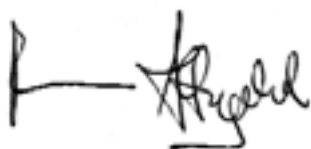


Die kontroverse Diskussion über die aktuelle Gesundheitsreform erweckt den Anschein, als wäre die Gestaltung der Gesundheitsversorgung vor allem eine nationale Angelegenheit. Der fast schon landläufig gewordene Begriff der Globalisierung umfasst nicht nur rein wirtschaftliche, politische und kulturelle Bereiche, sondern hat auch massive Einflüsse auf Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Prävention in Deutschland. Dies fängt bei alten und neuen Seuchengefahren an, geht über Fachkräfte- und Patientenwanderungen, Lebensmittelerzeugung, Produktvertriebswege bis hin zur Gestaltung von Abschlüssen und Berufszweigen in der Versorgung. Auch die Europäische Union strebt eine weitergehende Angleichung der Versorgungssysteme in Europa an, ist aber mit dem Versuch, die Richtlinie für die Erbringung und Erlangung von Dienstleistungen im Binnenmarkt auch Gesundheitsdienstleistungen einzubeziehen, zunächst gescheitert.

Dieses Heft gibt einen Überblick über die Chancen, Herausforderungen und Risiken, die die Globalisierung und die Europäisierung für den Gesundheitssektor bedeuten. Gesundheit wird dabei nicht nur im medizinischen Sinne verstanden, sondern schließt auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen ein, die darüber entscheiden, ob Gesundheit möglich ist oder nicht. Im aktuellen Teil des Heftes geht es neben Tagungsberichten vor allem um effektive Tabakkontrollpolitik und zwielfältige Strategien der Tabakindustrie, die noch einmal deutlich machen, dass in Deutschland dringend eine schärfere Kontrollpolitik und Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen benötigt werden. Den heißen, vielfältigen Tagungserbst der Landesvereinigung finden Sie abschließend in den Ankündigungen. Wie immer hoffen wir, dass Sie sich auch an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen, Veröffentlichungshinweisen und Informationen beteiligen werden. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Demographischer Wandel und Gesundheit – Wo ist das Problem?‹ (Redaktionsschluss 15.11.2006) und ›Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn‹ (Redaktionsschluss 09.02.2007).

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Gesundheit(spolitik) im Zeitalter der Globalisierung	2
■ Krise der Weltgesundheit – Der alternative Weltgesundheitsbericht	3
■ Krankheiten im Zeitalter der Globalisierung	4
■ Schnell und billig aus der Produktionshölle	6
■ Gesundheitsförderung und Prävention als integrierende Aufgabe europäischer Politik	7
■ Die Europäisierung der Gesundheit	8
■ Die WHO vor globalen Herausforderungen	9
■ Das Internet: ein Medium für Patientinnen und Patienten	10
■ Auswirkungen von GATS auf die Gesundheit	11
■ ›Ein Leben im Paradies‹ – Wider die Globalisierung in der Speisekammer	12
■ We feed the world – Essen global	14
■ Auswirkungen der EU-Richtlinien zur Tabakkontrolle	14
■ Frauen aktiv contra Tabak	15
■ Tabakindustrie missbraucht Modellprojekt	16
■ Erste Fachtagung ›Gesundheitsförderung in Universitätskliniken‹	17
■ Health inequalities – gesundheitliche Ungleichheiten	18
■ BKKn fördern Gesundheit in Niedersachsens Kindergärten	19
■ Kinderregion Ostfriesland	19
■ Gender-Kompetenz in der beruflichen Praxis	20
■ Mediothek	21
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	20

Gesundheit(spolitik) im Zeitalter der Globalisierung

Gesundheit(spolitik) im Zeitalter der Globalisierung

Was ist Globalisierung?

Versteht man Globalisierung in einem umfassenden Sinn, kann man sie als die Ausweitung sozialer, ökonomischer, politischer, militärischer und kultureller Beziehungen über nationalstaatliche Grenzen hinaus bezeichnen. In einem engeren, häufiger verwendeten Sinn bezieht sich Globalisierung jedoch auf die zunehmende weltwirtschaftliche Verflechtung. Deren Ausmaß und Konsequenzen sind höchst umstritten. So sind die verschiedenen Regionen und Länder der Welt sehr ungleich an der internationalen Arbeitsteilung beteiligt. Die ärmsten Länder sind weitgehend davon abgekoppelt, während die industrialisierten und wohlhabenden Zentren ihre wirtschaftlichen Kontakte intensivieren. Folgerichtig kommt es zu einer sehr ungleichen Partizipation an den wirtschaftlichen Ergebnissen der Globalisierung: Die weltweite Kluft zwischen Armut und Reichtum hat sich in den vergangenen Jahren vertieft.

Globalisierung ist aber auch ein politisches Projekt, dessen Protagonisten darauf abzielen, die Kräfte des Marktes weltweit zu entfesseln. Neoliberal inspirierte politische Strategien setzen darauf, staatliche Interventionen in den Markt abzubauen und Wettbewerb zu verschärfen. Liberalisierungen und Privatisierungen sind Schlüsselinstrumente des Globalisierungsprojektes.

Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage

Die (wirtschaftliche) Globalisierung ist weit davon entfernt, zu einer Angleichung der Lebensbedingungen der Menschen zu führen. Im Gegenteil: Sowohl mit Blick auf unterschiedliche Länder und Regionen als auch auf die sozialen Spaltungen innerhalb der einzelnen Gesellschaften lässt sich eine Vertiefung sozialer Ungleichheit beobachten. Die grundlegenden Voraussetzungen für eine gesunde Lebensführung haben sich in vielen Regionen der Erde nicht verbessert, sondern teilweise sogar verschlechtert. Die mangelhafte Versorgung mit Trinkwasser und Lebensmitteln, Armut, belastende Arbeits- und Wohnbedingungen, fehlender sozialer Rückhalt sowie der mangelhafte Zugang zu Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen sind in den gering entwickelten Ländern zentrale gesundheitliche Risikofaktoren. Dies spiegelt sich in den Entwicklungstrends globaler Gesundheit wider. Während die Lebenserwartung im weltweiten Durchschnitt ansteigt und heute bei etwa 62,5 Jahren liegt, gibt es in den ärmsten Ländern des Südens, aber auch in Teilen Osteuropas (in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion) eine gegenläufige Tendenz. Menschen in entwickelten Ländern werden heute im Durchschnitt älter als 75 Jahre. Die Lebenserwartung in vielen Ländern des südlichen Afrikas liegt dagegen unterhalb von 50 Jahren. Die Bedeutung sozioökonomischer Verhältnisse für die Lebenserwartung zeigt sich überdeutlich bei der Säuglingssterblichkeit: Je niedriger das Bruttonationaleinkommen pro Kopf, desto höher ist die Säuglingssterblichkeit. In den Ländern der Subsahara stirbt (in Friedenszeiten) fast jedes zehnte Neugeborene vor seinem ersten Geburtstag.

Zugang zu gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen

Viele der Todesfälle sind vermeidbar. Nach Schätzungen sterben weltweit jeden Tag 30.000 Kinder, weil einfache medizinische Versorgungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen. Zahlreiche Länder der Erde verfügen nicht über ein funktionierendes Gesundheitssystem, das der Bevölkerung unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten eine umfassende medizinische Versorgung zukommen lässt. Die finanziell schlechte Ausstattung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern ist ein Schlüsselproblem. Es mangelt an der notwendigen Infrastruktur, es gibt nicht genügend qualifizierte medizinische und pflegerische Fachkräfte, die Ausstattung mit medizinischen Geräten und die Versorgung mit Arzneimitteln sind unzureichend. Diese Probleme sind nicht neu. Ihre Lösung wird durch die Dynamik des Globalisierungsprozesses jedoch nicht einfacher. Zwei Beispiele sollen dies belegen: der »Brain Drain« von Gesundheitspersonal und der Patentschutz für Arzneimittel.

Migration von medizinischen Fachkräften

Die Abwanderung von medizinischen und pflegerischen Fachkräften (»Brain Drain«) hat in den vergangenen Jahren insbesondere in den afrikanischen und asiatischen Ländern zugenommen. In Ländern mit ohnehin prekärer Gesundheitsversorgung kann diese Abwanderung nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Versorgungsengpässen und zum Zusammenbruch ganzer Gesundheitssysteme führen. Die Konsequenzen lassen sich unmittelbar in einer Zunahme der Sterblichkeit messen. Bevorzugte Zielländer der Migration sind die entwickelten Länder Westeuropas und Nordamerikas. Diese betreiben z.T. eine gezielte Anwerbung von Gesundheitspersonal aus den ärmeren Regionen der Welt, um damit Defizite der eigenen Ausbildungssysteme auszugleichen und »billige«, qualifizierte Arbeitskräfte für die Aufrechterhaltung des eigenen Gesundheitssystems zu gewinnen.

TRIPS und Arzneimittelversorgung

Im Rahmen der Welthandelsorganisation (WTO) existiert seit 1994 das TRIPS-Abkommen (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights), durch das ein weltweiter Schutz geistigen Eigentums angestrebt wird. Der Patentschutz, der auch für Arzneimittelwirkstoffe gilt, wurde damit bindendes Recht für alle 150 WTO-Mitgliedsländer. Das damit verbundene gesundheitspolitische Problem besteht in den hohen Preisen, die die Hersteller patentgeschützter Arzneimittel für ihre Erzeugnisse verlangen. Entwicklungsländer sind häufig nicht in der Lage, die nötigen Medikamente in ausreichender Menge zu erwerben. Gleichzeitig ist es den WTO-Mitgliedsländern unter Strafe verboten, patentgeschützte Medikamente in eigener Regie herzustellen. Heftige politische Kontroversen, u. a. ausgelöst durch die HIV-Problematik in Südafrika, haben gegen den Widerstand der Pharmaindustrie und der Industrieländer dazu geführt, dass Ausnahmeregelungen für die Arzneimittelherstellung zugelassen werden. Dennoch hat der globalisierte Patentschutz hohe, zuvor nicht gegebene Hürden für eine bezahlbare Arzneimittelversorgung in den Entwicklungsländern errichtet.

Katja Maurer

Krise der Weltgesundheit – Der alternative Weltgesundheitsbericht

Liberalisierung und Privatisierung von Gesundheitspolitik?

Globalisierung erzeugt Gewinner und Verlierer. Doch trotz aller sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Unterschiede zwischen armen und reichen Ländern lässt sich im Zeitalter des Globalisierungsprojektes auch eine Tendenz zur Vereinheitlichung feststellen. Dies betrifft die Instrumente, mit denen neoliberal inspirierte Politikkonzepte in die Gesundheitssysteme eingreifen. Der Glaube an die positive Wirkung des Marktes macht auch vor Sozial- und Gesundheitssystemen nicht halt, die einst »gegen den Markt« zur kollektiven Absicherung von sozialen Risiken installiert wurden. Liberalisierungen und Privatisierungen sollen im Gesundheitswesen verschiedene Aufgaben erfüllen: Sie sollen Unternehmen und öffentliche Haushalte von der Finanzierung der Gesundheitsausgaben entlasten, die Eigenverantwortung von Versicherten, Patientinnen und Patienten erhöhen, für mehr Effizienz im Gesundheitssystem sorgen und lukrative Anlagemöglichkeiten für private Investoren im »Wachstumsmarkt Gesundheit« eröffnen. Vermittelt über internationale Organisationen wie die WTO, den Internationalen Währungsfond (IWF) und die Weltbank – aber auch im Rahmen der Europäischen Union – werden solche Politikkonzepte als strategische Problemlösungen propagiert. Solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme und bestehende politische Regulierungen des Gesundheitssektors geraten direkt oder indirekt unter den zunehmenden Druck eines globalisierten Welthandelsregimes. Mit Blick auf die Entwicklungsländer manifestiert sich diese Tendenz u. a. in der Mittelvergabe und Projektförderung der Weltbank, die in ihren Programmen eine Aufspaltung der Gesundheitsversorgung in einen – meist schlecht ausgestatteten – öffentlichen Basissektor sowie einen Privatsektor, der nur Patientinnen und Patienten mit entsprechender Finanzkraft offen steht, fördert. Die marktorientierte Ausrichtung von Gesundheitspolitik birgt die Gefahr, dass der Zugang zur und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung noch stärker als bislang von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit abhängt.

Literatur beim Verfasser:

DR. ROLF SCHMUCKER, *Institut für Medizinische Soziologie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.*
E-Mail: r.schmucker@em.uni-frankfurt.de

Angesichts eines immensen medizinischen Fortschritts, eines ausgewiesenen Wissens um die Chancen von Gesundheitsprävention und wachsender Budgets für Gesundheit zumindest in den privilegierten Teilen der Welt erscheint es geradezu paradox, von einer Krise der Weltgesundheit zu reden. Das aber tut der »Global Health Watch 2005/2006«. Dieser erste alternative Weltgesundheitsbericht ist Ergebnis einer gemeinsamen weltweiten zivilgesellschaftlichen Anstrengung. 120 Ärzte und Ärztinnen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Personen des Pflege- und Gesundheitsbereiches sowie 70 gesundheitliche Nichtregierungsorganisationen haben Informationen und Berichte zur Verfügung gestellt. Der Report, der unter anderem mit einer Unterstützung der Frankfurter Hilfsorganisation zustande kam, zeichnet ein auskunftreiches Bild der Weltgesundheit aus der Perspektive der Betroffenen im Norden wie im Süden. Von anderen Weltberichten unterscheidet ihn nicht nur dieser »Blick von unten«, sondern auch die Beschäftigung mit globalen Gesundheitsakteuren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zur Welthandelsorganisation (WTO).

Der erste alternative Weltgesundheitsbericht setzt auf Gesundheit als öffentliches Gut und die Rückgewinnung politischer Handlungsfähigkeit – im Sinne der Menschen und nicht der Ökonomie. Er beschreibt nicht nur die Krise der globalen Gesundheit, sondern entwickelt einen alternativen Handlungskatalog.

Gesundheit und Globalisierung

Der Bericht beschreibt die Globalisierung als die treibende Kraft großer aktueller Veränderungen. Der zunehmende Kapital- und Warenaustausch zwischen den Ländern, wie auch die globalen und regionalen Auswirkungen von Entscheidungen, die beispielsweise von der WTO ausgehen, haben gravierende Folgen für die Gesundheit. Der Bericht stellt die Erfolgsstory, die die Akteure der aktuellen Globalisierung erzählen, in Frage. Er weist auf die eskalierende Armut in Afrika, Osteuropa, Zentralasien und Lateinamerika wie auch auf die zunehmende ungleiche Einkommensverteilung in vielen Ländern (einschließlich der reichen Länder) in den letzten Jahren hin. Zugleich beweist er an Länderbeispielen, dass die einzelnen Staaten, insbesondere die sog. Entwicklungsländer, nicht in der Lage sind, die Folgen dieser globalen Veränderungen für die Gesundheit ihrer Bevölkerungen zu bewältigen.

Während insbesondere die reicheren Wirtschaftsräume über soziale Mechanismen, Steuerprogression sowie Gesetze und Regeln verfügen, um die schlimmsten »Marktfehler« auf nationalem Niveau abzufedern, gibt es keinen »sozialen Vertrag«, der die Schäden und Auswüchse der Globalisierung behebt. Selbst dort, wo globale Mechanismen bestehen, verstärken sie oft noch die Probleme. Die Vereinbarungen der Welthandelsorganisation (WTO) beispielsweise, die den Waren- und Dienstleistungshandel liberalisieren und die Rechte der Investoren schützen, erzeugen ungleiche Bedingungen für ärmere Nationen und engen den nationalen Handlungsspielraum ein. Die Kämpfe um die schlecht durchdachte WTO-Übereinkunft über geistige Eigentumsrechte ist nur ein Beispiel, das die negativen Folgen internationaler

Regulationsmechanismen für die Gesundheit besonders deutlich macht. Sie verstärken den Patentschutz für überlebenswichtige Medikamente und zwingen Generika-Produzenten wie die Pharmafirmen in Indien zum Einhalten der WTO-Regeln. In Folge wird der Zugang zu Medikamenten, darunter auch den AIDS-Präparaten, für arme Menschen unerschwinglich.

Deshalb schlägt der Global Health Watch beispielsweise vor, alle globalen, bilateralen und regionalen Wirtschaftsvereinbarungen auf die Folgen für Gesundheit und Gleichheit zu überprüfen. Als ersten Schritt fordert er eine internationale Delegation aus Public-Health- und Wirtschaftsexpertinnen und -experten, die mit dem Mandat ausgestattet ist, WTO-Verhandlungen zu begleiten und nationale Regierungen hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Folgen der Verhandlungsergebnisse zu beraten. Außerdem sollte die Delegation einen ausführlichen Bericht an die WHO erstatten. Regierungen und internationale Behörden sollten einen globalen Sozialvertrag anstreben, der ihre Bemühungen um Hilfe und Schuldenerlass verstärkt – was nebenbei auch über die beim letzten G8-Gipfel verabredeten Maßnahmen hinausgehen würde. Das hieße unter anderem, dass die Entwicklungsländer nicht länger zu Handelsliberalisierungen gezwungen werden dürften und zugleich die Subventionen der G8-Länder für die eigenen Produzenten zurückgefahren werden müssten. Nötig sind neue Finanzierungsmodelle, um Gesundheit und Entwicklung zu fördern. Der Bericht schlägt die Einrichtung einer internationalen Steuerbehörde vor, die privatwirtschaftliche Steuerhinterziehung (geschätzter Verlust 255 Milliarden US Dollar jährlich) kontrollieren und verhindern soll. Ebenso gilt es, beispielsweise über die Erhebung von Steuern auf Finanztransaktionen, eine globale Ökosteuer oder eine Abgabe auf Flugbenzin nachzudenken.

Gesundheitsdienstleistungen und -systeme

Gut organisierte und verwaltete Gesundheitssysteme sind von vitalem Interesse beim Kampf gegen die Armut. Sie reduzieren die Kosten von Krankheit für den Einzelnen und für die Gesellschaft. Sie bilden soziale Netze. Sie vermitteln das Gefühl von Sicherheit, ganz im Gegensatz zu dem Gefühl von Ohnmacht und Verwundbarkeit, das von gesellschaftlicher Ausgrenzung und Spaltung produziert wird. Hunderte von Millionen Menschen in der Welt haben jedoch nicht einmal eine gesundheitliche Grundversorgung. In den meisten Regionen der Welt muss Gesundheitsversorgung aus der eigenen Tasche finanziert werden. Das führt dazu, dass die Menschen im Krankheitsfall in die Armut sinken.

Der Global Health Watch weist an vielen Beispielen über nationalstaatliche Grenzen hinweg nach, dass mehr privat finanzierte Gesundheitsversorgung zu schlechteren Gesundheitsdaten führt. Er erklärt, wie die Kommerzialisierung bestehender Gesundheitssysteme die ungleichen Zugangsbedingungen noch verschärft, weniger Zugang zu hoch qualifizierter Versorgung für die Armen bewirkt und Ineffizienz, Verlust von ethischen Standards und Vertrauen befördert. Die Länder beim Aufbau von universellen, durch Steuern oder Sozialversicherungen finanzierten Gesundheitssystemen zu unterstützen, ist deshalb vordringlichste Aufgabe.

Ausführliche Informationen zum Global Health Watch, der leider nur auf Englisch vorliegt, finden sich auf der homepage von medico international unter www.medico.de. Bei medico international in Frankfurt (Tel.: 069/943480) kann man auch eine englische CD-Rom mit dem gesamten Text des Global Health Watch erhalten.

KATJA MAURER, *Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, medico international, Burgstraße 106, 60389 Frankfurt, Tel.: (0 69) 9 44 38 29, E-Mail: Maurer@medico.de*

Alexander Krämer

Krankheiten im Zeitalter der Globalisierung

Mit dem Begriff der Globalisierung werden Phänomene beschrieben, die außer wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Prozessen auch medizinische und gesundheitswissenschaftliche Dimensionen beinhalten. Die gesundheitswissenschaftlichen Aspekte sind kompliziert, weswegen eine wissenschaftlich fundierte Analyse die komplexe Dynamik der Vorgänge berücksichtigen und den ihnen zugrunde liegenden Strukturen gerecht werden muss. Dies stellt die Voraussetzung dar, um den mit der Globalisierung verbundenen Herausforderungen gerecht zu werden.

