

Wa(h)re Gesundheit

Editorial

Der Stellenwert gesundheitspolitischer Themen innerhalb der politischen Auseinandersetzung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Dies ist auch in dem gerade beendeten Bundestagswahlkampf deutlich geworden. Die nächste Gesundheitsreform ist eine Frage von Monaten und nicht von Jahren, obwohl die letzte Gesundheitsreform erst vor knapp drei Jahren beschlossen wurde. Haben die GesundheitspolitikerInnen jetzt Visionen von einem gesundheitlichen Outcome, den das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt der Bevölkerung ermöglichen soll? Oder wird nur eine mehr oder weniger gute Krankenversorgung immer neu organisiert, mal zu Lasten der PatientInnen, mal zu Lasten des einen oder anderen Leistungserbringers, mal zu Lasten des einen oder anderen Kostenträgers?

Dies sind Fragen, die in dieser Newsletterausgabe aufgegriffen werden. Obwohl wir uns um Beiträge für die »wahre Gesundheit« sehr bemüht haben, dominiert doch in diesem Newsletter der Aspekt der »Ware Gesundheit«. Dazu scheint es einfach leichter zu sein, eine Positionierung zu finden. In verschiedenen Beiträgen werden die neuen Disease-Management-Programme, der Verbraucherschutz im Gesundheitswesen, die Krankenhausentwicklung, IGeL-Leistungen und viele aktuelle Themen näher und teilweise kritisch beleuchtet. Vieles davon wird jetzt leichter zu Ende zu diskutieren sein, wo die heiße Phase des Wahlkampfes vorbei ist. Die Frage, welche Orientierung die nächste Gesundheitsreform haben wird, wird entscheidend sein für alle Fragen, die in diesem Heft aufgeworfen wurden.

Über den Schwerpunkt hinaus setzen wir die Sonderrubrik zum Themenbereich RIO+10 fort, begeben uns dabei aber zunächst einmal nicht auf die Ebene der Ergebnisse von Johannesburg, sondern auf die von Niedersachsen. Eine Diskussion der Johannesburgergebnisse erfolgt im nächsten Heft. Außerdem enthält das Heft Bericht über aktuelle Tagungen, Veröffentlichungen, Internetseiten und andere Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Psychische Gesundheit«, Redaktionsschluss 08.11.2002 sowie »Mobilität und Bewegung«, Redaktionsschluss 07.02.2003. Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an diesen Ausgaben mit Artikeln, Anregungen, Diskussionsbeiträgen, Projektvorstellungen, Tagungsberichten, Veröffentlichungshinweisen und anderen Beiträgen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen,



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

- Privatisierung von Früherkennungsleistungen ... Seite 2
- PatientInnen als Kunden - Verbraucherschutz im Gesundheitswesen ... Seite 4
- PatientInnen-Chipkarte, Verbraucherschutz und Datenschutz ... Seite 5
- Der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGBV ... Seite 6
- Disease Management Programme und Gender ... Seite 7
- Mythen der Prävention im 20. Jahrhundert ... Seite 8
- Wer ist die Schönste im Land? ... Seite 9
- Das Krankenhaus der Zukunft ... Seite 10
- Das Heil in den Genen ... Seite 11
- Die Ware IGeL ... Seite 12
- Nachhaltigkeit im Dialog - die Niedersächsische Nachhaltigkeitsstrategie (NINA) ... Seite 13
- Brustzentren in NRW - Qualität nach Europäischen Leitlinien ... Seite 14
- Hormone zur Prophylaxe der postmenopausalen Osteoporose und ihrer Folgen ... Seite 14
- PatientInnenverfügung ... Seite 15
- Persönliche Checkliste für den Besuch bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin ... Seite 15
- Gesundheitsberichte machen Geschichte? ... Seite 16
- Medizin von morgen - Verpflegung von gestern? ... Seite 16
- Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern ... Seite 16
- Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung bei Essstörungen ... Seite 17
- Podium Soziale Lage und Bildung von Kindern ... Seite 17
- Welche Beratungsstruktur benötigen allein erziehende Mütter in einem Brennpunktstadtteil? ... Seite 18

Privatisierung von Früherkennungsleistungen

S

Schwerpunkt

Beim Praxisbesuch erleben PatientInnen immer häufiger die Anpreisungen vorbeugender Diagnostik über Broschüren, Plakate, aber auch durch die direkte Ansprache seitens der Arzhelferinnen oder durch den Arzt/die Ärztin selbst. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden und deshalb individuell bezahlt werden müssen. Mit Recht empören sich die PatientInnen über diesen Sachverhalt, zahlen sie doch von Jahr zu Jahr höhere Prämien in ihre Krankenkasse. Gleichzeitig entsteht der Eindruck, der Versicherungsschutz sei unvollständig und gerade die so wichtigen vorbeugenden Maßnahmen würden nicht bezahlt. Beim genaueren Hinsehen zeigt sich allerdings, dass wissenschaftlich begründete Früherkennungsleistungen unverändert und in vernünftigem und notwendigem Maße nach wie vor von der GKV übernommen werden und dass es sich bei den angepriesenen Leistungen in der überwiegenden Zahl um fragwürdige Zusatzangebote handelt. Deren Sinn besteht in erster Linie darin, das Honorar der von Budgetierung gebeutelten ÄrztInnen mit Hilfe dieser sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aufzubessern.

Beispiele

Da bieten AugenärztInnen zusätzliche Untersuchungen des Augeninnendruckes an, obwohl diese Leistung von der GKV in ausreichender Häufigkeit und Dichte angeboten werden. FrauenärztInnen bieten zusätzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen an, obwohl wissenschaftlich kein Zweifel daran besteht, dass die von der GKV übernommenen sinnvoll und ausreichend sind. Schwangeren werden zusätzliche Ultraschalluntersuchungen angeboten, obwohl auch hier eine anerkanntermaßen ausreichende Dichte an Untersuchungen übernommen wird. GynäkologInnen und OrthopädInnen bieten Knochendichtemessungen an, weil von der GKV eine solche aufwändige Untersuchung nur noch dann übernommen wird, wenn bereits ein Knochenschwund mit Knochenbrüchen in der Wirbelsäule (osteoporotische Frakturen) eingetreten ist.

Osteoporose

Noch vor wenigen Jahren war diese Diagnose ein Ausnahmefall. Heute ist daraus eine Volkskrankheit geworden, von der überwiegend Frauen in den Wechseljahren, aber auch Männer befallen werden. Wie ist es dazu gekommen? Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Anfang der 90er Jahre eine Konferenz zu den geltenden diagnostischen Kriterien der so genannten postmenopausalen Osteoporose = Knochenschwund in den Wechseljahren durchgeführt und beschlossen, dass die für die Osteoporose typischen Knochenbrüche nicht zur Diagnostik erforderlich sind und dass bereits eine Knochendichte von weniger als $2\frac{1}{2}$ Standardabweichungen derjenigen junger Frauen als Osteoporose zu bezeichnen sind. Diese Konferenz wurde von den Pharmafirmen Rohrer, Sandoz und SmithKlineBeecham gefördert. Damit war der entscheidende Schritt für die Umwandlung der bisher seltenen Erkrankung zu einer Volkskrankheit gemacht.

Parallel dazu waren Medikamente entwickelt worden: Die weiblichen Geschlechtshormone Östrogene und Gestagene, seit einigen Jahren auch die so genannten Bi-phosphonate. Um die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung sowohl in der Öffentlichkeit, aber vor allem in der ÄrztInnenschaft zu verankern – schließlich handelt es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel – wurden zahlreiche, zum Teil neuartige Wege beschritten. Selbsthilfegruppen wurden gegründet und großzügig gesponsert, Artikel in die Laienpresse lanciert und die ÄrztInnenschaft mit einer Flut von wissen-

schaftlichen Artikeln in der Standespresse, Fortbildungsveranstaltungen, Werbebroschüren etc. überschwemmt. Die Folge war, dass kaum ein Besuch beim Frauenarzt/-ärztin ohne den Hinweis auf die gewissermaßen grundsätzlich in den Wechseljahren einzunehmenden Östrogene auch zur Vermeidung der Osteoporose erfolgte.

Millionen von Frauen in den Wechseljahren wurde ein schlechtes Gewissen gemacht, wenn sie nicht auch Mitglied der Östrogen einnehmenden Frauen würde, und damit leichtfertig das Risiko nicht nur von Knochenschwund, sondern auch eines frühzeitigen Herzinfarktes, einer Alzheimer Krankheit, eines gestörten Sexuallebens, eines hohen Cholesterinspiegels usw. usf. in Kauf nehmen wollten. Und da sich mit einer Tabelle Schwarz auf Weiß besser argumentieren lässt, wurden mehr und mehr diagnostische Geräte zur Messung der Knochendichte in den Praxen angeschafft und gegen privates Honorar eingesetzt. Dass es sich dabei um zum Teil äußerst unzuverlässige Methoden handelte wie etwa die Ultraschalluntersuchung des Fersenbeins, wurde in der Öffentlichkeit nicht beachtet. Weder ÄrztInnen noch Industrie waren an einer Kostenübernahme durch die GKV interessiert, fielen doch dann diese Leistungen unter die Budgetierung und könnten nicht zusätzlich privat abgerechnet werden. Außerdem käme es dann zu lästigen Qualitätskontrollen mit möglicher Sanktionierung für ÄrztInnen und Hersteller. (Privat erbrachte Leistungen können im Gegensatz zu GKV-Leistungen ohne jede Qualitätskontrolle erbracht werden.)

