließen sich Beschreibungen zur Prävention wichtiger Krankheitsbilder an. In den Blick kommen weiterhin präventive Aspekte von verschiedenen medizinischen Fächern, von der Allgemeinmedizin bis zur Humangenetik. Zielgruppen und Settings für Prävention und Gesundheitsförderung werden vorgestellt. Der Band schließt mit Beiträgen zur gesundheitspolitischen Umsetzung.

KLAUS HURRELMANN, THEODOR KLOTZ, JOCHEN HAISCH (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, 413 Seiten, ISBN 3-456-8470-5, 29,95 Euro*

Wissensmanagement

Wie wird in Organisationen mit Wissen umgegangen? Wie kann ein Wissenszuwachs und ein Wissenstransfer organisiert werden? Was sind positive Bedingungen und Barrieren von organisationalem Lernen? Angereichert mit anschaulichen Beispielen aus der Wirtschaft werden Wissen und Wissensmanagement systematisch analysiert. Für Organisationen, die mit Wissen als Ressource arbeiten wollen, gibt das Lehrbuch eine Reihe von Anregungen. (us)

DIETRICH V. DER OELSNITZ, MARTIN HAHMANN: *Wissensmanagement. Strategien und Lernen in wissensbasierten Unternehmen. Kohlhammer, Stuttgart, 2003, 244 Seiten, ISBN 3-17-017239-5, 25,- Euro*

Lexikon zum Gesundheitswesen

Dieses Lexikon bietet präzise Informationen zu 500 Stichworten rund um das Thema Gesundheitswesen. Die beiden langjährig im Gesundheitswesen tätigen Autorinnen erklären in verständlicher Art und Weise die Strukturen, Inhalte und Ziele der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dabei fanden auch die verschiedenen Gesundheitsreformen bis hin zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) Eingang. Zahlreiche deutsche Fachbegriffe werden dabei durch ihre englische Übersetzung ergänzt. Internetadressen erleichtern die weitere Informationssuche. (us)

STEPHANIE BECKER-BERKE, BIRGIT LAUTWEIN-REINHARD: *Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. Zweite vollständig überarbeitete Auflage, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, 2004, 263 Seiten, ISBN 3-9806621-6-0, 9,80 Euro*

Gesund in allen Lebenslagen

Aus Mitteln des § 20 SGB V hat der BKK Bundesverband eine siebenmonatige Pilotphase zur Weiterentwicklung des Settings ›Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte‹ in Deutschland gefördert. Die vorliegende Bestandserhebung enthält eine sehr ausführliche Darstellung der Gesundheitsdefizite und Gesundheitspotenziale und spricht alle Aspekte von sozial benachteiligten und armen Kindern an. In einem Zwischenschritt werden Überlegungen zu bereits erprobten Settingansätzen und ihre Eignung zur Übertragung auf das Setting Kindertagesstätte vorgenommen. Ausführlich werden dann die bisher bekannten Modelle und Konzepte beschrieben und systematisch vergleichbar vorgestellt. Den Abschluss bildet ein Handlungskonzept, das auch ein Manual zur Umsetzung von Praxisprojekten enthält. (bb)

ANTJE RICHTER, GERDA HOLZ, THOMAS ALTGELD (Hrsg.): *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. ISS-Eigenverlag, Frankfurt am Main, 2004, 254 Seiten, ISBN 3-88493-187-3, 19,80 Euro*

TimeCheck-Analyse für die Arztpraxis

Sie wollen knapp drei Wochen mehr Urlaub? Dann sollten Sie Ihr persönliches Zeit- und Selbstmanagement ändern. Die im Handbuch dafür notwendigen Schritte sind zwar speziell für die niedergelassene Arztpraxis entwickelt worden, eignen sich aber auch für all diejenigen, die in ihrer Arbeit durch häufige Personenkontakte aus dem Arbeitsfluss gebracht werden. Am Anfang steht immer die Analyse und deren Dokumentation, die die eigenen Organisationschwächen deutlich macht. Das Buch stellt hierfür viele Musterdatenblätter bereit, die die Analyse und Umsetzung erleichtern. Praktischerweise sind alle Datenblätter als Blankoformulare zum individuellen Ausfüllen auf einer CD beigelegt. (bb)