Weltweite Krankheitslasten durch wichtige Volkskrankheiten

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt seit den neunziger Jahren regelmäßig den Weltgesundheitsbericht (World Health Report) heraus, in dem die Krankheitslasten durch wichtige Volkskrankheiten für verschiedene Weltregionen charakterisiert werden. Dabei wird zwischen entwickelten Industrieländern und Entwicklungsländern unterschieden. Bekanntlich dominieren die chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen in den entwickelten Ländern, während besonders in den Entwicklungsländern mit geringer Lebenserwartung die Infektionskrankheiten immer noch den höchsten Anteil an der Krankheitslast darstellen. Im Rahmen von Modernisierungs- und Globalisierungsprozessen lässt sich in der letzten Zeit auch in den Entwicklungsländern eine zunehmende Belastung durch chronische Erkrankungen beobachten, die sich in der Zukunft noch weiter vergrößern wird. Ein Beispiel ist der Diabetes mellitus, für den in Asien und Afrika innerhalb der nächsten zwanzig Jahre eine Verdoppelung der Prävalenz vorausgesagt wird, während die Zunahme in Europa »nur« mit ca. 16% beziffert wird. Im Kontext des epidemiologischen Wandels spricht man deswegen von einer doppelten Krankheitsbelastung für die Entwicklungsländer, weil außer der über die letzten Jahrzehnte konstanten Krankheitslast durch Infektionen zunehmend auch die durch chronische Krankheiten hinzukommt. Außer dem epidemiologischen Wandel trägt weltweit der demographische Wandel zusätzlich zu einer Vergrößerung

der Krankheitslast durch chronische Erkrankungen bei, wovon auch die Entwicklungsländer betroffen sind. Darüber hinaus ist in allen Weltregionen die große Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Morbidität der Bevölkerung zu beobachten.

Verändertes Krankheitsspektrum in der globalisierten Welt

Die hohe Mobilität von Personen und ganzen Bevölkerungsgruppen ist für die Verbreitung von Krankheiten ein wichtiges zugrunde liegendes Element. Internationales Reisen begünstigt in hohem Maße den Import und Export von Infektionskrankheiten. Der internationale Menschenverkehr war für die schnelle weltweite Ausbreitung von SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) verantwortlich, die sich Anfang dieses Jahrhunderts von China ausgehend in viele Regionen verbreitet und zu mehreren tausend Erkrankungs- und vielen Todesfällen geführt hat. Durch Modellierung mit Computersimulationen konnte die Rolle des internationalen Flugverkehrs für die Ausbreitung von SARS veranschaulicht werden, was wichtige Implikationen für die Bedrohung durch andere Infektionen wie Influenza und Vogelgrippe hat. Weltweite Migrationen sind für die Veränderung des Krankheitsspektrums in Regionen verantwortlich, wo hohe Zuwanderungsraten beobachtet werden. Außerdem ändern sich die Richtungen der Migrationen, die Herkunft der Migranten und Migrantinnen und die Stärke der Migrationsströme über die Zeit. Sogenannte »floating populations« z. B. in China, die zu Tausenden aus ländlichen Regionen in die Industriezentren strömen, um Arbeit zu finden, sind besonderen Risiken ausgesetzt. Außer dem Import von Infektionskrankheiten müssen bei diesen Bevölkerungsgruppen durch Kultur und Ethnizität bedingte Lebensstilfaktoren berücksichtigt werden, die im Sinne von Risikofaktoren die spätere Entwicklung von Erkrankungen bedingen können, die aber auch im Sinne von protektiven Faktoren einen Schutz vor den Risiken des »westlichen Lebensstils« bedeuten können. Zunehmend lässt sich allgemein eine Verbreitung dieses »westlichen Lebensstils« beobachten, der durch eine sitzende Tätigkeit mit geringer körperlicher Bewegung, eine hochkalorische Ernährung, starken Genussmittelkonsum und psychosozialen Stress gekennzeichnet ist.

Umweltveränderungen in einer globalisierenden Welt beeinflussen das Krankheitspanorama. Globale Erwärmung, hervorgerufen durch vermehrten Ausstoß von Kohlendioxid, führt zu einer Vergrößerung der Brutstätten von Vektoren für die Erreger von Tropenkrankheiten (z. B.: Anophelesmücke, Malaria). Umweltkatastrophen wie Hurrikane, Tsunamis und Dürreperioden können ebenfalls zur vermehrten Ausbreitung von Infektionen führen und Migrationsströme auslösen. Die zunehmende Populationsdichte in Megastädten, die bereits jetzt mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung beherbergen, setzt bestimmte Bevölkerungsgruppen multiplen Risiken aus, deren Dimensionen wir zur Zeit noch unzureichend verstehen (s. »floating populations«). Umweltbelastungen durch Verschmutzung von Luft, Wasser und Böden erreichen in bestimmten Gegenden bisher ungeahnte Ausmaße mit entsprechenden Belastungen für Mensch und Natur. Politische Konflikte können zu kriegerischen Auseinandersetzungen

und terroristischen Attacken (Bioterrorismus) führen, die verheerende Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit haben können. Auch durch soziale Konflikte bedingte individuelle Gewalttaten können die Krankheitslast nicht unbeträchtlich erhöhen. Darüber hinaus bergen die Errungenschaften der modernen hoch technisierten Medizin neben Chancen auch Risiken. Als Beispiel sei hier nur die Erregersistenz gegenüber Antibiotika mit zunehmender Krankheitslast durch im Krankenhaus erworbene Infektionen genannt. Schließlich birgt die industrielle Nahrungsmittelproduktion mit weltweiter Verteilung diverse Gesundheitsrisiken wie nahrungsmittelbedingte Infektionen (z. B. BSE), einseitige Ernährung und ungesundes Essverhalten.

Weltweite Aktionspläne zur Senkung der Krankheitslasten

Neben nationalen Programmen sind im Zeitalter der Globalisierung zunehmend weltweite Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erforderlich. Dies unterstreicht die zunehmende Bedeutung von internationalen Organisationen wie WHO, Weltbank, Internationaler Währungsfond, Vereinte Nationen, die sich bereits in der Vergangenheit, allerdings z.T. mit geringem Erfolg, um Gesundheitsfragen gekümmert haben. Beispiele sind die Bekämpfung der HIV/Aids-Pandemie durch UNAIDS/WHO, das Global Programm der UN gegen Aids, Tuberkulose und Malaria und weltweite Pandemiepläne gegen Influenza und Vogelgrippe. Zunehmend geraten auch andere Erkrankungen wie die Adipositaspandemie in den Blickpunkt weltweit koordinierter Interventionsbemühungen. Nur auf der Basis einer fundierten Erhebung der gegenwärtigen Krankheitslast einschließlich der damit verbundenen Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten können sinnvolle Prioritätensetzungen in der Gesundheitspolitik vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass in Deutschland bisher noch keine burden of disease-Studie wie für andere Länder und Weltregionen durchgeführt wurde. Bekanntermaßen ist auch der Wissens- und Bildungsstand, insbesondere auch der unterprivilegierten Schichten, eine wichtige Voraussetzung zur Senkung von Krankheitslasten (z. B. Erziehung von Frauen zur Senkung der Kindersterblichkeit in den Entwicklungsländern). Statt Stigmatisierung und Ausgrenzung dürfen Empowerment und Partizipation von sozial Benachteiligten, von Minderheiten und von Betroffenen (z. B. HIV-Infizierten) keine Schlagworte bleiben. Durch zunehmende Verwobenheit und wechselseitige Abhängigkeiten im Zeitalter der Globalisierung besteht vielleicht der Zukunft vermehrt die Chance, mit Hilfe effizienter Interventionen die Krankheitslasten nachhaltig zu senken und die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu stärken. Gegenwärtig sprechen aber leider viele Fakten eher dafür, dass sich die soziale Ungleichheit sowohl im weltweiten wie im regionalen Maßstab vergrößert.

PROF. DR. ALEXANDER KRÄMER, AG Bevölkerungsmedizin,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,
E-Mail: alexander.kraemer@uni-bielefeld.de
Postfach 100131, 33501 Bielefeld

Sandra Dusch Silva

Schnell und billig aus der Produktionshölle

Im Vorfeld der WM flimmerten allabendlich die Werbeträger von Nike und adidas auf unseren Fernsehschirmen. Verstärkt versuchen die Unternehmen auch ihr Engagement im Bereich soziale Unternehmensverantwortung (Corporate Social Responsibility/CSR) medienwirksam zu platzieren. So wurde beispielsweise der Vorstandschef vom WWF (World Wide Fund for Nature) und dem Magazin »Capital« zum »Ökomanager des Jahres« gekürt. In der Laudatio heißt es: »Mit strikten Verträgen und Kontrollen sorgt er dafür, dass seine mehr als 800 Zulieferfirmen in den Schwellenländern zu vertretbaren ökologischen und sozialen Bedingungen produzieren. Dort arbeiten 440.000 Menschen für adidas – das zweitgrößte Sportartikelunternehmen der Welt.« In unmittelbarer Reaktion darauf hat sich die Christliche Initiative Romero (CIR), eine Trägerorganisation der Kampagne für »Saubere« Kleidung (Clean Clothes Campaign/CCC) mit dem Pressesprecher des WWF in Verbindung gesetzt. Auf die Nachfrage, nach welchen Kriterien die Jurymitglieder die Entscheidung getroffen haben, wurde deutlich, dass diese Auszeichnung nur auf ökologischen Kriterien basiert.

»MADE IN HELL« – Realität in Zulieferfirmen

Die Arbeitsbedingungen in den weltweiten Zulieferbetrieben von adidas und anderen Sportartikelherstellern sind immer noch prekär. Zwar haben alle WM-Ausrüster einen mehr oder weniger gut ausformulierten Verhaltenskodex und lassen dessen Einhaltung regelmäßig von der Fair Labor Association (FLA) prüfen. Trotzdem sind Arbeitsrechtsverletzungen, wie der Fall Hermosa in El Salvador zeigt, weiterhin an der Tagesordnung.

Dieser Zulieferbetrieb wurde im Mai 2005 geschlossen. Über Jahre hinweg wurden die vorwiegend weiblichen Beschäftigten in der Fabrik ausgebeutet. Als die Näherinnen und Näher versuchten, sich dagegen zu wehren und sich gewerkschaftlich organisierten, wurden sie allesamt ohne die ausstehenden Lohnzahlungen und Abfindungen auf die Straße gesetzt. Seit 2000 hat die Christliche Initiative Romero (CIR) adidas auf die miserablen Zustände in dieser Fabrik aufmerksam gemacht. In regelmäßigen Abständen führten lokale Partner Untersuchungen in Hermosa durch. Die Resultate waren erschreckend: Die bakterielle Verschmutzung des Trinkwassers überstieg dort den offiziellen zulässigen Grenzwert um 117 Prozent. Gewerkschaftsgründungen wurden repressiv verhindert. Der Arbeitsdruck war stets extrem und die Entlohnung reichte nicht zum menschenwürdigen Überleben. Doch adidas wiegelte diese Fakten ab und verwies auf die regelmäßigen internen Kontrollen sowie Kontrollen über die FLA. Wie mangelhaft diese Kontrollen sind, wird nun deutlich: Der Fabrikbesitzer Montalvo steht mittlerweile in El Salvador vor Gericht, weil er jahrelang die Sozialversicherungsabgaben zwar den Beschäftigten vom Lohn abzog, aber diese nicht an die Versicherungsanstalten weiterleitete – ebenso wenig wie die Arbeitgeberanteile. Mehrere hunderttausend US-Dollar wurden so veruntreut. Und adidas behauptet, durch seine Kontrollen all diese Praxis nicht aufgedeckt zu haben. Sind die Kontrollen tatsächlich derart ungenügend?

Die Kontrollbesuche von adidas waren stets angekündigt

und gut vorbereitet gewesen. Vor dem letzten Besuch von adidas wurden wir über Lautsprecher informiert und erhielten Instruktionen für den Fall von Interviews, so eine ehemalige Hermosa-Arbeiterin. Dies erklärt, wieso letztlich adidas keine Missstände bei den Kontrollbesuchen feststellen konnte.

Der Fall Hermosa steht stellvertretend für unzählige andere Fälle von Arbeitsrechtsverletzungen, die täglich in den Zulieferfabriken stattfinden. Bereits seit den 70er Jahren wird der größte Teil der arbeitsintensiven Produktion von Bekleidung und Sportswear in Ländern des Südens und in Osteuropa gefertigt. Unzählige Arbeitsplätze wurden in den Industrieländern abgebaut und in die Entwicklungs- und Transformationsländer verlagert. In über 160 Ländern wird unsere Kleidung in 2.000 Freien Produktionszonen (FPZ) mit mehr als 100 Millionen Beschäftigten hergestellt. Die FPZ sind exterritoriale »Enklaven«, die mit Zäunen vom Umland getrennt werden und quasi zum »Zollausland« gehören. Die ersten FPZ gab es bereits 1950 in Irland und seit Ende der 60er Jahre auch in Nordmexiko und Asien. In den FPZ sind die Betreiber großzügig von Steuern befreit, vor allem die Unternehmens- und Einkommenssteuern müssen sie nicht abführen. Zollfrei können beispielsweise Rohstoffe und Maschinen importiert werden und es gibt sehr geringe Umwelt- und Sozialauflagen. Selbst die Infrastruktur wird den Betreibern zu Verfügung gestellt und Energie und Wasser können sie zu Vorzugspreisen erwerben.

Die Clean Clothes Campaign (CCC)

Damit die Konzerne bei auftretenden Missständen nicht einfach schnell ihre Handelsbeziehungen mit dem in die Kritik geratenen Zulieferbetrieb abbrechen, fordert die CCC keinen Boykott der Marken. Durch die enge Zusammenarbeit mit Organisationen im Süden, wie beispielsweise den Frauenorganisationen MEC in Nicaragua und MAM in El Salvador, weiß die CCC um die zentrale Bedeutung für die Arbeiterinnen und Arbeiter, dass sie selbst ihre gering bezahlten Arbeitsplätze behalten. Die CCC übt Druck auf die Auftraggeber, die multinationalen Konzerne aus, damit sie ihre Verantwortung für die Produktionsbedingungen akzeptieren und für die Einhaltung der Arbeitsrechte sorgen. Der Hebel, den die CCC ansetzt, ist das Image. Die CCC nutzt die Angst vor Negativschlagzeilen, um die Konzerne zur Einhaltung der ILO-Normen (der Internationalen Arbeitsorganisation) zur Zahlung von »existenzsichernden Löhnen« (living wage) und zur Durchführung eines unabhängigen Monitorings, welches auch lokale Akteure einbezieht, zu drängen. Zudem fordert die CCC die Entwicklung und Umsetzung einer glaubwürdigen Politik zur Verbesserung der Arbeitsrechte. Dazu gehören vor allem auch andere Einkaufspraktiken, die nicht die Ausbeutung der Beschäftigten fördern. Die CCC agiert branchenweit und arbeitet auf drei Ebenen: exemplarische Recherchen in den Produktionsländern, öffentlichkeitswirksame Aktionen und Firmengespräche. Beim Fall Hermosa wird diese Arbeitsweise deutlich: die CCC hat in El Salvador recherchiert, daraufhin eine ehemalige Näherin nach Deutschland eingeladen und auch das Gespräch mit adidas gesucht, leider bisher erfolglos.

Doch kann die CCC, die sich 1989 in den Niederlanden gründete, bisher viele Erfolge vorweisen. Heute sind in der Kampagne weltweit über 300 Organisationen aktiv. Durch die jahrelange und konsequente Kampagnenarbeit gab es Verbesserungen insbesondere bei ›sichtbaren‹ Arbeitsrechtsverletzungen. In El Salvador gibt es beispielsweise keine obligatorischen Schwangerschaftstests mehr bei der Einstellung. Doch bei ›nicht sichtbaren‹ Verletzungen wie Gewerkschaftsfreiheit, Diskriminierung und sexueller Belästigung gab es kaum Veränderungen. Einen erfolgreichen Unternehmensdialog gab es mit dem Naturtextilversender Hess Natur. Hess Natur wurde Mitglied in der Fair Wear Foundation (FWF), die von der CCC mitgegründet wurde und für gründliche, glaubwürdige Kontrollen und die Einbeziehung der Arbeiter und Arbeiterinnen steht. Der Naturtextilversender unterzieht sich als erstes Unternehmen in Deutschland diesem aufwendigen Prozedere. Damit es letztlich bei adidas, Nike und Co. in diese Richtung geht, bedarf es noch viel Druck der Konsumentinnen und Konsumenten.

SANDRA DUSCH SILVA, Öffentlichkeitsreferentin der Christlichen Initiative Romero e. V., Frauenstr. 3–7, 48143 Münster, Tel.: (02 51) 89 503, www.ci-romero.de

Arnd Hofmeister

Gesundheitsförderung und Prävention als integrierende Aufgaben europäischer Politik

›Gesundheitspolitik ist keine europäische Aufgabe, sondern liegt in der Verantwortung der Mitgliedstaaten,‹ dies wird in gesundheitspolitischen Debatten immer wieder betont. Besonders eindrucksvoll ist das in der derzeitigen Diskussion um die zukünftige Organisation des deutschen Gesundheitssystems zu beobachten. Bei der Frage, wie viel Steuerfinanzierung gegen wie viel eigenverantwortliche Vorsorge spielt der europäische Kontext höchstens als Abgrenzungsfolie eine Rolle, um die Leistungsstärke des bundesdeutschen Systems hervorzuheben. Diese Haltung ist so kurzsichtig wie die meisten Reformdiskussionen deutscher Sozial- und Gesundheitspolitik der letzten Jahre. Gesundheitspolitik wird schon lange in Europa gemacht, ohne dass dies offen ausgesprochen wird. Daher fehlt auf der europäischen Ebene auch weitgehend jede öffentliche Diskussion, demokratische Kontrolle und Legitimation. Ein umfassendes Umdenken im Bereich der Gesundheitspolitik scheint also angezeigt.

Realität europäischer Gesundheitspolitik

Folgt man dem derzeit geltenden Vertrag von Nizza, stimmt freilich die eingangs zitierte Behauptung. Dort wird in Artikel 152 der Gesundheitsschutz als Aufgabe der Mitgliedstaaten bestimmt. Der EU wird lediglich ein allgemeines Mandat zur Erhaltung eines hohen Gesundheitsniveaus erteilt, das nationale Politiken ergänzt, insbesondere durch Prävention und

Gesundheitsförderung. Dieser Artikel ist erst seit 1992 in Kraft und hat bereits jetzt zu einem breiten Umdenken geführt. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind eine Vielzahl europäischer Netzwerke und Strukturen entstanden, die der Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung dienen, ohne direkt die Gesundheitssysteme zu beeinflussen. Doch die Grenzen werden immer deutlicher. Bisher hat die EU eben offiziell keinen direkten Einfluss auf die Organisation und Finanzierung nationaler Gesundheitssysteme. Gleichzeitig weiß man durch die Public Health Forschung der letzten 150 Jahre, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur zu einem geringen Teil durch die Organisation eines Gesundheitssystems beeinflusst wird, sondern weit stärker durch ökologische und soziale Lebensbedingungen. In diesen Bereichen wie Landwirtschaft, Umwelt- und Verbraucherschutz bestimmt aber die EU die deutsche Politik. Zudem ist der Gesundheitsbereich ein Markt, der zunehmend den Regeln des Binnenmarktes und des Wettbewerbsrechts unterworfen wird.

Entwicklungen des Gesundheitsmarktes

Jenseits aller öffentlichen Diskussion und nur einer kleinen Fachöffentlichkeit bekannt, hat sich der Europäische Gerichtshof zu einem Hauptakteur europäischer Gesundheitspolitik entwickelt. So gilt seit 1998 der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr auch für das Gesundheitswesen. Ambulante Leistungen müssen grundsätzlich bis zur Höhe nationaler Kosten erstattet werden. Leistungsausschlüsse müssen evidenzbasiert sein. Bei unangemessenen Wartezeiten und mangelnden Kapazitäten darf eine Operation im Ausland nicht verweigert werden. Es gibt kaum einen Bereich der Gesundheitsversorgung, der durch diese Rechtsprechung unberührt bleibt.

Diese Gerichtsurteile verweisen aber auch auf ein gesundheitspolitisches Demokratiedefizit. Während auf nationaler Ebene Gesundheitspolitik als zentraler Bestandteil des jeweiligen Sozialmodells gesehen und verhandelt wird, haben sich auf europäischer Ebene Gesundheitsdienstleistungen Marktregeln anzupassen, die nationale Gestaltungsmöglichkeiten zunehmend unterminieren. So kann man paradoxerweise formulieren, dass, wer die soziale Rolle und demokratische Gestaltung der Gesundheitsdienste aufrechterhalten will, eine wirkliche europäische Gesundheitspolitik fordern sollte.

