



# Info\_Dienst

Gesundheit Berlin e.V.  
Landesarbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung

## Aus dem Inhalt

Personalien .....	2
Gesunde Bundespolitik? .....	3
Bewegung in Berlin .....	12
Kinder und Jugendliche .....	18
Altern und Gesundheit .....	19
Soziale, gesunde Stadt .....	21
Betriebliche Gesundheitsförderung .....	23
Suchtprävention .....	24
Patienteninteressen .....	25
Veranstaltungen / Termine .....	27

4\_03

Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner und Rolf D. Müller, Berliner AOK-Vorsitzender, sind die neuen Vorstandsvorsitzenden von Gesundheit Berlin. Als weitere Vorstandsmitglieder wiedergewählt wurden auf der Mitgliederversammlung im Oktober die Vorsitzende des Berliner Zentrums Public Health, Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider, und der Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz; der langjährige Vorsitzende Jürgen Hardt wurde Ehrevorsitzender. Redaktion und Team von Gesundheit Berlin freuen sich über die wichtigen Personalentscheidungen und auf die weitere Zusammenarbeit. Ergänzt um die Sprecher/-innen der Arbeitskreise, sind damit die wichtigsten Akteure der Berliner Gesundheitsförderung an einem Tisch. Dies bedeutet nicht nur gewachsenen Einfluss für die Landesarbeitsgemeinschaft, sondern auch mehr Verantwortung, der wir uns gerne stellen.

Dass wir dazu in der Lage sind, wissen auch unsere Partner: neue Kooperationsprojekte in der Gesundheitsförderung von Migrantinnen mit der BKK und im Rahmen des Quartiersmanagements (Programm LOS) geben davon Beispiel, ebenso der feierliche und erfolgreiche Abschluss des 1. Qualifizierungskurses des Gemeindedolmetschdienstes, deren Absolventinnen und Absolventen jetzt ihren Einsatz als Sprachmittler im Berliner

Gesundheits- und Sozialwesen anbieten. Mit insgesamt 17 Partnern haben wir Mitte November in Köln eine Kooperationsvereinbarung geschlossen, die mit regionalen Knoten die Datenbank der Gesundheitsprojekte für sozial Benachteiligte stärken wird. Zunächst geht am 1. Dezember die Internet-Plattform online, regionale Aktivitäten, auch in Brandenburg, werden folgen.

Gute Nachrichten von den Krankenkassen: den Patienteninformationsprojekten (§ 65 b SGB V) wird ein weiteres Förderjahr in Aussicht gestellt. Eine positive Überraschung war auch der Beschluss der GKV-Spitzenverbände: Anfang 2004 wird eine bundesweite Stiftung für Gesundheitsförderung gegründet. Es ist also einiges in Bewegung!

Wie viel genau, werden wir nicht nur beim Kongress Armut und Gesundheit prüfen können, auch schon bei der Satellitenveranstaltung am Vortag werden Strategien der Gesundheitsförderung diskutiert. Dass die Spitzen aus Politik und Verwaltung, von Kammern und Kassen, unsere Einladung zum Kongress angenommen haben, zeigt, dass die soziale Ungleichheit als zentrales Problem der Gesundheitsförderung verstanden wird. Eingeladen sind auch Sie zum sicherlich wieder intensiven Austausch am 5. und 6. Dezember im Rathaus Schöneberg.

*Ihr Raimund Geene*

## Personalien

## Neuer Internetauftritt gesundheitberlin.de

Der Internetauftritt von Gesundheit Berlin e.V. wurde grundlegend umgebaut und steht nun mit übersichtlichem Informationsangebot und neuem Layout online zur Verfügung.

„Aus den Online-Trampelpfaden im Netzwerk der Gesundheitsförderer müssen vernünftige und praktische Routen werden, die für schnelle Verbreitung von Informationen sorgen,“ sagt Raimund Geene, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e.V. „Mit unserem neuen Internetauftritt wollen wir dazu beitragen!“

Seit längerem bot der alte Internetauftritt nicht mehr die Möglichkeiten, die Fülle an Informationen aus unterschiedlichsten Themenbereichen übersichtlich darzustellen. Das neue Angebot bietet Ansprechpartner und Adressen, Informationstexte und Dokumente zum Download nach Themenbereichen sortiert. Eine umfangreiche Schlagwortsuche führt auf direktem Weg zum gesuchten „Content“.

Ein Beispiel für den Nutzen sind die erstmals online veröffentlichten Inhalte des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“, die ihren eigenen Platz unter den vielfältigen Themen bekommen haben.

Die neue Site ist durchgehend barrierefrei, was bedeutet, dass sie auch von spezieller Software für Sehbehinderte „vorgelesen“ werden kann oder mit besonderen Einstellungen der Browser für Sehbehinderte ihre Übersichtlichkeit erhält und keine Informationen verloren gehen.

Im Hintergrund läuft ein Datenbank-System, was die Pflege und Aktualisierung der Daten, insbesondere der Adressen erleichtert. Das sorgt auch für Aktualität der Informationen.

Ohne persönliche Daten zu erfassen, werden die beliebtesten Themen und erfolglose Suchanfragen registriert. Mit diesem Wissen können Lücken gefüllt und besonders nachgefragte Themenbereiche inhaltlich gestärkt werden. So kann das Redaktionsteam die Inhalte auf die Wünsche der Nutzer anpassen.

Das System wird stetig weiter ausgebaut und um weitere Themenbereich ergänzt. Vor allem sollen zukünftig Termine automatisch in den passenden Themenbereichen oder zu Suchanfragen angezeigt werden, was die Informationssuche noch ergiebiger und komfortabler machen wird. *Johannes Strotbek*

## Knake-Werner und Müller neue Vorstandsvorsitzende von Gesundheit Berlin e.V.

Die Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Dr. Heidi Knake-Werner, und Rolf D. Müller, Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin, wurden bei der Mitgliederversammlung im Oktober gemeinsam zu Vorstandsvorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V., gewählt. Gleichzeitig feierte der gemeinnützige

Verein sein zehnjähriges Jubiläum. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, und die Vorsitzende des Berliner Zentrums Public Health, TU-Professorin Ulrike Maschewsky-Schneider, bleiben weiterhin im Vorstand. Zum Ehrenvorsitzenden wurde der langjährige Leiter der Barmer Ersatzkasse, Jürgen Hardt, gewählt.

## Neue Arbeitskreis-Sprecher/-innen

### Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung

Als Sprecher des AK Betriebliche Gesundheitsförderung wurde Detlef Kuhn vom Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaft gewählt.

Die Position war vakant, da der bisherige Sprecher Joseph Kuhn vom brandenburgischen zum bayerischen Landesgesundheitsamt nach München gewechselt ist. Die stv. AK-Sprecherinnen sind Dr. Gudrun Borchardt (Techniker) und Claudia Sommerseh (DAK).

### Arbeitskreis Gesundheitspolitik

Als Sprecher des AK Gesundheitspolitik wurde Lothar Libercka bestätigt, Vorsitzender des Verbandes der Krankenhausdirektoren Berlins.

Sein Stellvertreter wurde Prof. Gerhard Meinlschmidt, Referatsleiter der Senatsverwaltung.

### Arbeitskreis Stadtentwicklung

Neuer Sprecher des AK Stadtentwicklung ist Werner Schiffmann, Leiter der Plan- und Leitstelle Gesundheit in Mitte. Ihm zur Seite steht wie bisher Dr. Christa Kliemke, Institut für Gesundheitswissenschaften an der TU.

## Landesbeirat für Integrationsfragen

Neu konstituiert wurde in Vorsitz von Staatssekretärin Dr. Petra Leuschner der Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen. Ihm gehören insgesamt 23 Mitglieder, sechs von Migrantenorganisationen.

## John neue Chefin des Paritätischen

Zur neuen Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin wurde in Nachfolge von Christa-Maria Blankenburg die langjährige Ausländerbeauftragte Berlins, Prof. Barbara John, gewählt.

## Verstorben

**Helmut Lang, langjähriger Geschäftsführer der Bayerischen Landeszentrale für Gesundheit, ist seiner schweren Erkrankung erlegen.**

Die bundesdeutschen Landesvereinigungen trauern um einen humorvollen und engagierten Kollegen, der bereits auf dem Kooperationsstreffen Mitte November schmerzlich vermisst wurde.

## In diesem Info-Dienst

Personalien .....2

**Gesunde Bundespolitik?** .....3

Kooperation für sozial Benachteiligte .....3

Dokumentation der

Kooperationserklärung .....4

Neue Leitlinien zu § 20 SGB V .....5

Lebendige Datenbank erweitert .....5

9. Kongress Armut und Gesundheit .....6

Veranstaltung „Mehr Gesundheit für alle“ .7

Aktionsprogramm Umwelt und

Gesundheit gestartet .....8

Qualitätssicherung und Evidenzbasierung .9

Stiftung Prävention der GKVen geplant ....10

**Bewegung in Berlin** .....12

Zehn Jahre Gesundheit Berlin e.V. ....12

gesundheitsziele.de legt Bericht vor .....13

Qualifizierungskurs zum Gemeinde-

dolmetscher abgeschlossen .....14

Wie war das mit dem Setting-Ansatz? .....14

Rolf D. Müller im Interview .....15

Berichterstattung und Frauengesundheit .16

Frauen als Gesundheitsmanagerinnen .....17

**Kinder und Jugendliche** .....18

Schulgesundheit in Berlin .....18

Leitfaden Gewalt gegen Kinder im

Internet .....19

**Altern und Gesundheit** .....19

Durch Bewegung

gesund und selbstständig .....19

Vom Arbeitskreis Altern und Gesundheit .20

**Soziale, gesunde Stadt** .....21

Gesundheitsfördernde Stadt-

und Gemeindeentwicklung .....21

Der soziale Brennpunkt als Ort

der Gesundheitsförderung .....23

**Betriebliche Gesundheitsförderung** ..23

Gesunde Verwaltung? .....23

GEK-Report .....23

Fehlzeitenreport der AOK .....24

**Suchtprävention** .....24

Tabakrahmenkonvention unterzeichnet ...24

**Patienteninteressen** .....25

Neues Berufsfeld unabhängiger

Pflegegutachter .....25

Gesundheitstag im Rathaus

Schöneberg .....26

Konferenz Gesundheitsfördernder

Krankenhäuser .....27

**Veranstaltungen / Termine** .....27

## Gesunde Bundespolitik?

**Kooperationserklärung / §20 / Datenbank / Kongress Armut und Gesundheit / Satellitenveranstaltung / APUG / Qualitätssicherung, Evidenzbasierung / Stiftung Prävention**

## Bundesweite Kooperation für sozial Benachteiligte beschlossen

Am Ende des Tages konnten 17 Kooperationspartner ihre blauen Unterschriften-Mappen fürs Gruppenbild präsentieren: Am 12. November wurde im feierlichen Rahmen die Kooperationserklärung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung für Gesundheit und den Landeszentralen, Landesvereinigungen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung unterzeichnet, in der die Kooperationspartner ihre Bereitschaft zur intensiven Zusammenarbeit im Interesse der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen erklären (siehe Dokumentation der Erklärung und den Beitrag im letzten Info-Dienst).

Bundesländer ohne Landesvereinigungen wurden durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg sowie das Landesamt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW in die Kooperation eingebunden.

Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA, betonte in ihrem Beitrag, dass die Zielgruppen-Orientierung für Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen seit zwei Jahren ein Arbeitsschwerpunkt ihres Hauses ist und verwies unter anderem auf den erfolgreichen Aufbau der bundesweiten Projekt-Datenbank in Zusammenarbeit mit Gesundheit Berlin e.V. ([www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de)). Die möglichen Anknüpfungspunkte an die vernetzenden und koordinierenden Aktivitäten auf Länderebene sind zahlreich: Zum Teil existieren bereits etablierte und weit über die Gesundheitsförderungs-Szene hinaus anerkannte Aktivitäten und Strukturen wie z.B. der Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin oder die niedersächsische Landesarmutskonferenz. In anderen Ländern werden diese Arbeitsbereiche erst aufgebaut oder erweitert. Erfahrungsberichte aus den Ländern machten die unterschiedlichen – mal

günstigen, mal schwierigen – Ausgangsbedingungen deutlich. So kann die Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft (HAG) bei der Bestimmung von Handlungsschwerpunkten auf einer gut entwickelten Gesundheits- und Sozialberichterstattung („Stadt diagnose“) aufbauen. Die Thüringische Landesarbeitsgemeinschaft (AGETHUR) kooperiert mit der AOK und konnte in der ersten Phase eines mehrjährigen Projekts einen landesweiten Überblick über Angebote zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen im Setting erstellen.

Zur Zeit werden in der zweiten Projektphase Strukturen und Aktivitäten entwickelt, diese Angebote problemorientiert zu vernetzen. In anderen Ländern gilt es dagegen noch, Kooperationspartner zu gewinnen, Ressourcen zu erschließen und Arbeitsfelder zu entwickeln.

### Aufbau regionaler Knoten geplant

Die mit der Kooperationserklärung eingeleitete Bund-Länder-Kooperation wird auch von weiteren Akteuren aufmerksam registriert und begleitet, wie die Anwesenheit von Vertreter/-innen weiterer „Player“, etwa der Bundesärztekammer und einiger

Wohlfahrtsverbände bei der Vertragsunterzeichnung zeigte. Karl-Dieter Voß vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen warnte in seinem Redebeitrag ausdrücklich vor aktionistischem „Autismus“ bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungs-Strategien für sozial Benachteiligte. Er betonte, erfolgreiche Ansätze müssten die Möglichkeit haben, wechselseitig von Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen möglichst vieler Akteure im Feld profitieren zu können. Auch die „Wissenschaft“ ist mit im Boot und kann ihren Beitrag dazu leisten, Ausgangsbedingungen zu klären und die Wirksamkeit von Strategien und Programmen zu

überprüfen. „Die Praktiker sollen uns sagen: Wo wird die gebraucht?“ appellierte Dr. Andreas Mielck vom Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen in München an die Teilnehmer/-innen der Veranstaltung.

Eine erste praktische Konsequenz der Kooperationserklärung wird Anfang 2004 der Aufbau sogenannter „Regionaler Knoten“ in sechs Bundesländern sein, die paritätisch von der Bundes- und Landesebene finanziert werden. Diese „Knoten“ sollen u.a. durch den Aufbau thematischer Arbeitskreise, die Durchführung von Fachveranstaltungen

und die Erweiterung des Bestandes der bundesweiten Projekt-Datenbank Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte vernetzen, koordinieren und unterstützen. Auf der Internet-Plattform [www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de) werden diese Aktivitäten dokumentiert.

Für die erste Jahreshälfte 2005 wurde ein Folgetreffen vereinbart, so dass schon bald wieder ein Gruppenbild der 17 – bald vielleicht auch mehr? – Kooperationspartner gemacht werden kann. Dann hoffentlich mit einer Mappe voller Ergebnisse und Erfahrungen.

*Holger Kilian*

## Dokumentation der Kooperationserklärung

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

Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen auf den verschiedenen Handlungsebenen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld („Setting“) begegnen? „gesund leben“ muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden. Vor allem Menschen in schwierigen Lebenslagen sind so besser zu erreichen, und nur durch Verankerung in den Lebenswelten kann die Gesundheitsförderung auch nachhaltig wirken. Zahlreiche Aktivitäten vor Ort verfolgen bereits erfolgreich diesen Ansatz. Wichtig ist jedoch der verstärkte Aufbau aktivierender und nachhaltiger Vernetzungsstrukturen zwischen Akteuren auf lokaler, Länder- und Bundesebene, um die Erfahrungen und Ergebnisse der Aktivitäten vor Ort zu sichern und zu verstetigen. Hier können internetgestützte Informationstechnologien einen wichtigen Beitrag leisten, z.B. die Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA. Diese Datenbank ist ein Instrument zur Identifizierung von Projekten auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene und soll

aus Gründen der Transparenz und Qualitätssicherung durch Rückmeldungen zu geplanten bzw. durchgeführten Projekten laufend ergänzt und aktuell gehalten werden. Auf der Länderebene soll diese Nutzung und Pflege z.B. durch regionale Arbeitskreise, die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zum Ziel haben, gewährleistet werden. Auch andere länderspezifische Strukturen – wie etwa die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen oder die regionalen Arbeitsgemeinschaften in Baden-Württemberg – können zur Koordination genutzt werden. Die Arbeitskreise, die in einigen Bundesländern bereits bestehen und in weiteren Bundesländern neu gegründet werden sollen, sind zentraler Bestandteil sog. „Regionaler Knoten“, deren Arbeit bei regionalen Kooperationspartnern eingebunden ist. Die Arbeitsergebnisse der Regionalen Knoten werden u.a. im Rahmen der Internet-Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ kommuniziert. Damit verbunden ist die Aufforderung an alle regionalen Akteure, sich aktiv in die Gesundheitsförderung einzubringen. Die BZgA unterstützt die mit der Datenbank verbundene Arbeit auf Landesebene durch Vernetzung und bundesweite Kooperation.

Im Zuge der allgemeinen Reformbemühungen im Gesundheitssystem und der von allen fachlich und politisch Verantwortlichen gewünschten Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland sollte auch die länderbezogene gesundheitsförderliche Praxis stärkere Aufmerksamkeit erfahren – u.a. als Basis einer bundesweiten Zusammenarbeit im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Die Kooperationspartner vereinbaren daher, die Öffentlichkeit über den Stand der

Entwicklung ihrer Vernetzungsarbeit breit zu informieren? z.B. im Rahmen des bundesweiten Kongresses „Armut und Gesundheit“, der alljährlich am ersten Dezember-Wochenende in Berlin stattfindet, oder durch andere Fachtagungen, die o.e. Internet-Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ([www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de)) sowie eigene Medien wie z.B. Newsletter oder Infodienste.

### Unterzeichner/-innen:

Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Dr. Uwe Prümel-Philippson, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.; Dr. Eva-Maria Hähnel, AGETHUR – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.; Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung; Margrit Schlankardt, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAG; Prof. Dr. Jost Bauch, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. – HAGE; Franz Gigout, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. – LAGS; Dr. Heidemarie Venzmer, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.; Dr. Elfi Rudolph, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.; Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.; Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.; Helmut Lang, Landeszentrale für Gesundheitsbildung in Bayern e.V.; Jupp Arldt, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.; Stephan Koesling, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.; Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg; Dr. Helmut Brand, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW; Dr. Carlchristian von Braunmühl, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg.

## Neuer Leitlinienkatalog zum §20 SGB V

Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der GKV zur Umsetzung des § 20 (1,2) liegen in einer dritten Fassung vor. Grundlegend überarbeitet wurde das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten.

Mit dem Leitfadens haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Bewegungsmangel stellt einen zentralen Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf und Muskel-Skelett-Erkrankungen dar. Bewegung im Rahmen von Gesundheitssport kann zur Wiederherstellung aber auch zur Vorbeugung der physischen und psychosozialen Gesundheit beitragen.

Indem Gesundheitssport individuelle Voraussetzungen und die richtige Dosierung der Belastung berücksichtigt, kann dieser als ein prioritäres Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung angesehen werden, so die Begründung der Spitzenverbände. Gesundheits-, Verhaltens-, und Verhältniswirkungen werden dabei gleichermaßen berücksichtigt. Ziel ist es, eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, die für eine nachhaltige Stärkung von Gesundheitsressourcen wichtig ist.

Spezielle gesundheitliche Risiken bedürfen gezielter Intervention. Eine an den verschiedenen Zielgruppen und ihren gesundheitlichen Gefährdungen ausgerichtete Intervention durch Bewegungsprogramme ist unentbehrlich für die Prävention von Krankheiten. Zu diesem Ergebnis kommen die Autoren des Leitfadens. Maßnahmen in Form von zielgruppenorientierten Bewegungsangeboten sollen sich an den sechs Kernzielen des Gesundheitssports orientieren:

- Stärkung physischer Gesundheitsressourcen
- Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen
- Verminderung von Risikofaktoren
- Bewältigung von psycho-sozialen Beschwerden
- Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Verbesserung der Bewegungsverhältnisse

Der komplette Katalog kann über [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) als pdf-Datei bezogen werden.

*Fabian Engelmann*

## www.datenbank-gesundheitsprojekte.de ab Dezember mit erweiterten Funktionen

Seit August diesen Jahres sind unter der Internet-Adresse [www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de) über 2.600 gesundheitsfördernde Angebote für sozial Benachteiligte recherchierbar (siehe auch letzten Info-Dienst). Zum Kongress „Armut und Gesundheit“ wird dieses Angebot von Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Online-Plattform erweitert: Zusätzlich zur Datenbank-Recherche lassen sich dann online Informationen, Materialien, Termine, Adressen und Links zum Thema finden.

### Datenbank mit über 2.600 Gesundheitsprojekten

Herzstück der Internet-Plattform ist die Datenbank zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter, die über differenzierte Suchfunktionen erschlossen sind. Selbstverständlich können auch weiterhin jederzeit neue Projekte in die „lebendige Datenbank“ eingetragen und alle Einträge online durch die Projekt-Anbieter selbst aktualisiert werden.