Hormonersatztherapie

Dass es sich bei diesem wahrscheinlich größten bekannten Menschenversuch an der Hälfte der Frauen zur Hälfte ihrer Lebenszeit zum Schaden ihrer Gesundheit gehandelt hat, ist seit kurzem belegt. Eine der weltweit größten Studien zur so genannten Hormonersatztherapie für Frauen nach den Wechseljahren in den USA, die Women's Health Initiative, bei der 16.000 Frauen im Durchschnitt über fünf Jahre eine kombinierte Östrogen/Gestagen-Mischung einnahmen, wie sie auch bei uns üblich ist, wurde von den Aufsichtsgremien in den USA vorzeitig gestoppt, weil sich die Risiken als größer erwiesen als der Nutzen. Die Zunahme des Brustkrebses betrug 26%, eine bereits erwartete Größe. Überraschender war, dass auch das Herzinfarktrisiko nicht sank, sondern stieg. Von 10.000 Frauen müssen pro Jahr im Vergleich zu Placebo, also einem unwirksamen Scheinmedikament, zusätzlich sieben mit einem Herzinfarkt, acht mit einem Schlaganfall und 18 mit Thrombosen rechnen. Die Vermeidung von sechs Darmcarcinomen und fünf Hüftgelenksfrakturen reichten nach Auffassung der Aufsichtsbehörde nicht aus, um die Risiken aufzuwiegen.

In den USA rät inzwischen jeder zweite Arzt/Ärztin von der Einnahme dieser Medikamente ab. Anwälte bereiten dort bereits Sammelklagen von Frauen vor, die sich durch die Einnahme der Hormone geschädigt fühlen. Schließlich hatten die Studienleiter u. a. öffentlich erklärt: »Nutzen Sie keine Östrogen-Gestagen-Präparate, um einer chronischen Erkrankung vorzubeugen« und »Das Herzinfarkt- und Thromboserisiko ist schon zu Beginn der Therapie erhöht«.

Hierzulande geschieht eher das Gegenteil. Wer mit einem Paradigmenwechsel in dem Umgang mit Wechseljahrbeschwerden gerechnet hätte, sieht sich getäuscht. Die Pharmaindustrie und die von deren Werbung abhängigen Fachzeitschriften eröffneten sofort nach Bekanntwerden ein publizistisches Feuerwerk, um an der Östrogen/Gestagen-Therapie zu retten, was zu retten ist. Schließlich nehmen täglich 11 Millionen Frauen diese Medikamente ein, machte

alleine das Unternehmen Wyeth – bekannt geworden durch den Nitrofenkandal – mit diesen Präparaten letztes Jahr einen Umsatz von zwei Milliarden Dollar. Anerkannte ProfessorInnen lassen sich gegen ein natürlich nicht genanntes Honorar dazu einspannen. Im Gegensatz zu den USA fühlen sich WissenschaftlerInnen bei uns nur in Ausnahmefällen verpflichtet, ihre finanziellen Verflechtungen zu veröffentlichen, ihre Auftraggeber und die Höhe des Honorars zu nennen. Allen voran ist der Vorsitzende des Arbeitskreises ›Steroide in Kontrazeption und Substitution‹ des Berufsverbandes der Frauenärzte Prof. Dr. med. Alexander Teichmann zu nennen. In einem sog. Patienten-Informationsblatt, per Fax an alle 11.000 Mitglieder des Berufsverbandes versandt, werden die Ergebnisse der Studie auf bizarre Weise verdreht, nicht einmal der Abbruch und die Begründung dazu erwähnt. »Weitere Exemplare dieses Patientenaufklärungsbogens können sie über die Unternehmen Schering beziehungsweise Jenapharma, die freundlicherweise auch diese Faxaktion unterstützt haben, unter folgender Faxnummer anfordern.« Dass Teichmann selbst ein gefragter Referent bei Firmen wie Schering ist, bleibt natürlich im Dunkeln.

Auch die jetzt durch die Bundesrepublik tourende ›Mobile Osteoporose-Forschungsstation‹, die eine eingehende Vorsorgeuntersuchung bietet und von der PatientInnenorganisation Kuratorium Knochengesundheit e.V. und dem Zentrum für Muskel- und Knochenforschung Berlin initiiert wurde, ist keineswegs über jeden Zweifel erhaben, wird diese Aktion doch durch 14 Pharma- und Medizinprodukteherstellern und einer Stiftung gesponsert. In einem mir vorliegenden Bericht über eine bis dahin beschwerdefreie 78-jährige Frau wird nach Diagnose einer deutlich erniedrigten Knochendichte mit einem deutlich erhöhten Knochenbruchrisiko »im Sinne einer Osteoporose per Definition der WHO« die Einnahme von Medikamenten empfohlen. Erst danach heißt es: »Ein Muskulatur aufbauender Sport wirkt ebenfalls schützend gegen einen weiteren Knochenmassenverlust«, während auf eine entsprechende Diät bzw. ein vernünftiges Ernährungsverhalten überhaupt nicht eingegangen wird. Ist es doch gerade umgekehrt, dass in erster Linie die um sich greifende Bewegungsarmut in den westlichen Zivilisationen, verbunden mit einer falschen Ernährung, gekennzeichnet durch Fast Food, zu viel Fleisch und Fett bei zu wenig Gemüse, Obst und Kräutern die wesentlichen Ursachen für die Entwicklung eines krankhaften Knochenschwundes im Alter sind.

Veränderte Wahrnehmung von Krankheit

Das Beispiel der Hormonersatztherapie in den Wechseljahren, wird nicht das letzte sein. Die Pharmaindustrie setzt weltweit auf eine veränderte Wahrnehmung von Krankheit. Normale Lebensprozesse werden zunehmend zum medizinischen Problem erklärt, z.B. Glatze bei Männern, milde Symptome eines gutartigen Leidens werden zu Vorboten einer schweren Erkrankung, z.B. Reizdarmsyndrom, Krankheitshäufigkeiten werden überzeichnet, Beispiel Erektionsstörungen.

Das große Geld wird also sowohl in der Industrie als auch innerhalb der ÄrztInnenenschaft zunehmend nicht mit der Heilung von Krankheiten, der Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen gesehen, sondern im Ausschachten von Befindlichkeitsstörungen verdient. Aus dem Patienten/der Patientin wird ein Kunde/eine Kundin, aus dem Solidarprinzip ein Kaufkraftprinzip und aus dem öffentlichen Gut Gesundheit ein privatwirtschaftliches. Die Gesundheit wird zur Ware. Angesichts der geradezu grenzenlosen finanziellen und logistischen Möglichkeiten der großen Konzerne aus dem

medizinisch-industriellen Komplex ist eine Gegenöffentlichkeit nur sehr schwer herzustellen. Entscheidend wird sein, das kritische Bewusstsein der Menschen wachzuhalten, Misstrauen gegenüber Anregungen in der Laienpresse oder beim Praxisbesuch zu behalten und sich daran erinnern, dass in der Medizin fast immer mehr weniger ist und dass eine gesunde Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung, viel Bewegung und der Vermeidung von Genussgiften die beste Vorbeugung für alle Krankheiten darstellt.

Nicht immer kommen die Werbefeldzüge so plump daher wie bei der Anpreisung von Magnesium in Tablettenform gegen alle möglichen Alltagsbeschwerden, wenn es in der Werbeaussage in Apothekerzeitungen heißt: »Jetzt auch als leckere Lutschtablette, mehr Umsatz für Sie, mehr Geschmack für den Kunden« (Immerhin werden jährlich 50 Millionen Euro für diese Präparate ausgegeben, obwohl es nur ganz wenige Indikationen für die Verordnung, etwa bei einem ernährungsbedingten Magnesiummangel bei schwerwiegender Grundkrankheit gibt.

Grundsätze einer professionellen ärztlichen Arbeit

Die ÄrztInnen seien daran erinnert, dass sie die vier Grundsätze einer professionellen ärztlichen Arbeit nicht durch die Beziehung zur Industrie gefährden dürfen.

1. ÄrztInnen müssen im besten Interesse der PatientInnen handeln
 2. ÄrztInnen müssen PatientInnen vor Schaden bewahren
 3. ÄrztInnen müssen PatientInnen und deren Willen respektieren und einen aufgeklärten Konsens anstreben
 4. ÄrztInnen müssen die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel problembezogen auf alle PatientInnen verteilen
- Aus: Positionspapier der Sektion Innere Medizin des American College of Physicians (Ann. Intern. Med. 2002, 136, 396)

Die ÄrztInnenenschaft und ihre Standesorgane müssen jetzt Flagge zeigen. Wenn sie schweigen, unterstützen sie die Profitinteressen eines Teiles der Pharmaindustrie und verraten damit die Interessen der ihnen anvertrauten PatientInnen. Gerade angesichts des Machtvorsprungs der Industrie in der Manipulation der öffentlichen Meinung ist es zwingend, dass die ÄrztInnenenschaft eine Gegenöffentlichkeit schafft, aufklärt und durch eine Fortbildungsoffensive dafür sorgt, dass die in ihrem Ausmaß historisch zu nennende Schädigung von Millionen von Frauen durch ein falsches Therapiekonzept beendet wird.

Dr. med. Winfried Beck, Vorsitzender des Vereines Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Wolframstr.10, 63067 Offenbach am Main, Tel.: (0 69) 47 95 43, Fax: (0 69) 47 90 00, Email: dr.w.beck@t-online.de

Das boomende Wellness-Business, der Kur- und Bädertourismus, Schönheitsoperationen, der Markt der Krankenzusatzversicherungen und die grundsätzliche Frage mangelnder Transparenz, PatientInnenbeteiligung und demokratischer Legitimation der mit weitreichenden Vollmachten ausgestatteten Gremien des Gesundheitswesens (z.B. Bundesausschüsse Ärzte und Krankenkassen, Koordinierungsausschüsse) haben einen gemeinsamen Nenner: Fehlende Markttransparenz sowohl über Preise als auch über die Qualität der jeweiligen Gesundheitsdienstleistungen, Defizite in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen, unübersichtliche Preisgestaltung, unlautere Werbung, die Frage des Umfangs der gesetzlichen Fürsorge und zusätzlicher vollständig privat zu finanzierender Zuzahlungen und nicht zuletzt die Problematik der Haftung im Falle von Schäden ziehen sich durch alle Segmente des Gesundheitsmarkts.