Herausforderungen und Chancen für eine europäische Gesundheitspolitik

Eine der zentralen Schwierigkeiten einer europäischen Gesundheitspolitik ist die Unterschiedlichkeit der Sozial- und Gesundheitssysteme. Da eine Harmonisierung gerade durch den Widerstand Deutschlands undenkbar scheint, versucht die EU durch die Etablierung der sog. ›Offenen Methode der Koordinierung‹ im Bereich Gesundheit erste Schritte hin zu einer europäischen Gesundheitspolitik zu machen. Dazu werden zunächst allgemeine Ziele und Leitlinien formuliert, die dann in Benchmarks und Indikatoren umgesetzt werden. Durch die Implementierung von Monitoringsystemen und Evaluationsinstrumenten können dann im europäischen Vergleich ›good practices‹ herausgestellt werden, um eine ver-

besserte Koordinierung zu ermöglichen. Entscheidend dafür sind zunächst verlässliche Informationen über gesundheitspolitische Strategien und ihre Ergebnisse, die einerseits vor dem Hintergrund der allgemeinen Zielsetzungen bewertet werden, aber andererseits in der Bewertung auch ihren lokalen Kontext berücksichtigen müssen. Gerade dieser letzte Schritt verweist auf die Begrenzung der Methode, da die Unterschiedlichkeit der gesundheitspolitischen Strukturen, ihrer Akteure und ihrer Finanzierung eine Übertragung von »good practices« erschweren. Zudem ist die Methode nicht gerade demokratieförderlich, da zumindest derzeit die Ziele und Benchmarks durch Experten und Expertinnen und kaum legitimierte europäische Verwaltungsbeamte festgelegt werden.

Grundlegend zeichnen sich allerdings in dieser Methode Formen zukünftiger Politikgestaltung ab, die das bisherige (gesundheits-)politische Gefüge gerade in Deutschland vor neue Herausforderungen stellt. Die Normen und Ziele europäischer Politik werden perspektivisch in Brüssel festgelegt, ihre konkrete Umsetzung hingegen wird sich eher auf regionaler und kommunaler Ebene abspielen, da hier die wesentlichen Teile gesellschaftlicher Integration geschehen. Dafür ist die bisherige Organisation und Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems mit seiner sozialpartnerschaftlichen Struktur denkbar ungeeignet, da Krankenkassen als Akteure sowohl in ihrer Mitgliederstruktur als auch ihrer geographischen Verortung quer zu diesen politischen Strukturen stehen. Die Dominanz öffentlicher Gesundheitssysteme in Europa lässt Deutschland zum Außenseiter werden, die Konfusion sozialpartnerschaftlicher und föderaler Zuständigkeiten wird langfristig auch auf nationaler Ebene nicht mehr vermittelbar sein. So wäre es sinnvoll, die derzeitigen Reformdebatten vor dem skizzierten europäischen Hintergrund zu führen. Die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Universalität, Angemessenheit, Solidarität und die Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung wird nur in einem gesamteuropäischen Zusammenhang möglich sein. Gesundheitsförderung mit ihrem Mehrebenenmodell bietet dafür eine bewährte demokratieförderliche Struktur, in der europäische, regionale und kommunale Ebenen integriert werden können.

DR. ARND HOFMEISTER, *Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Vertretungsprofessor im Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Brandenburger Straße 9, 39104 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86 46 91, Fax: (03 91) 8 86 47 18, E-Mail: Arnd.hofmeister@hs-magdeburg.de*

Malte Erbrich

Die Europäisierung der Gesundheit

Nach der Vollendung des Binnenmarktes und der Wirtschafts- und Währungsunion hat sich die Europäische Union mit dem Lissabon-Prozess ein neues Ziel gesetzt. Das Europäische Haus soll als weiteren tragenden Pfeiler eine Sozialunion erhalten. Langfristiges Ziel dabei ist ein eigenständiges Grundrecht auf soziale Leistungen für die EU-Staatsbürgerinnen und -bürger. Teil dieses neuen Sozialmodells ist die europäische Gesundheitspolitik, die schon deutlich sichtbar in die Handlungen und Politiken der Europäischen Kommission eingezogen ist, am augenfälligsten mit dem Versuch im Januar 2004, innerhalb der Richtlinie für Dienstleistungen im Binnenmarkt auch die Erbringung und Erlangung von Gesundheitsdienstleistungen zu regeln. Ein Versuch, der vom Europäischen Parlament Anfang 2006 zurückgewiesen wurde, wobei das Parlament nicht etwa grundsätzlich gegen eine Europäisierung der Gesundheit ist.

Maßnahmen zur Regulierung von Gesundheit

Dass die Kommission den Versuch der Regulierung von Gesundheit nicht so schnell aufgibt, machte sie im Mai dieses Jahres deutlich. Statt einer horizontal ansetzenden Richtlinie kündigte sie nun ein sektorielles Maßnahmenpaket an. Ein Reflektionsprozess im Herbst dieses Jahres soll 2007 u. a. zu einer Richtlinie führen, die erstmalig gezielt für das Gesundheitswesen europäisch einheitliche Vorgaben machen soll.

Dabei begibt sich die Kommission auf schwieriges Terrain. Einerseits ist es ihre Aufgabe gemäß Artikel 3 (1) p Europäischer Gemeinschaftsvertrag, »einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus« zu leisten, andererseits muss sie die Organisations- und Finanzierungsautonomie der Mitgliedstaaten für ihre Gesundheitssysteme gemäß Artikel 152 (5) Europäischer Gemeinschaftsvertrag in vollem Umfang achten. Insbesondere auf letzteres legen Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten sowie die Einrichtungen der Sozialversicherer besonderen Wert.

Noch ist unklar, wie der Vorschlag der Kommission im Detail aussehen wird. Sicher ist nur, dass er einen Beitrag zur Patientenmobilität in Europa leisten soll. Ein zentraler Punkt ist hier die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zur Kostenerstattung bei medizinischer Behandlung im Ausland. Der EuGH hat in einer Vielzahl von Urteilen entschieden, dass gesetzlich Krankenversicherte jederzeit und ohne vorherige Genehmigung medizinische Waren und ambulante Leistungen im EU-Ausland nachfragen können. Stationäre Leistungen bedürfen zwar weiterhin einer Genehmigung, diese muss jedoch erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung nicht innerhalb einer den individuellen medizinischen Umständen angemessenen Zeit erbringen kann.

Weiter wird erwartet, dass die Vorlage der Kommission Aussagen zu den Themen aus ihrer Mitteilung von 2004 zur Patientenmobilität enthält. Die Mitteilung war Ausgangspunkt für die Arbeit der Hochrangigen Kommissionsarbeitsgruppe für Gesundheitsdienste und medizinische Versorgung in den vergangenen zwei Jahren und könnte nun in legislative Maßnahmen einmünden.

Hierzu könnte die Einrichtung eines Netzwerkes von Europäischen Referenzzentren zählen. Diese sollen Leistungen der

Ute Brasseit, Kai Mosebach

Die WHO vor globalen Herausforderungen

Gesundheitsversorgung in den Fällen erbringen, in denen eine besondere Bündelung von Ressourcen oder Fachwissen erforderlich ist, um eine qualitativ hochwertige und kostenwirksame Versorgung, insbesondere bei seltenen Krankheiten, sicherzustellen. Referenzzentren sollen ferner maßgeblich an Ausbildung und Forschung im Gesundheitsbereich und bei der Informationsverbreitung und -bewertung mitwirken.

Begleitet werden sollen die Maßnahmen zur Mobilität durch Verbesserungen bei der Patientensicherheit und -information. So sollen die bereits bestehenden Kooperationen zum Austausch guter Praktiken bei der Patientensicherheit vertieft und in Form eines gegenseitigen Lernens auf alle Mitgliedstaaten ausgedehnt werden.

Notwendigkeit europäischer Richtlinien

Aus deutscher Sicht stellt sich die Frage, inwieweit die angedachten Maßnahmen überhaupt notwendig sind. Zum einen gelten – wie in der gesamten Union – die Verordnungen zur sozialen Sicherheit, zum anderen wurden in Deutschland bereits mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 die aus der Rechtsprechung des EuGH abgeleiteten Kostenerstattungsansprüche in nationales Recht überführt. Ebenfalls seit der Einführung des GMG besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, individuelle Verträge mit Leistungserbringern im EWR-Ausland zu schließen. Hinzu kommt, dass die Nachfrage nach Leistungen im Ausland aufgrund von Sprache, geographischen und organisatorischen Hürden sehr gering ist. So fragten 2004 nur 33.037 Patienten gezielt stationäre Behandlung in Deutschland nach. Umgekehrt machten die Aufwendungen für Auslandsbehandlung von Deutschen nur rund 1,1% des Gesamtvolumens aus. Genauere Zahlen liegen aufgrund mangelnder statistischer Erfassung allerdings nicht vor. Ausschnittsweise ergab eine Umfrage unter Krankenkassen, dass zwar rund 10% der Kassen Verträge mit ausländischen Leistungserbringern haben (vornehmlich mit Reha-Einrichtungen, Kurbädern und Internetapotheken sowie den Grenzregionen, den Euregios), die Patientenzahlen aber marginal sind. Ausnahmen sind lediglich die Euregios, die zwar statistisch nicht separat ausgewiesen werden, aber einen nicht unerheblichen Beitrag zum Gesamtvolumen liefern, sowie die Internetapotheken. Hier belief sich der Umsatz gemessen an Medikamenten insgesamt auf 0,5–1,5% der jeweiligen Kasse – und dies bereits nach einem Jahr.

Aus nationaler Sicht kommt man daher zu dem Schluss, dass es einer Kommissionsinitiative zur Patientenmobilität mit legislativen Maßnahmen nicht bedarf, eine Vertiefung des Erfahrungsaustausches und eine bessere Informationsauswertung unter Leitung der Kommission jedoch wünschenswert wären. Der aus europäischer Sicht verlockende Ansatz mittels Richtlinie eine schnelle Angleichung der Gesundheitssysteme zu erreichen, könnte diese überfordern und so in letzter Konsequenz zu einer weiteren Ablehnung der EU durch ihre Bürger führen.

Literatur beim Verfasser:

MALTE EERBRICH, Deutsche Sozialversicherung Europavertretung, Rue d'Arlon 50, 1000 Brüssel, E-Mail: malte.erbrich@esip.org

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) ist die bedeutendste multilaterale internationale Organisation, die sich mit Gesundheitsproblemen beschäftigt. Sie ist eine Sondereinrichtung der Vereinten Nationen und versteht sich als Dachorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens. Ihre Empfehlungen haben Leitbildfunktion für die Gesundheitspolitik von mittlerweile 192 Mitgliedstaaten. Die Tätigkeit der WHO orientiert sich an der Erfüllung von drei Zielen:

1. Erarbeiten und Setzen von normativen Standards in der Medizin
2. Technische Beratung und Unterstützung von Mitgliedstaaten in medizinischen Fragen
3. Unterstützung von Mitgliedstaaten in der Formulierung ihrer Gesundheitspolitik.

Seuchenbekämpfung und Infektionsschutz als zentrale Programme

Bereits ihre Gründung 1948 kann als Antwort auf globale, d. h. grenzüberschreitende, gesundheitliche Herausforderungen verstanden werden, die auf die kriegsbeteiligten Nationalstaaten in Folge des Zweiten Weltkriegs zukamen. Als technisches Ziel stand damals die Seuchenbekämpfung an vorderster Stelle und diese führte – neben dem bald folgenden Austausch von medizinischem Wissen – fast 30 Jahre lang die Agenda der WHO an. Auch heute noch ist die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten das Hauptmotiv für sog. »Geberländer« der hochindustrialisierten OECD-Welt, finanzielle Verantwortung zu übernehmen (sowohl multilateral als auch im Rahmen neuer Formen internationaler Gesundheitspolitik, wie z. B. des »Global Health Funds« der Vereinten Nationen).

Im Zentrum der Programme der WHO zu Infektionsschutz und internationaler Seuchenbekämpfung stehen heute die Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose. Die WHO bleibt auch im »Zeitalter der Globalisierung« eine wichtige ideelle Ergänzung zur nationalstaatlichen Gesundheitspolitik, die den Restriktionen eines intensivierten Standortwettbewerbs unterworfen bleibt und vorwiegend mit Kostendämpfung und Krankenversorgung beschäftigt ist. Die strategische Bedeutung der WHO besteht in der Bildung eines professionellen Konsensus und professioneller Kader der internationalen Gesundheitspolitik.

Die WHO und ihre Aufgaben

Ihr Mandat bekommt die WHO von der Weltgesundheitsversammlung, zu dem die Mitgliedsstaaten Repräsentantinnen und Repräsentanten entsenden. Auf der Weltgesundheitsversammlung werden die jährlichen Programme und das Budget beschlossen. Die WHO arbeitet im Wesentlichen durch den Aufbau und Unterhalt von Kooperationsbeziehungen (»technical partnerships«) zu strategisch wichtigen etablierten Institutionen des jeweiligen Gesundheitswesens der Mitgliedsländer, aber auch zu Nichtregierungsorganisationen und zur Privatwirtschaft. Diese Kooperationsbeziehungen können – in einer selbst vorgenommenen Anlehnung an die »Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung« der Ottawa-Charta – als eher »weich« bezeichnet werden: Anwaltschaft für

Das Internet: ein Medium für Patientinnen und Patienten?

Gesundheit übernehmen (»advocacy«), befähigen und ermöglichen (»enable«), vermitteln und vernetzen (»mediate«).

Den Höhepunkt ihrer ideellen gesundheitspolitischen Leitbildfunktion hat die WHO jedoch mittlerweile überschritten. Ihre aktuellen Leitbilder (Gesundheit für alle, Gesundheit als Menschenrecht, gleiche Gesundheitschancen und Demokratisierung) scheinen heute schwerer denn je zu verwirklichen zu sein. Dies macht die Diskrepanz zwischen normativem Anspruch einerseits und politischen, strukturellen, finanziellen und operationalen Möglichkeiten andererseits im Handeln der WHO schmerzlich spürbar. Mittlerweile haben sogar andere internationale Organisationen, insbesondere die Weltbank im Bereich der Entwicklung von Gesundheitssystemen und der Formulierung von Gesundheitspolitik, konzeptionelle Aufgaben von der WHO übernommen, so dass diese wegen ihrer geradezu chronischen Finanzierungsschwierigkeiten auf eine enge Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen angewiesen ist (»Global Health Governance«).

Herausforderungen der Globalisierung

Wie reagiert die WHO nun auf Herausforderungen der Globalisierung? Als direkte Gesundheitseffekte der Globalisierung sind erstens zunehmende Infektionskrankheiten und zweitens die Verbreitung von gesundheitsgefährdenden Lebensstilen und Produkten zu nennen. Wichtige Aktivitäten, die die Versuche der WHO, mit den rasanten Entwicklungen und Herausforderungen der Globalisierung Schritt zu halten, illustrieren, sind z.B. die Durchführung internationaler Studien (z.B. zu Auswirkungen des Abbaus von Handelsbeschränkungen auf den Tabakkonsum), die Entwicklung der Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle, die Einrichtung eines globalen Warnsystems beim Ausbruch von Pandemien (GOARN) oder Gründung und Unterhalt diverser Informationsnetzwerke.

Wünschenswert wäre, dass sich die WHO in ihren Aktivitäten stärker an einer Art von Globalisierungs-Verträglichkeitsprüfung – in Anlehnung an das Konzept der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (»Health Impact Assessment«) – orientieren würde. Hierdurch könnten indirekte Effekte der Globalisierung auf Gesundheit (z.B. Finanzmärkte, Preise, Grad der öffentlichen Ausgaben, Beschäftigungslage, aus nationalökonomischen Rahmenbedingungen resultierende Lebensbedingungen) ebenso in ihrer Bedeutung ermessen werden wie direkte Effekte (z.B. Infektionsrisiko durch übertragbare Krankheiten, Tabakwerbung und -konsum, Zugang und Preise im Gesundheitswesen). Hierzu bedürfte es jedoch politischer Anstrengungen und einer Umorientierung von Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten, die jenseits der alltäglichen WHO-Arbeit einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der internationalen Gesundheitspolitik möglich machen könnten.

UTE BRASSEIT, Sackmannstr. 32, 30453 Hannover,
Tel.: (05 11) 60 09 77 09, E-Mail: u.brasseit@web.de
KAI MOSEBACH, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung
Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Das Internet hat sich in den letzten zehn Jahren so rapide entwickelt wie wenig andere Lebensbereiche. Von einem exklusiven Kommunikationsmedium der Expertinnen und Experten ist es zum elektronischen Tummelplatz der Massengesellschaft geworden. Wer hätte vor zehn Jahren gedacht, dass es einmal ganz normal sein würde, Musik nicht mehr im Plattenladen zu kaufen, sondern bei iTunes »downzuloaden« – und dass uns dann auch solche seltsam verkorksten Mischwörter ganz normal vorkommen würden? Dass man Kinderkleidung, Bücher, Computer, Autos oder gar Immobilien bei eBay ersteigert und auch wieder verkauft? Und dass man sich bei gesundheitlichen Problemen nicht zuerst an seinen Arzt/seine Ärztin wendet, sondern vorher nach seiner Krankheit googelt und entweder gleich über die Internet-Apotheke die elektronisch empfohlenen Medikamente ordert oder wenigstens seinen Arzt/seine Ärztin mit den gefundenen Informationen konfrontiert? Spätestens auf diesem Weg ist das Internet dann auch für die Ärzte und Ärztinnen eine gehörige Herausforderung.

Chancen und Risiken liegen eng beieinander

Wie so viele technologische Fortschritte birgt auch diese Entwicklung Chancen und Risiken. Leider ist es kaum möglich, die Vorteile eindeutig von den Gefahren abzugrenzen. Einerseits sollten Nutzer und Nutzerinnen des www die intellektuellen, bildungsmäßigen und seelischen Voraussetzungen für einen verantwortlichen Umgang mit diesem Medium mitbringen. Andererseits müssen Konventionen und Regeln geschaffen werden, die es den Nutzern und Nutzerinnen ermöglichen, die Glaubwürdigkeit der Informationen zu beurteilen.

Wahlfreiheit, Autonomie: Je besser die Informationslage ist, desto fundierter können die Patientinnen und Patienten selbstbestimmt und autonom über den Umgang mit ihrer Krankheit und ihrem Leben entscheiden. Sie bekommen die Möglichkeit, stärker zu Gestaltenden ihrer Lebensumstände zu werden. Das entspricht einem zunehmenden Bedürfnis in allen Lebensbereichen, auch wenn es wahrscheinlich noch nicht die Mehrheit der Bevölkerung erreicht hat. – Allerdings sehen Patientinnen und Patienten sich auch sehr viel häufiger vor Weggabelungen stehen, ohne zu wissen, wohin die Wege führen und welchen Weg sie aus welchen Gründen einschlagen sollen. Dadurch kann die Informationsflut leicht zur Überforderung werden und die Freiheit zur Beliebigkeit.

Partnerschaft zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin: Das moderne Paradigma des shared decision making, des partizipativen oder partnerschaftlichen Entscheidens, wird durch ein demokratisches Medium wie das Internet wesentlich erleichtert. Allerdings gehört zur Partnerschaft mehr als bloße Information. Patientinnen und Patienten müssen mit ihr auch etwas anfangen können; Information will angeeignet, bewertet, durchdrungen werden. Letztlich muss sie zur Erkenntnis führen, soll sie für das Leben Konsequenzen haben. Dafür kann das Internet allenfalls Grundlage sein, das Eigentliche muss jeder selbst leisten, wahrscheinlich in vielen Gesprächen mit Nahestehenden und mit Experten und Expertinnen der eigenen Wahl.

Globalisierung: Das Internet trägt maßgeblich zur Entwicklung einer Weltgesellschaft bei. Patientinnen und Patienten

Arnd Hofmeister

Auswirkungen von GATS auf die Gesundheit

ten in Deutschland können die Erfahrungen und Ratschläge australischer, amerikanischer oder auch chinesischer Patientinnen und Patienten zur Kenntnis nehmen. Damit sind sie allerdings auch einer Fülle neuartiger Einflüsse ausgesetzt: Andere Kulturen gehen mit Krankheiten ganz anders um, vielleicht sind die Erfahrungen gar nicht auf unseren Kulturkreis übertragbar. Im Internet bleibt unklar, ob beschriebene Erfahrungen echt sind oder nur von geschickten Marktstrategen und -strateginnen zur Verkaufsförderung für Medikamente oder andere Produkte erfunden wurden. Angepriesene Stoffe oder Arzneimittel sind möglicherweise bei uns gar nicht zugelassen, weil hier andere Hürden für den Nachweis von Wirksamkeit oder Gefährlichkeit gelten. So kann das Internet auch falsche Hoffnungen schüren und Illusionen nähren, die Patienten und Patientinnen davon abhalten können, einer Krankheit ins Auge zu sehen und mit ihr leben zu lernen.