### Der Kongress geht online

Ein thematischer Schwerpunkt der Internet-Plattform sind Informationen und Materialien rund um den Kongress „Armut und Gesundheit“. Das aktuelle Programm und alle wichtigen organisatorischen Informationen stehen auf der Online-Plattform zur Verfügung. Es wird möglich sein, sich kurzfristig anzumelden und bereits im Vorfeld Kurzfassungen (Abstracts) der Beiträge in den Themenblöcken zu lesen. Nach Abschluss des Kongresses werden die vollständigen Beiträge online verfügbar sein.

### Termine und Materialien finden

Die Internet-Plattform wird eine Übersicht über aktuelle Termine, z.B. Kongresse, Fortbildungen und Tagungen im gesamten Bundesgebiet umfassen.

Veranstaltungs-Anbieter können ihre Termine online mitteilen; nach kurzer redaktioneller Prüfung werden sie dann freigeschaltet.

### Links und Materialien

Eine umfangreichen Linkliste verschafft Übersicht über die zentralen Akteure, Konzepte und Angebote der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Neben den Akteuren auf Bundes- und Landesebene gehören hierzu z.B. das Gesunde Städte-

Netzwerk, das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, das Gute Beispiele Net (eine Projekt-Datenbank mit 400 guten Beispielen nachhaltiger Entwicklung), Seiten zur Gesundheitsförderung in den Settings Schule, Quartier und Betrieb sowie Links zu weiteren Projekt-Datenbanken (z.B. die BZgA-Online-Fachdatenbanken „Medien und Maßnahmen der Kinderunfallprävention“ (bundesweit) und „Frauengesundheit“ (Wisenspool national/international).

Als Materialien werden relevante Gesetzestexte und -entwürfe, Leitlinien, Forschungsergebnisse und Fachartikel zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bereitgestellt. Das Angebote wird kontinuierlich erweitert.

### Rückmeldungen erwünscht!

Besonderes Gewicht wird bei der Gestaltung der Internet-Plattform auf barrierefreien Zugang und übersichtliche Gestaltung gelegt. Der Inhalt aller Seiten ist verschlagwortet, so dass bequem nach Namen und Begriffen gesucht werden kann.

Die Internet-Plattform soll ein kontinuierliches Angebot werden, das künftig den Kongress „Armut und Gesundheit“ ebenso begleitet wie die Kooperation zwischen BZgA und den Kooperationspartnern auf Landesebene (vgl. den Beitrag in diesem Heft). Um das Angebot an den Bedürfnissen der Nutzer/innen ausrichten zu können, sind diese ausdrücklich aufgefordert, ihre positiven und kritischen Rückmeldungen mitzuteilen.

Kontakt:

Gesundheit Berlin e.V.

Tel. 030-443190-81

[info@datenbank-gesundheitsprojekte.de](mailto:info@datenbank-gesundheitsprojekte.de)

[www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de)

## Zum 9. Kongress Armut und Gesundheit

Unter dem Titel „Strategien der Gesundheitsförderung: Wie kann die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen nachhaltig verbessert werden?“ beginnt demnächst der 9. Kongress Armut und Gesundheit. Welche Zielstellung und Hintergründe er verfolgt, erklärt Organisatorin Claudia Brendler:

Jeder zehnte Mensch in Deutschland ist arm, und Armut macht krank! Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein mindestens doppelt so hohes Risiko zu erkranken, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein. Die Lebensqualität wird durch Armut wesentlich gemindert. Die Spanne der Lebenserwartung umfasst bis zu zehn Jahren, als Durchschnitt gilt: Arme Menschen haben eine sieben Jahre kürzere Lebenserwartung. Die Verbesserung der Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen ist eine Aufgabe für das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem.

Der 9. Kongress Armut und Gesundheit wird Strategien diskutieren zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen, Kindern und Jugendlichen, behinderten, kranken, älteren Menschen, von Migrant/-innen und Wohnungslosen, auf dem Arbeitsmarkt ebenso wie im Stadtteil oder in der Schule.

### Gesundheitsförderung soll nachhaltig wirken

Doch welche Gesundheitsförderung wirkt? Wie können wir effektiv dem Teufelskreis von Armut und Gesundheit entgegenreten? Neben dem Erfahrungsaustausch werden sich viele der Diskussionen auch ausdrücklich der Frage der Nachhaltigkeit stellen: Dabei geht es sowohl um Verbreitung der besten Strategien als auch um den Austausch mit neuen Akteuren, die sich verstärkt für die Gesundheit sozial Benachteiligter engagieren.

### Vorlauf und Rahmen

Seit 1995 finden jährlich im Dezember die bundesweiten Kongresse ‚Armut und Gesundheit‘ statt. Sie sind mittlerweile zu einem etablierten Treffen von Vertreter/-innen aus Projekten und Initiativen, Mitarbeiter/-innen der Verwaltung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, von Mediziner/-innen und Wissenschaftler/-innen geworden, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung armer und ausgegrenzter Menschen beschäftigen. Der Fokus auf Bedarf und Angebote präventiver und kurativer Gesundheitsangebote in der Bundesrepublik wird dabei erweitert um den Blick auf die ökonomischen Rahmenbedingungen und

Strategien zum Abbau sozialer Ungleichheit und Desintegration.

### Zielstellung

Auf dem Kongress werden erfolgreiche Konzepte, die in einzelnen Handlungsfeldern entwickelt wurden, vorgestellt und auf die Möglichkeit einer breiteren Anwendbarkeit hin untersucht. Dieser Austausch soll reichsübergreifend Anregungen im Sinne einer partizipativen Qualitätsmanagements unterstützen. Insbesondere sollen Ansätze und Ideen formuliert werden für

- Strategien der Gesundheitsförderung
- Zielgenauigkeit kurativer Versorgungsansätze
- Ansätze für eine integrative, sozial orientierte Gesamtpolitik
- Settings zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen.

Der Kongress 2003 wird unter dem Motto „Strategien der Gesundheitsförderung“ stehen. Stehen die Orte (Settings) fest – Thema des letztjährigen Kongresses – so ist nunmehr zu fragen, wie an diesen Orten gearbeitet wird und ob diese Aktivitäten erfolgreich im Sinne eines „health gain“, also eines Zugewinns an Gesundheit sind. Praxiserfahrungen, Evidenzen und Arbeitsstile der Gesundheitsförderung werden so als Teil eines selbstorganisierten Qualitätsdiskurses zusammengeführt.

Damit wird eine langjährige Diskussion aufgegriffen, in der insbesondere die bisher mangelhafte wissenschaftliche Zusammenführung, Aufarbeitung und Methodologisierung des vorliegenden Praxis- und Datenwissens über Gesundheitsförderung kritisiert wird. Sinnvoll und ergebnisorientiert voran gebracht werden kann diese Debatte, wenn die verschiedenen Handlungs- und auch Bewertungsansätze zunächst einmal formuliert, vorgestellt und verglichen werden können. Dabei ist ein Stadtteilprojekt als Lern- und Lehrmaterial ebenso bedeutsam wie die Studie einer wissenschaftlichen Experten-Gruppe.

Eine exklusive Expertenorientierung des Kongresses soll somit – wie auch in den vergangenen Jahren – vermieden werden. Vielmehr müssen ganz bewusst die verschiedenen Akteure in den Dialog treten, sich ge-

genseitig im positivsten und konstruktivsten Sinne über die besten Strategien „belehren“ und „belehren lassen“. Ein nicht unwesentlicher Maßstab sollte dabei unter anderem auch sein, inwiefern sich diese Strategien wirklich in einer Tradition der Gesundheitsförderung sehen, wie sie die WHO 1986 mit der Ottawa-Charta entworfen hat. Genügen also die vorgestellten Strategien den Prinzipien von Partizipation, Egalität, Demokratie, Empowerment...? Die Frage nach dem Wertekontext, dem sich die Akteure verbunden sehen, ist Teil dieser Qualitätsdiskussion.

Neben Fragen der medizinischen Betreuung in sozial belasteten Lebenslagen wird der Kongress vor allem präventive Möglichkeiten beleuchten. In diesem Sinne soll der auf in den vergangenen Kongressen zu ‚Armut & Gesundheit‘ begonnene Dialog mit der Politik fortgesetzt und ausgebaut werden. Dabei geht es um gleichberechtigte, offene Auseinandersetzung des Dreiecks von

- Betroffenen (insbesondere Initiativen und Selbsthilfe, aber auch Praktikern der gesundheitlichen Versorgung armer Menschen)
- Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene
- und den Ebenen der Umsetzung und Vermittlung (insbesondere den Verwaltungen in Gesundheitsdiensten und Behörden, Leistungsanbietern und Kostenträgern sowie der Wissenschaft).

Dies betrifft die präventive, kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung ausgegrenzter (wie den Migrant/-innen) oder zunehmend vernachlässigter Bevölkerungsgruppen (wie Frauen, insbesondere allein erziehende, und Kinder und Jugendliche) und einzelne Krankheitsbilder und Politikfelder (z.B. Sucht- oder AIDS-Bereich). Besonderes Augenmerk gilt dabei der Darstellung konkreter politischer Initiativen wie dem Armuts- und Reichtumsbericht des Bundesarbeitsministeriums, dem beim Bundesgesundheitsministerium eingerichteten Arbeitskreis ‚Armut und Gesundheit‘ oder der Formulierung und Strategieentwicklung zur Umsetzung von Gesundheitszielen wie [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) und entsprechende Initiativen auf Länder- und Kommunalebene, die durch den Kongress nicht nur kritisch begleitet, sondern im Sinne einer sozialen Mobilisierung vor allem nachhaltig unterstützt werden sollen. Von besonderer Bedeutung ist dabei das geplante Präventionsgesetz. Fond- oder Stiftungslösungen zur Verstärkung des Engagements in Settings sind zentrale Ziele dieser Diskussion. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Betrachtung und

Begleitung des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ und den Ansätzen einer integrierten Stadtpolitik, die Maßnahmen gegen sozial ungleiche Gesundheitschancen beinhalten. Zentrale Einrichtungen wie einzelne Krankenkassen, die BZgA oder das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) wirken aktiv bei der inhaltlichen Planung und Koordination mit.

#### Veranstalter- und Adressatenkreis

Traditionell nehmen am Kongress ‚Armut und Gesundheit‘ von Armut Betroffene, Vertreter/-innen von Projekten (freien Trägern) und Versorgungseinrichtungen, Wissenschaftler/-innen aus den Bereichen Sozialmedizin und Public Health, Epidemiologie, Sozialarbeit, Sozialforschung und aus weiteren sozialen und gesundheitsbezogenen Forschungsschwerpunkten sowie Mitarbeiter/-innen aus Verwaltung und vom öffentlichen Gesundheitsdienst teil. Ein großes Gewicht soll nach den guten Erfahrungen der vergangenen Jahre in der weiteren Einbeziehung von Akteuren aus den Krankenkassen, der Politik und auch der Wirtschaft in den Diskussionsprozess liegen.

Der bisherige Netzwerk-Charakter wird dabei erhalten und gestärkt. Die Kongresse ‚Armut & Gesundheit‘ haben ihre soziale Basis in den jeweiligen, z.T. sehr spezifischen Bewegungen. Hier die Artikulation zu ermöglichen, sich gegenseitig zu stützen und in einem weiteren Schritt dann ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit Politik und anderen gesellschaftlichen Akteuren in den Austausch zu bringen, wird wiederum die zentrale Vermittlungsebene des Kongresses sein, wodurch sich interne und externe Öffentlichkeitsarbeit gegenseitig stützen. Damit greift die Struktur des Kongresses den Netzwerk-Gedanken bereits in der Art auf, wie er Politik und Entscheidungsträgern auch als Maßnahmenbündel zur Umsetzung des Gesundheitszieles ‚Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen‘ vorgeschlagen wird.

Die Trägerkonstruktion des Kongresses umfasst in Koordination von Gesundheit Berlin e.V. wiederum den Mitinitiator Berliner Ärztekammer, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Deutsche Institut für Urbanistik, das Berliner Zentrum Public Health und den Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“. Die Veranstaltung findet statt in enger Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und

Wohlfahrtspflege und nahezu allen gesetzlichen Krankenkassen sowie der Hans-Böckler-Stiftung.

#### Konzeption der Veranstaltungsteile

##### Eröffnungsveranstaltung: Freitag, 5.12.2003, 9.30-11.00 Uhr

Eröffnet wird der Kongress durch die neuen Vorstandsvorsitzenden von Gesundheit Berlin, Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner und Rolf D. Müller- auch in ihren Funktionen als Spitze von Politik und GKV – sowie durch BMGS-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder und der BÄK-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe. Der Münchner Sozialepidemiologe Dr. Andreas Mielck, der seit Jahren die Forschung in diesem Feld vorantreibt, wird in seinem Vortrag Erkenntnisse und Strategien darlegen.

##### Themenveranstaltung: Freitag, 5.12.2003, 11.30 Uhr bis Samstag, 6.12.2003, 11 Uhr

Neu in diesem Jahr ist das Main-Streaming der insgesamt 41 Einzelveranstaltungen, nach dem nicht mehr nach Lebenslagen in durchgängige Foren sortiert wird, sondern vielmehr die Situation von Migrant/-innen, Frauen, älteren Menschen, Pflegebedürftigen oder Wohnungslosen in ihren jeweiligen konkreten Situationen wechselseitig thematisiert wird. Das Thema des Kongresses „Strategien“ wird komplex in einem Forum

behandelt. Hier werden zentrale und prominente Vertreter/-innen aus Politik, Ministerien und Wissenschaft über Ausgestaltung und Qualitäten der Gesundheitsförderung diskutieren.

##### Offener Abend Freitag, 5.12.2003, 18.30-22.30 Uhr

Eine unterhaltsame, aber keineswegs unpolitische Abendgestaltung wird in der „Weißen Rose Berlin“ im Kulturzentrum am Wartburgplatz stattfinden. Der Austausch zwischen Teilnehmern unterschiedlicher Foren wird in einer angenehmen Atmosphäre möglich sein.

##### Abschlussveranstaltung Samstag, 6.12.2003, 11.30-13.30 Uhr

Eine methodisch strukturierte Bündelung der Ergebnisse des Kongresses wird mit zentralen Adressaten diskutiert; Kernfragen: Qualitätsanforderung und Qualitätssicherung, Priorisierung gesundheitlicher Chancenförderung im Rahmen bundesdeutscher Gesundheitsziele, Strategien der Gesundheitsförderung als Teil integrierter Politikansätze. Ein wichtiges Thema wird das neue Präventionsgesetz sein. An dieser Diskussionsrunde, die durch Ulrike Maschewsky-Schneider und Gerd Glaeske moderiert wird, diskutieren u.a. Christiane Korsukéwitz, Rolf Rosenbrock und Rolf Stupparth.

*Claudia Brendler*

## „Mehr Gesundheit für alle“ Veranstaltung am 4. Dezember

Am Vortag des diesjährigen Kongresses Armut und Gesundheit findet am Donnerstag, 4. Dezember, eine Satellitenveranstaltung zur BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ statt.

Unter dem Titel „Mehr Gesundheit für alle – die BKK-Initiative als ein Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung“ wird die von der BKK initiierte Finanzierungslösung für primärpräventive Maßnahmen für sozial Benachteiligte gem. § 20 SGB V vorgestellt und diskutiert.

Ausgehend von dem Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bündeln die BKK ihre primärpräventiven Mittel in einem gemeinsamen Finanzierungspool beim BKK Bundesverband und den BKK Landesverbänden, durch

den Projekte in verschiedenen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte unterstützt werden. Die präventiven Angebote orientieren sich am sog. Setting-Ansatz. Nicht einzelne Versicherte, sondern eine klar definierte Zielgruppe soll in ihrem Lebensumfeld erreicht werden, um dort eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu gewährleisten.

Im Rahmen dieses Modells wurden vom BKK Bundesverband bereits über 20 Projekte initiiert, die einen Beitrag zur Verminde-

zung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen.

Nach einer thematischen Einführung durch Prof. Rolf Rosenbrock (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) zur „Sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen“ und Dr. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) zur „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der konzeptionelle Rahmen des BKK-Ansatzes und die konkrete Umsetzung genauer dargestellt.

Im Anschluss an die einführenden Beiträge werden drei konkrete Handlungsfelder der BKK-Initiative genauer beleuchtet. In moderierten Workshops zu den Themen „Arbeitslose stärken“, „Migrant/-innen als Multiplikator/-innen für gesundheitsfördernde Lebenswelten“ und „Schulen/Kitas als gesundheitsfördernde Settings entwickeln“ wird durch Impulsreferate ein exemplarischer Überblick über den aktuellen Diskussions- und Forschungsstand und die bereits laufenden Projekte gegeben.

Vor diesem Hintergrund soll die BKK-Initiative eine kritische Würdigung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung erfahren. Wichtige Diskussionspunkte sind in diesem Zusammenhang die Frage nach Wirkung und Qualität von präventiven Angeboten, die Relevanz der ausgewählten Handlungsfelder für erfolgreiche Präventionsangebote und ob von der BKK-Initiative wirkliche Impulse für „Mehr Gesundheit für alle“ ausgehen können.

Zusätzlich erhält das Thema der Satellitenveranstaltung aktuelle Relevanz durch den Beschluss der Spitzenverbände der GKV, eine bundesweite Stiftung für Gesundheitsförderung zu gründen.

Interessierte und Akteure der Gesundheitsförderung sind herzlich eingeladen, sich an einem Erfahrungsaustausch und der Diskussion dieses Modells und seiner Perspektiven zu beteiligen.

Dieser Austausch wird auch auf dem abendlichen Empfang bei Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner in der Oranienstr. 106 fortgesetzt werden können.

Die Satellitenveranstaltung findet – wie an den Folgetagen auch der Kongress Armut und Gesundheit – statt im Rathaus Schöneberg, John-F.-Kennedy-Platz 1, 10820 Berlin. Beginn ist um 11 Uhr. *Tanja Philippi*

Informationen und Anmeldung bei Gesundheit Berlin e.V., Straßburger Str. 56, 10405 Berlin. Tel.: 030-44319060, Fax: 030-44319083, E-Mail: [satellit@gesundheitberlin.de](mailto:satellit@gesundheitberlin.de), [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

## Start für Projekte zum Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“

Im November sind offiziell fünf Modellprojekte in Berlin, Braunschweig, Hamburg und München gestartet, die das Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ (APUG) auf lokaler Ebene umsetzen. Ein Schwerpunkt des Aktionsprogramms ist das Thema „Kinder, Umwelt und Gesundheit.“

Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, sagte zum Start: „Dichtbefahrene Straßen, fehlende Spielflächen, belastete Atemluft und mangelnde Bewegung. Kinder können sich kaum noch frei und sicher vor Gesundheitsbelastungen und Unfällen in ihrem Wohnumfeld bewegen. In Städten müssen gesunde Lebensverhältnisse und kinderfreundliche Wohngebiete geschaffen werden. Wir fördern bundesweit fünf Modellprojekte, die erproben, wie gesunde Umweltbedingungen in Wohnquartieren umgesetzt und Anwohner über einen gesunden Lebensstil informiert werden können.“ Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) unterstützt die im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung von einem Gutachtergremium ausgewählten Modellprojekte mit insgesamt 500.000 Euro. Die Laufzeit ist bis 2005 angesetzt. Die Projekte richten sich an Kinder, Jugendliche und Familien. Sie sollen gesunde Wohnbedingungen fördern und die Bewohner an der Gestaltung ihrer Wohnquartiere beteiligen. In den Modellprojekten arbeiten Behörden, Vereine und Initiativen sowie Bildungs- und Forschungseinrichtungen zusammen. Alle Beteiligten sollen sich miteinander vernetzen, um Synergieeffekte und eine dauerhafte Umsetzung der Modellmaßnahmen zu gewährleisten. Die Modellprojekte richten sich insbesondere auch an sozial benachteiligte Familien.

Ob Kiezdetektive, Bewegungs-Baustellen oder Familiengärten – mit ungewöhnlichen Ideen sollen die Modellprojekte neue Bewegungsanreize, attraktive Freiräume und Wohnanlagen schaffen. Durch Kampagnen, die Gründung eines Gesundheitshauses oder eines gesundheitsfördernden Kindergartens soll der eigenverantwortliche Gesundheitsschutz gestärkt werden. Die Modellprojekte informieren über Gesundheitsrisiken durch Umwelteinflüsse wie Schadstoffbelastungen in der Atemluft, Lärmbelastung durch Verkehr oder laute Musik, mögliche Strahlenbelastung durch Mobilfunk oder Fernsehen, sowie Rauchen, falsche Ernährung, Abhilfe bei Schimmelpilzen in Wohnungen oder den Umgang mit Allergien. Alle Modellprojekte vermitteln den Zusammenhang zwischen der Umwelt und der eigenen Gesundheit.

Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG) wurde 1999 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) ins Leben gerufen. Seit Herbst 2002 ist auch das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) beteiligt. Infos über die Modellprojekte finden sich auf den Internetseiten des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit unter [www.apug.de/Geschaefsstelle/Geschaefsstelle.htm](http://www.apug.de/Geschaefsstelle/Geschaefsstelle.htm)

## Themenhefte Armut und Gesundheit

Die insgesamt sechs Themenhefte „Armut und Gesundheit“ sind jetzt erhältlich.