Der ›Kunde Patient‹

Die Erfahrungen der PatientInnenberatung bei den Verbraucherzentralen zeigen: In mehr als 20% der Fälle benötigen PatientInnen (KundInnen der Krankenkassen) Informationen und Hilfe beim Durchsetzen ihrer Rechte gegenüber Krankenkassen bspw. in leistungsrechtlichen Fragen. Und auch Fragestellungen der Kassenwahl und des Kassenwechsels sind häufig sehr kompliziert zu verstehen. Ein weiterer Bereich fällt auf Ratsuchende, die unabhängige Informationen beim Verdacht auf Behandlungsfehler bzw. der außergerichtlichen Streitschlichtung benötigen. Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern sind nicht immer die beste Lösung. Auch ein ›Lotsendienst‹ durch den Dschungel des Gesundheitswesens, insbesondere mit qualitätsbewerteten Informationen, ist gefragt. Bei spezielleren therapeutischen Fragestellungen müssen geeignete Selbsthilfegruppen oder spezielle Informationsdienste gefunden werden.

›Klassische‹ individuelle Gesundheitsleistungen

Tatsache ist: Die Entscheidung über die Aufnahme von neuen Innovationen oder aber den Ausschluss bestimmter Maßnahmen aus dem Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung ist auch immer ein von Gruppen- und Einzelinteressen bestimmter Allokationsprozess grundsätzlich knapper Ressourcen. Medizinische Behandlungsmöglichkeiten aus der Grauzone medizinischer Indikation werden angesichts der explosionsartigen Entwicklung der Medizintechnik, Biotechnologie, Datenverarbeitung etc. in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Die Vielzahl möglicher Vorsorge-, Präventions-, Service-, Alternativ-, Umwelt-, Lifestyle- und Wellness-Medizin sprengt den Rahmen der solidarischen Krankenversicherung schon heute.

Vielleicht wäre es an der Zeit, auch seitens der Protagonisten eines individuellen Gesundheitsmarkts Farbe zu bekennen: Umsatzanteile einer Arztpraxis von leicht 10 bis 30 Prozent an individuellen Gesundheitsleistungen sollten die Politik veranlassen, die de-facto gewerbetreibenden ÄrztInnen zur Gewerbesteuer für ihre ›Individualmedizin‹ zu veranlassen. Und: Krankenkassen Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen müssen sich der neuen Realität stellen. Denn ein Verbot individueller Gesundheitsdienstleistungen ist nicht vorstellbar. Umso wichtiger ist es, die Kundenrolle der PatientInnen zu stärken.

Exemplarisch: die Hilfsmittelversorgung

Egal ob Gehhilfen, Rollstühle, Brillen, Kontaktlinsen, Linsenpflegemittel, Hörgeräte oder Hörgerätebatterien – bei den Hilfsmitteln ist der/die Patient/Patientin im klassischen Sinn Kunde im Gesund-

heitsmarkt, ohne bisher seine/ihre ihm auferlegte KundInnenrolle souverän wahrzunehmen. Die Tatsache, dass § 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) von den Krankenkassen de-facto nicht umgesetzt ist, erschwert VerbraucherInnen eine rationale Entscheidungsfindung. Transparenz über alle die Leistungspflicht der Krankenversicherung umfassenden Hilfsmittel, die entwickelten Standards sowie die vorgegebenen Festbeträge oder vereinbarten Preise ist nicht gegeben. Folglich kann der ›Kunde Patient‹ auch nur begrenzt als Korrektiv, etwa gegenüber dem Sanitätsfachhandel, auftreten.

Dabei böten sich in diesem Marktsegment sowohl für VerbraucherInnen als auch für weitere Kostenträger Chancen. Beispiel Hörgeräte: 19 % der über 14-jährigen deutschen Bevölkerung sind hörbeeinträchtigt; bei den über 65-jährigen ist es ca. jeder Dritte. Jährlich gibt die GKV weit über 350 Millionen € für die Hörgeräteversorgung aus, mindestens 150 Millionen € kommen noch einmal aus privaten Taschen der KundInnen hinzu. Härtefallregelungen existieren nicht.

Die von den Kassen gezahlten Festbeträge werden im Regelfall um mehrere Tausend € überschritten, wie eine bundesweit repräsentative Befragung des Verbraucherzentrale Bundesverbands und des BKK Bundesverbands bestätigt. Dabei könnten überzogene Zuzahlungen deutlich vermindert werden, sofern die Kassen Sonderverträge mit speziellen Händlern abschließen und das Hörgerät über den HNO-Arzt eingesetzt wird. Durchschnittlich sind dann die Zuzahlungen nur halb so hoch wie beim traditionellen Versorgungsweg. Die Befragten leisten beim traditionellen Hörgeräteakustiker fast doppelt so hohe Zuzahlungen wie im verkürzten Versorgungsweg via HNO-Arzt, und das bei gleicher Zufriedenheit bezüglich der Qualität der Versorgung. Im Durchschnitt zahlen die Versicherten beim Hörgeräteakustiker für ein Hörgerät 520 € beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt 300 €. Zwei Hörgeräte kosten für die VerbraucherInnen beim Akustiker 1.080 € und beim Arzt 460 €. Lediglich 20 Prozent der Befragten mussten nichts zum Hörgerät dazu zahlen; davon bezogen $\frac{3}{4}$ ihr Hörgerät über den verkürzten Versorgungsweg.

Geschulter ›Kunde Patient‹

Trotz alledem: Kritische, offensiv nachhakende und aktive KundInnen werden besser beraten! Insofern zeigt sich, KundInnensouveränität im Gesundheitsmarkt muss auch erst erlernt werden. Seriöse und unabhängige VerbraucherInneninformation kann dazu beitragen, die strukturellen Asymmetrien des Gesundheitsmarkts zu beseitigen. Kritische VerbraucherInneninformation sowie eine unabhängige Schulung und ggf. Rezertifizierung der Gesundheitsdienstleister könnte insgesamt die kritische KundInnenrolle des Patienten stärken und diesen auch vor unnötiger Medikation schützen. Notwendige weitere Schritte sind u.a.: Mehr Transparenz und VerbraucherInnenbeteiligung bei der Arzneimittelzulassung, der laufenden Arzneimittelrisikoüberwachung sowie erneut: Kritische Gegenöffentlichkeit und ein erhöhtes VerbraucherInnenbewusstsein. Die Gesundheitspolitik bleibt aufgefordert, hierzu die nötigen institutionellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Thomas Isenberg, Leiter des Fachbereichs Gesundheit/Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) e. V. Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin, Tel.: (030) 2 58 00-431, Fax: (030) 2 58 00-418, Email: isenberg@vzbv.de, Internet: www.vzbv.de

PatientInnen-Chipkarte, Vertrauensschutz und Datenschutz

Die Frage scheint heute nicht mehr zu sein: Kommt die multifunktionale Gesundheitschipkarte? Vielmehr geht es offensichtlich nur noch um die Frage: Wie wird sie gestaltet sein? Zwar ist klar, dass diese Chipkarte vorläufig nicht als obligatorische, alle Medikationen registrierende Pflichtkarte für alle PatientInnen in den gesetzlichen Krankenversicherungen – den GKV – realisiert werden wird. Aber viel mehr ist über die Karte, die unsere bisherige Krankenversichererkarte ablösen soll, noch nicht klar. Um so wichtiger ist es, die Gestaltung der Karte im Interesse des PatientInnen-, des VerbraucherInnen- und des Datenschutzes zu beeinflussen.

Chipkarten sind nicht nur als GKV-Karte heute schon im Gesundheitssektor Realität: Als Diagnose- und Behandlungskarten bei bestimmten Krankheiten gibt es die Onco-, die Defi-, die Diabcard oder die Karte Quasinieri. Wegen der sehr spezifischen Betroffenengruppen, den spezifischen Daten und den wenigen beteiligten Stellen haben sich dabei keine besonderen Datenschutzprobleme erwiesen. Dies wird bei der multifunktionalen Gesundheitskarte, die von fast allen Players im Gesundheitswesen genutzt werden soll, anders sein.

Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen

In einer Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Spitzenorganisationen der Gesundheitswirtschaft zum Einsatz von Telematik vom 3. Mai 2002 zeigte sich eine verblüffende Einigkeit: Neben dem BMG standen alle Kassen-Bundesverbände, der Verband der privaten Krankenversicherungen, die Bundesärztekammer, die beiden Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, der Hauptverband der Berufsgenossenschaften und die Deutschen Apothekerverbände unter der gemeinsamen Verlautbarung – mit einer bisher nicht bekannten Einrichtung, dem Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, kurz ATG. Bei dem ATG handelt es sich um einen Zusammenschluss der vorgenannten Organisationen, der sich als »nationale Konsensplattform zur Vorbereitung von Entscheidungen für die übergreifende Implementierung IT-gestützter Verfahren im Gesundheitswesen« versteht. Im ATG wird nicht entschieden, sondern – viel wirksamer – Konsens hergestellt. Es werden politische Ziele formuliert und deren Durchsetzung vorbereitet. Nicht vertreten waren und sind PatientInneninitiativen und VerbraucherInnenverbände.

In der erwähnten Erklärung sind sich die Beteiligten einig, »eine neue Telematikinfrastruktur auf der Basis einer einheitlichen Rahmenarchitektur« zu entwickeln, in der zwecks besserer Kommunikation »die Krankenversichererkarte zusätzlich als Gesundheitskarte« angeboten wird. »Die Gesundheitskarte soll den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/ Authentifizierung sowie Verweisfunktionen u.a. auf die Arzneimitteldokumentation und das elektronische Zuzahlungsmanagement des Patienten enthalten«. Die DatenschützerInnen sollen einbezogen werden. Von VerbraucherInnen- und PatientInneninitiativen ist nicht die Rede.

Akzeptanz bei den PatientInnen

Die Spitzenorganisationen haben – so zumindest ihre Papiere – verstanden, dass eine umfassende elektronische Gesundheitskarte nur dann die Akzeptanz der PatientInnen findet, wenn deren Datenschutzrechte umfassend gesichert sind. Informationelle Selbstbestimmung im Medizinbereich bedeutet zunächst, dass bzgl. der äußerst sensiblen Gesundheitsdaten ein Niveau der Datensicherheit nötig ist, wie wir es bisher im Internet allenfalls beim Online-Banking

finden. Die Aufgabe ist aber erheblich komplexer als dort, da wir es nicht mit einem zweiseitigen Vertragsverhältnis zu tun haben, sondern mit äußerst komplexen mehrseitigen Vertrags- und Informationsbeziehungen. Weitere Anforderung für die Akzeptanz ist, dass für den Patienten/die Patientin eine Erhöhung seiner/ihrer PatientInnenautonomie erreicht wird. Hierfür sind Informations- und Lese-rechte vorgesehen sowie die Möglichkeit für die PatientInnen, über den Zugang einzelner Beteiligter zu ihren eigenen Daten zu entscheiden. Dritte KO-Bedingung ist, dass mit der Karte die bisherigen Sicherungen der Vertraulichkeit, also des PatientInnengeheimnisses, und der Authentizität der medizinischen Dokumentation gewährleistet bleiben.