Demokratisierung: Expertinnen, Experten und Laien, Ärztinnen, Ärzte, Patientinnen und Patienten erhalten ihre Informationen immer häufiger aus dem Internet, wenn auch in der Regel noch von verschiedenen Anbietertypen und auf unterschiedlichem fachlichem Niveau. Die Kluft zwischen ihnen schwindet damit immer mehr, beide werden immer »gleicher«. – Das ist für beide Seiten eine Herausforderung. Denn die zunehmende Gleichheit bleibt immer partiell. Die Ärztin oder der Arzt bleiben insgesamt immer besser informiert und ausgebildet, auch wenn nicht selten Patientinnen und Patienten mehr über ihre spezielle Krankheit wissen. Diese werden in vielen Fällen weiterhin von Ärztinnen und Ärzten die Führungsrolle erwarten, auch wenn sie gut informiert an der von ihnen verordneten Therapie mitwirken.

Regulierung und Kompetenz

Damit das Internet ein demokratisches Medium wird und bleibt, müssen Regeln her, die die Einhaltung demokratischer Spielregeln sichern. Auch heute schon gibt es dafür Zertifikate, im Gesundheitsbereich etwa das Health on the Net (abgekürzt: HON-) Siegel oder das Logo von AFGIS. Damit kann Missbrauch nicht verhindert werden, aber sie geben eine erste Richtschnur.

Zulassungsbehörden riechen immer noch staatlicher Zensur. Regulierung als von oben verordneter Zwang wird aber umso überflüssiger, je kompetenter die Menschen mit Informationen umgehen können. Daher sollte die größte Bemühung der Entwicklung von Entscheidungs- und Bewertungsfähigkeit im Umgang mit Informationen gelten. Patientinnen und Patienten müssen sensibel gemacht werden für die Möglichkeiten des Irrtums, der Fehlinformation, der Manipulation. Und das Internet darf nicht Personen ersetzen, die nach wie vor als Gesprächspartnerin und -partner gebraucht werden, wenn es um lebensentscheidende Diagnosen, Therapien, Weichenstellungen im Lebensweg oder gar die letzte Lebensphase geht. Das Internet ist nur ein Medium, es darf nicht zum Ersatz für die personale Interaktion zwischen leibhaftigen Menschen werden!

Die Gründung der Welthandelsorganisation (WTO) im Jahre 1994 markiert einen fundamentalen Wandel globaler Politik. Die in ihrem Rahmen entwickelten Verträge zielen darauf, die Weltwirtschaft nach den Formen neoliberalen Wirtschaftens neu zu ordnen. Dies ist gleichbedeutend mit der Öffnung aller Märkte, der Liberalisierung des Handels durch Abbau von Zöllen, Gleichbehandlung aller Unternehmen und Anbieter, dem Abbau von Subventionen und der universellen Anwendung von Marktprinzipien und freiem Wettbewerb. Das »General Agreement on Trades in Services (GATS)« konkretisiert diese Prinzipien für den Dienstleistungssektor. Dieser umfasst neben dem Gesundheitssystem auch das Bildungssystem, Transport, Sport, Kultur, Kommunikation etc. Dies klingt sehr abstrakt und hat lange Zeit für die bundesdeutsche Bevölkerung und die Medien keine Rolle gespielt. Vereinzelte Proteste durch die globalisierungskritische Bewegung und ihre Demonstrationen in Seattle, Genua, Cancun etc. bilden eine Ausnahme.

Erst die Diskussion um die Dienstleistungsrichtlinie der EU im letzten Jahr hat diese Entwicklungen und die Bedeutung von Privatisierung und Liberalisierung der Dienstleistungsmärkte als Gefahr des deutschen Sozialstaates erlebbar gemacht. Die Vorstellung, gering bezahlte polnische oder tschechische Pflegedienste könnten zu ihren Konditionen Dienstleistungen in Deutschland anbieten, schien bedrohlich. Gerade diese Vorstellung einer Privatisierung und Liberalisierung von Dienstleistungen im Gesundheitssektor hat schließlich zu allgemeinen Protesten und einer Entschärfung dieser Richtlinie geführt. Doch der Schein einer Abwendung der Gefahr trägt.

GATS und das Gesundheitssystem

Es ist zwar falsch anzunehmen, dass der derzeitige GATS-Vertrag zur Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen zwingen würde. Er ist eher ein Mechanismus, der Liberalisierungen vorantreiben soll. Hauptsächlich werden sogar öffentliche Dienstleistungen aus der Privatisierung ausgeschlossen. Gleichzeitig gilt aber der »Gleichbehandlungsgrundsatz«. Dieser besagt, dass, sobald ein öffentlicher Dienstleistungserbringer in den Wettbewerb mit privaten Anbietern tritt, jede Form öffentlicher Unterstützung (z. B. Subventionen) beiden gleichermaßen gewährt werden muss. Eine staatliche Steuerung wird damit erheblich erschwert. Mit der konsequenten Umsetzung von GATS könnte demzufolge die Privatisierung z. B. des Gesundheitssystems durch die Hintertür umgesetzt werden, die im Rahmen der Dienstleistungsrichtlinie verhindert wurde. So stellt die WTO in einem Hintergrundpapier fest, dass die größten Gewinne von GATS weniger durch den Bau und die Führung von Krankenhäusern entstehen werden, sondern durch dessen Ausstattung mit günstigerem Personal aus dem Ausland (WTO 1998).

Wenn wir diese Privatisierung von Dienstleistungen im Kontext der umfassenden Definition von Gesundheit (als Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens) verstehen, dann vergrößert sich die Bedrohung der Erhaltung eines hohen Gesundheitsstandes in der Bevölkerung erheblich. Ein erweiterter Blick auf die sozialen und ökologischen

Bedingungen von Gesundheit lässt erkennen, dass eine Privatisierung von Verkehr, Wasserversorgung, Bildung, Kultur oder Sport den Zugang zu Gesundheit und Bedingungen für ein gutes Leben zunehmend auf diejenigen beschränken, die es sich leisten können.

So führt die Privatisierung des öffentlichen Nahverkehrs gerade im ländlichen Raum dazu, dass armen Menschen ggf. sogar der Zugang zu ärztlicher Versorgung unmöglich gemacht wird. Auch die Privatisierung von Schwimmbädern und anderen Sporteinrichtungen schließt langfristig diejenigen von den Möglichkeiten zu sportlicher Aktivität aus, die es sich nicht leisten können.

Gesundheit in den Ländern des Südens

Wenn nach dem Gesagten deutlich geworden ist, dass die Zukunft des deutschen Sozialstaates durch diese Entwicklungen bedroht ist, dann bedarf es keiner großen Vorstellungskraft, dass die Konsequenzen für die sog. Entwicklungsländer sehr viel härter sind. Dies ist schon durch die undemokratische Struktur der WTO begründet, da die Industrienationen dort sehr viel stärker repräsentiert sind und demzufolge ihre Interessen besser durchsetzen können. Die Konsequenzen für die Länder des Südens sind immens: Befürchten wir ein Absinken der Löhne durch Fachkräfte aus diesen Ländern, so bedeutet dies gleichermaßen eine Abwanderung von Kompetenzen (»Brain drain«) aus diesen Ländern. Sehen wir uns auf der sicheren Seite eines existierenden und halbwegs geschützten staatlichen Systems sozialer Sicherung, so bedeutet die Privatisierung von öffentlichen Dienstleistungen in Ländern des Südens, in denen diese Strukturen wenn überhaupt nur sehr schwach ausgebildet sind, einen systematischen Entzug der Möglichkeiten einer allgemeinen Daseinsvorsorge. Eine Studie im Auftrag der Weltbank zu den Folgen von Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen hat die verheerenden Konsequenzen dieser Politik auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung deutlich gemacht (worldbank 2002).

Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt

Die Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt (2005) hat versucht, Gesundheitsförderung in diesem globalen Kontext neu zu bestimmen. Leider bleibt ihre Bestimmung der ökonomischen Ursachen für die sich erweiternden sozialen Ungleichheiten und der sich verschlechternde Zugang zu Gesundheit sehr allgemein, und sie benennt nicht die Hindernisse, die einer gerechteren Welt im Wege stehen. Das Peoples Health Movement findet dafür in seiner »Charter for Peoples Health (2000)« sehr viel klarere Worte. Es ist Zeit, mit dem Irrglauben zu brechen, eine Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen würde den Gesundheitstand der gesamten Bevölkerung verbessern. GATS gefährdet unsere Gesundheit, weltweit.

DR. ARND HOFMEISTER, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH),
Vertretungsprofessor im Fachbereich Sozial- und
Gesundheitswesen, Brandenburger Straße 9, 39104 Magdeburg,
Tel.: (03 91) 8 86 46 91, Fax: (03 91) 8 86 47 18,
E-Mail: Arnd.hofmeister@hs-magdeburg.de

Dagmar Vogt-Janssen

»Ein Leben im Paradies« – Wider die Globalisierung in der Speisekammer

Nie zuvor war die Auswahl an Lebensmitteln so groß. In den Supermärkten von heute herrschen paradiesische Zustände, jederzeit sind dort Leckereien aus der ganzen Welt, wie z. B. exotische Früchte, zu erschwinglichen Preisen zu haben.

Diese zunächst als heile Welt wahrgenommene Einkaufsatmosphäre entpuppt sich bei näherem Hinsehen als permanenter Verstoß gegen die Grundsätze einer nachhaltigen Entwicklung, die auch den nächsten Generationen ihre Lebenschancen erhält. Dahinter verbirgt sich ein Kampf gegen die Natur und gegen weniger privilegierte Länder. Zunehmend bestimmen große Industrieunternehmen, was auf den Feldern der Welt angebaut werden und wachsen soll. Entsprechende Züchtungen von z. B. Papayas, Mangos und Bananen lassen es zu, dass die Früchte unreif gepflückt um den halben Globus transportiert und schließlich einer künstlichen Nachreifung ausgesetzt werden können. Dank genetischer Veränderungsmöglichkeiten kann die Sojabohne auf allen Äckern der Welt gedeihen.

Greenpeace hat schon 1999 in seinem Magazin anhand der Brotproduktion dargestellt, wie sehr sich die Nahrungsmittelproduktion verändert hat: 6.000 Jahre lang reichte es aus, Mehl, Wasser, Hefe und Salz zu verwenden, um Brot zu backen. Heute werden Emulgatoren, Enzyme, Phosphate, Farbstoffe, Ascorbinsäure und Bräunungsmittel eingesetzt. Das Getreide stammt aus HochleistungsSaatgut, das zum Wachsen auf Ackergifte und Wachstumsregulatoren angewiesen ist und etwa eine halbe Tonne Kunstdünger pro Hektar benötigt. Das daraus hergestellte Mehl kostet 12–20 Cent pro Kilo, die ökologische Alternative etwa 50 Cent bis zu einem Euro.

Für Kostenersparnis und Vielfalt in den Regalen werden häufig Umwelt, Qualität und Gesundheit geopfert, auch bei streng nach Recht und Gesetz hergestellten Lebensmitteln. Verbraucher und Verbraucherinnen zahlen an anderer Stelle für diese Produkte, nämlich mit Agrarsubventionen, die über die Konzerne konventionelle Höfe mit Dünger, Unkrautkillern, Futtermitteln und »Leistungsverstärkern« für die Viehzucht versorgen.

Es wird Zeit, dass die Verbraucherinnen und Verbraucher zu kritischen Kunden und Kundinnen werden. Sie können mit dem »Einkaufskorb abstimmen« und so mithelfen, diejenigen Produzenten zu unterstützen, die nicht billig, sondern preiswert, qualitätsbewusst und nachhaltig produzieren. Es geht darum, gesunde umwelt-, mitwelt- und zukunftschonende Kost auf die Märkte und zu den Endverbrauchern und -verbraucherinnen zu bringen.

Bio- statt Supermarkt

Die großen Handelsketten führen inzwischen ökologische Eigenmarken. Die Tendenz des Biowarensortiments ist steigend, die Preise liegen unter denen der Naturkostläden. Die Qualitätsanforderungen sind allerdings meist etwas geringer.

Nicht alles, was unter das Gütesiegel »ökologisch« fällt, ist nachhaltig. Dafür ist insbesondere soziale Gerechtigkeit erforderlich. Seit den frühen siebziger Jahren gibt es Initiativen, die sicherstellen, dass der Erlös aus Kaffee aus Dritte-Welt-Ländern den Kleinbauern in diesen Ländern zur Verfügung

gestellt wird. Seit Ende der achtziger Jahre gibt es dafür Gütesiegel wie TransFair, Max Havelaar oder FairTrade. Die Idee dieser Gütesiegel ist vor allem, den fairen Handel voranzutreiben und die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Kleinbauern in den Erzeugerländern zu verbessern. Für das Führen des Siegels müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden. Den Kooperativen, Genossenschaften und Plantagen werden Mindestpreise über dem Weltmarktniveau, langfristige Lieferbeziehungen und die Ausschaltung des Zwischenhandels garantiert. Seit 1988 ist u. a. fair gehandelter Kaffee auch in den Supermärkten zu kaufen.

Musa Paradisa – die Banane

Deutschland liegt mit seinem Bananenverbrauch an der Spitze in Europa. Die Paradiesfrucht, wie die Erzeugerländer Zentral- und Lateinamerikas die Banane nennen, stellt sich im Anbau nicht immer als solche dar. Plantagenarbeiterinnen und -arbeiter erhalten für ihre schwere körperliche Arbeit niedrige Löhne und sind gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen sowie Umweltgiften ausgesetzt.

Um am fairen Handel als Produzierende teilnehmen zu können, müssen verschiedene Kriterien erfüllt werden, zu denen vor allem die Einhaltung arbeitsrechtlicher und ökologischer Mindeststandards gehören, wie z. B. die Rechte der Arbeiterinnen und Arbeiter auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, Gewässer- und Erosionsschutz, eine erhebliche Einschränkung im Gebrauch von Pestiziden und Zusatzstoffen sowie die kontinuierliche Durchführung ökologischer Fortbildungsprogramme.

Regionalisierung von Waren

Ökologische, ökonomische und soziale Gründe sprechen für kleine Kreisläufe: Arbeitsplätze in ländlichen Gebieten bleiben erhalten, traditionelles Handwerk wird gestärkt, es wird umwelt- und gesellschaftsverträglich produziert. Regionalisierung gilt als Voraussetzung für mehr Nachhaltigkeit.

Neben dem Verkauf ab Hof sind Wochen-, Bauern- und Ökomärkte gute Möglichkeiten der Direktvermarktung. Auf dem Vormarsch sind ebenfalls die Bauernläden oder -markthallen, die Städtern ermöglichen, an landwirtschaftliche, saisongerechte Produkte zu kommen. In Deutschland gibt es ferner mittlerweile 200 bis 300 Lieferdienste für ökologische Produkte, die den Verbrauchern und Verbraucherinnen die Ware nach Hause liefern. Eine große Chance der Regionalisierung steckt darin, alte, angestammte Sorten wieder zu entdecken und in den Handel zu bringen.

Bewusstes Einkaufen

Um die Nachhaltigkeit beim Kauf von Waren zu fördern, muss der Kunde/die Kundin über die Herkunft der Ware informiert sein. Dazu ist es jedoch erforderlich, dass die Händler und Händlerinnen selbst über die Produkte, die sie vertreiben, Bescheid wissen. Verantwortungsbewusste Händler und Händlerinnen haben sich über Anbau, Herkunft, Transportwege, Verarbeitungsmethoden und Zutaten informiert und können diese Informationen an ihre Kunden und Kundinnen weiter geben. In Supermärkten besteht in der Regel die Möglichkeit, aus dem Strichcode den Ländercode herauszulesen und so festzustellen, aus welchem Land die Ware stammt bzw. wo sie verarbeitet wurde.

Slow Food

Slow Food als kulinarische Alternativbewegung zu Globalisierungstendenzen und zum Fast-Food-Betrieb stellt den Genuss und die Nachhaltigkeit in den Mittelpunkt. Ihre Grundsätze sind folgende:

- Hochwertige und gesunde Lebensmittel haben ihren Preis: Billigangebote sind nur möglich, weil sie durch Steuergelder subventioniert werden und weil die teuren Folgekosten von Umweltzerstörung und sozialer Ausbeutung nicht eingerechnet werden.
- Gute und gesunde Lebensmittel stammen aus ökologischer, regionaler Produktion, entsprechen der Saison und sind möglichst wenig verarbeitet.
- Esskultur erfordert Zeit und schenkt Muße. Die durch Fast-Food und Fertiggerichte 'gewonnene' Zeit zeichnet sich dagegen nicht durch mehr Ruhe, sondern eher durch mehr Hektik aus.

Nachhaltige Ernährung ist Teil eines grundlegenden Wertewandels in der Gesellschaft. Die Versorgung mit guter und gesunder Nahrung ist eine Dienstleistung, über die informiert werden muss. Dies geschieht im Wettbewerb nicht, sondern durch Werbung werden neue Bedürfnisse geschaffen. Die Nahrungsmittelproduktion in eine gesunde Richtung zu lenken ist eine der Aufgaben für die Zukunft.

Anschrift der Autorin: siehe Impressum



Sabine Kolb

We Feed the World – Essen global

Bisher haben schon rund 260.000 Kinogängerinnen und -gänger den österreichischen Dokumentarfilm ›We Feed the World – Essen global‹ bei uns gesehen. Woher kommt die plötzliche Bereitschaft, sich mit den unangenehmen Seiten unserer Nahrungsmittelproduktion auseinander zu setzen?

Am Anfang war die Tomate. Ursprünglich wollte der Österreicher Erwin Wagenhofer einen Film über Wiener Märkte machen und ›We Feed the World – Essen global‹ auf dem berühmten Naschmarkt in Wien beginnen lassen. Ganz naiv wollte er dort fragen: wo kommen die Tomaten und all die anderen Produkte eigentlich her? Die Recherche führte ihn und sein Team schnell nach Almeria in Süds Spanien, zur größten Gewächshausanlage der Welt. Der Anblick dieser riesenhaften Produktionsstätte ist für den Filmemacher bis heute eines der wichtigsten Aha-Erlebnisse während des Drehs.

In fünf Kapiteln, die in vier verschiedenen Ländern entstanden, untersucht Wagenhofer das Wirken und die Folgen der Globalisierung. Das meiste von dem, was er zeigt, ist uns nicht unbedingt neu. Die Leistung seines Filmes besteht darin, das Gezeigte unkommentiert zu lassen und uns mit Hilfe eindrucksvoller Bilder wieder ein Gefühl für die Perversitäten zu geben, die derzeit unsere Märkte bestimmen. Außerdem hat er Gesprächspartnerinnen und -partner gefunden, die etwas zu diesem brisanten Thema zu sagen haben.

Jean Ziegler, UN-Sonderbericht-erstatte für das Menschenrecht auf Nahrung resümiert: ›Die Weltlandwirtschaft könnte ohne Probleme 12 Milliarden Menschen ernähren. Das heißt, ein Kind, das heute an Hunger stirbt, wird ermordet.‹ Es sind Sätze wie dieser und die Bilder, die im Gedächtnis haften bleiben, wenn der Kinosaal längst wieder hell geworden ist. Etwa die Luftaufnahme vom Mato Grosso, vom ›Großen Wald‹ in Brasilien, der gar nicht mehr so groß erscheint, weil immer mehr Quadratmeter zu Dumpingpreisen verkauft und gerodet werden, um darauf Soja anbauen zu können, Mastfutter für europäische Rinder. Dass der brasilianische Boden für Soja kaum

geeignet ist, schert wenig in Zeiten, wo ihm alle Nährstoffe künstlich zugeführt werden können.

Welche Auswirkungen die zunehmende Technisierung und Industrialisierung der Produktionsweisen, aber auch unser eigenes Konsumverhalten auf andere Menschen entlang der Produktkette hat, diese Fragen aus dem Film könnten den öffentlichen Diskurs wieder anheizen. Erwin Wagenhofer sucht allerdings nicht nach Tätern und Täterinnen. Vielmehr möchte er die Zusammenhänge analysieren und uns wieder wachsamer machen für das, was uns das Essen wirklich kostet. Gerade wegen dieses neutralen und von einer gesunden Neugier getriebenen Blickes hinter die Kulissen unseres undurchsichtigen Wirtschaftssystems könnte sein Film ein solches Umdenken bewirken. In den Worten des Regisseurs klingt das so: ›Wir müssen anders leben, wir müssen anders essen, anders einkaufen, wir müssen andere Filme anschauen. Darum heißt der Film ›We Feed the World‹ nicht ›they feed the world‹. Wir können bestimmen, das ist eine Macht! Nur wir. Ja, wer denn sonst? Wie gut, dass dies nicht nur ein Film über Wiener Märkte geworden ist.‹

Der Delphi Filmverleih konnte zahlreiche Kooperationspartner für diesen Film gewinnen, u. a. haben Greenpeace, Bioland, Brot für die Welt und viele weitere NGOs den bundesweiten Kinostart mit unterstützt. Zusammen mit der Bundeszentrale für Politische Bildung ist ein Schulheft für den Unterricht entstanden, das unter www.bpb.de/shop/ bezogen werden kann. Das Buch zum Film ist erschienen bei Orange Press. Weiteres Schulmaterial sowie aktuelle Informationen finden sich auf der Webseite www.essen-global.de. ›We Feed the World – Essen global‹ wird am 13. November auf DVD erscheinen. Es besteht dann auch die Möglichkeit für nicht-kommerzielle Vorführungen, Kontaktaufnahme über www.delphi-film.de.