Die Themenhefte zu Armut und Gesundheit sind jetzt über die Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin e.V. zum Selbstkostenpreis von 5 Euro zu beziehen:

- 1 Die soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil
- 2 Menschen in schwierigen Lebenslagen: Armut bei älteren Menschen, Frauen und Kindern
- 3 Menschen in schwierigen Lebenslagen:

- Armut und Behinderung, Sucht und AIDS
  - 4 Menschen in schwierigen Lebenslagen: Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Sozialhilfe, Armut trotz Arbeit
  - 5 Patienteninformation, Disease-Management und Migration
  - 6 Gesundheitsförderung: Daten, Ziele, Strategien
- Kontakt: Tel. 030-443190-60, Fax -63, E-Mail [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de).

## In Sachen Qualitätssicherung und Evidenzbasierung

Qualitätssicherung und Evidenzbasierung sind in der Gesundheitsförderung zu zentralen Themen mit hohen Anforderungen geworden.

Qualitätssicherung ist daher das Jahresthema von Gesundheit Berlin e.V. in 2003. In einer Reihe von Veranstaltungen wurden und werden Fragen der Qualität und Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen mit sehr großem Interesse von Wissenschaftler/-innen, Praktiker/-innen und Politiker/-innen diskutiert. Ein Überblick.

Den Auftakt gab im Januar die Diskussionsveranstaltung mit Professor Walter Holland, Herausgeber des Oxford Textbook of Public Health.

Im Austausch mit circa 120 interessierten Teilnehmer/-innen stellte Holland vor dem Hintergrund seiner langjährigen Erfahrung in England den Nutzen, die Schwierigkeiten und auch die Grenzen evidenzbasierter Gesundheitsförderung dar.

Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit einer primärpräventiven oder gesundheitsfördernden Maßnahme, so Holland, hat schon in vielen Fällen dazu geführt, dass die Umsetzung größeres Interesse und Unterstützung durch die Entscheidungsträger erfahren hat. Methoden aus dem klinischen Bereich, wie kontrollierte, experimentelle Studien, seien jedoch meist nicht geeignet, die Wirkungsweisen und Ergebnisse gesundheitsfördernder Maßnahmen in den komplexen und vielschichtigen Settings zu erfassen. Mit Unterstützung und Beteiligung der Akteure eines gesundheitsfördernden Settings an den Evaluationsmaßnahmen können jedoch auch hier zum Beispiel durch Vorher-Nachher-Untersuchungen wichtige Informationen gewonnen werden. Holland wies darauf hin, dass bisher nur selten diese Möglichkeiten genutzt würden.

Er machte jedoch auch deutlich, dass nicht allein diese wissenschaftlichen Nachweise durch Evaluation, sondern vor allem politische Interessen und die Thematisierung einer Problemlage in der Öffentlichkeit dazu beitragen, dass Maßnahmen und Aktivitäten gefördert werden.

Angeregt durch das große Interesse an den Themen der Qualitätssicherung, Evaluation und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung initiierte Gesundheit Berlin e.V. in Kooperation mit der AG Public Health am WZB und dem Berliner Zentrum Public Health sowie mit Unterstützung durch die Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin-Brandenburg eine Colloquienreihe, die dem Bedarf nach Informationen und Austausch der Akteure nachkommen sollte.

An drei jeweils dreistündigen Terminen referierten insgesamt fünf Expert/-innen der Prävention und Gesundheitsförderung aus verschiedenen Perspektiven zur Evidenzproblematik und traten in den Austausch mit den jeweils 30 bis 60 Teilnehmer/-innen der Colloquien.

Eva Luber, Professorin für Sozialmedizin von der Hochschule Magdeburg-Stendal und Dr. Gudrun Borchardt von der Techniker Krankenkasse Berlin-Brandenburg stellten aus Sicht der Wissenschaft und der Krankenkassen ihre Anforderungen und Überlegungen zu Qualitätssicherung und Evidenzbasierung gesundheitsfördernder Aktivitäten vor. Gesundheitsförderung, so Luber, fokussiert auf andere Ergebnisse und Wirkungsweisen als Medizin und kann daher die Methoden der evidenzbasierten Medizin zum Nachweis der Wirksamkeit nicht uneingeschränkt übernehmen. In diesem Fall würden die Erfolge – gemessen an den Kriterien der Medizin – falsch bewertet werden. Sie regte an, sich im Diskurs kritisch mit den Techniken der evidenzbasierten Medizin auseinander zu setzen und für die Gesundheitsförderung nach eigenen, geeigneten Methoden zu suchen.

### Großes Interesse am Jahresthema Qualitätssicherung und Evidenzbasierung

Gudrun Borchardt erläuterte vor dem Hintergrund der gesundheitsfördernden Aktivitäten der Krankenkassen deren Ansätze, den Anforderungen nach qualitätsgesicherten und evidenzbasierten Maßnahmen nachzukommen. Sie stellte erfolgreiche Bemühungen zur Standardisierung von Angeboten vor, wie die bundesweite Aktion „Stopp den Kopfschmerz – ein Training für Kinder und Jugendliche“. Borchardt wies jedoch auch darauf hin, dass der Fokus der Krankenkassen auch in der Frage der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung bisher auf dem Individualansatz liegt. Settingorientierte Gesundheitsförderung, die die Lebenswelt einer Zielgruppe als Zugangsweg nutzt, so Borchardt, stellt größere und

schwieriger zu bewältigende Anforderungen an eine Evaluation dennoch für die Krankenkassen ein viel versprechender aber noch zu wenig verfolgter Ansatz.

Zur Bedeutung der Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung am Beispiel des Gender Mainstreaming-Konzeptes referierten Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider und Petra Rattay. Die Präventionsexpertinnen des Berliner Zentrum Public Health stellten ein Untersuchungsprojekt für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Umsetzung des Gender Mainstreaming-Konzeptes in der gesundheitlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche vor. Sie verdeutlichten anhand von Forschungsergebnissen, dass Geschlechtersensibilität in Prävention und Gesundheitsförderung die Wirksamkeit der Maßnahmen fördert und daher selbst ein Qualitätsstandard ist.

Die Berücksichtigung des Geschlechts, so Maschewsky-Schneider und Rattay, habe einerseits Bedeutung für den Erfolg der Maßnahme und muss daher in deren Planung und Konzeption berücksichtigt werden. Andererseits sollten geschlechtersensible Aspekte wie die Inanspruchnahme von Angeboten oder Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Wirkungen (outcomes) auch ein Aspekt bei der Evaluation gesundheitsfördernder Angebote für Kinder und Jugendliche sein.

Die Ziele des Projektes sind daher unter anderem die Entwicklung und Umsetzung von entsprechenden Standards für geschlechtersensible Maßnahmen und geschlechtersensible Evaluation.

Zum letzten Termin der Colloquienreihe stellte Dr. Michael T. Wright den Teilnehmer/-innen zur Frage der Evidenzbasierung am Beispiel der AIDS-Prävention die Planungen für ein kooperatives Modellprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe und der AG Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin vor. In enger Zusammenarbeit mit Trägern primärpräventiver Angebote sollen geeignete Kriterien und Instrumente zur Evaluation und Qualitätssicherung der settingorientierten Arbeit der AIDS-Hilfe-Projekte entwickelt werden.

In einer sehr angeregten Diskussion mit den Teilnehmer/-innen verdeutlichte Wright, dass die Entwicklung und Umsetzung von Methoden der Evidenzbasierung und Qualitätssicherung der Primärprävention und Gesundheitsförderung notwendigerweise in partizipativer Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort erfolgen muss. Fortbildungen

und Trainings sowie die begleitende Unterstützung durch Wissenschaftler können dazu beitragen, dass Projekte durch eigene Kompetenzen und Ressourcen „maßgeschneiderte“ Evaluation und Qualitätssicherung im engen Zielgruppen- und Settingbezug entwickeln und auch dauerhaft implementieren. Damit wurde eine interessante Möglichkeit vorgestellt, auch komplexe gesundheitsfördernde Aktivitäten in Settings in Richtung qualitätsgesicherter Angebote zu entwickeln.

Als Ergebnis der Colloquienreihe und als jährlich stattfindende Zentrierung des Schwerpunktthemas widmete sich die Fachtagung im Wissenschaftszentrum Berlin im September dem Thema.

Auf der gemeinsamen Expertentagung von Gesundheit Berlin e.V., der AG Public Health des WZB und dem Berliner Zentrum Public Health wurde – bundesweit erstmalig in dieser Form – die Thematik mit Expert/-innen und Akteur/-innen der Gesundheitsförderung und Prävention und anderer Bereiche diskutiert.

Nach einer umfassenden Reflexion der Qualitäts- und Evidenzentwicklungen aus Bereichen wie der Pädagogik, der Rehabilitation oder der Medizin setzten sich in moderierten Fachgesprächen die Teilnehmer/-innen konzentriert mit Qualitäts- und Evidenzfragen der Gesundheitsförderung auseinander. Dabei wurden vielfältige Fragestellungen zur Entwicklung von Qualitätskriterien und Leitlinien, zur Methodik der Ergebnismessung und zur Sicherung und Verbreitung von Erfahrungen und Erkenntnissen in der Gesundheitsförderung diskutiert. Viele aus-

sichtsreiche Ansätze zur Qualitätssicherung in dem multidisziplinären Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wurden und werden bereits entwickelt und eingesetzt. Auf der Fachtagung wurde deutlich, dass im Austausch und Transfer von Erkenntnissen und in der kooperativen Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsinstrumenten ein großes Potenzial zur Weiterentwicklung der Thematik liegt. In diesem Sinne ist die gemeinsame Auseinandersetzung mit Fragen der Qualitätssicherung durch alle beteiligten Akteure eine geeignete Ausgangsbasis, um den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.

Das große Interesse an dem Jahresthema zeigt, dass der Bedarf und die Bereitschaft dazu in Berlin und auch bundesweit vorhanden sind. Auch auf dem 9. Kongress Armut und Gesundheit wird Qualitätssicherung und Evidenzbasierung das zentrale Thema sein. Die Frage der Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von sozialkompensatorischen Angeboten für verschiedene Lebenslagen, in verschiedenen Lebenswelten und für verschiedene Zielgruppen wird sowohl in den einzelnen Themenbereichen wie „Migration und Gesundheit“ oder „Patienteninformation“ als auch in einem zentralen Forum zur Qualitätssicherung diskutiert. Vertreter der Krankenkassen, der Politik, der Wissenschaft und der Praxis setzen sich dort in mehreren Veranstaltungen gezielt mit aktuellen methodischen und politischen Fragen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung auseinander.

In der aktuellen gesundheitspolitischen De-

batte und in der Fachdiskussion zeichnen sich, so Helga Kühn-Mengel, Bundestagsabgeordnete und Präsidentin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., drei prioritäre Handlungsbedarfe ab: Die Klärung und Vereinheitlichung grundlegender Begriffe, die Entwicklung adäquater und geeigneter Qualitäts- und Evaluationskonzepte und die Verbesserung organisatorischer und finanzieller Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung.

Viele Beiträge der bisherigen Veranstaltungen zum Jahresthema zeigen, dass neben methodischen Fragen vor allem auch politische Rahmenbedingungen und Ressourcen für die Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle in der Qualitätsdebatte spielen werden – ein weiteres Argument für die rechtzeitige, aktive und diskursive Auseinandersetzung mit dem Thema.

Gesundheit Berlin wird auch im nächsten Jahr den anregenden Austausch mit Fragen der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung verfolgen und die Informationen, Angebote und Aktivitäten dazu ausbauen. *Anja Halkow*

**Informationen unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)** im Themenbereich Gesundheitspolitik/Evidenzbasierte Gesundheitsförderung

Die Beiträge der Colloquienreihe und der Fachtagung erscheinen in: Eva Luber, Raimund Geene (Hg.), Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Mabuse, Frankfurt 2004 (Vorabveröffentlichung beim Kongress Armut und Gesundheit).

## Spitzenverbände gründen Stiftung für Prävention. Impuls für Präventionsgesetz?

Ende Oktober haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Gründung einer Stiftung für Prävention beschlossen. Nach Angaben des für Prävention federführenden IKK-Bundesverbandes (IKK-BV) soll die Stiftung Anfang kommenden Jahres gegründet werden und damit vor dem geplanten Präventionsgesetz.

Gelder gemäß §20 SGB V sollen durch die Stiftung gepoolt werden. Ein Konzept, in dem die weiteren Modalitäten geklärt werden sollen, ist in Vorbereitung.

Nach Angaben Rolf Stupparchts, Vorstandsvorsitzender des IKK-BV, sollen der Stiftung mindestens 25 Millionen Euro pro Jahr durch die Krankenkassen bereit gestellt werden. Die Mittel sollen gezielt für Gesundheitsförderungsprojekte für sozial benachteiligte Menschen verwendet werden.

Der Fokus soll auf Maßnahmen in außerbetrieblichen Settings liegen. Wie kürzlich bekannt wurde, können auf Landesebene, das heißt von Kommunen, Eltern- und Lehrernitiativen u.ä. Förderanträge bei den örtlichen Kassen gestellt werden.

Nachdem der BKK-Bundesverband bereits im August dieses Jahres mit seiner Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ einen internen Finanzpool gebildet hatte, wollen nun alle Kassen als Gesetzliche Krankenversicherung

(GKV) nachziehen.

Immer wieder ist in den vergangenen Jahren auf eine Poolfinanzierung der Prävention verwiesen worden. Die Idee ist denkbar einfach. Werfen die Kassen die Gelder zur Umsetzung des § 20 in einen „Topf“, so ist erstens das Geld an zentraler Stelle aufgehoben: Das, was man sich vorher allein nicht leisten konnte, kann man nun zusammen anschaffen. Die Geldgeber entscheiden zweitens gemeinsam, welche Anschaffung sinnvoll erscheint: Bevor jeder für sich etwas zwar günstiges, dafür aber qualitativ womöglich minderwertiges beschafft, tut man sich zusammen für etwas zwar teureres, dafür aber stabileres. Für eine Gesund-

heitsförderung im Sinne des § 20 sind damit gute Voraussetzungen geschaffen zur Sicherung von Qualität, Zielbewusstsein, Nachhaltigkeit, Effektivität und Kooperation.

Vor allem wettbewerbsbezogene Motive schienen diese vermeintlich „einfache“ Lösung auf Dauer zu blockieren. Ein Pool, so eines der Contra-Argumente der Kassen, nehme der je einzelnen Kasse die kreative Möglichkeit, sich auf dem Markt zu profilieren, das heißt sich von den Konkurrenzkasernen abzuheben. Ein weiteres war, dass das Geld womöglich für eine Klientel verwendet würde, die der eigenen Versichertenstruktur nicht entspräche. Des weiteren käme das erst dann in Frage, wenn sich weitere entscheidende Akteure, etwa Bund, Länder und Kommunen, daran beteiligen würden.

### Planungen für ein Präventionsgesetz

Der überraschende Beschluss greift in den noch laufenden Formulierungsprozess für ein „Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung“ (PrävG) auf Bundesebene ein. Entsprechend war dies ein zentraler Diskussionspunkt auf der Fachtagung des AOK-Bundesverbandes „Mehr Gesundheit in der Zukunft! – Forderungen an ein Präventionsgesetz“, die im November 2003 in Berlin stattfand.

Ein Präventionsgesetz soll, so Staatssekretär Dr. Klaus-Theo Schröder, als eigenständiges Sozialgesetzbuch formuliert und bereits im nächsten Jahr verabschiedet werden. Damit werde die Prävention den Status einer vierten Säule im Gesundheitswesen neben Kuration, Rehabilitation und Pflege erhalten. Der Charakter der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe soll herausgestellt werden. Im noch nicht abgestimmten Eckpunktepapier des Bundesministeriums vom 14. Oktober 2003 (Download unter: [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)) werden als Schwerpunkte des PrävG u.a. genannt:

- Die Vereinheitlichung der Präventionsleistungsbestimmungen und -begrifflichkeiten
- Die Formulierung verbindlicher nationaler Präventionsziele
- Die koordinierte und kooperative Einbindung aller relevanten Präventionsakteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene
- Qualitätssicherung, gesteuert durch einen neu einzurichtenden „Bundesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung“ der Sozialversicherungsträger
- Einbeziehung der Renten- und Pflegeversicherung in die Finanzierung der Primärprävention, wobei § 20 SGB V Vorbild-

charakter genießen soll.

Wie die Einbindung der Länder und der kommunalen Gesundheitsdienste funktionieren kann, ist noch unklar. Hier greift die reine Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes zu kurz. Erfahrungsgemäß kann man hier nicht auf eine „föderale Kooperation“, das heißt die Zustimmung des Bundesrates bauen, wenngleich dies im Falle eines PrävG bitter nötig wäre.

### Was wird aus der Primärprävention?

Auch die geplante Stiftung ging der Staatssekretär nur äußerst zurückhaltend ein. Er empfahl lediglich eine „offenere Konstruktion“. Es wurde sehr deutlich, dass die Regierung noch unsicher ist, wie sie damit umgehen soll.

Insgesamt wird jedoch, das zeigte sich auch auf der AOK-Tagung, ein Präventionsgesetz von allen Akteuren als sinnvoll und notwendig erachtet. So sind sich im Grunde auch alle einig, dass die Zielbestimmung des § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V gut und erhaltenswert ist („Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.“). Sowohl Schröder als auch der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Hans-Jürgen Ahrens, unterstrichen die zentrale Bedeutung dieses Aspektes.

Etwas unklar wird der Konsens dort, wo es konkret um die Finanzierung und die Gewichtung der Strategien geht. Das Eckpunktepapier des BMGS sieht für die Primärprävention eine gemeinsame Finanzierung durch GKV (65%), Renten- (20%) und Pflegeversicherung (15%) vor, wobei der Betrag von derzeit 2,66 Euro auf 3,00 Euro pro Versicherten pro Jahr steigen soll. Die Mittel sollen dann zu 20% für bundesweite Kampagnen, 40% für Individualprävention und weitere 40% für Setting-Maßnahmen aufgebracht werden.

### Pooling: Einfache Idee mit vielen Hindernissen

In den Planungen der Kassen sind Aufwendungen für Kampagnen nicht vorgesehen. Für Setting-Maßnahmen sollen, wie oben erwähnt, 25 Millionen Euro, aufgewendet werden. Dies entspricht etwa 15% des bisherigen Volumens des § 20 SGB V und bleibt damit wesentlich unter den Vorstellungen des BMGS. Hans-Jürgen Ahrens verdeutlichte, dass die je einzelnen Kassen sich auf dem Feld der individuellen Maßnahmen (Gesundheitskurse usw.) ihre wettbewerbliche Eigenständigkeit und Kreati-

vität bewahren wollten und gegen jede Form der „Gleichmacherei“ seien.

### Konzentration auf die Sachfrage oder Symbolpolitik?

Es ist zweifellos zu begrüßen, dass die Spitzenverbände trotz der durchaus verständlichen Bedenken gegenüber einer Poollösung „über ihren Schatten gesprungen sind“ und sich zur Gründung der Stiftung entschlossen haben. Der Entschluss kann auch dem Prozess des Präventionsgesetzes eine neue Dynamik verleihen und den Handlungsdruck auf die Legislative erhöhen. Die angekündigte Fokussierung auf die außerbetrieblichen Settings zeigt, dass man auf Kassen-seite bereit ist, sich auf die Sachfragen zu konzentrieren: Der Settingansatz, etwa in Schule oder Stadtteil, wird als Mittel der Wahl zur Prävention bei sozial Benachteiligten anerkannt. Das kann nur funktionieren, wenn die Kassen kooperieren und damit möglichst viele GKV-Mitglieder erreichen. Das Setting, das sich so zusammensetzt, wie die einzelne Kasse es aus leistungsrechtlicher Sicht gerne hätte, nämlich nur aus ihren Versicherten, gibt es eben in der Regel nicht.

Es wird darüber hinaus ein weiteres Tabu gebrochen: Die Zentralisierung der Mittel führt gleichsam zur „wettbewerblichen Neutralisierung“ der Maßnahmen. Sie können nicht von der einzelnen Kasse als Marketing-Objekt im Buhlen um junge, attraktive Risiken missbraucht werden.

Dabei handelt es sich um eine Idealvorstellung, die nicht vorschnell bejubelt werden sollte. 25 Millionen Euro sind immerhin besser als nichts, entsprechen aber dennoch nur etwa einem Achtel der ohnehin knappen Mittel nach § 20 SGB V. Von daher kann dies nur ein erster, symbolischer Schritt sein, der aber immerhin gegangen wird. Es bleibt zudem abzuwarten, wie die Kassen das weitere Prozedere entwickeln. Von wesentlicher Bedeutung scheint die Frage, nach welchen Kriterien die Mittel an wen und auf wessen Entscheidung hin vergeben werden.