KLAUS-DIETER THILL: *TimeCheck-Analyse für die Arztpraxis. Vom Zeitfrust zum Zeitmanagement in 8 Schritten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2003, 175 Seiten, ISBN 3-7691-3191-6, 29,95 Euro*

Salutogenese

Antonovskys Salutogenese-Konzept befasst sich mit der Frage, weshalb manche Menschen gesund bleiben, wenn andere krank werden. Das vorliegende Buch vernetzt Antonovskys Ideen und Konzepte mit vielfältigen Entwicklungen des gesundheitspsychologischen Denkens in Psychotherapie, Psychologie und psychosozialer Arbeit. So gibt der Autor einen Überblick über den Stand der Forschung und zeigt, welche Bedeutung das Konzept für die Gebiete der Säuglingsforschung, Entwicklungspsychologie und Emotionsregulation hat. Zahlreiche Fallbeispiele illustrieren, wie das Salutogenese-Konzept in der Psychotherapie fruchtbar machen, Ressourcen nutzen und Selbstheilungskräfte fördern kann. (us)

RÜDIGER LORENZ: *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2004, 208 Seiten, ISBN 3-497-01697-7, 19,90 Euro*

Führung und Innovation

Die Globalisierung der Märkte stellt Organisationen in Wirtschaft und Verwaltung vor zunehmend komplexere Aufgaben, die mit herkömmlichen Methoden und Instrumenten der Führung und des Managements nicht mehr zu erfassen und zu steuern sind. Das für Studierende, Diplomanden und Doktoranden konzipierte Lehrbuch führt die unterschiedlichen Aspekte und Ansätze der empirischen Führungsforschung der letzten fünf bis zehn Jahre zusammen und untersucht die neuen Anforderungen zur Förderung von Innovationen in der Zusammenarbeit zwischen den Führenden und den Geführten und stellt in Umrissen eine Theorie darüber auf, wie Innovationen in Organisationen durch Führung initiiert und umgesetzt werden kann. Ein Grundlagenwerk auch für all diejenigen, die in ihrem Verantwortungsbereich Innovation fördern und gestalten wollen. (mw)

DIETHER GEBERT: *Führung und Innovation. Kohlhammer, Stuttgart, 2002, 273 Seiten, ISBN 3-17-017399-5, 25,- Euro*

Oberschichten – Eliten – Herrschende Klassen

Die Untersuchung von Eliten wurde in der soziologischen Forschung bisher vielfach vernachlässigt, wenngleich diese zu den wichtigsten und einflussreichsten Gruppierungen in Gesellschaften gehören. Der vorliegende Sammelband gibt einen Überblick zum aktuellen Stand der Elitenforschung. Zunächst werden die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen dargestellt, um eine Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern. Weiterhin stehen soziokulturelle Aspekte, wie zum Beispiel Reproduktionsmuster und Lebensstile, sowie internationale Aspekte, die anhand vergleichender Untersuchungen analysiert werden, im Vordergrund. (ts)

STEFAN HRADIL, PETER IMBUSCH (Hrsg.): *Oberschichten – Eliten – Herrschende Klassen. Reihe ›Sozialstrukturanalyse‹, Band 17, Leske + Budrich, Opladen, 2003, 424 Seiten, ISBN 3-8100-3392-8, 25,- Euro*

Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport

Ausgangspunkt der Überlegungen ist das gleichzeitige Vorhandensein von Stabilität und Wandel der traditionellen asymmetrisch konstruierten Geschlechterordnung im Sport wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Diese Beobachtung ist die Grundlage von fünf Forschungsprojekten zu verschiedenen Handlungsfeldern und Kontexten des Sports, deren zentrale Ergebnisse in diesem Band dargestellt werden. Ausgehend von einer Übersicht zu den bisher vorliegenden Arbeiten wird das Thema aus unterschiedlichsten Perspektiven beleuchtet. Geschlechteralltag in der frühkindlichen Bewegungsförderung oder Gendering-Prozesse in Sportorganisationen sind nur zwei Beispiele für die Vielfalt der Herangehensweisen, deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass sie sich mit der sozialen Konstruktion von Geschlecht, von Geschlechterverhältnissen und -differenzen befassen. (ar)

ILSE HARTMANN-TEWS, PETRA GIESS-STÜBER, MARIE-LUISE KLEIN, u.a.: *Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport. Leske + Budrich, Opladen, 2003, 260 Seiten, ISBN 3-8100-3912-8, 24,90 Euro*

Wellness lernen

Wenn Gesundheitsbildung erfolgreich sein soll mit dem Ziel, die Lern- und Lebensziele des gesundheitsorientierten Lebensstils zu erreichen, darf dies nicht mit dem moralisch, didaktisch erhobenen Zeigefinger erfolgen. Anlehnend an die Freizeitpädagogik fordert der Autor vielmehr eine offene Lernsituation in der Gesundheitsbildung, die von der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Partizipation der Menschen an der Lernzielbestimmung geprägt ist. Am Beispiel des Wellnesskonzepts wird untersucht und dargestellt, wie der Mensch Zugang zu seinen sinnlichen Möglichkeiten durch Selbstreflexion herstellen kann, ohne Einsatz erzieherischer Maßnahmen. Neben der Darstellung der Theorie der Gesundheitsbildung, dem Wellnesskonzept und der Freizeitdidaktik formuliert das Buch Anforderungen an eine neue Didaktik in der Gesundheitsbildung und zeigt

Wirkungsfelder und -orte zur Umsetzung auf. (mw)

AXEL SCHEFTSCHIK: *Wellness lernen. Freizeitdidaktik in der Gesundheitsbildung. Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 2003, 348 Seiten, ISBN 3-8300-1180-6, 89,90 Euro*

Patiententipps für den Arztbesuch

Mit der Verabschiedung des GKV-Moderanisierungsgesetzes (GMG) zum 1.1.2004 werden Patientinnen und Patienten verstärkt in die (finanzielle) Verantwortung gezogen. Die neuen gesetzlichen Möglichkeiten bergen Risiken und Chancen, die es gegeneinander im Einzelfall abzuwägen gilt. Der neu zusammengestellte Ratgeber will inhaltliche und rechtliche Hinweise geben. Was tun bei Beschwerden? Wie kann man den Besuch in der Arztpraxis sinnvoll gestalten? Wie sind die neuen Wahlmöglichkeiten bei den Gesetzlichen Krankenkassen ausgestaltet? Welche rechtlichen Spielregeln gilt es für alle zu beachten? Ein ausführlich gestalteter Anhang zählt die Patientenberatungsstellen der Verbraucherzentralen und viele weitere wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner im deutschen Gesundheitswesen auf. (bb)

Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.): *Patiententipps für den Arztbesuch. Service und Recht. Eigenverlag, Düsseldorf, 2004, 152 Seiten, ISBN 3-933705-98-3, 7,80 Euro*

Qualität in der Pflege

Qualitätssicherung gewinnt vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Pflegeversicherung, insbesondere durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, immer stärker an Bedeutung. In dem vorliegenden Band wird das Thema aus Sicht unterschiedlicher Professionen theoretisch und praxisorientiert dargestellt. Dabei wird zunächst auf die bestehenden Rahmenbedingungen in der Altenpflege eingegangen. Im zweiten Teil werden übergreifende Ansätze in der Qualitätsentwicklung

diskutiert. Er enthält: Beiträge zu theoretischen Überlegungen zur Qualitätsentwicklung, zum Thema Pflegequalitätskonzepte für demenziell Erkrankte sowie zur Unterstützung der Laienpflege. Weiterhin werden verschiedene Aspekte der Umsetzung aufgezeigt. Ergänzend findet sich im Anhang eine Vielzahl von Daten zum Bereich Pflege. (ts)