SABINE KOLB, *Delphi Filmverleih GmbH, Kurfürstendamm 226, 10719 Berlin, Tel.: (0 30) 8 84-29, Fax (0 30) 88 59 74-15, E-Mail: sabine.kolb@delphi-film.de*

Michaela Goecke, Uwe Prümel-Philippson

Auswirkungen der EU-Richtlinien zur Tabakkontrolle

... in den EU-Mitgliedsstaaten – insbesondere in Deutschland

EU-Richtlinien zur Tabakkontrolle

In der EU haben derzeit zwei Richtlinien, eine zur Tabakproduktregulierung (Richtlinie 2001/37/EG) und eine zum Tabakwerbeverbot (Richtlinie 2003/33/EG), Bestand. Erstere vom Juni 2001 dient der Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und regelt im Wesentlichen den Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidhöchstgehalt von Zigaretten, die gesundheitsrelevanten Warnhinweise und sonstigen Angaben auf den Verpackungen von Tabakerzeugnissen sowie Maßnahmen, die die Inhaltsstoffe und die Bezeichnungen von Tabakerzeugnissen betreffen. Verpflichtend wird eine jährlich zu aktualisierende Liste aller Inhaltsstoffe, die bei der Herstellung der Tabakerzeugnisse verwendet werden. Marken und Zeichen, die den Eindruck vermitteln, dass ein bestimmtes Tabakerzeugnis weniger schädlich sei als andere (›light‹ etc.), dürfen zukünftig nicht mehr verwendet werden.

Die neuere Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen regelt im Sinne eines Verbotes die Werbung in Printmedien, über das Radio und im Internet sowie das Sponsoring von grenzüberschreitenden Veranstaltungen und Aktivitäten durch Tabakunternehmen.

Indirekte Werbung, Plakatwerbung, Kinowerbung und das Sponsoring von Aktivitäten ohne grenzüberschreitende Wirkung fallen – ebenso wenig wie das bereits geregelte Tabakwerbeverbot im Fernsehen – nicht in den Geltungsbereich dieser EU-Richtlinie.

Basis und Regelungsziele der EU-Richtlinien zur Tabakkontrolle

Grundlage der beiden EU-Richtlinien zur Tabakkontrolle ist der ›Maastricht-Vertrag‹. In Art. 129 wird darin auch das Thema ›Gesundheitsschutz‹ behandelt. Im Vordergrund steht hierbei die Förderung der Zusammenarbeit zwischen



Frauen aktiv contra Tabak

Während immer weniger Männer rauchen, greifen immer mehr Frauen zur Zigarette. Rund 28 % der erwachsenen Frauen rauchen. Besonders besorgniserregend sind die hohen Raucherinnenquoten bei jungen Frauen: fast die Hälfte aller jungen Frauen zwischen 18–29 Jahren rauchen regelmäßig (43,9%). Höchste Raucherinnenquoten werden bei allein erziehenden Frauen verzeichnet (60,3 %). Der Gesundheitssurvey 2003 des Robert Koch-Institutes ergab, dass 18–19jährige Mädchen zu 42,9 % täglich rauchen, gleichaltrige Jungen hingegen zu 40,3 %. Zahlen der BZgA bestätigen weiterhin, dass 2004 rund ein Viertel aller Mädchen zwischen 12–17 Jahren rauchten (23 %).

Diese Veränderungen im weiblichen Rauchverhalten schlagen sich bereits in einem drastischen Anstieg von Lungenkrebsfällen bei Frauen nieder. Denn keine Krebsart nimmt so rasant zu wie Lungenkrebs bei Frauen, wohingegen die Rate bei Männern sogar leicht zurückgeht. Es ist erwiesen, dass Raucherinnen im Vergleich zu Rauchern zudem ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs, kardiovaskuläre Erkrankungen und pulmonare Erkrankungen haben. Darüber hinaus ist Rauchen bei Frauen mit spezifischen Risiken für Osteoporose, Zervikalkrebs, für frühe Menopause, verminderte Fertilität und Komplikationen während der Schwangerschaft verbunden.

Entwöhnung ist für Frauen schwerer

Frauen haben größere Schwierigkeiten als Männer mit dem Rauchen aufzuhören: Zwar versuchten mit 33 % und 35 % vergleichbar viele weibliche und männliche Befragte des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 im Jahr zuvor mit dem Rauchen aufzuhören. Die Aussteigerquoten jedoch waren bei den Frauen (36 %) geringer als bei den Männern (43 %). Überdies bestätigen (Interventions-)Studien geringere Abstinenz- und höhere Rückfallraten bei Frauen als bei Männern.

Frauen ahnen oder wissen durchaus, dass Rauchen ungesund ist, unterschätzen allerdings häufig ihr persönliches Erkrankungsrisiko. Ausreichendes Wissen allein geht jedoch selten schon mit entsprechenden Lebensgewohn-

den Mitgliedsstaaten durch »Initiativen« und »Empfehlungen«, da die EU auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik keine Regelungskompetenz hat. EU-Richtlinien mit Gesundheitsbezug wie die zur Tabakkontrolle können deshalb nur eingebracht werden, wenn sie sich aus Anforderungen der Binnenmarktregulierung begründen lassen. Die Tabakproduktregulierungsrichtlinie zielt darauf, Handelshemmnisse der Mitgliedsstaaten zu beseitigen und damit das ungehinderte Funktionieren des Binnenmarktes sicherzustellen. Auch die Richtlinie zum Tabakwerbeverbot soll Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten vereinheitlichen, damit der freie Verkehr von Waren und Dienstleistungen, die der Werbung und dem Sponsoring dienen, ohne Verzerrungen der Wettbewerbsbedingungen und damit ungehindert garantiert werden kann.

Statements des für Gesundheit und Verbraucherschutz zuständigen EU-Kommissars lassen jedoch erkennen, dass mit den Richtlinien ein vorrangig gesundheitspolitisches Ziel verfolgt wird: die Bekämpfung des Tabakkonsums und damit die Gesundheitsförderung der Menschen in der EU.

Stand der Umsetzung in den EU-Mitgliedsstaaten

Die EU-Richtlinie zur Tabakproduktregulierung wurde mittlerweile in allen EU-Mitgliedsstaaten umgesetzt – in Deutschland mit der »Tabakproduktverordnung« vom 20. November 2002. Die Umsetzung des Tabakwerbeverbotes bis zum 31.07.2005 fiel den EU-Ländern etwas schwerer. Die Kommission musste im Oktober 2005 zwölf Mitgliedsstaaten diesbezüglich anmahnen. Diverse Verstoßverfahren wurden eingeleitet.

Deutschland hatte bereits in 2003 gegen die Tabakwerberichtlinie Klage beim Europäischen Gerichtshof (EuGH) eingelegt, da es die Rechtsgrundlage für falsch hielt. Am 13. Juni 2006 empfahl Generalanwalt Philippe Léger, der für den EuGH einen Entscheidungsvorschlag zu erarbeiten hatte, die Klage

Deutschlands abzuweisen. Diese Empfehlung darf als vorweggenommenes Urteil des EuGH verstanden werden, woraufhin dann auch Verbraucherschutzminister Seehofer ankündigte, die EU-Vorgaben nunmehr unverzüglich in nationales Recht umzusetzen. Da bislang aber kein deutscher Gesetzentwurf zum Werbeverbot vorgelegt wurde, beschloss die Europäische Kommission am 28. Juli 2006, Deutschland wegen der Nichterfüllung der Richtlinie vor dem EuGH zu verklagen.

Auswirkungen und Grenzen der EU-Richtlinien

Zum einen kann Druck von außen (s. o.) ohne Frage dazu führen, dass nationale Regelungsstandards verbessert werden. Zum anderen ergibt sich aus der Binnenmarkt-Regulierungs-Argumentation aber auch, dass rein nationale Regelungsbereiche durch EU-Richtlinien eben nicht erfasst werden können. Eine striktere und umfassendere Tabakkontrolle müsste also über nationale Gesetze geregelt werden. Wichtige Regelungsbereiche wären dabei u. a.:

- effektiver Nichtraucherenschutz in der Öffentlichkeit
- Verbot von Plakatwerbung für Tabakprodukte
- Abschaffung frei zugänglicher Zigarettenautomaten
- Lizenzierung von Verkaufsstellen für Tabakprodukte
- Abgabeverbot von Tabakwaren an unter 18-Jährige.

Der europaweite Trend zur strikten Tabakkontrolle wirkt sich auch positiv in Deutschland aus und bringt die Diskussionen um diverse Gesetzentwürfe auf Bundes- und Länderebene voran.

MICHAELA GOECKE, UWE PRÜMEL-PHILIPPSEN,
Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.,
Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn,
Tel.: (02 28) 987 27 0,
Fax: (02 28) 64 200 24,
E-Mail: bfgg.pp@bfgg-1.de,
Internet: www.bvgesund.de



heiten (d. h. Aufhören) einher. Vielmehr spielen hier zusätzlich frauentypische Motive sowie Barrieren hinsichtlich des Aufhörens oder Nicht-Rauchens eine zentrale Rolle. Diese werden maßgeblich beeinflusst durch den kulturellen und sozialen Hintergrund einer Person sowie durch Rollenvorbilder. Eine besonders wichtige Funktion kommt dabei den Geschlechterrollen zu. So führen z. B. Mehrfachbelastungen von Frauen als Mutter, im Berufsleben und ggf. noch als pflegende Angehörige zu speziellen Stressbelastungen. Gewichtszunahmen während und nach der Tabakentwöhnung schrecken Frauen sehr ab, mit dem Rauchen aufzuhören. Eine aktuelle Studie an der Charité untersucht, wie diese Geschlechterrollenerwartungen das Rauchverhalten bzw. das Aufhören bei Frauen beeinflussen und wie aus dieser Sicht Interventionen Erfolg versprechend auf Frauen zugeschnitten werden können.

Der Verein

Auf der dritten Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle im Dezember 2005 in Heidelberg wurde die Idee einer Lobbyarbeit zum Thema Frauen und Rauchen vorgestellt. Es gründete sich im ersten Schritt ein Netzwerk, das als Mailing-Liste geführt wird, über die per E-Mail interessante Informationen zum Thema zugesandt werden. Im März 2006 gründete sich dann der gemeinnützige Verein FACT – Frauen Aktiv Contra Tabak e. V.

FACT setzt sich für die Förderung des Nichtrauchens und des Gesundheitsschutzes vor Tabakrauch bei Mädchen und Frauen ein. FACT will Aktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitsbildung und Prävention anregen, koordinieren, unterstützen oder selbst durchführen.

FACT verlangt eine dringende Bestandsaufnahme zum Thema Frauen

und Rauchen in Deutschland, die Entwicklung von frauenzentrierten Präventions- und Informationskampagnen sowie von Entwöhnungsprogrammen, die den Bedürfnissen und Lebensumständen von Frauen und Mädchen gerecht werden. Immer noch gibt es große Forschungslücken, die dringend geschlossen werden müssen, z. B. frauenspezifische Forschung zu physischer und psychischer Abhängigkeit, zu psychologischen und sozialen Einflüssen auf das Rauchverhalten, einschließlich sozialer Ungleichheit.

Nicht zuletzt ist das Passivrauchen ein wesentlicher Faktor für die Mortalität bei Frauen. So sterben jedes Jahr mehr als 3300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens in Deutschland. 70 % davon sind Frauen. Daher setzt sich FACT für die Einführung von gesetzlichen Maßnahmen zur Schaffung rauchfreier öffentlicher Einrichtungen und rauchfreier Arbeitsplätze, einschließlich rauchfreier Restaurants und Gaststätten, ein. Zudem macht sich FACT für die Umsetzung eines umfassenden Werbeverbots, einschließlich Sponsoring und Produkt Placement in Film und Fernsehen, sowie für die effektive Regulierung und Kontrolle der Herstellung von Tabakprodukten aller Art stark.

Für 2007 plant FACT eine Tagung sowie die Erarbeitung eines fact sheets zum Thema.

Informationen und Kontakt:

FACT – Frauen aktiv contra Tabak e. V.,
Union Gewerbehof,
Huckarderstr. 10–12, D-4147 Dortmund;
Internet: www.fact-antitabak.de,
Vorsitzende: Sibylle Fleitmann,
Tel.: (02 31) 72 55 964,
E-Mail: s.fleitmann@gmx.de,
Stellvertretende Vorsitzende:
Edith Weiß-Gerlach
Tel.: (0 30) 45 05 31 144,
E-Mail: edith.weiss-gerlach@charite.de

Christa Rustler

Tabakindustrie missbraucht Modellprojekt

für die eigene Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

In einem Artikel der Tabak-Zeitung vom 7. Juli 2006 wird versucht, die Arbeit des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser für die Öffentlichkeitsarbeit der Zigarettenindustrie zu missbrauchen. Der Titel lautet: »Toleranz und Rücksichtnahme. British American Tobacco (BAT) unterstützt Projekt »Rauchfreie Krankenhäuser««. Weiterhin werden auf der Homepage von BAT die Fortschritte des Netzwerkes begrüßt und der Anschein von Nähe zum Netz Rauchfreier Krankenhäuser erweckt.

Weder das Deutsche noch das Europäische Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser werden materiell noch ideell von British American Tobacco unterstützt. Sie lehnen auch für die Zukunft jedwede Unterstützung aus der Tabakindustrie ab und distanzieren sich entschieden von diesen Veröffentlichungen. Die Meldungen sind nicht mehr als ein Presse-Trick. Der Zigarettenkonzern will als verantwortungsbewusstes Unternehmen erscheinen, obwohl er für die Erkrankung und den Tod von Tausenden von Raucherinnen und Rauchern verantwortlich ist.

In dem Artikel hatte sich BAT-Vorstandsmitglied Andreas Vecchiet für generelle Rauchverbote in Schulen und Krankenhäusern ausgesprochen. Im Hinblick auf die Gastronomie plädierte er dagegen für freiwillige Absprachen zum Nichtraucherschutz.

Ziel des Netzes und Aufgabe der Krankenhäuser ist es, sich aktiv für eine wirksame Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung zur Förderung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie in der Region einzusetzen. Dies schließt eine rauchfreie Gastronomie ein, da in fast jedem Krankenhaus Cafeterien und Bistros angeschlossen sind.

Freiwillige Lösungen funktionieren nicht flächendeckend. Auf freiwilliger Basis haben sich bisher lediglich 70 der insgesamt 3.600 stationären Einrichtungen in Deutschland dem Netzwerk angeschlossen. Man kommt um eine gesetzliche Regelung nicht herum. Es gibt dazu sehr positive Erfahrungen aus



dem Europäischen Netzwerk. Die Mitglieder des Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser sind mit der Umsetzung der europäischen Standards bestens auf gesetzliche Regelungen vorbereitet.

Das Netz Rauchfreier Krankenhäuser ist eine Initiative des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, einem Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) wurde 1995 gegründet und ist ein Zusammenschluss von mittlerweile 74 Krankenhäusern mit ca. 80 Einrichtungen in ganz Deutschland.

CHRISTA RUSTLER, Projektleitung
Rauchfreie Krankenhäuser,
Saarbrücker Straße 20/21, 10405 Berlin,
Tel.: (0 30) 8 17 98 58-20,
Fax: (0 30) 8 17 98 58-29,
E-Mail: rustler@dngfk.de, www.dngfk.de,
www.rauchfreie-krankenhaeuser.de

Gudrun Faller, Felix Bruder

Erste Fachtagung Gesundheitsförderung in Universitätskliniken

Bedarf erkannt – Umsetzung schwierig

140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Universitätskliniken und deren Kooperationseinrichtungen folgten am 23.06.2006 der Einladung zur 'Ersten Fachtagung Gesundheitsförderung in Universitätskliniken' nach Bonn. Als Kooperationsveranstaltung der Landesunfallkasse (LUK) NRW, des Universitätsklinikums Bonn, des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK), des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen, der Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V. und des Deutschen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) verfolgte die Tagung das Ziel, das Thema Gesundheitsförderung in Universitätskliniken stärker bewusst zu machen und Ansatzpunkte für eine angemessene Umsetzung zu identifizieren.

Im Eröffnungsvortrag setzte sich Prof. Dr. Bernhard Badura der Universität Bielefeld mit den Chancen der Gesundheitsförderung in der 'Arbeitswelt Universitätsklinikum' auseinander. Im Anschluss gab Dr. Ulrich Stöbel von der Universität Freiburg einen Überblick über die Möglichkeiten der Verankerung des Themas Gesundheitsförderung in der Ausbildung von Medizinerinnen und Mediziner. Felix Bruder und Elmar Brandt vom DNGfK erläuterten in ihrem Vortrag die WHO-Standards für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern als geeignete Hilfen für die Implementierung von Gesundheitsförderung in größeren Organisationseinheiten.

Bei der folgenden Podiumsdiskussion zu der Frage: 'Warum lohnt sich ein Engagement für die Gesundheitsförderung?' kamen Dr. Henrike Steudel (Universitätsklinikum Bonn), Klaus Pelster (Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland), Kalle Jung (Universitätsklinikum Freiburg), Manfred Lieske (Landesunfallkasse NRW), Prof. Dr. Badura und Elmar Brandt übereinstimmend zu dem Fazit, dass sich Gesundheitsförderung mit einem kurzfristigen Wirtschaftlichkeitsdenken kaum vereinbaren lässt - sich Qualitäts- und Humanitätsaspekte in ökonomischer Hinsicht jedoch langfristig auszahlen.

Der Nachmittag bot Gelegenheit, anhand positiver Praxisbeispiele Ideen für die Implementierung von Gesundheitsförderung an Universitätskliniken zu entwickeln und Erfahrungen auszutauschen. Zu den präsentierten 'Models of Good Practice' zählten Projekte des Universitätsklinikums Freiburg, die Aktivitäten der Havelland Kliniken GmbH, des Prophylaxe-Centers im Klinikum der Technischen Universität München, die der Fahrbereitschaft des Universitätsklinikums Bonn und die rauchfreie Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Darüber hinaus wurde die Tagung von einer

Ausstellung mit zahlreichen Dienstleistern der betrieblichen Gesundheitsförderung, Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und Netzwerkinitiativen begleitet.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen neue Anregungen und wurden zur Fortsetzung der eigenen Aktivitäten ermutigt. Deutlich wurde zudem die Relevanz der Gesundheitsförderung für die Zufriedenheit und Motivation der Beschäftigten in den Universitätskliniken. Angesichts der zunehmenden Verdichtung der Arbeitsabläufe, der wachsenden Anforderungen und nicht zuletzt der steigenden Unzufriedenheit über die Arbeitsbedingungen wird durchaus Bedarf für eine Verbesserung des betrieblichen Gesundheitsmanagements gesehen.

Problematisch dagegen erscheint häufig die Umsetzung vor Ort. Die Entscheidungsstrukturen innerhalb von Universitätseinrichtungen sind oftmals kompliziert, und die dringend notwendige Unterstützung von Seiten der oberen Führungsebene ist nicht immer gegeben. Die durchweg positiven Reaktionen auf die Tagung zeigen jedoch, dass die Sensibilität für das Thema geweckt ist. Mit der Veranstaltung in Bonn wurde ein Diskussionsprozess initiiert. Künftig muss es darum gehen, die Umsetzung weiterer Schritte konsequent zu begleiten und die Thematik zu erweitern und zu vertiefen.

Für die Veranstalter:

DR. GUDRUN FALLER, Landesunfallkasse
NRW, Ulenbergstraße 1, 40223 Düsseldorf,
Tel.: (02 11) 90 24-3 29,
E-Mail: gfaller@luk-nrw.de

FELIX BRUDER, Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e. V.,
Saarbrücker Straße 20/21, 10405 Berlin,
Tel.: (0 30) 8 17 98 58-10,
E-Mail: bruder@dngfk.de



Lukas Slotala, Kathrin Lottmann

Health Inequalities – gesundheitliche Ungleichheiten

Tagungsbericht und Vorankündigung

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gilt seit langem als eine gesicherte Erkenntnis sozialepidemiologischer Forschung. Es bedarf jedoch genauerer Einblicke in das zugrunde liegende Ursachegeflecht und wirksamer Maßnahmen zur Reduzierung. Eine entsprechend umfassende Thematisierung war Ziel der Fachtagung ›Health Inequalities‹, die vom 19.–20. Mai 2006 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld unter der Leitung von Ullrich Bauer, Uwe Bittlingmayer und Matthias Richter stattgefunden hat und die mit 200 Teilnehmenden sehr gut besucht war.