Nun sind zunächst die Kassen am Zug, möglichst viele Akteure in ihr Vorhaben einzubeziehen – und nicht zuletzt bei diesen auch Unterstützung zu finden! Hans-Jürgen Ahrens machte aber die Bereitschaft der Kassen zu einer akteursübergreifenden Kooperation deutlich.

Fazit bleibt: Die Gründung einer Präventionsstiftung ist ein Schritt in die richtige Richtung, gerade noch zur richtigen Zeit. Diese Chance muss genutzt werden.

*Christian Hans*

# Bewegung in Berlin

10 Jahre Gesundheit Berlin e.V. / Gemeindedolmetschdienst / Interview Rolf D. Müller  
Frauengesundheit / Gesundheitsmanagerinnen

## 10 Jahre Gesundheit Berlin e.V.

„Wirklich ein Grund zu feiern“ sagte Professor Rolf Rosenbrock anlässlich des 10jährigen Jubiläums von Gesundheit Berlin e.V. bei der Mitgliederversammlung im Oktober. Für den Info-Dienst hat Rosenbrock die Entwicklung des Vereins aus persönlicher Perspektive aufgezeichnet:

Ich erinnere mich noch sehr gut an meinen ersten Kontakt mit Gesundheit Berlin. Das war vor mehr als 10 Jahren, auch damals schon in der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in der Straßburger Straße. Am 29.4.1993 trafen sich dort zwei drei Dutzend Vertreter der Berliner Gesundheitsszene.

Die war schon immer etwas munterer als in anderen deutschen Städten, schließlich hatte hier der erste Gesundheitstag 1980 mit ca. 20.000 Teilnehmern stattgefunden, hier gab es den Gesundheitsladen am Mehringdamm mit all seinen Gruppen und Untergruppen, in den 80er Jahren hatte Ulf Fink als Gesundheitssenator begonnen, die Selbsthilfe ernst zu nehmen und mit Staatsknete zu fördern, 1992 war hier an der TU Public Health als wissenschaftliches Fach etabliert worden, Berlin hatte mit Ellis Huber den einzigen sog. alternativen Ärztekammerpräsidenten, bei der Gesundheits-senatsverwaltung, in den Bezirksämtern, im Bundesgesundheitsamt, ja sogar bei den Krankenkassen – überall arbeiteten und diskutierten in Berlin Menschen, die eine moderne Gesundheitspolitik wollten; eine Ge-

sundheitspolitik, die sich nicht auf die Finanzierung und Steuerung der individualmedizinischen Kuration in zerklüfteten und desintegrierten Kommstrukturen erschöpft, sondern mehr will:

1. Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt – also Prävention und Kuration
2. Prävention nicht als legitimatorische aber wirkungsarme Gesundheitserziehung, sondern nach den Prinzipien der Ottawa Charta, also Gleichgewicht von Belastungssenkung und Ressourcenförderung, als Prozess zu immer größerer Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit und damit stets über den Rahmen klassischer Gesundheitspolitik hinaus drängend – im Stadtteil, im Betrieb, in der Schule, in der KiTa, im Krankenhaus – Schlüsselkonzepte: Partizipation und Transparenz.
3. Eine Gesundheitspolitik, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitsschancen nicht verleugnet, sondern als Herausforderung annimmt, die sich der üblicherweise vernachlässigten Gruppen annimmt, den Obdachlosen, den Mi-

grant(inn)en, den sozial Benachteiligten, den weniger Gebildeten, eine Gesundheitspolitik die sich des sozialen Dilemmas auch praktisch annimmt, nach dem bekanntlich stets jene Gruppen die höchsten Risiken tragen, die über die geringsten Ressourcen – materiell wie immateriell – verfügen.

4. Eine Gesundheitspolitik, die aber nicht nur in der Prävention einschließlich Gesundheitsförderung dem wissenschaftlichen „state of the art“ genügen will, sondern auch in der Krankenversorgung, die ihren Teil dazu beitragen will, dass Ärzte und Krankenhäuser, dass Medizin, Pflege und Sozialarbeit nicht isoliert vor sich hin arbeiten und die Last der Integration vor allem auf die Schultern der Patient(inn)en legen, und damit auf jenen Akteur, der für diese Aufgabe über die schlechtesten Voraussetzungen verfügt.

Das war so ungefähr der Kernbestand des Programms derer, die sich da Ende April 1993 in dem schon damals nicht gerade üppig einladenden Gebäude der AGS trafen. Warum trafen sie sich? Seit 1989 gab es das Gesundheitsreformgesetz mit dem § 20

SGb V zur Primärprävention – es gab Geld! Die nur kurze Zeit regierende rot-grüne Koalition hatte versprochen, zum Kassengeld etwas „Senatsknete“ dazu zulegen, der im Jahre 1993 regierende Senat der großen Koalition fühlte sich daran gebunden und versprach 250.000 DM einzubringen. Es gab also etwas zu verteilen und es gab ein institutionelles Vakuum, weil die vorher bestehende Landesvereinigung für Gesundheit, die sich – wenn ich mich recht erinnere – wesentlich im Eigentum der Apothekerkammer befunden hatte, unter mehr oder weniger sanften Ermahnungen eingeschlafen oder aufgelöst worden war.

Es herrschte also so etwas wie Aufbruchstimmung, und die war damals notwendig und die braucht es bis heute immer wieder. Denn es passierte dann etwas, was auch die bisherige 10-jährige Geschichte von Gesundheit Berlin immer wieder begleitet hat: die Gefahr des finanziellen Absturzes. Die Senatuszusagen reduzierten sich plötzlich von 250.000 DM auf 50.000 DM und alles schien in Frage gestellt zu sein.

Trotzdem, die Szene hatte genügend Energie, um auch unter diesen Bedingungen am 4. 11.1993 formell den eingetragenen Verein „Gesundheit Berlin“ zu gründen, in die finanzielle Lücke sprang zumindest teilweise die Berliner Ärztekammer. Seither kehrt das Leitmotiv Geld immer wieder: Zuwenig zum Leben, zuviel zum Sterben.

Drei der fünf Arbeitskreise, die bis heute das inhaltliche Rückgrat von Gesundheit Berlin e.V. bilden, wurden damals sofort gegründet, nämlich Gesundheitspolitik, Kinder und Familie sowie Altern und Gesundheit. Hinzu kamen später die Arbeitskreise Betriebliche Gesundheitsförderung und Migration.

Heute sind neben den fünf Arbeitskreisen weitere sechs Arbeitsgruppen tätig: Bewegung/Ernährung, Kinderunfälle, Gesundheitsförderung im Krankenhaus, Stadtentwicklung, Patientenfürsprecher, Sportgesundheit.

Früh verband sich Gesundheit Berlin e.V. mit der in Deutschland immer noch jungen wissenschaftlichen Multidisziplin Public Health, die erste Fachtagung im Don Bosco Heim in Wannsee war ein Projekt aus dem TU-Studiengang, ebenso die Fachtagung ‚Berlin – Gesunde Stadt‘ im Jahre 1996, aus der dann im Jahre 2002 der Beitritt des Landes Berlin zum Gesunde Städte Netzwerk folgte, nachdem zuvor schon immer mehr Bezirke mit gemacht hatten.

Auch weitere Arbeitsfelder sind zu nennen: etwa die – trotz vieler Frustrationen – nicht

abreißenden Bemühungen um die Definitivierung oder gar Umsetzung von Gesundheitszielen in Berlin, die Zusammenarbeit mit nicht unmittelbar gesundheitspolitischen Projekten wie dem Quartiersmanagement im Rahmen des Netzwerks ‚Soziale Stadt‘; die Bemühungen um interkulturelle Gesundheitszentren, das erfolgreiche Engagement im gesundheitsbezogenen Dienst der Gemeindedolmetscher, Fachtagungen zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit, zur Anti-Tabak-Politik, die sehr kontinuierliche Arbeit am Jahrhundertthema „betriebliche Gesundheitsförderung“, Fachtagungen zu Themen der Versorgung alter Menschen und zur Weiterentwicklung der Pflege...

**„Es herrschte Aufbruchstimmung, die damals, wie heute, notwendig war“**

Im Mittelpunkt der Fachtagungen – und auch als Musterbeispiel gelungener Kooperation zwischen der Nichtregierungsorganisation Gesundheit Berlin und Vertretern der Politik der Wissenschaft, der Praxis und vor allem der Betroffenen – steht aber der Kongress ‚Armut und Gesundheit‘, der im Jahre 1995 zum ersten Mal und seither jedes Jahr stattfindet. Mittlerweile ist dieser Kongress das größte regelmäßig stattfindende Public Health Ereignis in Deutschland.

Aus diesem Ansatz entstand auch die mit Unterstützung der BZgA erstellte und in diesem Jahr in Betrieb genommene interaktive und lebendige Datenbank über Projekte, die sich der Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen widmen. Bislang finden sich dort schon über 2.600 Projekte, und die Zahl wächst. Jetzt wird feierlich ein Kooperationsvertrag der BZgA mit den Landesvereinigungen für Gesundheit unterzeichnet, federführend ist Gesundheit Berlin e.V.

Heute steht Gesundheit Berlin trotz aller stets auszuhaltenden Unsicherheiten in Bezug auf Budget und Aquisition auf festen Beinen:

Im Vorstand sind die Wissenschaft mit Ulrike Maschewsky-Schneider, der Senat mit Gerhard Meinschmidt, die GKV mit Jürgen Hardt (von der Barmer Ersatzkasse), die bezirkliche Ebene mit Werner Schiffmann und die Ärzteschaft mit Günter Jonitz vertreten. Es fehlt im Vorstand: „die Basis“ (aber wer ist das?).

Heute soll der Vorstand neu bestimmt werden. Was sich da abzeichnet, ist der Kurs auf volle Integration ins Establishment. Hoffentlich wohl bedacht, denn solches hat neben den erwünschten immer auch unerwünschte Wirkungen: Zugang zu Entschei-

dungsträgern vs. Einbindung/Autonomieverlust.

Das nach meinem Eindruck sehr effektive und die Expansion der letzten Jahre tragende Management ruht seit Anfang 1998 in den Händen des Geschäftsführers Raimund Geene.

Gegenüber den Anfängen hat Gesundheit Berlin e.V. sein Gesicht grundsätzlich verändert: Durch die großen Projektbereiche Gesundheitsförderung, Patienten und Migration und zahlreiche Kleinprojekte sind mittlerweile 12 festangestellte und etwa 15 studentische Mitarbeiter/-innen in der Geschäftsstelle beschäftigt, die inzwischen über knapp 300 Quadratmeter Bürofläche in der Straßburger Straße verfügt. Aus den 23 Gründungsmitgliedern sind über 100 Mitglieder geworden, darunter auch die Senatsgesundheitsverwaltung.

Klare Struktur – von außen gesehen. Wie's da drinnen aussieht, geht keinen was an, weiß aber jeder, der schon einmal in diesem ebenso schwierigen wie reizvollen Schnittbereich zwischen bürgerschaftlichem und politischen Engagement einerseits und professioneller Arbeit andererseits gearbeitet hat.

Wie geht's weiter? Das Präventionsgesetz – brauchen wir das, was bringt das? Die 4. Säule der Gesundheitsversorgung – heiße Luft? Das alles ist ein noch offener Prozess. Wir wissen es nicht, wir wissen nur: ohne den Einsatz der vielen hundert Menschen, die sich im Laufe der letzten 10 Jahre in Gesundheit Berlin nachhaltig engagiert haben, wäre es nie zu der Diskussion gekommen, die wir heute zu diesem Thema führen.

Herzlichen Glückwunsch! *Rolf Rosenbrock*

## gesundheitsziele.de legt Bericht vor

Das seit Ende 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Kooperation mit der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft durchgeführte Projekt gesundheitsziele.de hat einen umfassenden Bericht vorgelegt, der im ersten Teil die konzeptionellen Rahmenbedingungen des Projektes darstellt und in Teil II die Ergebnisse der fünf Arbeitsgruppen dokumentiert. Der Bericht kann kostenlos bestellt werden bei der GVG Postfach 13 02 45, 50496 Köln oder elektronisch unter E-Mail team15@gvg-oeln.de.

## Erster Qualifizierungskurs für Migrantinnen und Migranten erfolgreich abgeschlossen

Der Gemeindedolmetschdienst Berlin hat seinen ersten Qualifizierungskurs für Sozialhilfe empfangende Migrant(inn)en abgeschlossen. 23 Teilnehmer/-innen aus fünf Kulturkreisen erhielten im Oktober in Berlin-Kreuzberg ihr Zertifikat. Sie stehen nun interessierten gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten mit ihren Klienten/Patienten zur Verfügung. Terminabsprachen über den Gemeindedolmetschdienst Berlin.

Gleich anschließend startete jetzt der zweite Kurs, in dem diesmal auch persisch- und tschechischsprachige Gemeindedolmetscher/-innen ausgebildet werden. Damit eröffnen sich für sie neue berufliche Perspektiven. Als Sprachmittler können sie zukünftig in medizinischen und sozialen Einrichtungen die Kommunikation zwischen Personal und nicht-deutschsprachigen Patienten verbessern. Die Vorsitzende des Trägervereins Gesundheit Berlin e.V., Gesundheitssenatorin Heidi Knake-Werner, begrüßte den erfolgreichen Abschluss des für Berlin ersten Qualifizierungskurses: „Die Ausbildung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Sinne von „community interpreters“ ist Teil der äußerst wichtigen sozialpolitischen und interkulturellen Aufgabe, die medizinische und soziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu erleichtern und zu verbessern“ sagte Knake-Werner und versprach, den Gemeindedolmetschdienst in seiner

Entwicklung zu unterstützen. Knake-Werner ist überzeugt, dass „der Einsatz von gezielt ausgebildeten Kräften ein wichtiges Element der interkulturellen Öffnung der Regeldienste ist“. Bislang werde die Versorgung von Migrantinnen und Migranten häufig durch sprachliche oder kulturelle Kommunikationsprobleme erschwert. Lehrgangleiter Hans-Jürgen Lorenz begrüßte die Absolvent(inn)en. „Nun stehen die Gemeindedolmetscher/-innen für bezahlte Einsätze in gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen zur Verfügung“ sagte Lorenz. Die Planungen für einen professionellen Vermittlungsdienst liefen bereits, „auch wenn die langfristige Finanzierung noch nicht geklärt ist“. Der Bedarf für die Dienstleistung sei jedoch sehr groß, was das Interesse von z.B. der Caritas, der Charité oder der Vivantes-Kliniken beweise. Die Qualifizierungskurse werden von der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL finanziert und von der Landesarbeitsgemeinschaft für

Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V., getragen. Die Kursteilnehmer lernten die Grundzüge des Gesundheits- und Sozialwesens, Recht und Ethik sowie Übersetzungen und Fachterminologien kennen. Des Weiteren standen „interkulturelle Kompetenz und Kommunikation“ auf dem Stundenplan. In mehrwöchigen Praktika, unter anderem in Krankenhäusern und Bezirksämtern, wurden die erworbenen Kenntnisse vertieft und praktisch angewendet. Bewerbungen für den dritten Kurs Mitte 2004 sind ab sofort möglich. Interessenten/-innen, die sich zum/zur Gemeindedolmetscher/-in ausbilden lassen möchten, können sich ab sofort beim Gemeindedolmetschdienst Berlin schriftlich bewerben (mit Anschreiben, Lebenslauf, Zeugniskopien und einem Foto). Voraussetzung für die Teilnahme ist der Bezug von Sozialhilfe (keine Arbeitslosenhilfe/-geld) Bitte Kopie des aktuellen Sozialhilfebescheids der Bewerbung beifügen. Bewerbungsschluss ist der 15. April 2004  
*Johannes Strotbek*

**Terminabsprachen für die Gemeindedolmetscher, Kontakt und Informationen:**  
 Gemeindedolmetschdienst Berlin  
 Patricia Elsner  
 Müllenhoffstraße 17, 10967 Berlin  
 Tel: 030- 443190-90, Fax: 030- 443190-93  
 E-Mail: post@gemeindedolmetschdienst-berlin.de  
 www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de

## Wie war das mit dem Setting-Ansatz?

Zwei aktuelle Veröffentlichungen verschaffen Überblick im Dickicht gesundheitsfördernder Konzepte und Begriffe.

Wer sich heute in Theorie oder Praxis mit Gesundheitsförderung beschäftigt, kennt und nutzt die Leitbegriffe wie Setting-Ansatz, Evidenzbasierung, Empowerment oder Partizipation – doch ist auch in jedem Fall klar, welche Inhalte und Konzepte sich damit verbinden? Das Lehrbuch der Gesundheitsförderung von Jennie Naidoo und Jane Wills liegt nun erstmals in deutscher Sprache vor. In 19 Kapiteln schlagen die Autorinnen den Bogen von den konzeptionellen Grundlagen (Was ist Gesundheit und was kann es bedeuten, sie zu „fördern“?) über Strategien und Methoden bis hin zur Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen. Der Untertitel des englischen Originals „Foundations for Practice“ – macht deutlich, dass hier keine bis in die letzten

Verästelungen von Theorie und Praxis reichenden Ausführungen zu erwarten sind. Vielmehr soll das Buch in verständlicher Form einen Überblick über das multidisziplinär geprägte Handlungsfeld der Gesundheitsförderung verschaffen. In den Text eingebettete Beispiele, Übungen und Diskussionsanregungen machen das Lehrbuch zum Arbeitsbuch. Erfreulich ist, dass auch sonst eher randständigen Themen wie der „Ethik der Gesundheitsförderung“ Raum gegeben wird. Um den Nutzen dieses Arbeitsbuches weiter zu steigern, wäre es wünschenswert, die aus dem englischen Original übernommenen Literaturangaben in einer späteren Neuauflage durch deutschsprachige Quellen zu ergänzen. Wer schon jetzt auf der Suche nach vertiefender Literatur aus dem

deutschsprachigen Raum ist, wird in der zweiten aktuellen BZgA-Veröffentlichung Leitbegriffe der Gesundheitsförderung fündig. Das „Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung“, so der Untertitel, liegt nun in vierter und vollständig überarbeiteter Auflage vor. 91 Begriffe aus Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung werden in kompakten Artikeln von Experten und Expertinnen der deutschsprachigen „Szene“ dargestellt und durch Querverweise in ihrer konzeptionellen Vernetzung erschlossen. Zu jedem Artikel finden sich weiterführende Literaturhinweise, hier auch zahlreiche deutschsprachige Quellen.  
*Holger Kilian*

Naidoo, Jennie; Wills, Jane 2003: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gamburg. 13,50 Euro + Versandkosten. Und: BZgA (Hrsg.) 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Schwanheim a.d.Seitz, 17,80 Euro + Versand.

## Rolf D. Müller im Interview

Der Vorstandsvorsitzende der AOK Berlin wurde im Oktober gemeinsam mit Gesundheitssektorin Heidi Knake-Werner zum Vorstandsvorsitzenden von Gesundheit Berlin e.V. gewählt. Im Interview mit dem Infodienst plädiert er für eine „Präventionsoffensive“.

**Info-Dienst:** Viele Gesundheitsförderer verbinden mit ihrer Wahl zum Vorstandsvorsitzenden von Gesundheit Berlin e.V. große Erwartungen an eine Bündelung der gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten. Zu Recht?

**Müller:** Ich bin der Überzeugung, dass die Prävention zu den großen Zukunftsaufgaben unserer Gesellschaft und ganz besonders unseres Gesundheits- und Bildungswesens gehört. In meiner Funktion als Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin habe ich dazu beigetragen, dass die AOK Berlin eine gestaltende Rolle in der Prävention und speziell der Gesundheitsförderung einnimmt. Wichtig ist dabei, dass die Angebote die Menschen erreichen. Deshalb arbeiten Experten unseres Hauses mit Spezialisten unterschiedlicher Art zusammen. Wichtige Erfahrungen sind dabei gesammelt worden, die ich gerne in meine Arbeit für Gesundheit Berlin e.V. einbringe.

**Info-Dienst:** Wo müssten nach Ihren Erfahrungen im Bereich der Prävention die Prioritäten gesetzt werden?

**Müller:** Zunächst ist wesentlich, dass Prävention für die Gesellschaft als selbstverständliches Gesundheitsangebot vorgehalten wird.

Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, in sämtlichen Lebenssituationen die Bedeutung der Prävention zu etablieren. Neben der Familie fallen Kindergarten, Vorschule, Schule und Betrieb die Aufgabe zu, im jeweiligen Bereich die Voraussetzungen für die Stärkung des Präventionsgedankens zu schaffen. So kann gleichsam eine „Präventionsoffensive“ erreicht werden. Es ist bekannt, dass Menschen mit sozialen Benachteiligungen bislang nur unzureichend gesundheitsfördernde Maßnahmen annehmen. Aus der Gesamtforderung hat die Gesellschaft die herausfordernde Aufgabe, gerade für diese Mitbürger bessere Voraussetzungen zu schaffen. Die besondere Herausforderung besteht darin, die Maßnahmen so auszugestalten, dass durch Stärkung der Eigeninitiativen das Gesundheitsbewusstsein in dieser Bevölkerungsgruppe nachhaltig verbessert wird. Folgerichtig müssen deshalb über das Gesundheitswesen hinaus weitere Bereiche, wie z.B. Bildung, Umwelt- und Verbraucher

schutz, Stadtentwicklung, Sportverbände und Wirtschaft einbezogen werden. Die bisherige alleinige Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Gesundheitsförderung reicht nicht aus, wenn man den vernetzten Ansatz als zukunftsorientierten Weg für eine verbesserte Gesundheitsförderung wählt.