GERHARD IGL, DORIS SCHIEMANN, BETTINA GERSTE, JOACHIM KLOSE (Hrsg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 2002, 419 Seiten, ISBN 3-7945-2178-1, 39,95 Euro*

Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege

Vor dem Hintergrund des steigenden Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft erhöht sich auch der Hilfe- und Pflegebedarf. Dabei gewinnt gerade der ambulante Bereich an Bedeutung und erfordert eine bessere Vernetzung bestehender Angebote. Im ersten Teil des vorliegenden Bandes wird zunächst auf verschiedene Alter(n)stheorien sowie die Lebenswelt älterer Menschen, wie z. B. die Pflegesituation mit ihren formellen und informellen Netzwerken und die rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen. Weiterhin werden die theoretischen Grundlagen der Netzwerkarbeit sowie der Netzwerk-begriff dargestellt. Der zweite Teil beinhaltet unterschiedliche Praxisbeispiele anhand derer die Umsetzung der Netzwerkarbeit in der Altenhilfe veranschaulicht wird. (ts)

IRIS BUNZENDAHL, BJÖRN PETER HAGEN (Hrsg.): *Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2004, 182 Seiten, ISBN 3-7799-1666-5, 18,- Euro*

Medieneinsatz für chronisch Kranke am Beispiel von MS-Erkrankten

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Nervensystems, die nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft auf einer Autoimmunreaktion beruht. Sie tritt vorrangig im Alter von 20 bis 40 Jahren erstmalig auf, wobei Frauen häufiger erkranken als Männer. Die Erkrankung verläuft in der Regel schubförmig; Symptome wie Seh- und Bewegungsstörungen, Kribbeln und Taubheitsgefühle bis hin zu Lähmungen können sich nach einem Schub fast vollständig wieder zurück bilden, können aber auch zunehmend zu Behinderungen führen. Multiple Sklerose ist nicht heilbar, aber durch moderne Medikamente wie Interferone im Verlauf immer besser beeinflussbar.

Wie bei allen chronischen Erkrankungen ist das Interesse der Erkrankten an Information über ihre Erkrankung, die neuesten Ergebnisse der Forschung, aber auch an gegenseitigem Austausch sehr groß. Eine der Aufgaben der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Bundesverband e. V. ist es deshalb, die an MS Erkrankten und ihre Angehörigen sowie auch die breite Öffentlichkeit über die Krankheit aufzuklären und Informationen zur Verfügung zu stellen. Zeitschriften und Informationsbroschüren werden dazu bereits seit langem erfolgreich eingesetzt. Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit, andere Betroffene kennen zu lernen, sich über die Erkrankung auszutauschen, etwas gemeinsam zu unternehmen.

Viele Patientinnen und Patienten, die mit der Diagnose MS konfrontiert werden, möchten sich aber oft erst einmal unkompliziert und möglicherweise auch anonym über diese Erkrankung, die ihr Leben völlig auf den Kopf zu stellen droht, informieren. Dass hier das Internet als eines der wichtigsten Neuen Medien eine zunehmende Rolle spielt, hat die DMSG sehr frühzeitig erkannt. Die Krankheit wird heute in immer früheren Lebensjahren diagnostiziert – besonders für Junge Erkrankte ist das Internet eine Möglichkeit, schnell und umfassend Informationen abzurufen. Im Rahmen eines Modellprojekts zum Medieneinsatz in der Verbraucher- und Patientenberatung, gefördert und finan-

ziert von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach Paragraph 65 b des Sozialgesetzbuchs V, für die Dauer von drei Jahren, konnte der Internetauftritt des DMSG-Bundesverband e. V. modernisiert und in vielen Bereichen neu gestaltet werden.