In dem einführenden Plenum wurde eine internationale Perspektive auf die gesundheitliche Ungleichheit als gesellschaftliches Phänomen geworfen, im Abschlussplenum am zweiten Tag wurden die Konsequenzen für Politik, Gesundheitsversorgung und Wissenschaft diskutiert. Darüber hinaus fand ein intensiver und fokussierter Austausch in vier verschiedenen Arbeitsgruppen statt.

Im Zentrum einer Arbeitsgruppe stand das Themenfeld Prävention und Präventionspolitik. Aus den unterschiedlichen Vorträgen war zu entnehmen, dass der Begriff des Sozialkapitals ein zunehmend populäres Analyseinstrument in der Präventionsforschung darstellt. Resümierend kann allerdings auch festgestellt werden, dass gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse der Präventionsforschung und der Gesundheitsförderung bisher in der Gesundheitspolitik noch kaum Eingang gefunden haben. In der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendgesundheit wurden die Wechselwirkungen von sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter analysiert und frühe Interventionsansätze diskutiert. Ein dritter Workshop hat sich mit der ungleichen Versorgung im pflegerischen Bereich auseinandergesetzt. Ursachen für Versorgungsunterschiede zu Lasten sozial benachteiligter Gruppen seien dabei nicht nur auf unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten zurückzuführen, sondern ebenso

in einer ungleichen Leistungsvergabe zu finden. Versorgungsungleichheit würde produziert bzw. Ungleichheitsstrukturen reproduziert. Auch das Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung bedürfe einer weiteren Diskussion.

Die Fachtagung schloss mit einer Podiumsdiskussion mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik. Die Podiumsgäste waren sich darüber einig, dass die Bilanz der bisherigen gesundheitspolitischen Programmatik hinsichtlich der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit wenig befriedigend sei. Während der Zuständigkeitsbereich der Gesundheitspolitik traditionell auf die explizite Gesundheitsversorgung begrenzt sei, müsse die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als eine politische Querschnittsaufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik aufgegriffen werden. Gesundheitliche Ungleichheit werde hierzulande nach wie vor zu wenig Beachtung und Bedeutung beigemessen, so dass pointiert von einem ›blinden Fleck‹ der Gesundheitsforschung und -versorgung gesprochen werden könne. Verschärfend komme hinzu, dass Ungleichheiten vom hiesigen Gesundheitssystem bislang keineswegs aufgefangen oder gar kompensiert würden. Erste empirische Ergebnisse deuten darauf hin, dass es zu einer Erhaltung oder gar Ausweitung gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb der gesundheitlichen Versorgungsangebote und -strukturen kommt. Dies betrifft sowohl den Versorgungszugang als auch das Versorgungsgeschehen; sowohl in präventiven als auch in kurativen Versorgungssegmenten. Gemessen an der

Leitmaxime einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung kann ein solcher Befund freilich nicht befriedigen, so dass hier konsequenter Weise die Forderung nach weiterem Forschungs- und Handlungsbedarf gestellt werden muss. Die Wissenschaft wurde deshalb aufgefordert, sich mit ihrer entsprechenden Expertise langfristig in die gesundheitspolitische Auseinandersetzung aktiv einzumischen. Dies wurde zum Anlass genommen, eine politische Arbeitsgruppe zu bilden, die das so genannte ›Bielefelder Memorandum zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit‹ erarbeitet, dieses soll zusammen mit den Tagungsergebnissen veröffentlicht werden.

Am 8. und 9. Juni 2007 soll aufgrund des sehr guten Erfolges der ersten Health Inequalities eine zweite Fachtagung in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen stattfinden. Nähere Information sowie die Anforderungen an Themenvorschläge und Abstracts erhalten Sie unter www.gesundheitsnds.de oder direkt über Prof. Ullrich Bauer.

JUN. PROF. DR. ULLRICH BAUER, *Fakultät für Gesundheitswissenschaften (AG 6), Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 106 38 82, Sekretariat (05 21) 106 38 96, E-Mail: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de*

Marlies Haars

BKKn fördern Gesundheit in Niedersachsens Kindergärten

In Deutschland leiden bereits 4 bis 8 Prozent aller Kinder und Jugendlichen unter einem ausgeprägten Übergewicht. Auch die niedersächsischen Schulanfänger sind von diesem zahlenmäßig zunehmenden Problem betroffen. Ein Datenvergleich von 1993 bis 2003 hat gezeigt, dass allein der Anteil der übergewichtigen Jungen und Mädchen im Vorschulalter um jeweils ein Viertel angestiegen ist.

Übergewicht und Fettsucht lösen Folgeerkrankungen aus und beeinträchtigen die Lebensqualität, gesunde Lebensjahre gehen verloren.

»Gegen die übermäßige Gewichtszunahme schon bei Kindern müssen wir rechtzeitig das Richtige tun, deshalb sollten effektive Programme bereits im Kindergartenalter starten«, kommentiert Ingo Werner, Vorstand des BKK Landesverbandes Niedersachsen-Bremen.

»Gesunde Kindergärten in Niedersachsen – Fit von klein auf« ist ein auf zwei Jahre angelegtes Projekt, das von den BKKn in Niedersachsen gefördert wird. Während des Kindergartenalltags wird in niedersächsischen Kindergärten ein Maßnahmenprogramm angewendet und getestet, das speziell darauf ausgerichtet ist, extreme Gewichtsentwicklungen zu vermeiden. Kinder im Alter von ca. vier Jahren können kostenfrei teilnehmen.

Um festzustellen, ob sich der Aufwand wirklich lohnt, wird nach zwei Jahren ausgewertet, ob sich die Maßnahmen als wirksam erwiesen haben. Dazu werden die Daten anonymisiert. Ein Projektteam der Medizinischen Hochschule Hannover registriert Gewicht, Körpergröße, Blutdruck, Puls und verschiedene motorische Fähigkeiten der teilnehmenden Kinder. Die eingesetzten spielerischen und körperlichen Aktivitäten sowie die von den Erzieherinnen und Erziehern verwendeten Materialien und Informationsangebote werden protokolliert. Die wissenschaftliche Auswertung durch unabhängige kritische Beobachter soll Auskunft darüber geben, ob der Aufwand gerechtfertigt ist und in Kindergärten auf Dauer integriert werden soll. Geleitet wird die Untersuchung von Prof. Dr. Thomas Danne vom Kinderkranken-

haus auf der Bult in Hannover und PD Dr. Karin Lange von der Medizinischen Hochschule Hannover.

An den Start geht das Projekt nach den Sommerferien in 32 Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen. Es wurde von einer Arbeitsgruppe des Kinderkrankenhauses auf der Bult in Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt. Die Finanzierung haben die folgenden acht Betriebskrankenkassen übernommen: BKK24, BKK Continental, BKK DER PARTNER, BKK MOBIL OIL, BKK Salzgitter, Deutsche BKK, enercity | BKK der Stadtwerke Hannover AG und die Energie BKK. Sie unterstützen die Kita zusätzlich mit dem BKK-Gesundheitskoffer. Der BKK-Gesundheitskoffer »Fit von klein auf« wurde von Erzieherinnen und der BKK gemeinsam entwickelt und enthält bereits erprobte Vorschläge zur spielerischen Gesundheitsförderung sowie begleitende Materialien. Mit der Handpuppe Florina lässt sich alles über gesunde Bewegung, Ernährung und Entspannung erzählen.

MARLIES HAARS, BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen, Siebstraße 4, 30171 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 48 44-1 43,
Fax: (05 11) 3 48 44-91 43,
E-Mail: marlies.haars@bkk-ni-hb.de
www.bkk-ni-hb.de

Rita Gautier, Barbara Staschek

Kinderregion Ostfriesland

Gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung jedes Kindes und damit für die Entwicklung unserer Gesellschaft. Daher startete das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Jahre 2003 die Kampagne »Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht« mit dem Ziel, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wirksam vorzubeugen.

Rund 450 Anträge wurden bundesweit in der ersten Stufe des Wettbewerbs im Herbst 2005 eingereicht. In einem zweistufigen Auswahlverfahren wurden im Mai dieses Jahres 24 Präventionskonzepte ausgewählt, die nun über einen Zeitraum von 3 Jahren gefördert werden. Der Landkreis Aurich mit seinem Antrag »Kinderregion Ostfriesland« ist mit dabei.

Ziele

11 Träger haben sich zusammengeschlossen, um gemeinsam zu überlegen, wie der Trend zu Übergewicht und mangelnder Bewegung wieder umzukehren ist. Möglichst »frühzeitig anfangen« war die Devise, Eltern bereits in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes beraten, in den Kindergarten »begleiten« und in der Schule »unterstützen«. So entstanden 40 Maßnahmen für die Zielgruppe der 0-10-Jährigen, die um das Thema Familie, Betreuung, Ernährung und Bewegung kreisen und eine »Familienbegleitung« bis zum Ende der Grundschule sicherstellen.

Gender-Kompetenz in der beruflichen Praxis

Ansätze

Als Dreh- und Angelpunkt wird ein Familiengesundheitszentrum direkt beim Kreiskrankenhaus aufgebaut. Hier werden zukünftig Maßnahmen für die »Kleinsten« (0–3 Jahre) stattfinden. Die Betreuung junger Familien durch die »Familienhebamme« schafft im ersten Lebensjahr eine vertrauensvolle Beziehung. Die Träger hoffen, dass das Angebot, Kinder über das erste Lebensjahr hinaus weiter zu betreuen, von vielen Eltern positiv angenommen wird. Eine breite Angebotspalette steht den Eltern hierfür zur Verfügung: von der Elternsprechstunde und der Frühfördersprechstunde über offene Angebote für junge Familien bis hin zu einem vielseitigen Kurs- und Beratungsangebot zu den Themen Ernährung und Bewegung. Um das Familiengesundheitszentrum (FGZ) gruppieren sich viele Maßnahmen, die die Zielgruppe der 3–10-Jährigen ansprechen. Es gibt Angebote für Freizeit und Familie, vom gemeinsamen Ernten und Kochen auf dem Bauernhof bis zur kompletten Variétévorstellung im Kinderzirkus. In Schulen und Kindergärten finden Elternabende und Fachgespräche für Profis statt. Kochen, Bewegen sowie »Gesundheit« als neues Schulfach sind die »Zufahrtsstraßen«.

Im Januar ist der Start geplant. Dazu werden zunächst 20 Schulen und 15 Kindergärten gesucht, die Interesse haben, in den nächsten 3 Jahren an diesem Programm teilzunehmen. Zur Zeit werden alle Grundschulen und Kindergärten des Landkreises zu einem Workshop einladen, in dem das Programm und die Teilnahmebedingungen vorgestellt werden.

Das Familiengesundheitszentrum wird parallel dazu mit einem ersten Programmheft alle Interessenten zu den neuen Angeboten einladen.

UTE FÖRSTER, *Qualitätsmanagement, Ubbo-Emmius-Klinik, Wallinghausener Str. 8, 26603 Aurich, Tel.: (0 49 41) 94 - 10 15, Fax: (0 49 41) 94 - 10 98, E-Mail: u.foerster@khh-aurich.de*

Die Einführung von Gender Mainstreaming erfordert in Organisationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Maß an Gender-Mainstreaming-Kompetenz. Die Umsetzung und Integration von Gender-Perspektiven im beruflichen Arbeitsalltag benötigt ein hohes Maß an genderbezogener Fachkompetenz. Die Fortbildung »Gender-Kompetenz in der beruflichen Praxis« hat neben Basisinformationen zu Gender, Diversity und Gender Mainstreaming insbesondere zum Inhalt, genderdifferenzierte Fach- und Beratungsarbeit zu unterstützen. Ziel ist es, die Anwendung der Analysekategorien Gender und Diversity in eigenen beruflichen Schwerpunkten und Handlungsfeldern zu üben sowie Konzepte zur Umsetzung und Integration von Gender-Perspektiven in der eigenen Organisation und Konzepte der Gender-Beratung zu entwickeln.

Der Ansatz der Heinrich Böll Stiftung ist dabei, Gender Mainstreaming mit Organisations- und Personalentwicklung und mit den beruflichen Tätigkeiten der Teilnehmenden zu verbinden. Die Arbeit an Lernprojekten und eigenen Fachbeispielen ist Kernstück der Qualifizierungsmaßnahme.

Optimal ist eine Anmeldung als Gender-Team (männlich-weiblich). Angelika Blickhäuser und Henning von Barga sind das Gender-Trainings-Team. Sie begleiten seit acht Jahren den Prozess der Umsetzung der Gemeinschaftsaufgabe Geschlechterdemokratie in der Heinrich-Böll-Stiftung durch Gender-Training, Gender-Beratung und Gender-Coaching.

Drei Basis Module sowie zwei Aufbau-Module stehen nach einem Auftaktworkshop zur Verfügung. Basis- und Aufbau-module können getrennt gebucht werden. Alle Veranstaltungen finden 2007 statt, Beginn ist am 18.–19.1.2007, das letzte Aufbau-modul wird im November 2007 durchgeführt.

Stiftung Leben und Umwelt/Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, Renate Steinhoff, Warmbüchenstr. 17, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 18 57 11, Fax: (05 11) 30 18 57-14, E-Mail: info@slu-boell.de, www.slu-boell.de

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (0511) 3 50 00 52
Fax: (0511) 3 50 55 95
E-Mail: info@gesundheitsnds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

V.i.S.d.P.: THOMAS ALTGELD

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Ute Brasseit, Felix Bruder, Sandra Dusch Silva, Malte Erbrich, Gudrun Faller, Rita Gautier, Michaela Goecke, Marlies Haars, Dr. Arnd Hofmeister, Christoph Kranich, Prof. Dr. Alexander Krämer, Katja Maurer, Sabine Kolb, Kathrin Lottmann, Kai Mosebach, Uwe Prümel-Philippson, Christa Rustler, Dr. Rolf Schmucker, Barbara Staschek, Lukas Slotala, Dagmar Vogt-Janssen

Sekretariat: Anja Führmann

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 53: 15.11.2006

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

Auflage: 6.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Ein Vertragswerk für Europa

Der Autor erklärt in erfreulich gut lesbarem Stil die Entstehungsgeschichte, den Sinn und die derzeitigen Probleme des europäischen Verfassungsvertrages. Mit großer Genauigkeit und in übersichtlicher, gut verständlicher Form wird der Stoff für den Leser und die Leserin aufbereitet. Bei der gut 100-seitigen Lektüre erfahren sie alles Wichtige über die Entwicklungsgeschichte der europäischen Union und deren Verfassung, über deren Aufbau und Organisation sowie die Institutionen der EU und deren Funktion innerhalb der Verfassung. Entscheidungsprozesse werden ebenso dargestellt wie der Ratifizierungsprozess. Am Ende des sehr informativen Bandes ist von A bis Z noch einmal alles Wissenswerte aufgelistet. Der Autor wagt schließlich einen Blick in die Zukunft in dem zum Ausdruck kommt, dass ein Plan erstellt werden muss, der den Bürgerinnen und Bürgern Europa näher bringt. Die Politikerinnen und Politiker sind in der Pflicht. (vtj)

WERNER WEIDENFELD: *Die Europäische Verfassung verstehen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006, 114 Seiten, ISBN 3-89204-876-2, 15,00 Euro*

Grenzen der Machbarkeit in der modernen Medizin

In dem Buch werden verschiedene Wettbewerbsbeiträge vorgestellt, die zum Rahmenthema des Johann Joachim Becher-Preises 2004 eingegangen sind. Inhaltlich befasst sich der Wettbewerb um den Johann Joachim Becher-Preis, der Theorie und Praxis näher bringen soll, mit den Dilemmata in einer modernen Gesundheitsversorgung. Behandelt wird dabei insbesondere die Frage nach der Bezahlbarkeit von gesundheitlichen Leistungen in einer immer älter werdenden Gesellschaft bei Zunahme von chronischen Erkrankungen und ansteigender Multimorbidität. Diskutiert wird in den Wettbewerbsbeiträgen die immer häufiger gestellte Frage der Allokation von medizinischen Versor-

gungsgütern und die damit einhergehende (verdeckte) Rationierung.

Aus 53 eingegangenen Ideen-skizzen sind von der Jury vier Arbeiten ausgewählt worden, die sich auf unterschiedliche Weise dem Thema widmen.

Mit dem Buch werden Lösungsansätze zu der ethischen Frage aufgezeigt, ob alles, was medizinisch machbar ist, geleistet werden sollte und wie eine gerechte und bezahlbare Allokation medizinischer Güter aussehen könnte. (vtj)

HEINRICH REINERMANN (HRSG.): *Das Dilemma in der modernen Medizin. Johann Joachim Becher-Preis 2004. Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bezahlbarkeit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2006, 210 Seiten, ISBN 3-8329-1713-6, 42,00 Euro*

Gender Budgeting

Budgets sind nicht geschlechtsneutral, sondern haben unterschiedliche Folgen für die Lebensverhältnisse von Frauen und Männern. Gender Budgeting bedeutet die Umsetzung von Gender Mainstreaming auf finanzpolitischer Ebene, d. h. Gender Budgeting ist ein Instrument, um in diesem Bereich Geschlechtergerechtigkeit herzustellen.

Der einführende Teil gibt einen Überblick über die Grundlagen und Ansätze geschlechtergerechter öffentlicher Haushalte, aber auch über die Mechanismen der Finanzmärkte sowie die fiskalischen Strategien auf EU-Ebene. Der zweite Teil präsentiert internationale Pionierarbeiten aus Südafrika, Australien, der Schweiz und Schottland. Im dritten Teil wird die derzeitige österreichische und deutsche Praxis samt Umsetzungsversuchen dargestellt.

Dieses sehr informative Buch ist auch für Nichtfachleute zu empfehlen. (us)

RUPERTA LICHTENECKER, GUDRUN SALMHOFFER (HRSG.): *Gender Budgeting. Theorie und Praxis im internationalen Vergleich. StudienVerlag, Innsbruck, 2006, 102 Seiten, ISBN 3-7065-4046-0, 23,90 Euro*

Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit

Infektionskrankheiten und Seuchen gehörten im 19. Jahrhundert zu den Hauptsterbeursachen. Bereits in dieser Zeit entwickelte sich eine Hygienebewegung, die sich mit der Bekämpfung der ursächlichen Probleme beschäftigte. In dem vorliegenden Buch wird die Frage aufgeworfen, inwieweit medizinische Theorien die öffentliche Gesundheitspflege des 19. Jahrhunderts beeinflusst haben und welche Berufsgruppen maßgeblich eingebunden waren. Die Autorin zeigt einzelne Maßnahmen, wie z. B. zur Trinkwasserversorgung, Städtereinigung und Bauhygiene sowie die relevanten gesellschaftspolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen auf. (ts)

ANNE I. HARDY: *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2005, 414 Seiten, ISBN 3-593-37895-7, 45,00 Euro*

Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht

Die Autorin stellt zahlreiche Konzepte der Elternbildung vor und berichtet ausführlich von verschiedensten Projekterfahrungen. Am Ende des ersten Teils finden sich außerdem eine Recherche und eine Zusammenstellung weiterer Elternbildungsangebote im Überblick. Zu Beginn des zweiten Teils werden erkenntnisleitende Fragestellungen formuliert, anhand derer u. a. die Konzepte verglichen und zugeordnet werden sollen. Dazu werden Kriterien und Qualitätsanfragen eingeführt. Insgesamt bietet das Werk einen guten Überblick und sinnvolle Entscheidungshilfen bei der Konzeptwahl. (am)

SIGRID TSCHÖPE-SCHEFFLER (HRSG.): *Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2005, 344 Seiten, ISBN 3-938094-21-4, 24,90 Euro*



Bildungspfade im europäischen Vergleich

Wie wird in anderen Ländern Berufsorientierung in den Schulunterricht integriert? Welche Entwicklungen gibt es im Berufsbildungswesen einzelner Länder? Welche arbeitsmarktpolitischen Strategien bewähren sich im europäischen Vergleich, um jungen Menschen den Weg in das Berufsleben zu erleichtern?