**Info-Dienst:** Wie kann man sich auf prioritäre Handlungsfelder verständigen? Welche Akteure können einbezogen werden?

**Müller:** Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland ein mit großem Aufwand aufgebautes System der Gesundheitsberichterstattung, das auch in Berlin auf regionaler Ebene implementiert worden ist. Die Ergebnisse der Bundes- und Landesgesundheitsberichterstattung geben uns Aufschluss über gesundheitliche Problemlagen auf verschiedensten Ebenen. Der Auflösungsgrad der Berichte reicht von Aussagen über die Bevölkerung Deutschlands bis hin zu lokalen Analysen einzelner Berliner Bezirke. Aus diesen Ergebnissen lässt sich unschwer ein breites Spektrum denkbarer Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten.

Angesichts der knappen finanziellen Mittel kommt der Entscheidung, welche dieser Handlungsfelder prioritär zu bearbeiten sind, größte Bedeutung zu. Aus diesem Grund sollten an dieser Entscheidung soweit als möglich alle relevanten Akteure beteiligt sein. Aus meiner Sicht zählen dazu in jedem Fall die Ärzteschaft und die Krankenkassen sowie Vertreter des Landes bzw. der Kommunen (für das öffentliche Gesundheits- und das Bildungswesen). Es wird überdies wesentlich sein, aus den vielen Erkenntnissen möglichst konkrete, praktikable Angebote der Gesundheitsförderung unter Schwerpunktsetzung zu erarbeiten.

**Info-Dienst:** Im Diskussionsentwurf des Eckpunkteplans zum Präventionsgesetz kommt Gesundheitskonferenzen eine starke Bedeutung zu. Welche Vorstellungen haben Sie zu der Gestaltung dieses Prozesses?

**Müller:** Die Nutzenstiftung von groß angelegten Gesundheitskonferenzen ist stets zu hinterfragen. Entgegen öffentlichen Bekundungen lehrt die bisherige Erfahrung, dass für die praktikable Arbeit nur eingeschränk-

te Erkenntnisse gewonnen und diese nur in wiederum beschränktem Umfang in konkrete Vorhaben umgesetzt werden. Wenn gleichwohl auf solche Konferenzen nicht verzichtet werden kann, sollten allenfalls globale Ansätze erörtert werden, die dann die Grundlage für Strategien sein können. Für mich ist die Ergebnisorientierung des Handelns oberstes Ziel. Deshalb bin ich der Überzeugung, dass wir die Prävention lähmen, wenn die großen Gesundheitskonferenzen die Plattform für abschließende Richtungsentscheidungen bilden. Ich meine, wir sollten uns die Kreativität erhalten und andere Formen finden, in denen wir unter Einbindung aller relevanten Akteure Entscheidungen über die vorrangigen Handlungsfelder fällen.

**Info-Dienst:** Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte: Können Sie hier angesichts der aktuellen Diskussion um die Zukunft der GKV optimistisch sein?

**Müller:** Gerade vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen kann ich diese Frage für die Krankenkassen uneingeschränkt bejahen. Seit der Wiedereinführung der Prävention in den GKV-Leistungskatalog im Jahr 2000 hat die AOK Berlin ihre Präventionsangebote im Setting kontinuierlich und qualitätsgesichert ausgebaut.

Dabei ist uns eines über die Zeit hinweg klar geworden: Es gibt nicht den idealen Zugang oder die optimale Konstellation für einen Setting-Ansatz. Denn auch wenn sich die Zielgruppen generell über demographische Faktoren beschreiben lassen – jede davon ist einzigartig und verlangt deshalb eine eigene Vorgehensweise. Und diese Vorgehensweise lässt sich nur über eine enge Zusammenarbeit – auch mit den Menschen vor Ort – erreichen. Die Nähe am Projekt und die konstruktive Einbindung einer Vielzahl von Akteuren ist deshalb eine der Hauptvoraussetzungen für ein Gelingen von solchen Maßnahmen.

Wir haben aus diesen Erfahrungen zweierlei gelernt: Auf diesem Weg gibt es keine kurzfristigen Erfolge, hier müssen viele Beteiligte mit langem Atem zusammenarbeiten. Unter diesen Bedingungen ist der Setting-Ansatz jedoch ein erfolgversprechender Weg, die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen zu verbessern. Für diesen Weg werde ich mich als Vorstandsvorsitzender von Gesundheit Berlin e.V. und als Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin gleichermaßen stark machen.

**Info-Dienst:** Vielen Dank für das Gespräch! Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

*Die Fragen stellte Carola Gold*

## Berichterstattung und Frauengesundheit

Auf Einladung des Berliner Netzwerks Frauengesundheit trafen sich 70 Expert/-innen zum Fachgespräch „Berichterstattung und Frauengesundheit in Berlin“ in der Senatsverwaltung. Vertreter/-innen von Initiativen und Projekten, der Krankenkassen und der Verwaltung, Wissenschaftlerinnen und Politikerinnen diskutierten Anforderungen an eine frauenorientierte Berichterstattung.

Dr. Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, verwies in ihrem Beitrag auf die positiven Ansätze die Berlin in Sachen Gesundheitsberichterstattung bereits vorzuweisen hat. Neben der Basisberichterstattung, die u.a. die sozialbedingten Unterschiede gesundheitlicher Chancen beleuchtet, sind ziel- und themenorientierte Spezialberichte feste Bestandteile des Berliner Berichtswesens. So wurden in diesem Jahr die Berichte zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen, die Auswertung der Diagnose- und Daten der Berliner Krankenhauspatient/-innen und der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen veröffentlicht. Zwar geben diese Berichte Hinweise auf gesundheitsbezogene Entwicklungen und Probleme, die Senatorin verwies jedoch kritisch auf die bestehenden Defizite hinsichtlich der Handlungsempfehlungen.

Hoffnungen auf eine entsprechende Beratung der Gesundheitspolitik verbindet Heidi Knake-Werner unter anderem mit dem neu entstehenden Institut „Gender in Medicine“ der Humboldt- und Freien Universität.

Mit den Potenzialen der Berliner Berichterstattung zur Identifikation gesundheits- und krankheitsfördernder Faktoren bei Frauen beschäftigte sich Sabine Hermann in ihrem Beitrag. Sie erläuterte die vorhandenen Datenbestände, auf die die Senatsverwaltung in ihrer Berichterstattung zurückgreifen kann. Auch Berlin orientiert sich in der Berichterstattung an den gemeinsamen Indikatoren der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. 53 % dieser 125 Indikatoren werden geschlechtsspezifisch erhoben.

Über die Verknüpfung vorhandener Datensätze lassen sich wichtige, auch geschlechtsdifferenzierte, Aussagen z.B. im Bezug auf verschiedene, die Lebenserwartung beeinflussende Faktoren treffen. Die Datenanalyse gibt hier Anhaltspunkte, um hinsichtlich sozialbedingter Faktoren regional tätig werden zu können.

Auch Sabine Hermann betonte, dass die solide Datenbasis nur ein Teil erfolgreicher Berichterstattung ist. Maßgeblich sei die Erarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen unter Einbeziehung der Beteiligten und des Sachverständigen der Expert/-innen. Der Identifikation

gesundheitlicher Problemfelder sollte der Implementierung von Gesundheitszielen und die Evaluation der Maßnahmen folgen. Bislang fehlte es in Berlin an einem organisatorischen Rahmen, der diesen Prozess absichert.

Aber auch hinsichtlich der Datenbasis bestehen Defizite, die bereits eine Bestandsaufnahme behindern. So verständigte sich zwar die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Frühjahr dieses Jahres auf verstärkte Anstrengungen zur Integration der Migrant/-innen in den Gesundheitsbereich. Entsprechende Daten sind jedoch, auch auf Grund neuer gesetzlicher Regelungen im Einwanderungsgesetz, kaum verfügbar.

Dr. Jutta Begenau brachte mit ihrem Beitrag die Diskussionen und Erfahrungen aus der Erarbeitung des Frauengesundheitsberichts für Deutschland (2001) ein. In ihm wurden die Forderungen der WHO an Frauengesundheitsberichterstattung umgesetzt. Er gibt damit Orientierungshilfe für entsprechendes Berichtswesen in Ländern und Kommunen. Dabei ist entscheidend, die relevanten gesundheitlichen Risiken und Ressourcen für Frauen zu identifizieren. Männer und Frauen haben nicht nur spezifische gesundheitliche Situationen, sondern auch soziale Zusammenhänge wie Familie und Partnerschaft können unterschiedliche Risiken und Potenziale bergen.

Die Berliner Basisberichterstattung folgt noch vorrangig einer an klassischer männlicher Erwerbsbiographie orientierten Struktur. Lebensbereiche wie Partnerschaft und Familie werden nicht oder nicht differenziert dargestellt. Auch der Berliner Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen vermag hier keine hinreichend detaillierten Informationen zu geben. Gerade für präventive Maßnahmen bedarf es jedoch der genauen Identifikation gesundheitsfördernder oder -schwächender Faktoren in den heterogenen Gruppen „Alleinerziehender“ oder „Hausfrauen“.

Neben der Erweiterung des bisherigen Lebenslagenkonzepts der Basisberichterstattung fordert Jutta Begenau deshalb entsprechende Spezialberichte und eine differenzierte Sozialberichterstattung. In Arbeitsgruppen wurden dann Handlungs-

felder und Erfordernisse für besondere gesundheitliche Risiken diskutiert.

Dabei zeigte sich, dass in der Praxis in erheblichem Umfang „Graumaterial“ vorhanden ist, das für die Datenbasis erschlossen werden könnte. So verwiesen Projekte der Suchthilfe auf vorhandene Expertisen ihrer Arbeit, berichteten aber auch von großem Ressourceneinsatz für eine Projektdokumentation, deren Nutzen sich nicht in jedem Fall erschließt. Die fehlende (Gesundheits-) Zielorientierung bei dieser Erhebung erschwert dann auch die Einbeziehung der Daten in die Basisberichterstattung. Dass suchtgefährdete Mädchen der Unterschicht mit den vorhandenen Interventionskonzepten nicht erreicht werden, kann durch Studie und Praxiserfahrungen belegt werden, entsprechendes Datenmaterial ist kaum verfügbar. Hier forderte Carmen Walcker-Mayer von „FrauSuchtZukunft“ ein Dokumentationssystem, das die Projekte im zielorientierten Ressourceneinsatz unterstützt und Aussagen über die Wirksamkeit verschiedener Strategien ermöglichen kann.

**„Die Berliner Basisberichterstattung folgt noch einer klassischen männlichen Erwerbsbiographie“**

Eine Initiative zur quantitativen Erhebung häuslicher Gewalt bei Frauen und Kindern präsentierte Dr. Elisabeth Ziemer, Gesundheitsstadträtin von Tempelhof-Schöneberg. Der Bezirk reagierte damit auf den Mangel in den bisherigen Statistiken, wo Gewaltfälle zur Zeit nicht ausgewiesen werden. Jetzt wurden Mitarbeiter/-innen des Bezirksamts in einer speziellen Schulung für das Thema häuslicher Gewalt sensibilisiert, um dann in den Beratungsgesprächen auf mögliche Hinweise reagieren zu können. Ein entsprechender Fragebogen steht seit August zur Verfügung und für Januar 2004 ist eine erste Auswertung geplant. Für den Erfolg der Befragung war entscheidend, dass die Mitarbeiter/-innen die nötigen Kompetenzen erwerben konnten und nun auch mit großem Engagement die Erhebung unterstützen. In der Arbeitsgruppe wurde auch für die Senatsstatistik eine Ausweisung der Fälle häuslicher Gewalt gefordert. Gewalt als Gesundheitsrisiko und die Erfahrungen aus Tempelhof-Schöneberg sollten darüber hinaus bei der Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes Berücksichtigung finden. Gesundheitliche Folgen von Gewalt waren auch ein Schwerpunkt in der Diskussion der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen. Hinsichtlich Verständlichkeit, Erreichbarkeit und Bedarfsermittlung müssen besondere Hürden überwunden werden, um Akzeptanz

in den Zielgruppen zu finden. Viele Projekte und Studien können hierzu wertvolle Hinweise geben. So stellte Dr. Theda Borde ihre Erfahrungen zur Ermittlung des Migrationshintergrunds vor. Ingrid Papies-Winkler berichtete von entsprechenden Diskussionen mit Vertreter/-innen der Vivantes-Kranken-

häuser und des Immanuel Krankenhauses, das deutsche Pilotprojekt im WHO-Projekt ‚Migrant friendly Hospital‘. Es bestehen in Berlin also gute Voraussetzungen zur Formulierung einheitlicher Indikatoren. Die Tagung hat Mut gemacht. Sie zeigte die Potenziale für ein geschlechterdifferenzier-

ten Berichtswesens auf, aber vor allem wurde die große Bereitschaft der Akteure deutlich sich in diesen Prozess aktiv einzubringen. Der Auswertung dieses Fachgesprächs mit Heidi Knake-Werner können also nächste Arbeitsschritte folgen.

*Carola Gold*

## Frauen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie

Im Rahmen der Präventions- und Gesundheitsförderungsinitiative „Mehr Gesundheit für alle“ unterstützt der BKK Bundesverband eine weitere Zielgruppe: Frauen, insbesondere Migrantinnen. Gemeinsam mit Gesundheit Berlin e.V. werden in diesem Zusammenhang seit Oktober diesen Jahres zwei Projekte gefördert.

Aufgrund ihrer Mehrfachbelastung durch Familie, Haushalt und Beruf erfüllen viele Frauen mehrere Rollen gleichzeitig und sind mit vielen sehr unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert. Besonders in traditionellen Familienstrukturen mit klarer Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen verlangen Haushaltsführung, Kindererziehung, Umgang mit Problemen in der Familie, dazu ggf. eine berufliche Tätigkeit den Frauen einiges ab. Zu Recht vergleicht man ihre Fähigkeiten und ihr Leistungsvermögen mittlerweile – will man Fachjargon benutzen – mit Management-Qualitäten.

Die tagtägliche Beanspruchung kann aber auch schnell über die Belastungsgrenzen hinausgehen, Stress erzeugen und zu Erkrankungen führen. Der Vorbeugung bzw. Heilung von Erkrankungen wird dabei nur wenig Aufmerksamkeit seitens der Frauen selber und seitens der Familie geschenkt. Eine Teilnehmerin der unten beschriebenen Projekte meint dazu treffend: „Und wenn wir 39 Grad Fieber haben, die Kinder müssen versorgt, das Essen gekocht, die Wohnung geputzt werden. So sieht es in der Realität aus. Wer außer uns sollte das machen?“

Der BKK Bundesverband und Gesundheit Berlin e.V. setzen sich deshalb mit zwei Projektmodulen das Ziel, türkischsprachige Migrantinnen in ihrer Kompetenz als Gesundheitsmanagerinnen der Familie zu stärken. Durch gezielte Information und Austausch mit Anderen soll erreicht werden, dass die alltäglichen Anforderungen vor allem stressfreier bewältigt werden können, um damit die Energie und Ressourcen der Frauen zu schonen.

### Türkischsprachiges „Kiez-Kochbuch“

Ein Projektmodul befasst sich intensiv mit dem Thema „Ausgewogene und gesunde Ernährung“, das aufgrund der Übergewichts-Problematik besonders bei türkischsprachigen Kindern und Jugendlichen in den Fokus des Gesundheitswesens und natürlich auch der Krankenkassen gerückt ist. Gemeinsam mit dem Migrantinnentreff des Interkulturellen Gemeinwesenenzentrums mit Gesundheitsförderung entwickelt Gesundheit Berlin e.V. ein türkischsprachiges „Kiez-Kochbuch“ für den BKK Bundesverband, das neben Rezepten, die zu einer ausgewogenen Ernährung beitragen, auch Informationen über gesunde Ernährung, über Vorbeugung von Übergewicht bei Kindern und über Essstörungen enthält. Besonders berücksichtigt werden dabei die spezifischen Ernährungsgewohnheiten des türkischsprachigen Kulturraumes bzw. die Art und Weise, wie türkischsprachige Familien sich ernähren. In einem Kursangebot, das aus Gruppengesprächen und Kocheinheiten besteht, wird das Thema Ernährung in die Praxis umgesetzt sowie Raum für Information und Diskussionen gegeben. Aufschlussreich für die bedarfsgerechte Gestaltung des Kochbuchs sind die von den Frauen subjektiv empfundenen Probleme bei der Ernährung ihrer Familie. Die Frauen erhalten im Gegenzug qualitätsgesicherte Informationen und werden dabei unterstützt, ihre Familie gesund zu ernähren und ernährungsbedingten Problemen vorzubeugen.

### Treffpunkt für Gesundheitsfragen

Mit dem zweiten Projektmodul wird ein Frauen-Internettreff aufgebaut, der Migran-

tinnen als Anlaufpunkt für gesundheitliche Fragestellungen dienen soll. Gefördert wird hier vor allem das gesundheitsfördernde Potenzial von Migrantinnen im Sinne einer Selbsthilfestruktur. Das Projekt wird von Gesundheit Berlin e.V. im Setting Kiez gemeinsam mit dem AWO Begegnungszentrum Adalbertstraße umgesetzt und beinhaltet einen Kurs, in dem Gesundheitsthemen wie Frauengesundheit, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für die ganze Familie, Erziehung von Kindern und Jugendlichen, Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, u. ä. gemeinsam diskutiert werden. Geeigneter Aufhänger, um sich mit diesen Themen auseinander zu setzen, ist dabei die gleichzeitige Schulung im Umgang mit dem Internet. Das Internet wird dazu genutzt, Informationen und Unterstützungsangebote auf einfache Art und Weise zu recherchieren. Die acht Frauen, die die Schulung durchlaufen, übernehmen eine Multiplikatorinnenfunktion innerhalb ihrer eigenen Community und werden als Ansprechpartnerinnen für Gesundheitsfragen auch nach Abschluss des Projektes im Begegnungszentrum zur Verfügung stehen. Intensiv vorbereitet werden sie darauf in der Schlussphase des Projektes. Geplant sind feste Öffnungszeiten des Frauen-Internettreffs sowie die selbstständige Organisation von Infoveranstaltungen und Gesprächskreisen von Migrantinnen für Migrantinnen. Mehr über die Projektmodule wird im Rahmen der Veranstaltung „Mehr Gesundheit für alle“ am 4. Dezember 2003 berichtet. Dort werden die für die Projektkoordination und -durchführung verantwortlichen Mitarbeiterinnen Andrea Möllmann und Tülin Duman die Projektmodule präsentieren.

*Andrea Möllmann*

# Kinder und Jugendliche

## Schulgesundheit in Berlin / Leitfaden Gewalt gegen Kinder im Internet

### Schulgesundheit in Berlin

Die Kreuzberger Jens-Nydahl-Schule liegt im Quartier Kottbusser Tor ? mitten in einem „sozialen Brennpunkt“, gekennzeichnet durch hohe Arbeitslosigkeit, überdurchschnittlich viele Sozialhilfe-Empfänger/innen, hohe alltägliche Gewaltbereitschaft und eine auch im Straßenbild präsen- te Drogenszene. Vom zweiten Teil des Fachforums Schulgesundheit im Oktober 2003.

Der überwiegende Teil der Grundschüler/-innen kommt aus sozial schwachen Familien, 92 Prozent sind nicht-deutscher Herkunft.

Doch angesichts der schwierigen Ausgangsbedingungen pädagogischer Arbeit herrschen an der Jens-Nydahl-Schule keineswegs Verzweiflung und Resignation. Im Rahmen des zweiten Fachforums „Schulgesundheit in Berlin“ stellte die Schulleiterin Manuela Seidel dar, wie mit Ideen, Engagement und Kompetenz versucht wird, den Schüler/innen ein Lebens- und Lernumfeld zu schaffen, das viele soziale und gesundheitliche Benachteiligungen ausgleicht und auch in den außer-schulischen Alltag wirkt. Frau Seidel konnte zahlreiche Beispiele auf-führen:

- Das Projekt „Klasse 2000“ begleitet einzelne Klassen über vier Jahre hinweg und sensibilisiert die Schüler/innen für gesundheitliche Themen, insbesondere zu Suchtgefahren.
- Konflikte zwischen Schüler/innen, die früher oftmals gewalttätig verliefen, können heute durch Mitschüler/innen gelöst werden, die zu Konfliktlotsen ausgebildet

wurden und denen inzwischen ein eigener „Konfliktlotsenraum“ zur Verfügung steht.