Angebote für chronisch Kranke

Seit August 2002 ist der neue Auftritt online. Die Topthemen aus Verband und Forschung stehen gleich auf der ersten Seite. Damit gehört zeitaufwendiges Suchen nach Neuigkeiten der Vergangenheit an. Ebenso leicht finden sich dank der übersichtlichen Benutzereinführung unter den Stichworten ›Leben mit MS‹ und ›Forschung‹ alles rund um die Krankheit, Therapie und Beratung.

Unter dem Punkt ›Service‹ besteht z. B. die Möglichkeit Broschüren online zu bestellen, Kliniken und Ärzte zu suchen oder einen von der DMSG geprüften Pflegedienst in der Nähe zu finden. Wer ein Hilfsmittel braucht oder anbieten möchte, einen Briefkontakt oder mehr sucht, ist auf der ›Pinnwand‹ an der richtigen Stelle.

Unter dem Stichwort ›Foren‹ kann mit anderen MS-Erkrankten, Ärzten und Interessierten oder direkt mit der DMSG anonym und unverbindlich kommuniziert und diskutiert werden. Eine leichte Handhabung lässt auch die/den ungeübte/n Besucherin oder Besucher im Hand um drehen zum Internet-Profi und Diskussionspartnerin oder -partner werden.

Zeitlich begrenzte Expertenforen zu speziellen Themen rund um die MS finden regelmäßig statt. Fragen und Antworten sind unter ›Foren‹ nachzulesen und bieten auch im Nachhinein wertvolle Informationen für alle Interessierten. Ein kostenloser E-Mail-Newsletter kann direkt über die Website angefordert werden. Er informiert in regelmäßigen Abständen darüber, was es an Neuem und Interessantem unter www.dmsg.de nachzulesen gibt.

Qualität im Netz

Wie bei allen gedruckten Informationen gelten auch bei den Inhalten des Webangebots des Bundesverbands die hohen Qualitätsansprüche an Neutralität und Wissenschaftlichkeit. Für die

Beratung und Inhalte sind Expertinnen und Experten des Verbandes zuständig. Zum jeweils aktuellen und wissenschaftlich fundierten Stand auf dem Gebiet der Forschung, Behandlung und Therapie z. B. trägt der Ärztliche Beirat des Bundesverbandes bei. Er besteht aus international anerkannten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf dem Gebiet der MS.

Die Website des DMSG-Bundesverbands ist stark frequentiert. Im Schnitt hat sie ca. 2.200 Besucherinnen und Besucher pro Tag! Wie eine Online-Befragung der Nutzerinnen und Nutzer von www.dmsg.de in den Monaten Oktober und November 2003 ergab, wird die Seite in erster Linie von (schon länger) Betroffenen (67 Prozent) besucht. Elf Prozent der Befragten waren Neuerkrankte und 13 Prozent Angehörige, die Informationen auf der Website suchten. Zu den Seiten, die am häufigsten aufgerufen werden, gehören die Seite ›Aktuelles‹, auf der sämtliche Neuigkeiten der Website übersichtlich dargestellt sind, und die Foren.

DR. GABRIELE SEESTAEDT, DMSG-Bundesverband e. V., Küsterstraße 8, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 9 68 34-18, Fax: (05 11) 9 68 34-50, E-Mail: seestaedt@dmsg.de, Internet: www.dmsg.de

Internationale Veranstaltungen in Kooperation mit der LVG

Networking for Women's Health Across Regional Diversity in Europe: Experiences, Concepts and Strategies Workshop, 8.-10. Oktober 2004, Kassel

This workshop is a cooperation project of the Association for Health in Lower Saxony (EWHNET) and the University of Kassel. It is partly funded by the Federal Centre for Health Education in Germany.