Der vorliegende Band betrachtet die Übergangsproblematik aus europäischer Perspektive und folgt dabei im Aufbau der Chronologie des Weges, auf dem sich ein junger Mensch von der Schule in die Arbeitswelt bewegt. Ausgangspunkt ist eine Analyse der Problemlage. Darauf aufbauend werden in Einzelbeiträgen die Stationen Schule, Berufs- und Hochschulausbildung näher beleuchtet. Der Band zeigt wegweisende Entwicklungslinien für die Integration junger Menschen in das Erwerbsleben. (us)

JENS U. PRAGER, CLEMENS WIELAND (HRSG.): *Von der Schule in die Arbeitswelt. Bildungspfade im europäischen Vergleich.* Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2005, 155 Seiten, ISBN 3-89204-868-1, 24,00 Euro

Wach, neugierig, klug

Dieses umfangreiche Medienpaket zur pädagogischen Begleitung von Kindern unter drei Jahren richtet sich an Kindertagesstätten, Tagespflege und Spielgruppen. Das Medienpaket stellt Babys und Kleinkinder in den Mittelpunkt. Es vermittelt Basiswissen für ihre Entwicklung und gibt Anregungen für eine bessere Qualität der praktischen Arbeit.

Eine Einführungsbroschüre und 16 Themenkarten informieren, machen Vorschläge für die praktische Arbeit und nennen Herausforderungen und Probleme. Ein DVD-Film zeigt Kinder und Erwachsene in unterschiedlichen Situationen und Settings, und eine CD-ROM bietet ergänzende fachliche und praktische Informationen. Auf einem Poster werden die Hauptthemen des Konzepts vorgestellt.

Das Medienpaket ist eine adaptierte Version des Rahmenkonzepts ›Birth to three matters‹, das in England von einem Forschungsteam entwickelt und 2002 vom Nationalen Bildungsministerium herausgegeben wurde. (ib)

BERTELSMANN STIFTUNG, STAATSLNSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK (HRSG.): *Wach, neugierig, klug – Kinder unter 3. Ein Medienpaket für Kita, Tagespflege und Spielgruppen.* Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006, ISBN-10: 3-89204-883-5 und ISBN-13: 978-3-89204-883-1, 35,00 Euro

Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit

Mit der Globalisierung geht eine Vielzahl sozialer, wirtschaftlicher und politischer Veränderungen einher. Die gesundheitlichen Auswirkungen des Globalisierungsprozesses wurden allerdings bislang wenig beachtet.

Dabei bringt die Globalisierung sowohl für die Industrie – als auch für die Entwicklungsländer zahlreiche Gefahren, aber auch Chancen mit sich und stellt eine neue Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung und Public Health dar.

Neben den ›klassischen‹ Problemen, wie z. B. soziale Ungleichheit oder Säuglingssterblichkeit, gehören dazu beispielsweise die sexuelle Ausbeutung von Kindern und der internationale Terrorismus.

Das vorliegende Buch stellt eine international vergleichende Einführung in Public Health mit unterschiedlichen Beiträgen von rund 35 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern dar. Es bietet einen guten Überblick über die verschiedenen Themenbereiche und zeigt Prinzipien und Lösungsansätze im internationalen Vergleich auf. (ts)

OLIVER RAZUM, HAJO ZEEB, ULRICH LAASER (HRSG.): *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health.* Verlag Hans Huber, Bern, 2006, 351 Seiten, ISBN 3-456-84354-2, 39,95 Euro

Ethik in der Altersmedizin

Drei Psychiater befassen sich im vorliegenden Band mit ethischen Fragen, die mit dem demografischen Wandel aktuell und drängender geworden sind. Die Altersmedizin gewinnt qualitativ und quantitativ an Bedeutung und mit ihr die Fragen nach einer gerechten Verteilung der Kosten für Behandlungen zwischen den Generationen und die Bedeutung des Alterns für die Gesellschaft. Das Buch gibt Antworten auf damit verbundene ethische Fragen und zeigt Lösungswege für konkrete ethische Probleme.

Behandelte Themen sind u. a. Ursachen für ethische Dilemmata in der Altersmedizin oder ärztliche Haltungen und ethische Prinzipien. Zudem werden spezielle Problemfelder der altersmedizinischen Praxis bearbeitet wie Krankheiten mit begrenzter Lebenserwartung, Demenz, Sterbehilfe oder Vorausverfügungen. Das Kapitel über Pflegeethik rundet das Buch ab.

Das Buch ist für die Lehre zu empfehlen, da es gut strukturiert ist, an den Kapitelenden Kontrollfragen aufführt und zur Vertiefung der Themen einen Blick in Geschichte, Politik, Dichtung oder aktuelle Entwicklungen wagt. Eine geschlechtssensible Sprache hätte dem Band gut zu Gesicht gestanden. (us)

HANFRIED HELMCHEN, SIEGFRIED KANOWSKI, HANS LAUTER: *Ethik in der Altersmedizin. Grundriss Gerontologie Band 22.* Kohlhammer, Stuttgart, 2006, 399 Seiten, ISBN 3-17-017970-5, 24,00 Euro

Gesundheitswissenschaft

Die mittlerweile vierte überarbeitete und erweiterte Auflage dieser Einführung von Heiko Waller stellt ein Grundlagenwerk für alle dar, die sich mit Gesundheitswissenschaften beschäftigen. Der Boom von Ausbildungsgängen und Abschlüssen in diesem Bereich macht eine Fundierung des Wissens um Gesundheit notwendiger denn je. Der Band ist deshalb konsequent auf das Thema ›Gesundheit‹ bezogen. Dazu werden im ersten Teil die Grundlagen des Fachs – Gesundheitskonzept

Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben

te, Gesundheitsressourcen, Gesundheitsrisiken und Gesundheitssysteme – dargestellt. Der zweite, eher praxisorientierte Teil widmet sich der Gesundheitssystemgestaltung sowie den individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und der Prävention. Damit bildet dieses Lehrbuch ein Standardwerk für Studierende der Studiengänge Gesundheitswissenschaften, Public Health, Medizin, Psychologie, Soziologie, Pflege, Sozialarbeit sowie Heil- und Sozialpädagogik. (ta)

HEIKO WALLER: *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2006. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 268 Seiten, ISBN-10: 3-17-019073-3, 25,00 Euro

Kosten und Nutzen schulischer Tabakprävention

Am Beispiel des Programms ›Be smart-Don't start‹ analysiert David Hoeflmayer die Kosten und den Nutzen schulischer Tabakprävention. Diese gesundheitsökonomische Analyse erläutert dazu zunächst die Wirkmodelle von Tabakprävention und eröffnet dann verschiedene Nutzendimensionen insbesondere die Kosten vermiedenen Rauchens. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass die Kosten-Nutzen-Relation des Programms effektiv ist, weil die eingesparten, volkswirtschaftlichen Kosten deutlich über den eingesetzten Programmkosten liegen. Der Band endet mit Empfehlungen an Förderer des Nichtrauchens, die Akteure der Tabakprävention sowie die Wissenschaft. Angesichts der geringen Anzahl von gesundheitsökonomischen Studien für das Feld der Prävention in Deutschland stellt das Buch einen höchst lesenswerten Ansatz dar. (ta)

DAVID HOEFLMAYR: *Kosten und Nutzen schulischer Tabakprävention*. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2006, 362 Seiten, ISBN 3-8329-1835-3, 69,00 Euro

Die Wiener Psychiaterin Gabriele Fischer beschreibt in ihrem Band unterschiedliche Gesundheitskulturen sowie das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Männern und Frauen: Frauen gehen häufiger zu Ärzten und Ärztinnen, nehmen mehr Medikamente und leben länger; Männer verhalten sich risikoreicher, leben weniger gesundheitsbewusst und sterben – obwohl das Gesundheitswesen männlich orientiert ist – früher, bleiben aber länger beschwerdefrei als Frauen. Medikamente wirken bei Frauen und Männern anders; Ärzte und Ärztinnen stellen bei Männern und Frauen unterschiedliche Diagnosen; dieselben Krankheiten unterscheiden sich bei Männern und Frauen im Erscheinungsbild. Das Buch zeigt, wie wichtig eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Patienten und Patientinnen, Krankheitsbildern und Therapien ist – zum Wohl männlicher und weiblicher Patienten gleichermaßen. Es ist dabei eher niedrighschellig und humorvoll geschrieben und geht beispielsweise der Frage nach, ob Männer Hypochonder sind. Dabei verfällt die Autorin nicht in Klischees, wobei die Bebilderung des Bandes eher klassische Vorurteile bedient. (ta)

GABRIELE FISCHER: *Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben*. Beltz Taschenbuch, Weinheim und Basel, 2006, 248 Seiten, ISBN 978-3-407-22170-4, 16,90 Euro

Sexuelle Gewalt und Geschlecht

Wie bewältigen Frauen und Männer sexuelle Traumata, die in der Kindheit erlebt wurden? Wie können Therapeutinnen sie dabei unterstützen? Zwölf der 22 Biografien von interviewten Frauen und Männern werden ausführlich dargestellt. Die Autorin identifiziert einen männlichen und weiblichen Verarbeitungsmodus. Sie fragt mit einem salutogenetischen Ansatz auch danach, wie eine erfolgreiche Traumaverarbeitung möglich ist. Daraus werden Anregungen für die psychotherapeutische Praxis abgeleitet. Die Ergeb-

nisse werden mit Resultaten aus der aktuellen Trauma- und Geschlechterforschung in Beziehung gesetzt.

Das Buch vermittelt ein tieferes Verständnis für den Bewältigungsprozess schwerwiegender Traumata und macht die Bedeutung der Geschlechterrollen für den Verarbeitungsprozess deutlich. (us)

SILKE BIRGITTA GAHLEITNER: *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Psycho-sozial-Verlag, Gießen, 2005, 342 Seiten, ISBN 3-89806-432-8, 29,90 Euro

HIV-positive Frauen

Bei kaum einer Therapie liegen positive und negative Aspekte, Erfolge und Misserfolge so dicht beieinander wie bei der medikamentösen HIV-Therapie. Während das Spezialwissen zur antiretroviralen Therapie stetig wächst, existieren kaum geschlechterspezifische Kenntnisse.

Die medikamentöse HIV-Therapie wird im Spiegel des Compliance-Konzeptes, der Therapiemotivation und -mitarbeit (adherence) und der Koproduktionsthese beleuchtet. Aus der folgenden Patientin wurde die Patientin als Partnerin. Heute sind die Verantwortungslasten von Patientinnen als Koproduzentin von Gesundheit drastisch gestiegen. Die vorgelegte Interviewstudie geht der Frage nach, wie HIV-positive Frauen mit der ihnen mehr und mehr zugeschriebenen Verantwortung für ihre Gesundheit umgehen. In 15 Interviews untersuchte die Autorin die Bedeutung der Medikamente für die Frauen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Medikamente tief in das Leben der Frauen eingreifen. Es werden unterschiedliche Strategien dargestellt, den Alltag trotz und mit der Therapie aktiv zu gestalten. (us)

SANDRA DYBOWSKI: *Soweit nicht anders verordnet... HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung*, Wissenschaft 87. Mabuse Verlag, Frankfurt a.M., 2005, 392 Seiten, ISBN 3-935964-89-7, 38,00 Euro

Flächendeckende Gesundheitsversorgung, ein soziales Ziel

Der Autor setzt sich eingehend mit der Allokation des knappen Gutes ›Gesundheitsleistungen‹ auseinander. Er diskutiert dabei u. a. die Frage, ob ein Gesundheitssystem, das eher dezentral über Märkte der Allokation knapper Gesundheitsleistungen entscheidet, einem solchen vorzuziehen ist, bei dem der Staat Steuerungskompetenzen übernimmt. Ein reformiertes liberales Gesundheitswesen setzt eigenverantwortliche Entscheidungen der einzelnen Akteure voraus. Es geht bei der freien Vertragsausgestaltung bzw. bei selektiven Verträgen letztlich auch darum, wettbewerbliche Steuerung und solidarische Absicherung so miteinander zu verknüpfen, dass niemand auf Grund mangelnder Kaufkraft vom Bezug notwendiger medizinischer Leistungen ausgeschlossen wird. Die flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsleistungen als ein Beispiel für ein soziales Ziel wird hinsichtlich ihrer Legitimation, ihres Ausmaßes und vor allem im Hinblick auf ihre institutionelle Struktur vor einem Wettbewerbshintergrund untersucht. Das Buch stellt die Konzeption eines Sicherstellungsdesigns unter den Bedingungen eines liberalen Gesundheitssystems vor und lässt die wesentlichen Thesen in einem Ausblick münden. (vtj)

JÜRGEN ZERTH: *Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2005, 160 Seiten, ISBN 3-8329-1061-1, 32,00 Euro*

Beratungsnetzwerk bei häuslicher Gewalt

Das Forschungsprojekt ›KUKT: Therapie- und Beratungsnetzwerk für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder‹ legt seine Ergebnisse zur Implementierung eines engmaschigen regionalen Modellprojektes vor, das von 2002 bis 2004 an der Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland, Wilhelmshaven im Fachbereich Sozialwesen durchgeführt und in der Stadt Norden in Ostfriesland umgesetzt worden ist. Es ist das erste Interventions-

projekt gegen häusliche Gewalt in Deutschland, das Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und tiefenpsychologisch fundierte tanz- und bewegungspsychologische Versorgung gemeinsam nutzt.

Beratung sowie Tanz- und Bewegungstherapie dienten dazu, die gesundheitlichen Folgen zu verbessern und die Selbsthilfepotenziale betroffener Gewaltopfer zu wecken und zu stärken. Der Aufbau einer engmaschigen Versorgungsstruktur durch interdisziplinäre Netzwerkarbeit mit dem Hilfesystem vor Ort hatte zum Ziel, den Gewaltkreislauf zu durchbrechen. Es wird eine positive Bilanz gezogen. (us)

CLAIRE MOORE, FRAUKE KOPPELIN, INGE HARMS-WÄHLICH ET AL.: *Neue Wege in der Therapie und Beratungsnetzwerk für von Häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder, Wirtschaftsverband NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven, 2006, Schriftenreihe ›Gesundheit – Arbeit – Medizin‹, Band 33, 122 Seiten, ISBN 3-86509-516-X, 14,50 Euro*

Gesundheitswesen 2006/2007

Das jährlich erscheinende Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen ist das Standardwerk für Ansprechpartner im Gesundheitswesen. Auf insgesamt 968 Seiten sind etwa 4000 Einträge bundes- und landesweit tätiger Organisationen und Verbände sowie sämtliche Führungskräfte dieser Einrichtungen verzeichnet. Auch für die zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene finden sich hier alle Ansprechpartner und -partnerinnen sowie Kontaktadressen. Erfasst sind praktisch alle Bereiche des Gesundheitswesens. Mehr als 50 Rubriken sind aufgeführt, darunter Politik, alle Leistungserbringer von den Ärzten und Ärztinnen bis zu Selbsthilfeeinrichtungen, Kostenträger, wissenschaftliche Fachgesellschaften oder Behindertenorganisationen. Neu in der sechsten Ausgabe des aktualisierten Jahrbuchs sind außer vielen Einzeleinträgen die Rubriken Ärztengemeinschaften

und Fachpresse. Umfassende Register ermöglichen das schnelle Auffinden. Insgesamt sind etwa 12000 Namen in dem Adresswerk verzeichnet. (ta)

Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2006/2007, Leonhart Verlag, München, 968 Seiten, ISBN: 3-9806190-8-7, 77,90 Euro.

Prozessvorbereitung von Kindern bei Sexualstraftaten

›Anna und Jan gehen vor Gericht‹ ist ein Kinderbuch für Mädchen und Jungen, die sexuellen Missbrauch erleben mussten und nun Zeuginnen und Zeugen in einem Strafverfahren sind. Das Hauptanliegen dieses Ratgebers ist es, sie mit ihren Ängsten und Unsicherheiten vor der Gerichtsverhandlung ernst zu nehmen und ihnen Mut zu machen.

Eingebettet in eine Geschichte der beiden Comicfiguren Anna und Jan werden altersentsprechende Informationen darüber, warum sexueller Missbrauch eine Straftat ist, über den Ablauf eines Strafverfahrens, die Beteiligten an einer Gerichtsverhandlung und die eigenen Aufgaben als Zeugin oder Zeuge gegeben.

Der Ratgeber eignet sich für Mädchen und Jungen im Grundschulbereich zum Selbstlesen, aber vor allem zum Vorlesen im Rahmen einer professionellen Zeugenbegleitung. Ein Informationsteil für Eltern und andere Vertrauenspersonen steht am Ende des Heftes. Ohne einer Reihe von Sponsoren wie z. B. der Stiftung Leben und Umwelt/ Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen oder der Stiftung Hänsel und Gretel hätte dieses Kinderbuch nicht realisiert werden können. (us)

ANDREA BEHRMANN, UTA SCHNEIDER, TARA R. FRANKE, VIOLETTA E. V., VEREIN GEGEN SEXUELLEN MISSBRAUCH AN MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN (HRSG.): *Anna und Jan gehen vor Gericht. Ein Kinderbuch zur Prozessvorbereitung bei Sexualstraftaten. Schöneworth Verlag, Hannover, 2006, 66 Seiten, ISBN 3-9808805-1-6, 10,00 Euro*



www.medico-international.de

medico international streitet für das Menschenrecht auf den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit. Die Organisation unterstützt Partnerinnen und Partner vorrangig in Afrika, Asien und Lateinamerika in ihrem Bemühen um wirtschaftliche, soziale und kulturelle Lebensbedingungen, die jedem Menschen das ihm erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ermöglichen. Insbesondere steht medico international Menschen in Not und Armut, darunter Flüchtlingen und Kriegsopfern, zur Seite. Die Internetseite informiert über Projekte und Kampagnen der Organisation und stellt Publikationen und Materialien bereit.

www.aerzte-ohne-grenzen.de

Ärzte ohne Grenzen ist eine private und unabhängige medizinische Organisation, die Menschen in Not, Opfern von natürlich verursachten oder von Menschen geschaffenen Katastrophen sowie von bewaffneten Konflikten hilft. Zu ihren Aufgaben gehört es, allen Opfern Hilfe zu gewähren, ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft oder ihrer politischen und religiösen Überzeugungen. Auf der Homepage werden umfangreiche Materialien und Berichte zur Verfügung gestellt, weiterhin findet sich eine Seite für Kinder.

www.who.int/topics/globalization/en

Die englischsprachige Website bietet Links über Aktivitäten, Berichte und Neuigkeiten sowie Kontaktadressen und Kooperationspartner aus den verschiedenen WHO-Programmen und -büros, die zum Thema Globalisierung arbeiten. Weiterhin finden sich Links zu ähnlichen Websites und Themenbereichen.

www.bukopharma.de

Die BUKO Pharma-Kampagne, eine Aktion der Bundeskoordination Internationalismus (BUKO), setzt sich kritisch mit dem Arzneimittelmarkt in Süd und Nord auseinander. Die Kampagne wurde mit dem Ziel gegründet, die Aktivitäten der deutschen Pharmaindustrie in der Dritten Welt zu untersuchen. Auf der Homepage finden sich Informa-

tionen über die aktuellen Schwerpunktthemen der Kampagne, wie z. B. AIDS, Arzneimittelforschung und das Schulprojekt »Gesundheit und Krankheit in der einen Welt«.

www.ghwatch.org

Der Global Health Watch 2005–2006 ist der erste alternative Weltgesundheitsbericht. Die englischsprachige Website stellt den Bericht als pdf-Dokument zum Download zur Verfügung und bietet neben Hintergrundinformationen und weiterführenden Artikeln u. a. einen Newsletter.

www.unicef.de

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen hilft Kindern in den Entwicklungsländern und Krisengebieten. UNICEF sorgt dafür, dass Kinder in die Schule gehen können, medizinisch betreut werden und sauberes Trinkwasser sowie eine ausreichende Ernährung erhalten, und setzt sich dafür ein, Kinder vor Ausbeutung und Missbrauch zu schützen.

www.fairtrade.de

Der Fair Trade e. V. möchte mit seiner Informations- und Bildungsarbeit dazu beitragen, die Idee des Fairen Handels zu verbreiten und verständlicher zu machen. Besonders für neue Zielgruppen, wie z. B. Jugendliche, werden Konzepte und Aktionsideen vorgestellt. Die Homepage bietet einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Aspekte des Fairen Handels.

www.attac.de

Attac ist ein globalisierungskritisches Netzwerk, das von einem großen Spektrum sozialer und politischer Organisationen sowie von Einzelpersonen unterstützt wird. Es tritt für eine demokratische Kontrolle und Regulierung der internationalen Märkte für Kapital, Güter und Dienstleistungen ein. Die Internetseite gibt einen Überblick über die Themen, Projekte, Kampagnen und Struktur von Attac.

www.globalpolicy.org

Das Global Policy Forum beobachtet und analysiert die Politik der Vereinten Nationen und ihrer Mitgliedsstaaten.