Das Problem bei der elektronischen Verarbeitung von Medizindaten besteht darin, dass diese mindestens zwei Akteuren dienen müssen: dem Arzt/der Ärztin und dem Patienten/der Patientin. Nur der Arzt/die Ärztin kann sich für deren Richtigkeit verbürgen. Selbstbestimmung kann und darf aber auf diesen Arzt/diese Ärztin nicht generell delegiert werden. Möglich ist allenfalls, den Patienten/die Patientin so mit medizinischen Informationen über Netz- oder Kartenspeicherungen zu versorgen, dass er/sie diese Informationen informiert und freiwillig weiteren behandelnden ÄrztInnen zur Verfügung stellt.

Neue rechtliche Absicherungen

Dabei bedarf es einer Vielzahl neuer rechtlicher Absicherungen: Eine zentrale Absicherung des PatientInnengeheimnisses besteht darin, dass das Schweigerecht und der Beschlagnahmeschutz auch dann gewährleistet bleiben, wenn die elektronisch gespeicherten Informationen sich nicht mehr in der organisatorischen und räumlichen Verfügungsbefugnis des Arztes/der Ärztin, sondern eines Dritten oder des Patienten/der Patientin befinden. Von noch größerer praktischer Relevanz ist, dass der Patient/die Patientin vor faktischem Zwang der Offenbarung seiner/ihrer medizinischen Daten – z.B. gegenüber dem Arbeitgeber, dem Versicherungsunternehmen oder dem Vermieter/der Vermieterin – befreit wird. Nicht zuletzt: Es bedarf eines Korrektives kollektiver PatientInneninteressenwahrnehmung, da viele PatientInnen – insbesondere die besonders Kranken und Alten – nicht alleine in der Lage sein werden, die Verarbeitung ihrer Daten zu verstehen und zu konsentieren.

Eine solche patientenautonome Gesundheitskarte ist zweifellos realisierbar. Sie ist technisch eine hohe Herausforderung und fordert gesetzliche Flankierungen. Über die gesetzlichen Flankierungen wurde bislang nur wenig gesprochen. Und mit den PatientInnen wurde bisher auch nur wenig geredet. Daher ist Skepsis angesagt bzgl. der vollmundigen Beteuerungen in Puncto PatientInnenorientierung. Statt platter Verweigerung ist es aber wohl nötig, dass genau diese Beteuerungen bei der Umsetzung eingefordert werden.

Dabei wird es immer zu Konflikten kommen, denn die Interessen des PatientInnen auf Vertraulichkeit und Selbstbestimmung stehen im Widerspruch der Interessen der PolitikerInnen, der ApothekerInnen, der ÄrztInnen und der Kassen, die nicht nur ihre Finanzen im Kopf haben, sondern auch PatientInnendaten als finanzrelevanten Faktor.

Dr. Thilo Weichert, Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Datenschutz e.V. (DVD), Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), PF 71 16, 24171 Kiel, Tel.: (04 31) 9 88-12 00, Email: LD4@datenschutzzentrum.de

Der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V

S

Schwerpunkt

Das Schlagwort ›Disease-Management-Programme‹ ist seit einigen Monaten in aller Munde, und die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu ›Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme‹ werden in der Öffentlichkeit von FachexpertInnen ebenso wie von Betroffenen intensiv diskutiert. Was aber ist der Koordinierungsausschuss, welche Rolle spielt er im deutschen Gesundheitswesen und wie arbeitet er? Um Antworten auf diese Fragen soll es in diesem Beitrag gehen.

Gründung und Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses

Im Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde im Sozialgesetzbuch V – das die Gesetzliche Krankenversicherung regelt – in § 137 e die Bildung eines Koordinierungsausschusses vorgesehen.

Diesem wurden vom Gesetzgeber Aufgaben zur Lösung und Verbesserung drängender Probleme im Gesundheitswesen übertragen:

- Probleme, die aus der strikten Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in unserem Gesundheitswesen herrühren
- Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Probleme in der Versorgung chronisch Kranker.

Die konstituierende Sitzung des Koordinierungsausschusses fand am 26. September 2001 in Berlin statt. Zum Vorsitzenden wurde Staatssekretär a. D. Karl Jung, zum Stellvertreter Staatssekretär a. D. Herwig Schirmer gewählt. Für die 21 Mitglieder des Koordinierungsausschusses werden sowohl von den Leistungserbringern 9 VertreterInnen benannt (3 KBV, 2 KZBV, 3 DKG, 1 BÄK), als auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen 9 Vertreter (3 AOK, 2 VdAK/AEV, 1 BKK 1 IKK, 1 BLK, 1 Bkn). Daneben sind die Vorsitzenden der Bundesausschüsse (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen/Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen/Ausschuss Krankenhaus) weitere 3 unparteiische Mitglieder im Koordinierungsausschuss.

Gesetzlicher Auftrag

In der gesetzlichen Grundlage des Koordinierungsausschusses heißt es in § 137 e Abs. 1 und 2 SGB V: »Die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 bilden, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuss.«

Und weiter in § 137 e Abs. 2: »... Der Koordinierungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung und führt die Geschäfte der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Er stellt das für die Geschäftsführung notwendige Personal ein. ...«

Obwohl also vorgesehen war, dass der Koordinierungsausschuss neben seinen inhaltlichen Aufgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens auch Geschäftsführungsaufgaben übernehmen sollte, wurden jedoch in der Folge diese Aufgaben aufgeteilt: Neben dem Koordinierungsausschuss als Beschlussorgan wurde eine Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss e.V. als eigenständige Institution gegründet, der die administrativen Aufgaben des § 137 e obliegen und bei der die Geschäftsführungen der verschiedenen Ausschüsse unter einem Dach zusammengeführt sind.

Aufgaben des Koordinierungsausschusses als Beschlussgremium

Dem Koordinierungsausschuss wurden vom Gesetzgeber entsprechend der Änderungen des SGB V vom 01.01.2000 zu § 137 e und vom 01.01.2002 zu § 137 f zwei große Aufgabenbereiche übertragen:

§ 137 e Absatz 3 und 4 SGB V

- Die Entwicklung von Kriterien auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr, bei denen Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorliegt.
- Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung dieser Kriterien notwendigen Verfahren zu geben.
- Empfehlungen in sonstigen sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschuss Krankenhaus zu geben.

§ 137 f Absatz 1 und 2 SGB V

- Die Empfehlung von Krankheiten, bei denen strukturierte Behandlungsprogramme (sog. ›Disease-Management-Programme‹) den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.
- Die Empfehlung von ›Anforderungen‹ zur Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme.

Während der Koordinierungsausschuss bislang keine Beschlüsse ›zur Kriterienentwicklung‹ für die Behebung von ›Über-, Unter- und Fehlversorgung‹ gefasst hat – die Materie hat sich als sehr komplex erwiesen – wurden zu zwei Krankheitsbildern, Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs, bereits detaillierte ›Anforderungen‹ an Disease-Management-Programme beschlossen. Die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses dienen dem Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage für die vierte Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung nach § 266 SGB V (RSA), nach der seit dem 1. Juli 2002 Krankenkassen Disease-Management-Programme für diese beiden Krankheiten für ihre Versicherten anbieten können. Mit Beschlüssen des Koordinierungsausschusses zu weiteren Krankheiten (zunächst Asthma/COPD und Koronare Herzkrankheiten) ist nicht vor Herbst 2002 zu rechnen.

Arbeitsweise des Koordinierungsausschusses

Die Arbeitsweise des Koordinierungsausschusses ist an dem Modell der bereits seit längerem arbeitenden Selbstverwaltungsgremien im Gesundheitswesen orientiert, (i.e. des Bundesausschusses der (Zahn-) Ärzte und Krankenkassen). So werden Entscheidungen und Beschlüsse des Koordinierungsausschusses in zwei Arbeitsausschüssen vorbereitet, die die beiden großen Aufgabenbereiche widerspiegeln: im Arbeitsausschuss ›Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung‹ sowie im Arbeitsausschuss ›Disease Management Programme‹. Auch die Arbeitsausschüsse sind paritätisch von VertreterInnen der Krankenkassen und Leistungserbringern besetzte Gremien. Temporäre und themenbezogene Arbeitsgruppen, gebildet aus FachexpertInnen aus den Reihen der Mitgliedsverbände und externen Sachverständigen, arbeiten diesen Arbeitsausschüssen zu.

Bei der Erarbeitung der Beschlüsse sind die streng wissenschaftlichen Grundsätze der evidenzbasierten Medizin zugrunde zu legen und Entscheidungen des Koordinierungsausschusses auf der Grundlage des Health Technology Assessments (HTA) zu treffen. Als Schwierigkeit hat sich die Verfügbarkeit bzw. der Evidenzcharakter von Leitlinien herausgestellt, da der Koordinierungsausschuss seine Entscheidungen laut Gesetzestext »auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien« zu treffen hat.

Aufgrund des Termindrucks, unter dem die ersten Entscheidungen des Koordinierungsausschusses standen, wird jetzt über ein standardisiertes Verfahren zur Vorbereitung von Beschlüssen und der Einbindung von FachexpertInnen, Fachgesellschaften und den gesetzlich »anhörungsberechtigten Verbänden« beraten.

Beschlüsse nach § 137 e Absatz 3 Satz 1 SGB V zur ›Kriterienentwicklung‹, sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die VertragsärztInnen unmittelbar verbindlich. In diesem Kontext hat der Gesetzgeber dem Koordinierungsausschuss ›Richtlinienkompetenz‹ erteilt.

Rolle des Koordinierungsausschusses im Gesundheitswesen

Zusammenfassend bleibt festzustellen: Der Koordinierungsausschuss ist ein unverzichtbarer Bestandteil in der Steuerung des Gesundheitswesens durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Er ist eines der wenigen Gremien, bei dem alle maßgeblichen Partner des Gesundheitswesens an einem Tisch sitzen und sektorübergreifend über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden.