Registration: Dr. Vera Lasch, E-Mail: lasch@uni-kassel.de, Fax: (05 61) 8 04 77 14, Tel: (05 61) 8 04 34 76



Veranstaltungen der LVG

Praxisseminar Gesundheitsförderung an Hochschulen

20.–22. September 2004, Clausthal-Zellerfeld

Es werden die Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung herausgearbeitet sowie die beteiligten Akteure und ihre Vernetzungsmöglichkeiten vorgestellt. Beispielhaft werden anschließend Modelle guter Praxis präsentiert. Ein intensiver Austausch in Kleingruppen ist ebenso vorgesehen wie Beiträge zu Innovationen und Zukunftsperspektiven. Die Veranstaltung ist eine Kooperation von der HIS Hochschul-Informations-System GmbH, der Landesunfallkasse Niedersachsen, der Technischen Universität Clausthal und der LVG (AK Gesundheitsfördernde Hochschulen).

Teilnahmegebühr: 180,- Euro, ermäßigt 80,- Euro für Studierende

Mittendrin oder außen vor? – Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen

28. September 2004, Hannover

Von Patientinnen und Patienten wird zunehmend mehr Eigenverantwortung eingefordert. Meist ist damit die stärkere Übernahme finanzieller Verantwortung für Diagnose und Behandlung von Erkrankungen gemeint. Mittlerweile ist aber vielen Verantwortlichen im Gesundheitswesen klar: mehr Eigenverantwortung muss auch mehr Rechte bedeuten. Die Tagung informiert über die aktuelle Entwicklung und die Grenzen der Beteiligung von Patientinnen und Patienten. Sie will Denkanstöße geben, wie die erreichten gesetzlichen Regelungen durch weitere Beteiligungsmöglichkeiten ergänzt werden können. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung mit dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen.

Teilnahmegebühr: 35,- Euro, ermäßigt 20,- Euro

Der Gesundheit in Hochschulen auf der Spur: Fakten – Trends – Methoden

30. September 2004, Karlsruhe

Die Tagung gibt einen Überblick über die Erhebungen zur gesundheitlichen Situation, die bisher an Hochschulen durchgeführt worden sind, und soll klären, ob es allgemeine Trends für deutsche Hochschulen gibt. Eine Reihe von Instrumenten wird vorgestellt, mit denen die Gesundheit an Hochschulen erfasst werden kann. Tipps zur Durchführung sollen zum Nachmachen anregen. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung des AK Gesundheitsfördernde Hochschulen mit der Universität Karlsruhe (TH). Die Veranstaltung ist rauchfrei.

Teilnahmegebühr: 45,- Euro, ermäßigt 25,- Euro

Was Schule bewegt...?! Gesundheitsbildung durch Ernährung und Bewegung

5. Oktober 2004, Hannover

Die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen stößt im Rahmen von immer knapper werdenden öffentlichen Mitteln schnell an Grenzen. Ziel der Fachtagung ist es, diese Grenzen genauer zu beleuchten und Aspekte der Verhaltens- und Verhältnisprävention in den Bereichen Ernährung und Bewegung für Schule aufzuzeigen. Darüber hinaus sollen zeitgemäße »Ess- und Bewegungskulturen« diskutiert und Projekte

aus der Praxis vorzustellen werden. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung der LVG, dem Niedersächsischen Ministerium für den ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen und der Akademie des Sports des Landessportbunds Niedersachsen e.V.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro

Gesundheit in den Medien – Impulse für die Praxis der Gesundheitskommunikation

19. Oktober 2004, Hannover

Wie gelangen gesundheitsrelevante Vorstellungen und Gesundheitswissen – gewollt oder ungewollt – an das Publikum? Welche Rolle spielen welche Medien dabei? Wie kann in der Gesundheitsförderung mediale Gesundheitskommunikation genutzt werden? Die Tagung will diese Fragen bearbeiten und damit einen Diskurs zwischen Kommunikationswissenschaften und Gesundheitsförderungspraxis ermöglichen. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung der LVG, des Netzwerkes Medien und Gesundheitskommunikation, der Bertelsmann Stiftung und der Stiftung Leben und Umwelt mit freundlicher Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie Kommunikationskultur e.V.