Es setzt sich dafür ein, dass multilaterale Politik im Rahmen der Vereinten Nationen gestärkt, transparenter gemacht und an den Zielen einer ökologisch tragfähigen und sozial gerechten Entwicklung ausgerichtet wird. Auf der englischsprachigen Internetseite sind Artikel und Hintergrundinformationen.

www.wto.org

Die Welthandelsorganisation (WTO) ist eine internationale Organisation, die sich mit der Regelung von Handels- und Wirtschaftsbeziehungen beschäftigt. Die englischsprachige Internetseite gibt einen Überblick über die Aktivitäten und Publikationen der WTO.

www.worldbank.org

Die Weltbank ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Als einer der weltweit größten Anbieter von Entwicklungshilfe unterstützt sie Regierungen von Entwicklungsländern bei ihren Bemühungen, Schulen und Gesundheitszentren zu errichten, eine Wasser- und Stromversorgung aufzubauen, Krankheiten zu bekämpfen und die Umwelt zu schützen.

www.phmovement.org

People's Health Movement hat seine Wurzeln in der Graswurzelbewegung und verdankt seine Entstehung zahlreichen Gesundheitsnetzwerken und Aktivisten, die besorgt über die wachsende Chancenungleichheit waren. Die Bewegung ruft zu einer Wiederbelebung der Prinzipien der Alma-Ata Deklaration auf, in der Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000 gefordert wurde. Auf der englischsprachigen Internetseite finden sich Publikationen und Newsletter sowie Informationen über Kampagnen der Bewegung.

www.greenpeace.de

Die internationale Umweltschutzorganisation Greenpeace setzt sich seit 1971 für den Schutz der Lebensgrundlagen ein. Sie arbeitet zurzeit an den Umweltthemen Energie/Klima, Atomausstieg, Wälder, Meere, Gentechnik, Landwirtschaft und Chemie sowie Globalisierung. Die Website informiert über die Arbeitsschwerpunkte und Projekte der Organisation.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e.V.

Workshop »Freiwilligenmanagement im Familienentlastenden Dienst«

11. Oktober 2006, Hannover

Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern ist eine wesentliche Voraussetzung, um im niedrigschwelligen Bereich tätig zu werden. Der Workshop richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Familienentlastenden Dienst, die das Thema Freiwilligenmanagement vertiefen möchten. Es handelt sich dabei um eine Kooperationsveranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem Landesverband der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

»essen – bewegen – wohl fühlen« – Gesund aufwachsen in KiTa und Schule

12. Oktober 2006, Hannover

In keinem Lebensumfeld tritt der Zusammenhang zwischen körperlichem Wohlbefinden, psychischer Gesundheit und geistiger Entwicklung so deutlich zu Tage wie in KiTa und Schule. Dabei ist subjektives Wohlbefinden und Gesundsein aller in KiTa und Schule Spielenden, Lernenden und Arbeitenden eine Grundvoraussetzung für die Qualität des Erziehungs- und Bildungsauftrags.

Im Mittelpunkt des Tages stehen folgende Fragen: Wie muss Prävention in Kitas und Schulen angelegt sein, um langfristig und nachhaltig zu wirken? Warum ist Evaluation wichtig? Was von diesen Programmen kann erfolgreich auf andere Einrichtungen übertragen werden? Darüber hinaus greift die Tagung konkrete Fragen der verschiedenen Akteure sowie Kooperationspartner und -partnerinnen auf und liefert Anregungen für die Praxis.

Gesundheit in Alten- und Pflegeheimen

1. November 2006, Hannover

Altenhilfeeinrichtungen stehen heute und in Zukunft vor großen Herausforderungen. Eine wachsende Zahl älterer und hoch betagter Menschen sind pflegebedürftig. Multimorbidität und Demenzerkrankungen stellen hohe Anforderungen an eine menschenwürdige Pflege in Altenhilfeeinrichtungen. Zugleich ist die gesundheitliche Situation der Pflegekräfte prekär: Hoher Zeitdruck, Schicht- und Nacharbeit sowie steigende Qualitätsanforderungen kennzeichnen den Berufsalltag. Im Rahmen der Tagung wird es einerseits um die gesundheitliche Situation der Bewohnerinnen und Bewohner gehen und andererseits um die Arbeitsbedingungen und die gesundheitliche Situation der Pflegekräfte sowie darum gehen, wie die unterschiedlichen Bedürfnisse miteinander in Einklang zu bringen sind.

Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, getragen von der LVG, dem Sozialministerium Nds. und pro familia LV Nds. in Kooperation mit der Apothekerkammer Nds. und mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Starke Schulen brauchen starke Partner

15. November 2006

Für Präventions- und Gesundheitsförderungsförderungsansätze sind Schulen und Kindertagesstätten quasi ideale Inter-

ventionsorte. Aber welche Bedarfe sehen Schulen selbst jenseits vorgefertigter Konzepte von außen. Welche Beratungs- und Unterstützungsstrukturen können für schulinterne Programme und Organisationsentwicklungsprozesse in Anspruch genommen werden? Wie lässt sich eine Vernetzung heterogener Präventionsansätze statt des Nebeneinanders von Akteuren und Programmen erreichen. All das sind Fragen, die im Rahmen der Fachtagung, gemeinsam veranstaltet mit dem NLS einer Klärung zugeführt werden sollen.

Workshop »Gruppenarbeit im Rahmen Familienentlastender Dienste«

15. November 2006

Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung können auch in Form von Gruppenbetreuung angeboten werden. Möglichkeiten der inhaltlichen und formalen Gestaltung dieser Angebote sollen im Rahmen des Workshops dargestellt und diskutiert werden.

Die Veranstaltung wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation und dem Landesverband der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. durchgeführt.

20 Jahre »Ottawa-Charta«

20./21. November 2006

Die Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation stellte einen wichtigen Schritt zur Aufwertung und Neuorientierung von Prävention und Gesundheitsförderung dar. Gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Stiftungslehrstuhl Prävention der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen soll deshalb eine Bestandsaufnahme bisheriger Strategien vorgenommen werden und Perspektiven für zukünftige Gesundheitsförderung in Deutschland aufgezeigt werden.

»Tag der Ethik« – Henriettenstiftung Hannover

22. November 2006

Ethische Aspekte in Medizin und Pflege werden an diesem Tag im Rahmen eines Forums diskutiert. Veranstalterin ist die Henriettenstiftung Hannover in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit e.V.

»Wo bin ich? – Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus«

23. November 2006, Hannover

Die open-space-Tagung wird in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V., dem Kompetenz-Netzwerk Südostniedersachsen und der Region Hannover mit dem Ziel veranstaltet, die Versorgung der Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern und das Personal und die Angehörigen zu entlasten. Gemeinsam mit den handelnden Berufsgruppen und Personen sollen Ideen und Möglichkeiten zur Betreuung von Demenzerkrankten während eines Krankenhausaufenthaltes entworfen und Ansätze zur Organisation und Anbindung eines ehrenamtlichen Betreuungsdienstes entwickelt werden.

Symposium ›Qualität messen, darstellen und verbessern – Umgang mit Qualitätsindikatoren im Krankenhaus‹

4. Dezember 2006, Hannover

Die AOK Niedersachsen bietet in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. umfassende Informationen zum Thema Ergebnismessung und -kommunikation im Krankenhaus an. Es geht dabei sowohl um verschiedene Erhebungsmethodiken und Indikatoren der Ergebnisqualitätsmessung in der Krankenhausbehandlung als auch um Patientenperspektiven und -wünsche sowie best practice-Beispiele.

Chancen für Schulen?! Spenden und Sponsoring – Partnerschaften und Pressearbeit

5. Dezember 2006, Hannover

Auch Schulen sind von der angespannten öffentlichen Haushaltslage betroffen. Zunehmend entwickeln sich aber Partnerschaften zu Firmen, Geschäften, Krankenkassen u. a. Welche Folgen haben die unterschiedlichen Formen der Geldzuwendungen für Schulen? Wo sind (pädagogische) Grenzen zu ziehen? Wie gewinnt man Spender? Wie ›pflegt‹ man sie? Wie stellt man am besten Öffentlichkeit her? (Tue Gutes und rede darüber!) Welche Wechselwirkung besteht zwischen einem positiven Bild in der Öffentlichkeit und der Chance auf Unterstützung? Am Ende der Fachtagung steht ein ›Erste Hilfe Set‹ mit Checkliste, Handwerkszeug und Leitfäden für den schulischen Alltag.

Selbsthilfe als Partner im Gesundheitswesen

13. Dezember 2006

Mit der gestärkten Stellung von Patientinnen und Patienten in den Schaltstellen des Gesundheitswesens (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss oder Zulassungsausschüsse) erwächst den Selbsthilfeeinrichtungen und -kontaktstellen eine Flut von neuen Aufgaben und Koordinierungsfunktionen zu. Gemeinsam mit dem Selbsthilfe-Büro Niedersachsen soll deshalb eine Bestandsaufnahme dieser neuen Anforderungen vorgenommen und Perspektiven für die Zusammenarbeit mit den ›Big Playern‹ in der Gesundheitsversorgung eröffnet werden.

Ess-Störungen, Hintergründe – Strategien – Konzepte

14. Dezember 2006, Hannover

Eingeschränktes Essverhalten und Diäten können ein Einstieg in Ess-Störungen sein. Sie verstärken die Fixierung des Denkens auf das Essen, der Körper wird mit seinen Bedürfnissen als bedrohlich angesehen, denn er signalisiert Hunger oder sogar Gier. Ess-Störungen sind keine Ernährungsstörungen sondern psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter. Zu den Formen essgestörten Verhaltens zählen die Bulimie, Magersucht, Ess-Sucht und Latente Ess-Sucht. Was sind genaue Hintergründe zu Ess-Störungen? Wie kann mit ihnen umgegangen werden? Warum ist eine professionelle Anleitung sinnvoll und was kann eine angeleitete Selbsthilfe leisten? Diese und ähnliche Fragen werden auf der Veranstaltung beleuchtet und diskutiert. Ziel der Veranstaltung ist es, die Kluft zwischen Wissen und Handeln zu verringern sowie Strategien, Projekte und Konzepte vorzustellen.

Vorschau:

Schulung, Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung, 17. Januar 2007, Hannover

Fachtagung, Gesundheit von Erzieherinnen fördern und erhalten, 28. Februar 2007, Hannover

Psychosoziale Gesundheit an Hochschulen: Schwerpunkt Beschäftigte, 2. Februar 2007, Aachen

Gesundheitszirkel richtig einsetzen und effektiv moderieren, 2. März 2007, Hannover

Niedersachsen Forum, Neue Wohnformen im Alter, 9. Februar 2007, Celle

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.

Psychiatrische Versorgung im Gesundheitssystem: Rehabilitation in vernetzten Versorgungsstrukturen

11. Oktober, Hannover

Die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen befindet sich im Umbruch. Durch neue Formen der Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsanbietern gelingt es zunehmend, eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten.

Vertreterinnen und Vertreter aus der psychiatrischen Versorgung diskutieren über den Stellenwert der Rehabilitation psychisch Kranker in neuen Versorgungskonzepten. Die Tagung wird in Kooperation mit dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen durchgeführt.

Die Veranstaltung wird von der Akademie für ärztliche Fortbildung mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert.

7. SOPHIA-Fachtagung

10. November 2006, Holzminden

Auf der diesjährigen SOPHIA-Fachtagung geht es u. a. um die Frage, wie man (Hoch-) Begabung und/oder die Notwendigkeit sonderpädagogischer Förderung von Kindern im Einschulungsalter erkennt. Zu motorischen Auffälligkeiten und Adipositas werden Auswertungen von Schuleingangsdaten nach dem SOPHIA- und Weser-Ems-Modell und ihre projektbezogene Nutzung dargestellt.

Mit dem Thema ›LernGesundheit, Lebensfreunde und Lernfreude in der Schule und anderswo‹ beschäftigt sich am Nachmittag Dr. med. Eckhard Schiffer. Neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter sind zu diesem Vortrag Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer eingeladen.

Weitere Informationen zu den Veranstaltungen erhalten Sie unter www.akademie-sozialmedizin.de.

Niedersachsen

Fachtagung, Armut bei Kindern, 10.10.2006, Hannover, Kontakt: AWO Akademie Hannover, Körtingsdorfer Weg 8, 30455 Hannover, Tel.: (05 11) 49 52 218, Fax: (05 11) 49 52 292, E-Mail: AWO-Akademie@bv-hannover.awo.de, Internet: www.awo-Akademie-Hannover.de

Jugendgesundheitstag, 11.10.2006, Osnabrück, Kontakt: Gesundheitsdienst, Projektleitung JGT 2006, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, Tel.: (0541) 5 01 -31 37, schwertmann@LKOS.de

Sexualität und Behinderung, 13.10.2006, Kreis- haus Bad Wildeshausen (LK Oldenburg), Kontakt: Ilona Fedorcuk, Postfach 141, 30001 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 40 06, Fax: (05 11) 1 20 99 40 06, E-Mail: Ilona.Fedorcuk@ms.niedersachsen.de

Volkskrankheit Depression, 23.-25.10.2006 Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-900, E-Mail: Petra.Fleischer@evlka.de, Internet: www.loccum.de

Frauen, Gender und Geschlechterdemokratie, Praxisworkshop zur gender-orientierten Projekt- und Veranstaltungsplanung, 30.10.2006, Hannover, Kontakt: Stiftung Leben und Umwelt/Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen, Tel.: (05 11) 30 18 57 11, E-Mail: info@slu-boell.de, www.slu-boell.de

4. Fachtagung, Was brauchen Jungen – was brauchen ihre Begleiter? 31.10.2006, Osnabrück, Kontakt: Stadtteiltreff Heinz Fitschen Haus, Heiligenweg 40, 49084 Osnabrück, E-Mail: Avdic@osnabrueck.de

Gemischte Gefühle – Sexualpädagogik interkulturell, 04.-05.11.2006, Oldenburg, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Lauter Zicken und Schlägerweiber, Hintergründe und Methoden für die gewaltpräventive Arbeit mit Mädchen, 07.11.2006, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Jahrestagung, Lokale Beschäftigung – Lokale Ökonomie: Existenzsicherung im Stadtteil, 08.-10.11.2006, Hannover, Kontakt: Stadtteilzentrum KroKus, Tel.: (05 11) 16 84 52 44, Fax: (05 11) 16 84 21 44, E-Mail: nanci.handrik@hannover-stadt.de

Symposium, Qualität messen, darstellen und verbessern – Umgang mit Qualitätsindikatoren im Krankenhaus, 04.12.2006, Hannover, Kontakt: Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover, Fax: (05 11) 87 01 14 009, E-Mail: Julia.Weber@nds.aok.de

Führungszirkel – mehr als ein Akademie – Seminar, 16.12.2006, Hannover, Kontakt: Akademie des Sports des LandesSportBundes Niedersachsen e.V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover, Tel.: (05 51) 12 68 305, Fax: (05 11) 12 68 33 33, E-Mail: dkrause@lsb-niedersachsen.de

Bundesweit

Fachtagung, Fit bleiben für Bildungs- und Erziehungsarbeit, 11.10.2006, Hamburg, Kontakt: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Felix-Dahn-Straße 3, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 01-27 93, Fax: (0 40) 4 28 01-27 99, E-Mail: barbara.tiesler@li-hamburg.de

Demenz – Herausforderung für das 21. Jahrhundert. 100 Jahre Alzheimer-Krankheit, 12.-14.10.2006, Berlin, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 259 37 95-0, Fax: (0 30) 259 37 95-29, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

3. Symposium, Mangelernährung: Strategien – Produkte – Konzepte, 14.10.2006, Bad Oeynhausen, Kontakt: Herz- und Diabeteszentrum NRW, Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen, Tel.: (0 57 31) 97 22 18, Fax: (0 57 31) 97 21 22, E-Mail: bhohls@hdz-nrw.de, Internet: www.hdz-nrw.de

Workshop, Tabakkonsum reduzieren – eine Zwischenbilanz, 25.10.2006, Berlin, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln, Tel.: (0 22 1) 91 28 67-40, Fax: (0 22 1) 91 28 67-10, E-Mail: gesundheitsziele@gvg-koeln.de

Sonderausstellung, Computer – Medizin, Hightech für Gesundheit und Lebensqualität, 25.10.2006-01.05.2007, Paderborn, Kontakt: Fürstenallee 7, 33102 Paderborn, Tel.: (0 52 51) 30 66 00, Fax: (0 52 51) 30 66 09, Internet: www.hnf.de

4. Kongress zum Fortschritt im Gesundheitswesen von morgen, Innovationen in der Spitzenmedizin, 26.10.2006, Berlin, Kontakt: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Wichmannstraße 5, 10787 Berlin, Tel.: (0 30) 23 08 09-0, E-Mail: innovationskongress@iges.de, Internet: www.innovationen-der-zukunft.de

4. Gesundheitspflege-Kongress, 27.-28.10.2006, Hamburg, Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Ehrenbergstraße 11-14, 10245 Berlin, Andrea Tauchert, Tel.: (0 30) 20 45 60 - 3, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de, Internet: www.heilberufe-kongresse.de

Tagung, Netzwerk betriebliches Gesundheitsmanagement, 03.-04.11.2006, Bad Rappenau, Kontakt: Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Vogelsanger Weg 48, 50354 Hürth-Efferen, Tel.: (0 22 33) 6 50 17, Fax: (0 22 33) 6 45 61, E-Mail: dvgs@dvgs.de

Jahrestagung, Sex 2006, Arbeitskreise Frauen-gesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. 04.-05.11.2006, Bad Godesberg, Kontakt: AKF-Geschäftsstelle, Sigmaringer Str. 1, 10713 Berlin, Tel.: (0 30) 86 39 33 16, E-Mail: buero@akf-info.de, Internet: www.akf-info.de

Fachtagung, Psychologische Aspekte der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und vernetzte Versorgungsstrukturen, 11.11.2006, Berlin, Kontakt: Ernst-Reuter Platz 7, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 31 42 89 94, Fax: (0 30) 31 42 92 69, E-Mail: Alexandra.starke@epiberlin.de

Jugend und Gesundheit: Riskante Entwicklungen 13./14.11.2006, Bad Boll,

Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 73087 Bad Boll, Tel.: (07164) 79-243, Fax: (07164) 79-5243, E-Mail: monika.doludda@ev-akademie-boll.de

Fachkonferenz Sucht 2006, 'Sucht und Lebensalter', 13.-15.11.2006, Dresden, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., Westend- wall 4, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 90 15 -0, Fax: (0 23 81) 90 15 30, E-Mail: info@dhs.de

Wohl oder Übel? Mädchen und Gesundheit, 22.-24.11.2006, Münster, Kontakt: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, Schaumainkai 101-103, 60596 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 63 39 86 -0, Fax: (0 69) 63 39 86-25, E-Mail: marina.groth@igfh.de

Fachtagung, Wettbewerbsvorteil Gesundheit, Risiken des Wandels als Chancen ergreifen – Betriebliches Gesundheitsmanagement in herausfordernden Zeiten, 28.-29.11.2006, Köln, Kontakt: Team Gesundheit GmbH, Max-Fiedler-Straße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 5 65 96 27-11, E-Mail: johannes@teamgesundheit.de

12. Kongress, Armut und Gesundheit, Präventionen für gesunde Lebenswelten – 'Soziales Kapital' als Investition in Gesundheit, 01.-02.12.2006, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin, Friedrich-straße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 60, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: kongress@gesundheitberlin.de

International

Internationaler IPPNW-Kongress, Medizin und Gewissen, Im Streit zwischen Markt und Solidarität, 20.-22.10.2006, Nürnberg, Kontakt: Henkestr. 66, 91052 Erlangen, Tel.: (09 31) 5 30 40-77, Fax: (09 31) 5 30 40-78, E-Mail: mail@medizinundgewissen.de, Internet: www.medinundgewissen.de

6. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung/2. Nationaler Präventionskongress, Von der Versorgungsforschung zur Prävention, 24.-27.10.2006, Dresden, Kontakt: Lingnerplatz, Dresden, Tel.: (03 51) 4 58 44 90, Fax: (03 51) 4 58 53 38, E-Mail: public.health@mailbox.tu-dresden.de, Internet: www.public-health.tu-dresden.de

The International Council on Women's Health Issues Congress 2006, 15.-18.11.2006, Sydney, Australia, Kontakt: ICOWHI2006, Congress Secretariat GPO Box 3270, Sydney NSW 2001 Australia, Tel.: (+61 2) 92 54 50 00, Fax: (+61 2) 92 51 35 52, E-Mail: info@icowhi2006.com, Internet: www.icowhi2006.com

Workshop, Survey, Surveillance and Health Promotion Research in Eastern Europe, 16.-18.11.2006, Montreux/Schweiz, Kontakt: Institut für Social und Präventivmedizin, Universität Bern, Niesenweg 6, CH-3012 Bern, Switzerland, Tel.: +41 31 631 34 28, Fax: +41 31 631 34 30, E-Mail: severine.schussele@bluewin.ch

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter der folgenden E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de