Dr. Dorothea Bronner, Hauptgeschäftsführerin Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss e.V., Auf dem Seidenberg 3 a, 53721 Siegburg, Tel.: (02241) 9388-11/12, Fax: 9388-35, Email: Dorothea.Bronner@arge-koa.de, Internet: www.arge-koa.de

Dr. Ursula Sottong

Disease Management Programme und Gender

Disease Management Programme (DMP) sind derzeit in aller Munde und erregen die Gemüter von Kostenträgern, Leistungserbringern, PolitikerInnen und PatientInnen. Sie alle reden mit, wenn es um die Versorgung chronisch Kranker im bundesdeutschen Gesundheitswesen geht. Ausgangspunkt der Diskussion sind leere Kassen bei zunehmender Überalterung der Bevölkerung und einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen. Heute machen sie bereits schätzungsweise 20 bis 30 Prozent der Versicherten aus und verursachen ca. 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen; in Zeiten von Kostendämpfung und Gesundheitsreform also eine Zielgruppe, um die es sich nicht nur aus gesundheitlichen, sondern auch aus ökonomischen Gründen zu sorgen lohnt. In Vorbereitung sind derzeit Programme für Diabetes, koronare Herzerkrankungen (KHK), Asthma und Brustkrebs, wobei Brustkrebs im Gegensatz zu den anderen Krankheitsbildern keine typisch chronische Erkrankung im Sinne einer Volkskrankheit darstellt und wohl mehr aus politischen denn medizinischen Überlegungen aufgenommen wurde.

Stand der Diskussion ...

Ziel ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse in der ärztlichen Praxis umzusetzen und die PatientInnen mittels so genannter evidenzbasierter Leitlinien, also wissenschaftlich gestützter Behandlungsschemata, unter der Federführung des/der Hausarztes/Hausärztin (neudeutsch Disease Manager) zu betreuen, ihre Lebensweise und Lebensqualität positiv zu beeinflussen, Folgeschäden zu verhindern und die krankheitsbezogenen Kosten zu senken. In Deutschland ist zwischenzeitlich eine große Debatte darüber entbrannt. Zwar sehen alle Beteiligten die Notwendigkeit, die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, auch bestreitet keiner den Sinn von Programmen, die zu einer verbesserten Betreuung chronisch kranker PatientInnen beitragen. Auf der anderen Seite steht aber der Wunsch, bei aller Evidenz und allen vorhandenen wissenschaftlich gestützten Behandlungsschemata den Anspruch der individuellen, patientInnenorientierten Betreuung nicht gänzlich aufzugeben, im Kontext von Familie, Umwelt und Arbeitsplatz zu therapieren und Innovationen Raum zu lassen.

... aus der Gender Perspektive

Wer ins Internet geht, findet heute unter dem Stichwort ›Leitlinien‹ einen breiten Fächerkanon von über 800 Leitlinien zur Behandlung akuter oder chronischer Krankheitsbilder. Wer aber nach geschlechtsdifferenzierten Vorgehensweisen fahndet, wird erfolglos bleiben – mit Ausnahme vielleicht so typisch weiblicher oder männlicher Erkrankungen wie Brust- und Prostatakrebs.

Die Frauenbewegung hat bereits auf den Weltfrauenkonferenzen der 80er und 90er Jahre immer wieder geschlechtsdifferenzierte Erkenntnisse in der Ursachenforschung und in der medizinischen Diagnostik und Therapie eingefordert und auf die Notwendigkeit einer genderspezifischen Gesundheitsberichterstattung hingewiesen, um eine mehr frauengerechte Medizin offerieren und frauenrelevante Behandlungs- und Betreuungsschemata entwickeln zu können. Bis heute liegen nur wenige Daten vor.

Erste Studien aus den USA im Herz-Kreislauf-Bereich weisen auf die Bedeutung der unterschiedlichen Rezeptor- und Hormonsysteme bei Mann und Frau für den Therapieerfolg hin und differenzieren den Einsatz möglicher Blutdruck senkender Mittel nach Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung. Diese Ergebnisse haben allerdings bisher noch so gut wie keinen Eingang in die Leitlinien für koronare Herzerkrankungen gefunden.

Gleiches gilt für den Diabetes, der Frauen ungleich öfter ereilt und für sie mit einem höheren Schlaganfall- bzw. Infarkt-Risiko behaftet ist. Mit Ausnahme schwangerer Frau gelten für beide Geschlechter dieselben Therapieempfehlungen sowohl im medikamentösen wie nicht medikamentösen Bereich. Dabei wären genderspezifische Empfehlungen nicht nur nicht teurer, sondern würden möglicherweise – durch Vermeidung von Fehlversorgung – sogar zu Kostensenkungen führen.

So gehören beim Diabetes zu den Therapieformen im nichtmedikamentösen Bereich die Reduktion von Gewicht und Alkoholkonsum. Während beim Mann eher der Alkoholgenuß eine Rolle spielt, ist es bei der Frau das Übergewicht, das sich negativ auswirkt. 30 Prozent der 50 bis 79jährigen Frauen sind stark übergewichtig und jede fünfte Frau zwischen 70 und 79 Jahren leidet an Diabetes. Deshalb sind bei Frauen im Gegensatz zu den Männern, bei denen Alkoholentzug vorrangig wäre, vor allem körperliche Aktivitäten zur Regulierung des Blutzuckerspiegels angesagt. (Die viel zitierte Bewegung im Haushalt ersetzt die täglich halbe Stunde Sport übrigens nicht.) Und so mutet das Ganze an wie der Gordische Knoten.

Eine der Forderungen der ärztlichen Qualitätssicherung für die Entwicklung von Leitlinien ist die eindeutige Definition der PatientInnenzielgruppe hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, usw. Ohne frauenspezifische Forschung, Erkenntnisse und Therapieangebote aber dürfte es schwer werden, diesen Anforderungen zu genügen. Frauen sind anders, nicht nur auf Grund ihrer biologischen Konstitution, sondern auch auf Grund ihres unterschiedlichen Erlebens von Krankheit im Kontext ihrer Lebenssituation und den damit verbundenen Belastungen. Erst wenn Forschungsansätze dies berücksichtigen, haben Frauen eine reelle Chance, auch im Kontext der Disease Management Programme ein an ihre Verhältnisse und Möglichkeiten angepasstes Programm vorzufinden.

Dr. med. Ursula Sottong, ehemalige stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Frauenrates und Mitglied im Deutschen Ärztinnenbund, c/o Malteser Gesundheitsförderung und Prävention, Kalker Hauptstr. 22-24, 51103 Köln, Tel.: (0221) 98 22-5 90, Fax: (02 21) 98 22-3 99, Email: Ursula.Sottong@Malteser.de

Es gibt ein Bild von Fidus, das einen am Boden hockenden jungen Mann zeigt – die Handgelenke mit Ketten gefesselt, aber ein Knie aufgestellt, um sich zu erheben, und den Blick auf die aufgehende Sonne gerichtet. Dieses etwa 1910 entstandene Bild ist nicht nur ein Wahrzeichen für die Aufbruchstimmung zu Beginn des Jahrhunderts, sondern ein Symbol für Prävention, denn es zeigt sowohl die *Gefangenschaft* als auch die *Hoffnung*, das Gefesseltsein an Krankheiten und die Zuversicht, ihnen durch ein Sich-Erheben zu entkommen. Wer sich erhebt, sieht voraus, und kann so hoffen, drohenden Gefahren zuvor zu kommen (prä venire → Prävention). Gefangenschaft und Hoffnung sind die beiden Pole, innerhalb derer sich Prävention entfalten kann.

Was waren die Gefahren, und worauf gründet sich die Hoffnung?

Für die Entwicklung präventiver Konzepte sind Vorstellungen über die Krankheitsentstehung und mögliche Gegenmaßnahmen relevant, für ihre Umsetzung ist entscheidend, wer die gesellschaftliche Verantwortung übernimmt. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts hatten sich einerseits die gesundheitlichen Gefahren verstärkt, andererseits wurden Konzepte entwickelt, sie zu überwinden. Angesichts der mit der Industrialisierung verbundenen ökonomischen Krisen, die nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern die gesamte gesellschaftliche Ordnung ins Wanken brachten, war zu entscheiden, ob die Neuordnung dem »freien Spiel der Kräfte« überlassen oder durch gesellschaftliche Regelungen mit gestaltet werden sollte. In diesem Zusammenhang war die Einrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, die für eine kleine Gruppe der ArbeiterInnen eine finanzielle Existenzsicherung im Krankheitsfall garantierte, ein wichtiges Gestaltungselement, auch wenn sie weit hinter den Vorstellungen der SozialreformerInnen zurückblieb und zunächst hauptsächlich als staatliches Ordnungsinstrument aufgefasst wurde.

Hygiene

Das klassische Präventionskonzept war die Hygiene, deren Wirkungsbereich von der Verbesserung der städtischen Umwelt durch Wasserversorgung und Wohnungsbau bis zum »Ordnen« von Verhaltensweisen reichte. Ziel war die »Entkopplung von Armut und Krankheit«, die durch Aufklärung und einzelne gezielte Fürsorgemaßnahmen erreicht werden sollte. Diese soziale Hygiene war geprägt vom Mythos prinzipieller Planbarkeit. Aufgrund von Mittelknappheit kam er nie voll zum Tragen, obwohl das Konzept in den 20er Jahren als Grundlage einer kommunalen Gesundheitsvorsorge in deren Rahmen umgesetzt wurde.

Während SozialhygienikerInnen versuchten, die großen Volkskrankheiten wie Tuberkulose erfolgreich zu bekämpfen, warnten RassenhygienikerInnen davor, »minderwertige« Kranke »künstlich« am Leben zu erhalten. Wenn sich diese Menschen fortpflanzten, sei eine »Entartung« des Volkes zu befürchten – eine Sorge, die auch von SozialhygienikerInnen geteilt wurde und die am Ende der Republik immer stärker wurde. Die Folgen dieses Konzepts im Nationalsozialismus, wo sogenannte »Minderwertige« sterilisiert oder ermordet wurden, sind bekannt. Eine Gefährdung wurde nicht mehr für die einzelne/den einzelnen festgestellt, sondern für den »Volkkörper« insgesamt. Konnte die Krankheit nicht ausgerottet werden, war der Krankheitsträger zu vernichten. Getragen wurde dieses Vorgehen von einer starken Aggressionsbereitschaft, verbunden mit dem Mythos der Reinheit, der durch eine »Säuberung von schädlichen Elementen« erreicht werden sollte.