- Großer Wert wird auf die aktive Einbindung der Schüler/innen gelegt. Es gibt an der Schule die Institution der „Kinderkonferenz“, auch erforschen die Kinder mit Unterstützung der bezirklichen Plan- und Leitstelle als „Kiezdetektive“ ihr Quartier und entwickeln Vorschläge, was aus ihrer Sicht verbessert werden sollte.
- Auf die Probleme unregelmäßiger und un- ausgewogener Ernährung der Kinder (vgl. hierzu den Beitrag „Chinanudeln statt Schulkantine“ im letzten Info-Dienst) reagiert die Schule mit dem Angebot eines gemeinsamen Schulfrühstücks. Das Mittagessen der Hortkinder in der Schulkantine wird gemeinschaftlich eingenommen, um die sozial Bedeutung gemeinsamen Essens herauszustellen.

Neben der eindrucksvollen Darstellung der Vielzahl gesundheitsfördernder Aktivitäten zeigte Frau Seidel auch die Grenzen auf, die dem schulischen Engagement gesetzt sind: Wenn die Maßnahmen zusätzliche finanzielle Mittel erfordern, dann sind sie ohne

externe finanzielle Unterstützung nur schwer umsetzbar. Auch gelingt es kaum, die Eltern nicht-deutscher Herkunft aktiv in die gesundheitsfördernde Schulentwicklung einzubinden und so zu gewährleisten, dass Initiativen zu Hygiene, Ernährung oder Sprachentwicklung auch im familiären Alltag weiter wirken. Viele dieser Probleme wurden auch im zweiten Beitrag des Fachforums thematisiert, der die schulische Gesundheitsförderung in bezirklicher Perspektive behandelte: Abdel Moniem Mukhtar präsentierte die Ergebnisse einer Bestands- und Bedarfsanalyse schulischer Gesundheitsförderung im Bezirk Mitte, die als Public Health-Magisterarbeit in Zusammenar- beit mit der bezirklichen Plan- und Leitstelle erstellt worden ist. An der Befragung An- fang 2003 hatten sich 78 Schulen des Be- zirks (91 Prozent) beteiligt und Angaben zu gesundheitsfördernden Aktivitäten für Schüler/innen und Lehrer/innen gemacht. Diese wurden zu einem Punktwert („Sum- menscore“) für jede befragte Schule zusam- mengezogen und mit weiteren Angaben zum Schultypus oder den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung abgeglichen, um Aussagen zu Interventionsschwerpunkten und zur Bedarfsgerechtigkeit der Angebote machen zu können.

Als ermutigende Ergebnisse konnte festge- stellt werden, dass Schulen mit hohem An- teil sozial schlechter gestellter Schüler/-innen besonders aktiv bei der gesundheits- fördernden Gestaltung des schulischen All- tags sind. Besonders zahlreich finden sich Aktivitäten an Grundschulen, während Gym- nasien mit ihrer sozial etwas besser gestell- ten Schülerschaft hier etwas zurückhalten- der sind. Gleichzeitig zeigt die Erhebung auch Entwicklungsbedarf auf: So werden die Lehrer/innen als stressbelastete Akteu- re nur selten in gesundheitsfördernde Maß- nahmen einbezogen. Auch gelingt es in vie- len Schulen nicht, Eltern in die gesundheits- fördernden Angebote einzubinden und damit deren Nachhaltigkeit zu sichern.

#### Erschließung zusätzlicher Finanzierungs- quellen

Besonders wichtig für nachhaltige schuli- sche Gesundheitsförderung ist die Er- schließung zusätzlicher Finanzierungsquel- len. Etwa jede zehnte Schule erhält bei der Durchführung ihrer gesundheitsfördernden Angebote die finanzielle Unterstützung einer Krankenkasse, in sechs Schulen wurde ein Förderverein gegründet, der die schulischen Aktivitäten unterstützen soll.

Der größte Teil der Schulen muss mit den vorhandenen „Bordmitteln“ arbeiten, was den Aktivitäten enge Grenzen setzt.

Doch vielleicht ändert sich dies schon in naher Zukunft: Vermittelt und moderiert durch die Plan- und Leitstelle Mitte, wird derzeit eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „anschub.de“ der Bertelsmann-Stiftung vorbereitet, das anschließend an die Ergebnisse der vorliegenden Bestandsaufnahme eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der schulischen Gesundheitsförderung im Bezirk Mitte unterstützen wird. *Holger Kilian*

## Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ jetzt im Internet

Der 2002 erschienene Leitfaden für Ärzte „Gewalt gegen Kinder“ steht jetzt in elektronischer Form im Internet unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) zur Verfügung.

Als eine Art „Erste-Hilfe-Koffer“ für das Fachpersonal in Praxen und Kliniken soll der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ dienen. In den oft dringenden Fällen wird nun der Zugang zu wertvollen Tipps über Handlungsmöglichkeiten oder rechtliche Rahmenbedingungen von jedem Internet-Computer aus ermöglicht. Unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) finden sich die Informationen schnell und einfach „auf einen Klick“.

Die von Gesundheit Berlin e.V., der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, der Techniker Krankenkasse und dem Landesjugendamt herausgegebenen Informationen wurden im Rahmen eines Projekts der MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH für das Internet aufbereitet.

Innerhalb des neuen Internetauftritts von Gesundheit Berlin e.V. sind die hilfreichen Texte sowie stets aktuelle Ansprechpartner und Adressen nach Schlagworten recherchierbar. *Johannes Strotbek*

Die schriftliche Version als Ordner ist zu bestellen beim  
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg  
Plan- und Leitstelle Gesundheit  
Urbanstraße 24, 10967 Berlin  
Tel. 030-90298-8317

## Altern und Gesundheit

### Durch Bewegung gesund und selbstständig / Vom Arbeitskreis Altern und Gesundheit

## Durch Bewegung gesund und selbstständig

Senioren werden zunehmend lediglich als „demographischer Faktor“ gesehen. Doch sie haben großes Potenzial, ihre Gesundheit in die Hand zu nehmen. Heinz Trommer vom Arbeitskreis Altern und Gesundheit berichtet vom Sportforum „Durch Bewegung gesund und selbstständig in Würde alt werden“, veranstaltet im Oktober vom Landessportbund in Kooperation mit Gesundheit Berlin, dem Charité Geriatriezentrum Berlin, der Gmünder Ersatzkasse und der Mercedes-Benz Niederlassung Berlin.

Der Präsident des Landessportbundes Berlin, Peter Hanisch, begrüßte die Teilnehmer als Partner der „Bewegung 2. Halbzeit“ und begründete die Zusammenkunft mit den Worten, dass „im Sport die Themen Gesundheit und Senioren vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und demographischen Entwicklung immer mehr in den Vordergrund rücken. Obwohl viele Erkenntnisse über die Bedeutung der Bewegung für das Wohlbefinden im Alter vorliegen, werden diese offenbar noch nicht ausreichend umgesetzt.“

In den folgenden Statements wurde diese Aussage interdisziplinär belegt: Prof. Heinz Mechling, Uni Bonn: „Aktuelle Entwicklungen und zukünftige Bedürfnisse“; Prof. Steinhagen-Thiessen, Charité Berlin: „Bedeutung von Bewegung in Geriatrie und Medizin gestern und heute“; Dr. Angelika Prehn, KV Berlin: „Der niedergelassene Arzt als Schnittstelle zwischen Patient und Sportverein. Warum gibt es noch keine Abrechnungsziffer für die Verordnung von Bewegung?“; Prof. Bertram Häusler, IGES: „Ökonomische Aspekte körperlicher Bewegung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung“ und Manfred v. Richthofen, DSB-Präsident: „Sportverbände und Sportvereine. Mit dem Sport sparen und mehr Lebensqualität gewinnen“.

In diesen Beiträgen und der anschließenden

Podiumsdiskussion wurde über die Zunahme der Lebenserwartung in der deutschen Bevölkerung, über die gesundheitlichen Defizite in Folge mangelnder physischer Aktivierung und über die erhöhten Anforderungen und Erwartungen in der Prävention und Gesundheitsförderung berichtet. Die Teilnahme an Senioren- und Gesundheitssportgruppen setzt Änderungen von Lebensgewohnheiten voraus, die vor allem durch wirksamere Kooperationen zwischen Ärzteschaft und Sportbund unterstützt werden sollten. Prävention und Gesundheitsförderung werden immer nachhaltiger als Gemeinschaftsaufgabe akzeptiert. Hochqualifizierte Angebote werden künftig insbesondere für jene eingesetzt, die bewusst mit hoher Eigenaktivität ihren Lebensstil ändern.

Gesundheit und Altern, Mobilität und Anpassungsbereitschaft beginnen im Kopf. Vom Arbeitskreis Altern und Gesundheit wird dem Landessportbund Berlin empfohlen, vor allem die Wechselwirkungen zwischen physischer, psychischer und sozialer Aktivierung im Senioren- und Gesundheitssport zu intensivieren. Es liegen inzwischen wertvolle Erfahrungen über die Kombination zwischen körperlichem und mentalem Training vor. Der Arbeitskreis ist bereit, die Fortbildung der Trainer von Sportgruppen diesbezüglich zu unterstützen. *Heinz Trommer*

## News aus dem Arbeitskreis Altern und Gesundheit

Im Oktober 2003 diskutierte der Arbeitskreis Altern und Gesundheit verschiedene interessante Themen und beteiligte sich an Veranstaltungen und Debatten. Der Arbeitskreis organisiert auch drei Foren für den 9. Kongress und Gesundheit.

Monika Klünder vom Institut für Gerontologische Forschung e.V. berichtete über die Studie „Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Pflege – Ohnmacht oder Selbstbestimmung“. Sie ging davon aus, dass die „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihr soziales Umfeld, also die Familien und den Freundeskreis, ein einschneidendes, belastendes Erlebnis ist, das bewältigt werden muss“.

Nach der empirischen Untersuchung gibt es relativ wenig individuelle Vorbereitungen im Vorfeld eines solchen möglichen Ereignisses: Überlegungen, wie man im Alter leben will, welche Chancen für ein selbstbestimmtes Leben auch künftig möglich sind und welche Wohnformen und Versorgungspotenziale im sozialen Umfeld vorhanden sind. Dazu gehört auch die rechtzeitige Verständigung über gegenseitige Hilfeleistungen.

Aus den vorliegenden Ergebnissen der Studie sind vor allem der Grad der Informiertheit und die Informationsbeschaffung in den Pflegehaushalten entsprechend der sozialen Lebenslage sehr unterschiedlich. Für ältere Betroffene ist es oft sehr schwierig, die erforderlichen Informationen sich selbst zu beschaffen. Sehr detailliert werden typische Probleme in den Pflegehaushalten beschrieben: So sind pflegende Partner/-innen oft selbst durch eigene altersbedingte Gesundheitsprobleme beeinträchtigt, während pflegende Kinder die Pflege mit eigenen Lebensplänen und Verpflichtungen in Übereinstimmung bringen müssen. Familiäre Konflikte können zusätzlich die häusliche Pflege belasten (Selbstbestimmung und soziale Kontakte gefährdet).

Professionelle Pflegekräfte können eine entscheidende Säule in der familiären Pflege sein („Puffer“ zwischen Pflegebedürftigen und häuslichen Pflegepersonen; gegenseitige Abhängigkeit und Angebundensein werden gelockert). Für allein Lebende, sozial isolierte Menschen sind sie oft der einzige Sozialkontakt: „Tor zur Welt“. Aus den Befragungen ist nachweisbar, wie unterschiedlich die Bedürfnisse und Erwartungen sind: erwünschte emotionale Nähe, Kundenmentalität oder anspruchslos und „pflegeleicht“.

Fazit: Es ist nicht leicht, den eigenen Anspruch auf Selbstbestimmung durchzusetzen, jedoch kann eine Kultur der gegenseitigen Hilfsbereitschaft den Alltag von Gepflegten und Pflegenden wesentlich bereichern. In der regen Diskussion zu diesem Thema wurden Erfahrungen aus den Berliner Stadtbezirken ausgetauscht. Besonders interessant waren die Hinweise aus dem Netzwerk im Alter Marzahn-Hellersdorf, über die Fritz Knöfel informierte (Themen Pflege – Wohnen – Mobilität).

Dr. Brigitte Jammer berichtete über den Verein „Miteinander wohnen“ im Berliner Stadtbezirk Lichtenberg, gegenwärtig leben in diesem Stadtbezirk insgesamt 49.000 Einwohner, der Wirkungsbereich der offenen Altenhilfe bezieht sich auf ein Wohngebiet mit 6.000 Einwohnern, davon sind 48% älter als 55 Jahre. Mit der Gründung des Vereins im September 1991 wurde von der Vorsitzenden Gudrun Hirche vom folgenden Konzept ausgegangen: „Die meisten Menschen wollen möglichst bis ans Lebensende in ihrer Wohnung bleiben, ihren Gewohnheiten nachgehen und vor allem in ihren Entscheidungen – auch finanziell – selbstständig sein. Dieser Wunsch ist erfüllbar. Dazu bedarf es in erster Linie eigener Aktivität, sozialer Einbindung, der Möglichkeit zur Kommunikation sowie der notwendigen Hilfe zur Selbsthilfe“.

Sehr anschaulich stellte Dr. Jammer die verschiedenen Etappen seit der Gründung dieses Vereins vor und gab einen beeindruckenden Überblick über die aktuellen Angebote und Projekte (420 Vereinsmitglieder, 24 Mitarbeiterinnen, 100 ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen): Ein vorrangiges Anliegen sind organisierte Beratung, Hilfe im Alltag und Kommunikationsangebote. Dazu werden Gesprächskreise, Arztvorträge, Treffs von Selbsthilfegruppen, Wanderungen, Gymnastik- und Tanzveranstaltungen, Fahrten zur Therme Templin und viele andere Angebote organisiert und von den Einwohnern außergewöhnlich gut angenommen.

1997 wurde der Club der aktiven 90jährigen gegründet (26 Mitglieder des Vereins sind älter als 90 Jahre), der monatlich zu Ge-

sprächen am Runden Tisch einlädt und die aktive Teilnahme an Veranstaltungen unterstützt. Vor wenigen Tagen wurde ein Kalender 2004 „Den Jahren Leben geben“ herausgegeben, dieser enthält die Biografien und Fotos der Club-Mitglieder.

Als ein gelungenes Beispiel der offenen Altenhilfe im Kiez wurde im Arbeitskreis die umfangreiche und vielfältige Tätigkeit dieses Vereins eingeschätzt. Gudrun Hirche formulierte das Ziel mit folgenden Worten: „Wir sind glücklich, beweisen zu können, dass geistige und körperliche Aktivität, vielfältige soziale Verbindungen und auch das Gefühl, nicht „abgeschrieben“ zu sein, die Lebensfreude unserer Seniorinnen und Senioren immer wieder neu erwecken. Das hilft über manche Krankheit hinweg und bedeutet auch, dass Pflegebedarf älterer Menschen deutlich zu minimieren ist, was in Zeiten knapper Gesundheitskassen nicht unerwähnt bleiben sollte.“

### Zusammenarbeit mit Vereinen und Institutionen

Der Arbeitskreis Altern und Gesundheit nahm an mehreren Veranstaltungen aktiv teil und vertiefte die Zusammenarbeit mit diesbezüglichen Vereinen und Institutionen, unter anderem im September an einer Veranstaltung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege in Hamburg, mit einem Vortrag „Altwerden und gesund bleiben“ in der Eröffnungsveranstaltung der Seniorentage in Parchim, an der Tagung der Beauftragten der Sozialkommissionen Friedrichshain/Kreuzberg und an der Fachtagung „2. Berlin-Brandenburger Pflgetage „Strategien zur trans- und interkulturellen Öffnung der Altenpflege und Altenhilfe“.

Im Oktober beteiligte sich der Arbeitskreis beim Deutschen Seniorentag 2003 in Hannover, einem Vortrag „Angst vor dem Altern in schwierigen Lebenslagen“ am Ersten Gesundheits- und Pflgetag im Rathaus Schöneberg, am 5. Symposium der Alzheimer Angehörigen-Initiative „Zuwendung schafft Lebensfreude“ in Berlin, am 1. Berliner Symposium der Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in Berlin sowie an der Veranstaltung „Durch Bewegung gesund und selbstständig in Würde alt werden“ im Berliner Sportforum.

Heinz Trommer

# Soziale, gesunde Stadt

## Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung / Der soziale Brennpunkt als Ort der Gesundheitsförderung

### Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung

Fünf Thesen zum Einstieg in das Thema gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung und eine Aufforderung zur Mitwirkung von der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Städte- und Gemeindeentwicklung (AG-GSE) im Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

In der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung (AG-GSE) kooperieren Akteure aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Lokale Agenda und Stadtentwicklung, aus Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel, den Blick der jeweils eigenen Profession auf die Zusammenhänge mit den anderen Bereichen zu richten und hier gegenseitig Kenntnis und Verständnis zu verbessern. Ein erstes Arbeitsergebnis dieser Kooperation sind die nachfolgenden Thesen zu den von der Arbeitsgruppe gesehenen Zusammenhängen und Handlungsnotwendigkeiten in den Handlungsfeldern Gesundheit, Umwelt und Stadtentwicklung. Die Thesen werden auf dem 9. Kongress Armut und Gesundheit am 5. Dezember 2003 in Berlin zur Diskussion gestellt.

#### 1. Der gegenwärtige gesellschaftlicher Wandel erzeugt vielfältige prekäre Lebenslagen.

Die soziale, ökologische und gesundheitliche Polarisierung in unserer Gesellschaft nimmt zu. Die gesellschaftlichen Organisationsformen und Lebensmuster der Industriegesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts verlieren im Übergang zur globalen Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts ihre soziale Integrationskraft. Politische Entscheidungen tragen dazu bei, diesen Prozess noch zu verstärken. Sehr viele Menschen werden dabei mit der Notwendigkeit konfrontiert, unter unsicheren äußeren Lebensbedingungen aktiv neue tragfähige Le-

bensmuster für ein gelingendes Leben zu entwickeln.

Die Entwicklung der sog. Zivilisationserkrankungen und der soziosomatischen Leiden zeigt, dass die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise gegenwärtig häufig nicht gelingt. Ein Mangel an stützenden Sozialbeziehungen, unzureichende Unterstützung durch das öffentliche Bildungs- und das Gesundheitswesen und fehlleitende wirtschaftliche Werbungs- und Konsummuster erzeugen prekäre und gefährdende Lebenslage, zunehmend bereits auch für junge Menschen.

Erhebliche Zuspitzungen in allen Bereichen sozialer Devianz (psychische und soziosomatische Leiden, aggressive Verhaltensweisen und Kriminalität) sind zu erwarten, wenn es nicht gelingt, einen bürgerschaftlichen Konsens über stützende Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Lebenskultur und ein gelingendes Leben zu schaffen.

#### 2. Städte und Gemeinden müssen neue Funktionen zur Sicherung der kommunalen Daseinsvorsorge übernehmen.

Die öffentlich verbreiteten Hoffnungen, die skizzierten Problemlagen ließen sich durch ein erneut forciertes Wirtschaftswachstum beheben, sind kaum begründet. In den Städten und Gemeinden werden die Folgen des gesellschaftlichen Wandels, der wirtschaftlicher Fehlsteuerung und des Fehlens

einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik besonders sichtbar. Hier schaukeln sich soziale Problemlagen auf und es entstehen in einzelnen Bereichen Verelendungs-Milieus, in denen Menschen ihre produktiven Lebenspotentiale verlieren.

Andererseits kann in Städten und Gemeinden auch solidarisches Handeln und bürgerschaftliches Engagement unmittelbar wirksam werden und zu gemeinsamen Anstrengungen motivieren. Als kleinste selbstständige politische Einheiten unseres Staatswesens sind Städte und Gemeinden daher auch Hoffnungsträger für kreatives Bürgerengagement, solidarisches Handeln und nachhaltige Entwicklungsanstrengungen.

Die geographische und soziale Verbundenheit mit dem jeweiligen Lebensort kann zu identitätsstiftender Zugehörigkeit und heimatlicher Bindung führen. Bei einem zunehmenden Bedeutungsverlust familiärer und beruflicher Bindungen gewinnen Städte und Gemeinden im Zeitalter der Globalisierung daher eine zunehmende soziale Stützfunktion für eine offene Lebensgestaltung der Menschen.

Diese muss sich vor allem bei denjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern bewähren, die in besonderer Weise auf soziale Anteilnahme und solidarische Unterstützung angewiesen sind. Tendenziell gehören zu dieser Bevölkerungsgruppe mit erhöhtem Gesundheitsrisiko alle Menschen, die nicht mit hinreichender Anteilnahme durch familiäre, schulische, betriebliche oder gemeinschaftliche Unterstützungs-Netzwerke rechnen können. Alleinstehende ältere Menschen, Alleinerziehende, Menschen mit geringem Bildungsstand, Migranten und Migrantinnen oder Langzeitarbeitslose geraten mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit in prekäre Lebenssituationen, gesundheitliche Gefährdung und wirtschaftliche Not.

Da sie in manchen Stadtteilen und Gemeinden bereits die Mehrheit bilden, geht es künftig angesichts der absehbaren demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung nicht mehr nur um die soziale Lage von Minderheiten, sondern um die Zukunft der Städte und Gemeinden als gemeinschaftlicher Lebensraum und als Orte sozialer Integration, bürgerschaftlicher Solidarität und stützender Heimat in einer sich globalisierenden wirtschaftlichen Wettbewerbsordnung.