Teilnahmegebühr: 35,- Euro, ermäßigt 20,- Euro

Gesund aufwachsen – Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten als Beitrag zur Chancengleichheit

28. Oktober 2004, Hannover

Themen rund um die Gesundheit von Kindern nehmen schon lange einen festen Platz im Alltag von Kindertagesstätten ein. Nur wenn alle Akteure der Einrichtung einbezogen werden und die KiTa zum Impulsgeber dieses Prozesses wird, kann eine dauerhafte gesundheitsfördernde Wirkung erzielt werden. Die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher, die Einbeziehung der Mütter und Väter in die gesundheitsfördernden Maßnahmen und die Mobilisierung von Ressourcen aus dem sozialen Umfeld der Einrichtungen sind dann ebenso wichtig wie die ganzheitliche Förderung von Mädchen und Jungen. Die notwendigen Konzepte zur Umsetzung einer setting-orientierten Gesundheitsförderung werden in Vorträgen und Arbeitsgruppen vorgestellt und diskutiert.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro, ermäßigt 25,- Euro

Niedersachsen

Ethisches Fallseminar Konflikte im ärztlichen Alltag, Umgang mit nichteinwilligungsfähigen Patienten, 18.09.2004, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, Fax: (05 11) 12 41-4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Risiko Leben, Risiko leben - Taugt das Vorsorgeprinzip für das Gesundheitsmanagement?, 20.-22.09.2004, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-9 00, E-Mail: eal@evlka.de

Häusliche Gewalt - zwischen (Be)Achtung und Missachtung, Aktuelle Beiträge aus Forschung, Prävention und Intervention, 27.-28.09.2004, Oldenburg, Kontakt: Prof. Dr. Frauke Koppelin, Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, FB Sozialwesen - Studienbereich Gesundheit, Constantiaplatz 4, 26723 Emden, Tel.: (0 49 21) 8 07-11 76, Fax: (0 49 21) 8 07-12 51, E-Mail: Frauke.Koppelin@fho-emen.de

8. Niedersächsisches Ernährungsforum Hannover, Vitamine und Co - Aktuelles aus Wissenschaft und Beratungspraxis, 02.10.2004, Hannover, Kontakt: DGE Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-24 66, Fax: (05 11) 3 80-24 65, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Über-(ge)-wichtige Kinder, Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 22.10.2004, Hannover, Kontakt: DGE Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80-24 66, Fax: (05 11) 3 80-24 65, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Bundesweit

Fachtagung, Früh übt sich..., Neue Wege der präventiven Frühförderung im Kontext sozialer Benachteiligung mit dem Programm Opstapje - Schritt für Schritt, 13.-15.09.2004, München, Kontakt: Sabina Stauch, Deutsches Jugendinstitut, Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 6 23 06-3 13, Fax: (0 89) 6 23 06-2 69, E-Mail: stauch@dji.de

Fachtagung, Der Umgang mit neuen Arbeitsbelastungen wie Stress und psychischen Fehlbelastungen, 20.-24.09.2004, Hamburg, Kontakt: Büro für Arbeitsschutz & 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, www.buero-fuer-arbeitsschutz.de

9. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, 22.-24.09.2004, Prien am Chiemsee, Kontakt: DNGfK - Konferenzbüro G. Conrad, Uissigheimer Str. 10, 97956 Werbach-Gamburg, Tel.: (0 93 48) 13 82, Fax: (0 93 48) 13 15, E-Mail: G.Conrad.Verlag@t-online.de, www.dngfk.de

Gesundheit - Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit, Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 22.-25.09.2004, Magdeburg, Kontakt: Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Tel.: (03 91) 5 32 80 43, Fax: (03 91) 5 41 42 58, E-Mail: dgsmp2004@medizin.uni-magdeburg.de