Risikofaktoren-Modell

In den 50er Jahren wurde der Kampf gegen die infektiösen Volkskrankheiten von der Auseinandersetzung mit »Zivilisationskrankheiten« abgelöst. Das sozialhygienische Konzept, das neben der Anleitung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten auch versuchte, Hilfen zu seiner Umsetzung im Alltag zu geben, trat in den Hintergrund. Es wurde ersetzt von einem Risikofaktoren-Modell, das soziokulturelle Verhaltensweisen wie Rauchen und Ernährung mit leicht erhebbaren Laborwerten (Cholesterin oder Blutdruck) korrelierte und damit Verbindungen präsentierte, die für das verstärkte Auftreten von Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen verantwortlich schienen. Die Laborwerte wurden als frühe Krankheitszeichen interpretiert, denen das Individuum durch Verhaltensänderung entgegenwirken sollte. Nicht mehr die Lebensbedingungen von Gruppen, in denen eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit auftrat, war Gegenstand präventiver Bemühungen – das Individuum, in dessen Körper die Laborwerte festgestellt wurden, sollte sein Verhalten verändern. Das Risiko als eine individuell zu verantwortende Größe war entscheidend. Dem liegt der Mythos von Autonomie und Eigenverantwortung zugrunde, der gegen Ende des Jahrhunderts immer größer wird.

Settingansatz

Innerhalb der Präventionswissenschaft wurde während der letzten 20 Jahre das Risikofaktorenmodell als reduktionistisch kritisiert und zunehmend durch einen Setting-Ansatz ersetzt, der das Umfeld berücksichtigt und durch eine gesundheitsförderliche Umgebung die individuellen Bemühungen und Initiativen zur Gesundheitsförderung ermöglicht und stützt.

Genetische Diagnostik

Die Vorstellung, den »Krankheitskeim« grundlegend zu eliminieren, hat die westliche Kultur jedoch nicht wieder verlassen. Mittlerweile ruht die Hoffnung auf genetischen Veränderungen, die dem Individuum ermöglichen, ein Leben möglichst frei von Erkrankungen zu führen. Da erkennbar ist, dass diese Hoffnung in absehbarer Zeit unerfüllbar sein wird, tritt an ihre Stelle die genetische Diagnostik, die ein frühes Wissen von Erkrankungswahrscheinlichkeiten anbietet. Dieses Wissen soll die Betroffenen in die Lage versetzen, bereits lange vor den ersten Beschwerden Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Ungeklärt ist, ob eine solche individuelle Risikoabwägung dazu führt, dass das jeweilige Risiko allein verantwortet werden muss. Dies würde zu einem Umbau der Versicherungssysteme führen, der in der Lebensversicherung bereits angedacht wird. Unklar ist auch, wie angesichts dieses »Wissens um Wahrscheinlichkeiten« das bestehende Solidarsystem bestehen kann.

Es sieht so aus, als ob – um auf das einhundert Jahre alte Bild von Fidus zurückzukommen – inzwischen auch das Bemühen um Prävention zu einer Kette wird, die nicht in die Freiheit, sondern in eine neue Gefangenschaft führen könnte.

Dr. Sigrid Stöckel, MPH, Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32-35 06, Fax: (05 11) 5 32-56 50, Email: stoeckel.sigrid@mh-hannover.de

Wer im Märchen nach Meinung des Spiegels die Schönste war, ist uns allen bekannt. Wer die beste Klinik, der kompetenteste Arzt/Ärztin etc. ist, wissen wir dagegen nicht. Ein Vergleich von ÄrztInnen, TherapeutInnen oder Krankenhäusern ist ungleich komplexer und absolut nicht trivial, dennoch steigt die Nachfrage nach derartigen Rankings und kaum ein Jahr vergeht ohne neue Versuche dieser Art.

Als wir 1994 vom Magazin ›Focus‹ danach gefragt wurden, ob wir bereit wären, die amerikanischen Listenvergleiche der sog. ›Best Hospitals‹ auf Deutschland zu transformieren, haben wir angesichts der unbefriedigenden öffentlichen Datenlage lange gezögert. Im Endeffekt haben wir uns unter dem Gesichtspunkt der Belohnung der Häuser, die sich damals bereits auf den Weg des Qualitätsmanagements begeben hatten, dafür entschieden und eine Studie erstellt in einer Mischung aus einer Befragung der Krankenhäuser in den größeren Städten selber, gekoppelt mit einer Befragung von ÄrztInnen, von Pflegediensten und von Selbsthilfegruppen sowie einer Recherche von veröffentlichten Daten (Qualitätsberichten und Bilanzen) und von kritischen Zeitschriftenartikeln.

Zahlreiche weitere Studien folgten in den nächsten Jahren, so u.a.

- von der Stiftung Warentest zu einzelnen Regionen und Indikationen,
- Privaten Krankenkassen u.a. in der Region Köln,
- das Magazin ›Focus‹ stellte eine Neuauflage der Studie vor,
- aktuell arbeitet die Zeitschrift ›ökotest‹ an Vergleichen von Fachbereichen, so u.a. Onkologie, Orthopädie und Geburtshilfe.

Eine interessante Bereicherung der Rankings stellten zwei Vergleiche dar, die wir zum einen für die DAK und zum anderen für das Rheinland-pfälzische Sozialministerium durchführen durften. Beide Vergleiche beruhten auf umfangreichen PatientInnenbefragungen. Die DAK hatte uns dazu alle ihre Versicherten in der Region Hamburg mit einem Aufenthalt in einem Krankenhaus innerhalb eines Jahres befragen lassen. Das Sozialministerium des Landes Rheinland-Pfalz hatte uns den Auftrag gegeben, die Patienten der internistischen Abteilungen einer Gruppe von Krankenhäusern mit dem von uns entwickelten standardisierten Befragungsinstrument ›Patienten-Monitor‹ zu befragen. Dabei war das Interesse insbesondere auf die Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und ambulanter Nachversorgung gerichtet.

Folgende Probleme stellen sich bei jedem dieser Vergleiche:

1. PatientInnenbefragungen sind möglich, inzwischen liegen auch genügend Erfahrungen mit umfangreichen Datenmengen vor, sie sind aber im größeren Stil durchaus aufwendig. Krankenkassen und Ministerien, auch Klinikketten oder -verbände können derartige Aufträge vergeben. Deren Ergebnisse für Rankings zu nutzen, erfordert aber umfangreiche Überprüfungen und kann je nach Auftraggeber natürlich auch durchaus interessegeleitet sein, zumindest sind sie nicht notwendigerweise objektiv. Außerdem erfassen PatientInnenbefragungen zwar wichtige Aspekte der Qualität des Gesundheitswesens aber nicht alle Aspekte, insbesondere die Ergebnisqualität kann nur in Teilaspekten abgebildet werden.
2. Für andere Rankings ist die Datenbasis in Deutschland mit öffentlichen Daten nach wie vor sehr schwach. Die offiziell an die statistischen Landesämter zu überliefernden Daten der Krankenhäuser sind zum Beispiel nur in Teilbereichen für derartige Rankings zu gebrauchen, da sie in ihren wirtschaftlichen Zahlen, um es vorsichtig zu sagen, nicht unbedingt die Realität abbilden und in

ihren Diagnosedaten erheblichen Codierungsschwankungen unterliegen. Erst die vollständige Implementation eines auf den Diagnosen basierenden Finanzierungssystems wird hier zwangsläufig zu einer Annäherung der Datenqualität führen (allerdings werden auch dann noch Codierunterschiede auftreten).

3. Je genauer sich ein Vergleich auf die medizinische Ergebnisqualität beziehen will, desto höher wird der Datenbedarf, desto spezifischer muss die Indikation beschrieben werden und um so dringender wird eine saubere Standardisierung der behandelten Populationen nach Morbidität und Nebenerkrankungen. Auf absehbare Zeit wird ein solcher Ergebnisvergleich insofern noch umfangreiche wissenschaftliche Studien erfordern.
4. Mit der Anforderung der Erstellung und Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes (jedes Krankenhaus hat ab 2003 einen derartigen Bericht zu veröffentlichen) wird sicherlich die Datenlage um einiges günstiger. Dennoch ist davon auszugehen, dass diese Qualitätsberichte zumindest auch unter Marketinggesichtspunkten veröffentlicht werden und insofern sich einer exakten ›harten‹ Überprüfbarkeit weitestgehend entziehen werden.

Was heißt dies nun für die PatientInnen, die ›die schönste und beste Klinik in der Nähe suchen‹? Weiterhin werden sie gut beraten sein, dem Urteil ihres Arztes/ihrer Ärztin ein starkes Gewicht bei der Entscheidung für eine Klinik einzuräumen. Sicherlich werden sie aber auch weiterhin die Urteile ihrer Nachbarn, Freunde und Verwandte heranziehen und zunehmend werden sie sich außerdem noch bei dritten Quellen über die Klinik oder den ambulanten Leistungsanbieter informieren. Neben den Veröffentlichungen in den Medien und im Internet werden sie dabei sicherlich zunehmend auch das Urteil von Medizinischen Call Centern heranziehen, die im Auftrag der Krankenkassen den Markt beobachten und die Krankenhäuser nach eigenen Gesichtspunkten beurteilen. Wir dürfen gespannt sein, wie sich die PatientInnen inmitten der unterschiedlichen und sicherlich oft auch widersprechenden Informationen entscheiden werden und wem letztendlich das höchste Gewicht gegeben wird.