Integrierende Programme gesundheitsfördernder Stadt- und Gemeindeentwicklung können dabei öffentliche Gemeinschaftsanstrengungen unterstützen.

### 3. Integrierte Programme gesundheitsfördernder Stadt- und Gemeindeentwicklung eröffnen neue Entwicklungschancen.

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ist bereits 1986 ein wegweisendes Programm veröffentlicht worden, in dem Handlungsebenen und Handlungsformen für eine wirksame öffentliche Politik der Gesundheitsförderung beschrieben wurden. In einem Mehrebenen-Konzept wird dabei ein Entwicklungsprozess beschrieben, bei dem eine Synergie aus:

- persönlicher Kompetenzentwicklung
- fördernden Gemeinschaftsaktivitäten
- verantwortungsbewusstem Organisationshandeln
- stützender kommunaler Umgebung und
- einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

entstehen kann. Im Gesunde Städte-Netzwerk werden diese Konzepte in praktische Initiativen umgesetzt.

Nachdem sich im Jahr 2000 im Rahmen einer Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Mexiko mehr als 80 Gesundheitsministerinnen und -minister dazu verpflichtet haben, in ihren Ländern nationale Aktionsprogramme für Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Ottawa-Charta zu entwickeln, besteht auch für Deutschland eine entsprechende Verpflichtung und Chance.

Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen, zahlreiche Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung und das Deutsche Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser haben in den letzten Jahren vielfältige Ansatzpunkte für eine beteiligungsorientierte Gesundheitsförderung in den Organisationen des Alltagslebens geschaffen. In vielen Städten und Gemeinden sind im Rahmen der „Lokalen Agenda 21“ neue Formen bürgerschaftlichen Engagements für eine nachhaltige Entwicklung entsprechend den Beschlüssen der UNO-Weltkonferenz von Rio de Janeiro im Jahr 1992 entstanden. Auch das Programm „Soziale Stadt“ leistet seit einigen Jahren vielfältige Anregungen für gemeinschaftliche Anstrengungen in besonders problembeladenen Stadtteilen. Die stärkere Verbindung dieser Leitprojekte auf der Ebene von Städten und Gemeinden kann zu einer wirkungsvollen Gestaltung nachhaltiger Kommunalentwicklung beitragen.

### 4. Für nachhaltige Entwicklungen sind tragfähige Infrastrukturen für gemeindeorientierte Gesundheitsförderung notwendig.

Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung erfordert neue Planungs- und Organisati-

onskompetenzen in den Kommunen. Entsprechend dem Handlungszyklus kommunaler Gesundheitsförderung müssen die Fähigkeiten zur sachlich begründeten Problembestimmung („Daten für Taten“), zu partizipatorischen Bewertungsverfahren („Gesundheitsförderungs-Konferenzen“), zu effizientem Projektmanagement („Gesundheits-Wirkstätten“) und zu kontinuierlichem Assessment („Qualitätszirkel“) und zu wirkungsvoller öffentlicher Kommunikation („Gesundheits-Marketing“) gestärkt werden.

Dies ist auch mit einem veränderten Funktionsverständnis kommunaler Selbstverwaltung verbunden:

- Aus Ämtern werden dabei Planungs-, Steuerungs- und Service-Einrichtungen, die die Rahmenbedingungen für ein wirkungsvolles bürgerschaftliches Engagement sichern und Gemeinschaftsaktivitäten koordinieren.
- Intersektorale Zusammenarbeit wird innerhalb der Verwaltungen durch fachübergreifende Projektgruppen unterstützt.
- Stadtteilbezogene Gesundheitshäuser dienen als unabhängige Informations- und Kommunikationszentren für Selbsthilfeaktivitäten, Patientenberatung, Gesundheitsbildung und bürgerschaftliches Engagement im Rahmen der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung. Menschen in schwierigen und belastenden Lebenslagen finden dabei eine besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung.
- Settingorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben und Krankenhäusern entwickeln Arbeitsstrukturen für einen gesundheitsfördernden Alltag und vernetzen ihre Aktivitäten durch gemeinsame Gesundheitsförderungs-Konferenzen.
- Regionale „Hochschulen für Gesundheit“ engagieren sich für Gemeinwesenarbeit, Stadtentwicklung und gemeindeorientierte Gesundheitsförderung und unterstützen diese durch praxisorientierte Forschung sowie durch Fort- und Weiterbildung der Akteure.
- Bürgerstiftungen unterstützen Modellprojekte und sichern unabhängige Initiativen bürgerschaftlichen Engagements für eine nachhaltige Stadtentwicklung.
- Kooperationsprojekte mit Einrichtungen des Gesundheits- und des Bildungswesens, der Medien und der lokalen Wirtschafts- und Sozialpartner erhöhen den Wirkungsgrad von Gemeinschaftsaktivitäten und unterstützen die Entwicklung neuer Formen kommunaler Selbstorganisation.

- Integrierende Programm-Planungen unterstützen nachhaltige und zielorientierte Entwicklungen, über die sich die Kommunen auch in überregionalen und internationalen Netzwerken austauschen, um ihre Aktivitäten im politischen Raum zur Geltung zu bringen und um sich von Modellen guter Praxis anregen zu lassen.

### 5. Die Verschränkungen von globalen und lokalen Entwicklungen erfordern eine neue Politik der Gesundheitsförderung in Europa und auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden.

In Zeiten einer Globalisierung der Wirtschaftstätigkeiten müssen die lokalen Aktivitäten der Gesundheitsförderung einen zukunftsfähigen Kontext durch eine unterstützende Politik durch die Länder, den Bund und ein Europa der Regionen erhalten. Das politische Prinzip der Subsidiarität muss sich in Europa in der Unterstützung der Selbstorganisation der Städte und Gemeinden bewähren. Eine produktive Verbindung von globalen und lokalen Politiken durch eine vertikale Integration der verschiedenen Politik-Ebenen steht im Mittelpunkt nachhaltiger Gesundheitsförderung. Ziel ist die Stärkung der Selbstorganisationskraft der Städte und Gemeinden als Kernprozess eines künftigen Europas der Bürgerinnen und Bürger sowie einer europäischen Zivilgesellschaft. Der gegenwärtige Abbau und Umbau industriegesellschaftlicher Versorgungsstrukturen muss dabei durch einen funktionalen Aufbau gemeindebezogener Unterstützungs- und Kooperationsstrukturen kompensiert und mit hoher Priorität von allen politischen Parteien und gesellschaftlichen Kräften unterstützt werden. Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfe-Vereinigungen, Kirchengemeinden und Nachbarschaftsnetzwerke müssen ihre Kräfte zusammen mit Städten und Gemeinden zu einer Art von „Vereinter Lebens-Gewerkschaft der Bürgerinnen und Bürger“ bündeln, um eine hinreichende ökonomische Grundsicherung und soziale Teilhabe auch derjenigen Menschen zu erreichen und zu sichern, die auf soziale Hilfen und nachbarschaftliche Unterstützung angewiesen sind. Die Alternative zu einer Politik weiterer Individualisierung, Privatisierung und Medikalisierung von Menschen in prekären Lebenssituationen wird in einer neuen Wertschätzung der kommunalen Daseinsvorsorge und der entschlossenen Unterstützung einer Politik gemeindebezogener Gesundheitsförderung entsprechend den Programmen der WHO und anderer UN-Organisationen gesehen.

Nachhaltige und sozial gerechte Lebensweisen – eine wesentliche Voraussetzung für ein friedliches Zusammenleben von demnächst acht Milliarden Menschen einer sich formierenden Weltgesellschaft auf einem begrenzten Globus – können in den sozialen Gemeinschaften der Städte und Gemeinden konkretisiert und verwirklicht werden. Dort, wo die Menschen leben, lieben, arbeiten und spielen und sich „zu Hause“ fühlen können, kann das Leitbild einer gesundheitsfördernden sozialen Stadt selbstverständlicher Teil einer lokalen Agenda für eine zukunftsfähige Kommune im globalen Kontext werden.

Die AG-GSE mit Vertreterinnen und Vertretern aus Städten, Hochschulen, Agenda- und Soziale Stadt-Netzwerken wirbt angesichts der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen für eine entschlossene und wirksame Unterstützung dieser Anstrengungen durch zivilgesellschaftliche Akteure und Akteursgruppen sowie die Politik und Verwaltung von Bund, Ländern sowie Städten und Gemeinden.

*Berlin/Bonn/Hamburg/Magdeburg  
im Oktober 2003*

**Kontaktadresse der Arbeitsgruppe:**

Dr. Rolf-Peter Löhr

Deutsches Institut für Urbanistik

Strasse des 17. Juni 112, 10623 Berlin

Tel: 030-39001-220, Fax: 030-39001-128

E-Mail: loehr@difu.de

## Der soziale Brennpunkt als Ort der Gesundheitsförderung

Das 3. E&C-Fachforum zum Thema **Gesundheit** findet am 26. und 27. Januar 2004 in Hamburg statt.

Das Forum wird vom Deutschen Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchführt. Es dient der Fortentwicklung der bisherigen gemeinsamen Veranstaltungen zwischen der Regiestelle E&C und der BZgA und fokussiert auf die Übertragungsmöglichkeiten des gesundheitsfördernden Setting-Ansatzes auf den benachteiligten Stadtteil und somit auf E&C-Gebiete/Gebiete der Sozialen Stadt.

## Betriebliche Gesundheitsförderung

**Gesunde Verwaltung? / GEK-Report / Fehlzeitenreport der AOK**

### Gesunde Verwaltung?

Die öffentliche Verwaltung ist europaweit unter starkem Veränderungsdruck. Die Haushaltssituation in vielen Ländern ist prekär, bedingt durch steigende Leistungsausgaben und Schuldzinsen bei gleichzeitig sinkenden Steuereinnahmen.

Die Lösung dieser Misere wird vielerorts nur aus einem fiskalischen Blickwinkel angegangen: Einschränkung staatlicher Leistungen, Personalabbau, längere Arbeitszeiten. Wenn der öffentliche Dienst unter diesen Bedingungen aber noch engagiert und bürgerorientiert arbeiten soll, muss mehr als bisher für die Gesundheit und die Motivation der Beschäftigten getan werden. Die Frage ist nur, wie macht man das?

Das vom BKK-Bundesverband herausgegebene Bändchen gibt darauf praxistaugliche Antworten und versammelt Beispiele der betrieblichen Gesundheitsförderung aus öffentlichen Verwaltungen, jeder Ebene. Es findet sich für jeden „Nachahmer“ etwas Passendes und am Ende jeder Projektdarstellung sind Ansprechpartner mit Telefonnummer und Mailadresse genannt. Außerdem gibt es in einem einleitenden Teil des Bandes Daten über die Arbeitsbelastungen im öffentlichen Dienst aus einer europäischen Studie. Da bisher in Deutschland der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung eindeutig im privatwirtschaftlichen Bereich lag und Projekte in der öffentlichen Verwaltung allgemein als schwierig gelten, war eine solche Sammlung überfällig. Ihr ist eine weite Verbreitung in den Amtsstuben, vor allem bei den Personalverantwortlichen, zu wünschen, damit die öffentliche Verwaltung auch in diesem Punkt von der Privatwirtschaft lernt.

*Joseph Kuhn*

Sochert, R., Schwippert, Ch.: Die öffentliche Verwaltung – ein kranker Stand? Herausgegeben vom BKK-Bundesverband, Essen 2003, 244 Seiten. ISBN 3-89701-980-9, 19 Euro.

### GEK-Report

Seit einigen Jahren veröffentlichen erfreulicherweise immer mehr Krankenkassen Auswertungen ihrer Leistungsdaten. Die Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK) gibt dabei nicht nur einen Überblick über die Krankheiten ihrer Versicherten.

Sie verfolgt vielmehr mit Gesundheitswissenschaftlern anhand der Leistungsdaten auch aktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen. Im GEK-Gesundheitsreport 2003 geht es um die Verteilung von Ausgaben auf unterschiedliche Versichertengruppen. Die GEK-Daten bestätigen den auch aus anderen Studien bekannten Sachverhalt, dass auf einen kleinen Teil der Versicherten ein großer Teil der Ausgaben entfällt: 20% der GEK-Versicherten verursachen über 90% der Leistungsausgaben – und eine Gruppe von 5 Promille (!) immer noch ca. 20% der Ausgaben. Die dahinter stehenden Erkrankungen sind Neubildungen (Krebs), Kreislauferkrankungen und psychische Erkrankungen. Geht man davon aus, dass diese Erkrankungen zumindest teilweise präventionsfähig sind, sollten also von einer zielgruppenspezifischeren Prävention deutliche Effekte zu erwarten sein. Ein weiterer Befund: Ein großer Teil der „altersbedingten“ Leistungsausgaben fällt in zeitlicher Nähe zum Tod an. Dabei sind diese Kosten im mittleren Lebensalter (um 55 Jahre) fast dreimal so hoch als bei denen, die nach dem 90. Lebensjahr sterben. Dies mag die Befürchtung von einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen als Folge der Alterung der Gesellschaft etwas mildern. Den GEK-Gesundheitsreport kann man auch kostenlos im Internet herunterladen: [http://media.gek.de/downloads/magazine/Gesundheitsreporto3\\_GEK.pdf](http://media.gek.de/downloads/magazine/Gesundheitsreporto3_GEK.pdf).

*Joseph Kuhn*

Grobe, T., Dörning, H., Schwartz, F. W.: GEK-Gesundheitsreport 2003, St. Augustin 2003, 166 Seiten, ISBN 3-537-44024-3.

## Fehlzeitenreport der AOK

Der AOK-Fehlzeitenreport hat sich inzwischen zu einem Klassiker entwickelt. Die Mischung aus Beiträgen zu einem Schwerpunktthema und einer aktueller Datensammlung hat sich bewährt und bietet für die unterschiedlichsten Leserkreise nützliche Informationen.

Das gilt auch für den neuen Fehlzeitenreport, der sich dem Schwerpunktthema „Demografischer Wandel“ widmet. Dass eine intensivere Beschäftigung der Betriebe mit diesem Thema überfällig ist, wird niemand mehr bestreiten wollen – der Jugendwahn in den Betrieben hat wohl keine lange Zukunft mehr. Eine Reihe namhafter Autoren beschreibt die demografische Entwicklung, ihre Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Betriebe, die damit verbundenen Herausforderungen für die betriebliche Personalpolitik sowie Modelle zur Förderung der Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter. Das Buch ist keineswegs nur für die wissenschaftliche Arbeit gedacht, sondern es bietet anhand der Beschreibung konkreter betrieblicher Lösungen, z.B. bei der Arbeitszeitgestaltung, der Wiedereingliederung oder in der Personalentwicklung, konkrete Hilfen für die Praxis. Lediglich der „Leitfaden zur Selbstanalyse altersstruktureller Probleme“ bleibt eine Trockenübung, der Leitfaden wird dem Leser nur schmackhaft gemacht, wenn man Näheres wissen will, muss man ihn erwerben. Im zweiten Teil des Buches, dem Datenteil, wird wie schon in den Vorjahren ein umfassender Überblick über die Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft geboten, nach Branchen, Berufen, beruflichem Status und Krankheitsgruppen und anderen Merkmalen. Was man allerdings vermisst, ist die Differenzierung der Daten nach Geschlecht. Die Gender-Perspektive fehlt interessanterweise auch im ersten Teil des Buches, obwohl der demografische Wandel natürlich alles andere als geschlechtsneutral verläuft. Positiv wiederum: die Daten werden konsequent auch regional differenziert, das ist für die Gesundheitsberichterstattung der Länder eine wahre Fundgrube. Fazit: Wie seine Vorgänger ist auch dieser Fehlzeitenreport unbedingt zu empfehlen.

*Joseph Kuhn*

Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2002. Demografischer Wandel. Berlin, Heidelberg 2003. ISBN 3-540-43625-1, 514 Seiten, Preis: 29,95 Euro.

## Suchtprävention

### Tabakrahmenkonvention unterzeichnet

## Deutschland hat die Tabakrahmenkonvention unterzeichnet

Am Freitag, den 24. Oktober, hat die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch Botschafter Dr. Pleuger, die Tabakrahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in New York unterzeichnet. Für die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Caspars-Merk, ein „Meilenstein auf dem Weg zur Reduzierung des weltweiten Tabakkonsums“.

Die Tabakrahmenkonvention ist das erste Abkommen der Vereinten Nationen, das den Gesundheitsschutz als vorrangiges Ziel hat. Durch ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen, z. B. den verstärkten Kampf gegen Zigarettenschmuggel, eindringliche Warnhinweise, verbesserten Jugendschutz und den Schutz vor Passivrauchen, sollen die Gesundheitsschäden in Folge des Tabakkonsums weltweit eingedämmt werden.

Im Mai 2003 haben alle Mitglieder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Verhandlungstext einstimmig angenommen. Mittlerweile zählen über 70 Staaten zu den Unterzeichnern. Drei davon haben das Übereinkommen bereits ratifiziert. Für ein Inkrafttreten des Übereinkommens sind insgesamt 40 Länder notwendig, die das Übereinkommen ratifizieren.

Die Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk beteuerte, dass die „Bundesregierung alles daran setzt, dass das parlamentarische Verfahren zur Ratifizierung in Deutschland zügig vorangeht“. Die Tabakrahmenkonvention sei ein Meilenstein auf dem Weg zur Reduzierung des weltweiten Tabakkonsums, in dessen Folge allein in Deutschland jedes Jahr über 110.000 Menschen sterben.

„Einer zügigen Ratifizierung steht nichts im Weg, zumal wir die in der Tabakrahmenkonvention festgelegte Strategie des ‚Policy Mix‘ bereits praktizieren. Wir verfolgen eine breite Palette von Ansatzpunkten, wie der Tabakkonsum in Deutschland eingegrenzt werden kann“ sagte Caspars-Merk weiter.

Das Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, das seit 1. April 2003 in Kraft ist, und der seit 3. Oktober 2002 geltende garantierte Anspruch auf einen rauchfreien Arbeitsplatz gehörten genauso dazu wie die Einrichtung der telefonischen Beratung für aufhörwillige Raucherinnen und Raucher unter der Nummer 01805 – 31 31 31 und die neue, insbesondere an Jugendliche gerichtete Präventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Seit 1. Oktober 2003 werden Zigaretten-schachteln mit verschärften Warnhinweisen in den Verkehr gebracht.

Insbesondere von der Tabaksteuererhöhung im nächsten Jahr erhofft sich die Drogenbeauftragte, „dass viele Raucherinnen und Raucher über ihre Konsumgewohnheiten nachdenken und einen Ausstieg erwägen“.

*Johannes Strotbek*

# Patienteninteressen

**Unabhängige Pflegegutachter / Gesundheitstag Rathaus Schöneberg / Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser**

## Unabhängige Pflegegutachter – ein neues Berufsfeld

Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes führte zum – legislativ gewollten – Paradigmenwechsel in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Nicht zuletzt für die Pflege ein völlig überraschendes Geschehen, das die Berufsverbände in ihrer spektakulären Bedeutung zur Begutachtungsgerechtigkeit bis heute nicht erkannt haben.

Es ergab sich aus einem kleinen „Nebensatz“ des §18 Abs. 6 SGB XI „Die Aufgaben des medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“

Was sich hier noch relativ unspektakulär las, gewann durch die Begründung des Gesetzgebers eine völlige Umwälzung des gesamten bisherigen sozialrechtlichen Begutachtungsverständnisses. „[Dies] schreibt die Beteiligung von in der Pflege geschulten Fachkräften bei der Aufgabenerfüllung des Medizinischen Dienstes vor. Kranken- und Altenpfleger verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung über spezifisches Wissen, das bei den Begutachtungs- und Entscheidungsprozessen des Medizinischen Dienstes genutzt werden soll. Pflegefachkräfte sollen besonders bei der Aufstellung eines Pflegeplanes beteiligt sowie bei der Begutachtung der Aktivierungsmöglichkeit des Pflegebedürftigen und Empfehlungen zur häuslichen oder stationären Pflege herangezogen werden.“

Seitens der Medizinischen Dienste der Krankenkasse (MDK) erfolgte eine zügige Umsetzung, wenngleich die Qualifikationsprofile der dort beschäftigten Pflegegutachter

bis zum heutigen Tage zu wünschen übrig lassen. Durch zunehmende Angebote weniger Pflegefachkräfte folgte die Sozialgerichtsbarkeit langsam aber stetig: inzwischen werden häufig Fachpflegekräfte als Sachverständige beauftragt. Wenngleich fast ausschließlich zu pflegeversicherungsrechtlichen Fragestellungen.

Die sonstige gerichtliche Begutachtungspraxis hingegen ignoriert bis heute nahezu die Existenz von pflegerischer Kompetenz zu verwaltungs-, betreuungs-, haftungs- und strafrechtlichen Beweisfragen.