Männer-Gesundheit, 24.-26.09.2004, Heilsbronn, Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Frau Wacherbauer, Postfach 12 27, 82324 Tutzing, Tel.: (0 81 58) 2 51-0, Fax: (0 81 58) 2 51-1 37

Gewaltige Überforderungen in der Pflege, 28.9.2004, Hofgeismar, Kontakt: Evangelische Akademie Hofgeismar, Gesundbrunnen 11, 34369 Hofgeismar, Tel.: (0 56 71) 8 81-0, Fax: (0 56 71) 8 81-1 54, E-Mail: ev.akademie.hofgeismar@ekkw.de

Kongress, Strukturwandel in der Pflege - Ambulante Pflege, Altenpflege, Management, Bildung, 14.-16.10.2004, München, Kontakt: Wissenschaftliches Sekretariat, Doris Baumgartl, Krankenhaus München Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München, Tel.: (0 89) 6 79 24 22 53, Fax: (0 89) 6 79 24 20 10, E-Mail: info@pflegekongress-muenchen.de, www.pflegekongress-muenchen.de

Patientensicherheit und Risiko-Management, 14.-16.10.2004, Marburg, Kontakt: Klinikum der Philipps-Universität, H. Deucker, Vorstandsassistent, Baldingerstraße, 35033 Marburg, Tel.: (0 64 21) 28-6 63 08, Fax: (0 64 21) 28-6 33 70, E-Mail: deuckerh@med.uni-marburg.de

Fachtagung, Aktion Sichere Zukunft - Almosen statt Gerechtigkeit, Gesundheitszustand und medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ein Jahr nach Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes, 22.10.2004, Berlin, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Tel.: (05 21) 1 43 96-0, E-Mail: info@bagw.de

Kooperatives Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendhilfe, 05.-06.10.2004, Heilsbronn, Kontakt: Kleingartacher e.V., Walter-Weissert-Str. 6, 75031 Eppingen-Kleingartach, Fax: (0 71 38) 6 91-1 07, E-Mail: kontakt@kleingartacher.de

Fachtagung, Onlineberatung - Aufbruch in digitale Welten, 14.10.2004, 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 89-190, E-Mail: info@iss-ffm.de

International

45. Internationaler FICE-Kongress "Creating a Place for Children", 08.-10.09.2004, Glasgow, Schottland, Kontakt: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, Schaumainkai 101-103, 60596 Frankfurt a.M., E-Mail: tagungen@igfh.de, www.fice-inter.org

Kongress, 2. International Forum on Disability Management, 13.-15.09.2004, Amsterdam, Niederlande, Kontakt: TNO Arbeid (TNO Work & Employment), P.O. Box 718, 230 AS Hoofddorp/Niederlande, Tel.: +31 (23) 5 54 99 44, Fax: +31 (23) 5 54 93 02, www.ifdm.nl

Konferenz, Alltägliche Gewalt und Menschenrechte, Europäisches Forschungsnetzwerk Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV), 23.-26.09.2004, Osnabrück, Kontakt: Universität Osnabrück, CAHRV, c/o Sabine Bohne, Kolpingstr. 7, 49069 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 49 27, E-Mail: sbohne@uos.de

Schule wohin? Schulentwicklung und Qualitätsmanagement im 21. Jahrhundert, 24.09.2004, Zürich, Schweiz, Kontakt: Universität Zürich, FS&S, Evelyn Hug, Scheuchzerstrasse 21, CH-8006 Zürich, Tel.: +41 (1) 6 34 45 69, Fax: +41 (1) 6 34 43 65, E-Mail: fss.symposium@paed.unizh.ch, www.paed.unizh.ch/fss/symposium/index.html

Europäischer Kongress: Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention, 22.-23.10.2004, Luxemburg, Kontakt: CePT-MoQuaVo Congress, 3 rue du Fort Wallis, 2714 Luxembourg, Fax: (+3 52) 40 89 93, E-Mail: moquavo@zepf.uni-landau.de, www.ecbap.org

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fensckeweg 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