*Helmut Hildebrandt, GF der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg, Tel.: (040) 51 48 55-0, Fax: (040) 51 4855-14, Email: hh@gesundheitsconsult.de, Internet: www.gesundheitsconsult.de
Literatur beim Verfasser*

Was im deutschen Gesundheitswesen geschieht, wird nur zu einem verschwindend geringen Teil von seinen NutzerInnen, den PatientInnen bestimmt. Gesundheitspolitische Maßnahmen, ja ganze Gesundheitsreformen werden in der Regel nicht nach PatientInnenbedürfnissen geplant und entschieden, sondern sie folgen ganz anderen Rationalitäten – Parteiküngeleien, Händel mit der Pharmaindustrie, oder dem Druck der mächtigen Lobbyisten der ÄrztInnen-schaft oder der Krankenkassen. Deshalb soll hier einmal gefragt werden, wie die Zukunft des Krankenhauses mit einer Fülle von Herausforderungen – oder das Krankenhaus der Zukunft – aus PatientInnensicht beurteilt werden kann.

Ökonomisierung aller Entscheidungen

Schon bisher bestand im Krankenhaus stets die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien gefällt werden: PatientInnen wurden gerne am Montag entlassen, weil bei tagesgleichen Pflegesätzen das Wochenende eine bequeme Einnahmequelle darstellte. Durch Fallpauschalen wird nun der umgekehrte ökonomische Anreiz gesetzt: PatientInnen eher zu früh entlassen, um von der kassierten Fallpauschale möglichst viel Gewinn übrig zu behalten. In beiden Fällen überlagern ökonomische Kriterien medizinische; allerdings im neuen System sehr viel fataler. War das therapielose Wochenende im Krankenhaus meist nur ärgerlich, ist die zu frühe Entlassung unter Umständen sehr gefährlich, jedenfalls wenn ihr kein gutes System der häuslichen Pflege gegenüber steht.

Es bleibt die Gefahr, dass die Folgen zu früher Entlassung aus dem Krankenhaus auf ein nicht vorhandenes oder nicht adäquat funktionierendes System der ambulanten Versorgung abgewälzt werden – und damit auf dem Rücken der un- oder schlecht versorgten PatientInnen landen. Nur die Reichen im Lande werden sich das Nötige aus eigener Tasche kaufen können, was die Tendenz zur ›Zweiklassenmedizin‹ (die wir längst haben, siehe die Spaltung in private und gesetzliche Krankenversicherung) weiter fördert.

Welche Maßnahmen könnten diesen Gefahren entgegenwirken?

- Ambulante Versorgung und häusliche Pflege müssen gestärkt werden, damit die PatientInnen nicht ›zwischen die (ambulanten und stationären) Stühle‹ fallen: jedes Krankenhaus sollte sich an einem Modell der integrierten Versorgung beteiligen.
- Alle MitarbeiterInnen eines Krankenhauses müssen für den Umgang mit Ohnmacht, Leid, Sterben und schließlich Tod sensibilisiert und geschult werden.
- In Deutschland sollte, wie in anderen Ländern längst üblich, das Einholen von Zweitmeinungen vor Eingriffen zur Regel werden.
- Organisatorische Stärkung der PatientInnenstimme; erst wenn diejenigen, um die es eigentlich geht im Gesundheitswesen, die Möglichkeiten haben, sich wirksam zu artikulieren, können ihre Bedürfnisse in die Systemgestaltung einfließen.

Spezialisierung der Medizin

Die Medizin befindet sich in einem Prozess der zunehmenden Spezialisierung. Offensichtlich ist vor allem die dadurch entstehende Lücke: Immer mehr fehlt eine Instanz, die den ganzen Patienten/Patientin sieht, nicht nur ihre verschiedenen Krankheiten und Organe. Für den Patienten/die Patientin folgt daraus eine zunehmende Intransparenz seiner/ihrer eigenen Lage wie auch des für ihn/sie zuständigen Gesundheitswesens, eine immer größere Abhängigkeit von den jeweiligen SpezialistInnen, eventuell auch immer mehr Nebenwirkungen von Behandlungen oder Medikamenten, deren Zusammen- oder Gegenspiel dem Blick der SpezialistInnen entgleitet. Da fragt sich, ob die allenthalben beschworenen Vorteile der zunehmenden Spezialisierung – passgenauere Versorgung, prä-

ziser wirksame Medikamente, größere Effizienz und Leistungsfähigkeit des gesamten Systems – diese Nachteile überhaupt aufwiegen können.

Was kann dagegen getan werden?

- Investitionen müssen neben den chemisch-technischen Bereichen vor allem auch in die patientenbezogene Transparenz der Leistungsqualität fließen, etwa in externe und interne Informationssysteme sowie Aufklärungs- und Schulungsmaterialien.
- Die Übermacht der SpezialistInnen muss durch die zunehmende Förderung von GeneralistInnen und entsprechenden Wissenszweigen ausgeglichen werden, etwa Allgemeinmedizin und Psychosomatik oder psychotherapeutische Medizin.
- Die Selbständigkeit, Mündigkeit und Beteiligung der PatientInnen muss aktiv gefördert werden, etwa durch Schulungen und allgemeine Aufklärungsveranstaltungen oder PatientInnenvertreterInnen.

Integrierte Versorgung

Durch die in der Gesundheitsreform 2000 eingeführte Integrierte Versorgung sollte es möglich sein, fast allen hier dargestellten Gefahren etwas entgegenzusetzen. Allerdings ist in den zweieinhalb Jahren seit der Einführung so gut wie kein entsprechendes Modell bekannt geworden. Mitte 2002 lautete die Auskunft: Bundesweit gibt es erst ein Modell nach §§ 140 a-h SGB V. Ein zweites habe ich inzwischen kennenlernen können: siehe www.gesundheitsconsult.de/ivaufbau.htm. Haben die ökonomischen Anreize den Akteuren nicht ausgereicht?

Neben den großen Vorteilen durch die Überbrückung bzw. den Schluss der ambulant-stationären Lücke sehen ich aber auch einige Gefahren. Beispielsweise kann die Verzahnung von Ambulant und Stationär zur Einschränkung der freien Arzt-(und Krankenhaus-)wahl führen. Sie ist zwar kein Selbstzweck, sie sollte jedoch keinesfalls leichtfertig über Bord geworfen werden. Und die Verbreitung von Modellen der Integrierten Versorgung kann die Unübersichtlichkeit des Systems erhöhen: Die PatientInnen müssen dann nicht nur wissen, wo es welche Einzelanbieter gibt und zu welchen Bedingungen und mit welcher Qualität diese arbeiten, sondern sie brauchen darüber hinaus auch Informationen über die Einschränkungen, die ihnen die Teilnahme an einem solchen Netz auferlegt.

Modelle der Integrierten Versorgung sollten deshalb von vorneherein ihre PatientInnen als PartnerInnen einbeziehen, statt sie als behandlungsbedürftige Objekte zu entmündigen. Das heißt z. B. konkret:

- Alle beteiligten Institutionen verpflichten sich zu weitestgehender Transparenz und Offenheit,
- PatientInnen werden durch unabhängige FürsprecherInnen, Vertrauens- oder Ombudsleute geschützt und unterstützt,
- PatientInnenrechte werden – z. B. in einer hauseigenen ›Charta der PatientInnenrechte‹ – ausdrücklich und verpflichtend formuliert.

Krankmachende Potenz des Krankenhauses

In Analogie zum Begriff der ›iatrogenen‹, vom Arzt/der Ärztin verursachten Schädigung könnte man von der ›hospitogenen‹ Schädigung durch das Krankenhaus sprechen. Ich denke dabei an Infektionen mit resistenten Erregern, aber auch an vermeidbare Behandlungsfehler bis hin zur vorsätzlichen Operation Gesunder. Der ›krankmachenden Potenz‹ des Krankenhauses darf nicht nur von PR-Abteilungen entgegengewirkt werden. Wichtige Maßnahmen wären z. B.

- Die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, so weit möglich, durch Förderung aller Formen der ambulanten Versorgung und Hilfe,
- Die konsequente Einhaltung und Kontrolle von Qualitäts- und Hygiene-Standards,
- Die gnadenlose Transparenz des Leistungsgeschehens einschließlich aller Mängel, Fehler und Nebenwirkungen.

»KundInnenorientierung«

Auch im Krankenhaus wird immer mehr von »KundInnen« statt von PatientInnen gesprochen. So wertschätzend dies auch gemeint sein mag, es birgt die Gefahr, diejenigen zu vernachlässigen, die zum souveränen KundInnen-Dasein nicht (mehr) fähig sind – und das sind die Kranken, Leidenden. Je kränker jemand ist, desto weniger will und kann er/sie souveräne/r KundIn sein. So betrachtet, fördert eine konsequente KundInnenorientierung die Zweiklassenmedizin, indem sie die, die sich gut artikulieren können (oder die ihre KundInnenrolle gut delegieren können, wenn es ihnen selbst nicht so gut geht), umwerben und umsorgen, die anderen jedoch, die Armen und Schwerkranken, vernachlässigen.

Fazit

Wichtig ist, dass die Herausforderungen, denen das Krankenhaus der Zukunft gegenüber steht, nicht nur aus einem ökonomischen, auf Optimierung der Geschäftsprozesse zielenden Blickwinkel betrachtet und beantwortet werden. Diejenigen, um die sich das gesamte Gesundheitswesen dreht – die PatientInnen – müssen den Maßstab und das Kriterium für jegliche Maßnahme abgeben. Dies müssen die Verantwortlichen eines Krankenhauses möglicherweise erst lernen, und es muss überlegt werden, welcher Anreiz dazu nötig wäre. Die Umsetzung einer konsequenten PatientInnenorientierung erfordert dann auch etliche flankierende Maßnahmen: beispielsweise PatientInnenfürsprecherInnen oder -vertrauenspersonen, die durch ihr »Ohr am Patienten/an der PatientIn« genau wissen, was die PatientInnen wollen; oder PatientInnenräte in Institutionen der Langzeitversorgung sowie in integrierten Versorgungsnetzen; oder auch die Zusammenarbeit mit externen Stellen, die dem Krankenhaus seine Schwachstellen aus PatientInnensicht spiegeln. Jedenfalls dürfte PatientInnenorientierung des Krankenhauses kaum ausschließlich mit ökonomischen Mitteln erreichbar sein. Das Verständnis für die besondere, fast paradoxe Rolle der PatientInnen – als Leidende, die einerseits ihre souveräne KundInnenrolle gerne einmal ablegen, denen aber zugleich ein Maximum an Selbstbestimmung und Autonomie zustehen – muss die Richtschnur alles Handelns sein, bzw. werden.