Dies mag mit einem speziell deutschen Rollenverständnis der Pflege zusammenhängen, die traditionell lediglich als verlängerter ärztlicher Arm begriffen wird. Es entspricht aber nicht mehr einem inzwischen auch in Deutschland höchst spezialisierten wissenschaftlich fundierten Tätigkeitsfeld mit universitärem Hintergrund. In den Vereinigten Staaten tritt die Pflege beispielsweise mit einem ungleich höheren professionellen beruflichen Selbstverständnis auf. Die „Legal Nurse“ ist dabei integraler Bestandteil des dortigen Gesundheitssystems, um pflegerelevante rechtliche Fragestellungen sachverständig zu bewerten. Neben der klassischen Aufgabe, der Bewertung der

Pflegebedürftigkeit, entwickeln sich so für unabhängige Pflegegutachter erst zäh und schwerfällig wesentliche Aufgaben, z.B.:

- Bewertung von MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Vorverfahren
- Bewertung des konkreten pflegerischen wie häuslichen Hilfebedarfes als Grundlage objektiver Bemessung des Umfangs der persönlichen Assistenz Behinderter „'
- Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit bei Leistungen anderer öffentlicher Kostenträger (z.B. Unfallversicherungen, Berufsgenossenschaften, Sozialämter)
- Bewertungen der konkreten Pflegebedürftigkeit nach ärztlichen und pflegerischen Behandlungsfehlern sowie Unfällen zur haftungsrechtlichen Bewertung
- Bewertung der Notwendigkeit unterbringungsähnlicher Maßnahmen wie Bettgitter und Fixiergurte
- in Zusammenarbeit mit Architekten Bewertung des notwendigen behindertengerechten Umbaus von Wohnraum
- Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Betreuern, Rechtsanwälten und Sozialverbänden
- in Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht Begehung von Einrichtungen und Bewertung von Pflegemängeln.

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt möglicher Einsatzfelder. Auftraggeber können Privatpersonen, deren Rechtsvertreter, Behörden, Kostenträger, Versicherungen oder Gerichte sein.

Ein erhebliches Problem bleibt bislang die Möglichkeit der Vereidigung. Denn es darf sich nur „vereidigter Sachverständiger“ nennen, wer öffentlich vereidigt worden ist. Dies entspricht einem Gütesiegel, ist in Deutschland allerdings bislang nur in Bayern möglich, da Bayern ein eigenes Sachverständigen recht hat. Die Industrie- und Handelskammern verneinen bislang ihre Zuständigkeit. So drängen zahlreiche selbsterkorene Gutachter auf den Markt, die über kein fundiertes rechtliches Wissen verfügen und keinerlei Kontrolle unterliegen.

*Lutz Müller-Bohlen*

Weitere Informationen erhalten Sie bei: Lutz Müller-Bohlen, unabhängiger Pflegesachverständiger, Gubitzstraße 51 a, 10409 Berlin. Tel. 030-49855655, E-Mail: lmb62@gmx.net

## Wohlfühlen im Alter

Mit 900 Besuchern herrschte großer Andrang auf dem Gesundheits- und Pfl egetag im Rathaus Schöneberg

Die VdK Koordinierungsstelle Rund ums Alter Tempelhof -Schöneberg veranstaltete im Oktober unter der Schirmherrschaft des Bezirksbürgermeisters Ekkehard Band einen Aktionstag zum Thema „Wohl fühlen im Alter“. Mit 5000 Flyern, 200 Plakaten und einem Banner am Portal des Rathauses Schöneberg wurde im Vorfeld für den Besuch dieser Veranstaltung geworben. Partner der Veranstaltung waren vor allem die Mitglieder der gerontopsychiatrischen Verbände Tempelhofs und Schönebergs. Das Motto der Veranstaltung „Wohlfühlen im Alter“ traf den Nerv der älteren Generation, die mit ihren Ressourcen und Kompetenzen die Angebote verschiedener Dienstleistungsanbieter aus dem Gesundheits- und Sozialwesen kennen lernen wollten. Dazu bot sich auf der Fachausstellung mit den Ständen von 45 Organisationen und Einrichtungen reichlich Gelegenheit. Besonders umlagert waren die Stände, die einen kostenlosen Gesundheitscheck mit Blutdruckmessung, Cholesterinwertbestimmung, Blutzucker- und Lungenfunktionstest anboten.

Denn wann gibt es heute solche Untersuchungen wie auf dem Gesundheits- und Pfl egetag noch umsonst?

Um 10.00 Uhr begrüßte der Geschäftsführer des Sozialverbandes VdK, Berndt Maier, die Teilnehmer der Veranstaltung. In seiner Rede wies er besonders daraufhin, dass der Sozialverband VdK mit seiner Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation älterer Menschen Tempelhof-Schöneberg in der Versorgung älterer Migranten und Spätaussiedler eine Vorreiterrolle in Berlin eingenommen hat, indem Beratungssprechstunden mit ehrenamtlicher Übersetzung in verschiedenen Sprachen angeboten und der Aufbau interkulturell vernetzender Strukturen vorangetrieben werden.

Aus dieser Arbeit resultierte der Kontakt zu dem Förderer der Veranstaltung, den Senioren Centren der Vitanas Gruppe, für deren finanzielle Unterstützung sich Herr Maier bedankte. Im Anschluss daran eröffnete der Bezirksbürgermeister Ekkehard Band als Schirmherr die Veranstaltung. Die Bezirksstadträtin für Gesundheit, Stadtentwicklung und Quartiersmanagement, Frau Dr. Ziemer, sprach ein Grußwort, bei dem sie das Engagement des Sozialverbandes VdK in der Region besonders hervorhob.

In Referaten wurden ab 10.30 Uhr die wichtigsten Themen des Älterwerdens behandelt. Zu dem Thema Wohnen im Alter referierte Reiner Wild vom Berliner Mieterverein. Über eine qualitative Untersuchung vom Institut für gerontologische Forschung zum Thema „Anspruch und Wirklichkeit bei der Versorgung durch Pflegedienste“ berichtete Monika Klünder. Die Situation pflegender Angehöriger beschrieb Dietmar Kruschel von BESIZ.

Die Herausforderung, Belastung und Bewältigung in der Lebenssituation älterer Menschen durch gesundheitliche Krisen wurden von Dr. Heinz Trommer von Gesundheit Berlin e. V. referiert. Die Inhalte der Vorträge beschäftigten Fachpublikum und Öffentlichkeit gleichermaßen in der anschließenden Diskussion und in den späteren Gesprächen.

Nach der Mittagspause bis in die frühen Abendstunden wurden in Workshops weitere Themen zu Lebenswelten und Lebensformen älterer Menschen behandelt. Schlaganfall, Leben mit der Alzheimer Krankheit, Wohnungsanpassung und Hilfsmittelberatung, Leben mit Demenz in einer Wohngemeinschaft für Ältere, Pflegeangebote für demenziell erkrankte Migranten und ein richtiges Wundmanagement wurden als Themen von den Gruppen bearbeitet. Auf der parallelen Fachausstellung präsentierten sich von 10.00 bis 18.00 Uhr Pflegedienste, Seniorenheime, Tagespflegen, Kurzzeitpflegen, Krankenhäuser, Handwerksdienste, Aussteller zur Wohnungsanpassung, Seniorenfreizeitstätten, ehrenamtliche Besuchsdienste, Fahrbarer Mittagstisch, Hausnotruf, Seniorenreisen, Computerschule für Senioren, Haushaltsdienste, Mobilitätshilfedienst und viele andere mehr. Durch die große Anzahl der Aussteller wurde ein umfassender Querschnitt der Unterstützungsmöglichkeiten im Alter präsentiert.

Auf besonderes Interesse der Besucher stieß eine Hilfsmittelausstellung mit Vorführung von einem Badewannenlifter, Rollator, Türschwellenüberbrückung und ein Rollstuhl mit Treppenhilfe, die stündlich in Aktion gezeigt wurden.

Für das leibliche Wohl der Besucher und Fachaussteller sorgte die Zuverdienstfirma Kurve, deren belegte Brötchen und stärken der Kaffee oder Tee die müden Beine oder

Gedanken wieder auf Trab brachten.

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesundheits- und Pfl egetages betraf die Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft.

Die häusliche Pflege wird derzeit annähernd zu drei Vierteln von Personen erbracht, die zu den Pflegebedürftigen in einem engen verwandtschaftlichen Verhältnis stehen. Besonders hervorzuheben sind die pflegerischen Leistungen der Ehepartner und der Kinder. Pflegenden Angehörige übernehmen Verantwortung und Versorgung mit großem Engagement und hoher Einsatzbereitschaft. Nicht selten stoßen sie dabei an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit. Informationen und Wissen über entlastende und unterstützende Hilfen können zur Bewältigung dieser Aufgabe für pflegende Angehörige von großem Nutzen sein. Auf dem Gesundheits- und Pfl egetag konnten pflegende Angehörige Informationen sammeln und Kontakte zu entlastenden Diensten knüpfen. Mit Angeboten an ambulanten Diensten und in einer intakten Nachbarschaft können ältere Menschen heute solange wie möglich in der eigenen angestammten Wohnung leben. Angesichts des demografischen Wandels sind eine Vielzahl an unterstützenden Dienstleistungsangeboten für ältere Menschen aufgebaut worden, die mitunter im Versorgungsdschungel nicht mehr zu überblicken sind. Die Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems stellt allerdings gerade für ältere Menschen ein Problem dar. Hier sind beratende und unterstützende Dienste wie z.B. die Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg von elementarer Bedeutung, um belastende und kostenintensive Irrwege durch das Versorgungssystem zu vermeiden.

Die Besucherresonanz des Gesundheits- und Pfl egetages im Rathaus Schöneberg zeigte den Bedarf der älteren Generation nach Information und Aufklärung, mit deren Hilfe „Wohlfühlen im Alter“ möglich und erreichbar ist.

Zu guter Letzt berichtete ein Filmteam der Berliner Abendschau über den Tag im Rathaus Schöneberg im Fernsehen.

Die VdK Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg als Veranstalter des Gesundheits- und Pfl egetages hatte am Ende dieses Tages das gesetzte Ziel der Darstellung, Diskussion und Behandlung des Themas in einer breiten Öffentlichkeit erreicht.

*Ariane Rausch*

Die gemeinsame Rufnummer der Berliner Koordinierungsstellen für Information und Beratung für ältere Menschen und ihre Angehörigen lautet: 0180-5950059

## Konferenz der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser

Im Oktober 2003 fand in Aachen die 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) statt.

Beginnend mit einer Mitgliedervollversammlung wurde an den folgenden zwei Tagen über die zukünftige Zusammenarbeit, über Rechte und Pflichten sowie über neue Projekte, Erfahrungen und Ergebnisse in der Arbeit der Mitgliedshäuser debattiert.

Elimar Brandt, Vorsitzender des DNGfK, eröffnete die Diskussion im aktuellen Kontext des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. Die anschließend stattfindenden Foren, in denen „good-practice-Modelle“ vorgestellt und diskutiert wurden, boten Informationsmöglichkeiten für Vertreter der Mitgliedshäuser.

Im Forum „Migrantenfreundliches Krankenhaus“ berichtete Prof. Dr. Werner Schmidt, Vertreter des Immanuel-Krankenhauses Berlin, über das EU-Projekt „Migrant friendly hospital“, an dem sich 12 Krankenhäuser aus 12 europäischen Ländern beteiligen. Ein migrantenfreundliches Krankenhaus zeichnet sich durch einen sensiblen Umgang mit den kulturellen Unterschieden seiner Patienten nicht-deutscher Herkunft aus. Um die Qualität der Versorgung von Migrant/-innen zu verbessern, gilt es als Hauptaufgabe, sie zu befähigen, behindernde Barrieren im Sinne der Partizipation zu überwinden und sich somit in die Gesellschaft zu integrieren.

Das Immanuel-Krankenhaus nimmt als deutsches Pilotkrankenhaus teil. Durch das Vivantes Klinikum Neukölln wird es als Observer-Krankenhaus begleitet. Befragungen, die im Pilotkrankenhaus durchgeführt wurden, lieferten folgende Ergebnisse: Migrant/-innen haben neben der Schwierigkeit sich zu sprachlich zu verständigen, auch Probleme in der gesundheitsrelevanten Informationsvermittlung und -aufnahme sowie bei der Beschreibung ihrer Symptome. Ihre Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit unterscheiden sich aufgrund verschiedener traditioneller Hintergründe von denen deutscher Ärzte und Pflegenden. Andererseits verfügen Mitarbeiter/-innen der Krankenhäuser nur über eine mangelhafte kulturelle Kompetenz. So gaben die befragten Personen einen Mangel an adäquater, ihrer Kultur entsprechender Nahrung sowie einen Mangel an Aufmerksamkeit für ihre Religiosität an.

Praktische Erfahrungen dieser Idee wurden durch Beate Lieske, HPH- und Qualitätsbeauftragte des Immanuel-Krankenhauses Berlin, beigeleitet. Im Sinne der Organisationsentwicklung wird die Strategie mit Hilfe der Balanced Scorecard umgesetzt. Ein Logo soll über die „migrantenfreundliche“ Ausrichtung des Hauses informieren.

Für den interkulturellen Umgang im ambulanten und stationären Bereich wird derzeit eine Leitlinie entwickelt. In Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern werden Übersetzungsangebote für allgemeine und fachliche Informationen bereitgestellt. Zudem ermöglichen Piktogramme eine bessere Orientierung für alle Patient/-innen im Haus. Eine Erweiterung und Flexibilisierung der Kost entsprechend der spezifischen Bedürfnisse wird angestrebt. Der Abbau kultureller Barrieren und Mißverständnisse soll im Immanuel-Krankenhaus durch Schulungen der Mitarbeiter/-innen in interdisziplinärer Zusammensetzung umgesetzt werden. Die Teilnahme an den Schulungen, die zu kulturellen sowie sprachlichen Belangen während der Arbeitszeit durchgeführt werden, ist freiwillig. Diese Maßnahmen stehen in Verknüpfung mit der übergeordneten Organisationsentwicklung des Hauses in der Hoffnung auf eine weitere Ausstrahlung auf andere Bereiche des Krankenhausalltags.

In weiteren Foren informierten sich die Teilnehmer zu den Themen der Zukunftsperspektive der Gesundheitsfördernden Krankenhäusern, der Palliativmedizin und der integrierten Versorgung sowie der gesunden Arbeitsorganisation im Krankenhaus. Während einer Posterpräsentation erhielten die teilnehmenden Häuser zusätzlich die Möglichkeit sich und ihre bisherigen Erfolge und Arbeitsweisen im Bereich der Gesundheitsförderung zu präsentieren.

Auch in diesem Jahr bildete das Netzwerktreffen wieder eine Plattform für den Austausch der Mitglieder untereinander und sowie das Lernen voneinander. In Kooperation mit dem Marienhospital Aachen sorgte das DNGfK durch verschiedene Veranstaltungen für zwei anregende informationsreiche Tage und weckte das Interesse für seine 9. Nationale Konferenz in Prien am Chiemsee.

*Doreen Kraska, Anja Böhm*

## Termine

### Vom Umgang mit Schmerz

Vortrag zu Entstehung und möglichen Ursachen von Schmerz sowie Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung

Mittwoch, 03.12.03, 18.00 Uhr

Feministisches Frauengesundheitszentrum

Ort: Selbsthilfetreff Friedrichshain-Kreuzberg, Boxhagenerstr. 89

Tel: 030-2918348

### Konferenz: Null Bock auf Schule – Was Tun?

Mittwoch, 03.12.03, 10.00-16.30 Uhr

Ort: Friedrich Ebert-Stiftung  
Hiroshimastraße 17, 10785 Berlin

Anmeldung unter:

Tel: 030-26935829

Fax: 030-26935-858

E-Mail: Inge.Voss@fes.de oder

Katja.Meyer@fes.de

### Workshop: Brust Selbstuntersuchung

Donnerstag, 04.12.03, 19.00 Uhr

Ort: Feministisches Frauengesundheitszentrum

Bamberger Str. 51, 10777 Berlin

Anmeldung erforderlich unter: Tel: 030-2139597

### Fachtagung: „Mehr Gesundheit für Alle“

Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung

Donnerstag, 04.12.03, 11.00-17.30 Uhr

Ort: Rathaus Schöneberg

John-F.-Kennedy-Platz, 10820 Berlin

Anmeldung und Informationen:

Gesundheit Berlin e.V.

Tel: 030-44319060

Fax: 030-44319063

E-Mail: satellit@gesundheitberlin.de

Internet: www.gesundheitberlin.de

**Fachtagung: Pille danach, rezeptfreie Vergabe in Deutschland**

Samstag, 05. Dezember, 13.30-19.30 Uhr  
 Ort: Abgeordnetenhaus Berlin  
 Niederkirchnerstraße 5, 10117 Berlin  
 Anmeldung unter:  
 Tel: 030-88683748  
 Fax: 030-88683749  
 E-Mail: gundel.koebke@t-online.de

**9. Kongress Armut und Gesundheit**

Freitag, 05. bis Samstag, 06.12.03  
 Ort: Rathaus Schöneberg, Berlin  
 Informationen: Gesundheit Berlin e.V.  
 Tel: 030-44319060  
 Fax: 030-44319063  
 E-Mail: kongress@gesundheitberlin.de  
 Internet: www.armut-und-gesundheit.de

**Zielgruppenkonferenz für Akteure und Akteurinnen aus E&C-Gebieten: „Interkulturelle Stadt(teil)politik“**

8. bis 9. Dezember 2003  
 Ort:  
 Kulturzentrum Pumpe  
 Lützowstr. 42  
 10785 Berlin  
 Mehr Informationen unter www.eundc.de

**Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich Ebert-Stiftung****Die vierte Säule im Gesundheitswesen Prävention und Gesundheitsförderung**

Mittwoch, 10.12.03  
 Tagungsort: Tagungszentrum  
 Katholische Akademie  
 Hannoversche Str. 5b, 10115 Berlin  
 Informationen und Anmeldung:  
 Tel: 0228883-272  
 Fax: 0228883-398  
 E-Mail: claudia.unkelbach@fes.de

**1. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle**

Mittwoch, 10.12.03-Donnerstag 11.12.03  
 Konferenzveranstalter: WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum  
 In Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Nichtraucher  
 Veranstaltungsort: Deutsches Krebsforschungszentrum,  
 Kommunikationszentrum  
 Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg  
 Anmeldung unter:  
 Tel: 06221-423010  
 Fax: 06221-423020  
 E-Mail: su.schmitt@dkfz.de

**Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung**

Dienstag, 20.01.03, 15.00-17.00 Uhr  
 Thema: Vorbereitung auf den Termin mit der Senatsverwaltung, Themenabfrage für Jahresprogramm  
 Ort: Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
 Alte Jakob Straße 81/82  
 10179 Berlin, 6. Stock, Sitzungsraum

**Fachforum: „Der Soziale Brennpunkt als Ort der Gesundheitsförderung – Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze in E&C Gebieten“**

26. und 27. Januar 2004, Hamburg  
 7th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion  
 06.-09.06.2004, Wien  
 Informationen unter:  
 www.safety2004.info  
 und www.eundc.de

**Fachtagung: „Gesundheitsberichterstattung und Gender Mainstreaming“**

16. Februar 04  
 Ort: Robert Koch-Institut (Hörsaal)  
 Nordufer 20, 13353 Berlin  
 Anmeldung unter:  
 Judith Schröder  
 Tel: 01888-7543400  
 Fax: 01888-7543513  
 E-Mail: gbe@rki.de

**Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung**

23. März 04  
 Thema: Präsentation des Gesundheitsberichts der Senatsverwaltung mit Diskussion  
 Ort: Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
 Alte Jakob Straße 81/82  
 10179 Berlin, 6. Stock, Sitzungsraum

## Impressum



Herausgeber und Verleger:  
 Gesundheit Berlin e.V.,  
 Landesarbeitsgemeinschaft  
 für Gesundheitsförderung

Straßburger Straße 56, 10405 Berlin,  
 Tel. 030-44 31 90-60, Fax 030-44 31 90-63  
 E-Mail: post@gesundheitberlin.de,  
 www.gesundheitberlin.de

Redaktion:

Dr. Raimund Geene (V.i.S.d.P.), Carola Gold,  
 Miriam Devulder, Johannes Strotbek

Weitere Autor(inn)en dieser Ausgabe:

Anja Böhm, Claudia Brendler, Fabian Engelmann,  
 Anja Halkow, Christian Hans, Holger Kilian,  
 Doreen Kraska, Joseph Kuhn, Andrea Möllmann,  
 Lutz Müller-Bohlen, Tanja Philippi, Ariane Rausch,  
 Rolf Rosenbrock, Heinz Trommer

Auflage: 4.500

Satz und Layout:

Johannes Strotbek

Druck:

Termindruck  
 Lahnstraße 78, 12055 Berlin

Copyright:

Gesundheit Berlin e.V. Dezember 2003  
 Beiträge und Ankündigungen für den Info-Dienst  
 bitte bis 10. Februar per E-Mail an  
 redaktion@gesundheitberlin.de

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern eine friedliche Adventszeit, frohe Weihnachten und natürlich ein *gesundes* Neues Jahr!