Christoph Kranich, Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucher-Zentrale Hamburg, Kirchenallee 22, 20099 Hamburg, Tel.: (040) 24832-132, Fax: (040) 24832-230, Email: kranich@vzhh.de, Internet: www.vzhh.de

Gabriele du Bois **Das Heil in den Genen**

Eine hochaktuelle Ware des Gesundheitswesens sind genetische Tests. Die genetische (Mit-)Ursache vieler Krankheiten ist mittlerweile bekannt. Die Medien berichten in großer Aufmachung über immer neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der Genforschung und vermitteln so den Eindruck, man könnte die Gesundheit mit »Gentests« in den Griff bekommen. Es kommen immer mehr Menschen in gene-

tische Beratungsstellen, um nach Krankheitsdispositionen für sich selbst zu fragen.

Als niedergelassene Humangenetikerin werde ich vor allem von Menschen um Rat gefragt, die einen Kinderwunsch haben und das Risiko von angeborenen Krankheiten bei ihren Kindern fürchten. Oft gibt es bereits eine Fehlbildung oder Erkrankung in der Familie, die sich nicht wiederholen soll. Natürlich wünscht sich jeder ein gesundes Kind. Aber gibt es ein Recht auf ein gesundes Kind? Eine genetische Beratung ist für jedermann zugänglich und wird in meinem Einzugsbereich bei ärztlich gestellter Indikation von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen bezahlt.

Was wird untersucht ...

Die häufigste Untersuchung ist eine Fruchtwasserentnahme mit nachfolgender Chromosomenanalyse zum Ausschluss einer Chromosomenstörung wie Trisomie 13, 18 oder 21 (Down-Syndrom). Hierbei werden nicht Gene sondern Chromosomen analysiert. Es lassen sich aber auch monogene (= durch eine defekte Erbanlage bedingte) Erkrankungen testen, wie z. B. Mukoviscidose, Hämophilie oder Muskeldystrophie. In Deutschland können zur Zeit 414 genetische Erkrankungen molekulargenetisch untersucht werden (siehe Homepage des Berufsverbandes Medizinische Genetik www.bvmedgen.de), vorgeburtlich allerdings nur, wenn der Gendefekt bekannt ist. Das bedeutet, man kann nicht routinemäßig 414 Erbkrankheiten ausschließen, sondern nur eine in der Familie bekannte und molekulargenetisch identifizierte Krankheit. Ergebnis dieser Testung ist in der Regel keine Heilung oder Behandlung (die gibt es für die meisten Erbkrankheiten bisher nicht), sondern bei schweren, nicht behandelbaren Krankheiten ein Schwangerschaftsabbruch.

Um den Frauen bzw. Paaren aus Risikofamilien die psychische Belastung eines Schwangerschaftsabbruchs zu ersparen, haben WissenschaftlerInnen eine Methode entwickelt, mit der Embryonen außerhalb des Mutterleibes genetisch getestet werden können. Dafür müssen sich diese Paare einer künstlichen Befruchtung (IVF = in-vitro-Fertilisation) unterziehen. Die dabei entstandenen Embryonen werden nur in die Gebärmutter eingesetzt, wenn die Testung bei ihnen den befürchteten Gendefekt ausgeschlossen hat. Embryonen mit dem Defekt werden verworfen. Da die Untersuchung vor der Einnistung (Implantation) in die Gebärmutter erfolgt, nennt man die Methode Präimplantationsdiagnostik (PID).

In Deutschland erlaubt das von 1991 stammende Embryonenschutzgesetz (EschG) keine Testung von Embryonen. Es dürfen auch nur 3 Embryonen hergestellt werden, die dann in die Gebärmutter eingepflanzt werden müssen. Die Erfahrung im Ausland zeigt aber, dass man mindestens 10 Eizellen benötigt, um am Ende 1–2 zuverlässig getestete Embryonen transferieren zu können. Zu bedenken ist auch, dass die Chance, nach IVF schwanger zu werden und am Ende der Schwangerschaft ein gesundes Kind mit nach Hause zu nehmen (baby-take-home-Rate), nur bei maximal 20 % liegt.

... und welche Fragen stellen sich

Ob es eine Mehrheit für eine Gesetzesänderung im Bundestag zu Gunsten einer PID in bestimmten Einzelfällen geben wird, ist unklar. Es wird von vielen Missbrauch befürchtet. Welche Erkrankungen soll man mit PID testen dürfen? Darf ein Kind danach ausgesucht werden, dass es später einem bereits vorhandenen kranken Geschwisterkind sein Knochenmark spenden kann? Darf das Geschlecht eines Kindes gewählt werden?

Auch für die Reproduktionsmedizin ist die Frage nach dem Recht auf ein Kind von großer Bedeutung. Ist Kinderlosigkeit ein Schicksal oder eine Krankheit? Ab wann ist sie behandlungsbedürftig? Wieviele Behandlungsversuche – sprich künstliche Befruchtungen – muss die Solidargemeinschaft bezahlen?

Vieles ist schon möglich, immer mehr wird möglich werden. Ich fühle mich in meiner täglichen Praxis gelegentlich beklommen, wenn ich merke, wie ungeduldig manche Menschen darauf aus sind, dass sie oder ihre Kinder ›nichts‹ haben dürfen und dass ich ihnen trotz aller Fortschritte genau dieses nicht versprechen kann. Andererseits beschert die moderne Diagnostik einer immer größeren Zahl von Menschen ein Wissen über ihre eigenen Risiken und über Gefahren, die ihren Kindern drohen. Was fangen sie damit an, solange keine angemessenen Behandlungsmethoden verfügbar sind? Vorgeburtlich festgestellte Krankheiten und Behinderungen stellen die Eltern vor die schwere Entscheidung, ob sie sich die Fortführung der Schwangerschaft zutrauen oder ob sie sich gegen das Kind stellen sollen. Fragen, die nicht nur Heilsames in der genetischen Diagnostik erkennen lassen und jeden beunruhigen können, der einmal angefangen hat, darüber nachzudenken.

Dr. Gabriele du Bois, Mitglied des Vorstands und des Ethikausschusses des Deutschen Ärztinnenbundes, Fachärztin für Humangenetik, Institut für Chromosomen-diagnostik und Genetische Beratung, Elsa-Brandström-Str. 10, 71032 Böblingen

Maria Beckermann Die Ware IGeL

In vielen Arztpraxen werden die PatientInnen heute gleich nach der Begrüßung auf die IGeL-Leistungen der Praxis aufmerksam gemacht. Unter IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) werden all die Gesundheitsangebote zusammengefasst, die die PatientInnen aus eigener Tasche zahlen sollen.

Zum Hintergrund

Es gab schon immer Gesundheitsleistungen, die von der Kasse nicht übernommen wurden, z.B. Impfungen vor Auslandsreisen, Atteste für Fluggesellschaften oder Behandlungen mit Methoden, deren Wirksamkeit als nicht wissenschaftlich erwiesen angesehen wurde, z.B. Homöopathie, Bachblüten-Behandlung etc. Einen Namen bekamen diese Leistungen erst, als ihr Schattendasein beendet wurde und sie zu einem zweiten Standbein jeder Arztpraxis avancieren sollten. Ein Interesse daran bekamen wirtschaftlich engagierte ÄrztInnen zu jener Zeit, als durch die Einführung von Praxisbudgets die Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit begrenzt wurden. Es kam zu einem Wertewechsel: während früher soviel wie möglich Leistun-

gen den Kassen in Rechnung gestellt worden waren, wurden nun soviel wie möglich Leistungen aus der Zuständigkeit der Kassen herausgenommen und den PatientInnen selbst in Rechnung gestellt und damit das eigene Budget entlastet.

Der IGeL-Markt setzte zusätzliche kreative Ideen frei, wie Gesundheitsangebote einen neuen Markt finden könnten: Kosmetik (z.B. Enthaarungen mit Laser), Anti-Ageing (z.B. Hormone, die als Arzneimittel nicht zugelassen sind, aber als Nahrungsmittelergänzung über das Ausland bezogen und verkauft werden), plastische Chirurgie. Pränataldiagnostik und andere diagnostische Tests sind jetzt unabhängig von einer medizinischen Indikation jedermann und jederfrau zugänglich. Einzige Voraussetzung: es muss selbst gezahlt werden. Allerdings: Bestimmte Dinge müssen unabhängig von der IGeL-Diskussion von den Patientinnen selbst bezahlt werden, weil sie keine Kassenleistungen sind, z.B. Atteste, Reiseimpfungen, gewünschte aber nicht medizinisch notwendige Schwangerschaftstests oder HIV-Tests.

Der AKF-Flyer zu gynäkologischen IGeL-Leistungen

Die Gynäkologinnen-Arbeitsgruppe des AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.) hat zu dieser Problematik einen Flyer erarbeitet, der Frauen aufklären soll, auf welche Leistungen sie als Kassenversicherte einen Anspruch haben, welche Leistungen oft als IGeL angeboten werden und wie die AKF-Gynäkologinnen den Nutzen dieser Leistungen bewerten. Die Untersuchungsmethoden in der Gynäkologie und in der Schwangerschaftsbetreuung, die am häufigsten als IGeL-Leistungen angeboten werden, werden erklärt und ihre Nützlichkeit bewertet (z.B. Ultraschalluntersuchungen, Toxoplasmose-Test, Tumormarker, Blutzucker-test in der Schwangerschaft etc.). Der Flyer hat nicht den Anspruch auf vollständige Erfassung aller IGeL-Beispiele. Neue Erkenntnisse können Aktualisierungen notwendig machen. Aber der Flyer stellt eine Basis dar, auf der Frauen mit ihren ÄrztInnen über medizinische Leistungen verhandeln können, sich gegen unangemessene finanzielle Ansprüche wehren können oder Kriterien für eine neue Arzt/Ärztin-Wahl an der Hand haben.

Bezug und Kosten

Der Flyer ›Aus eigener Tasche – Wahlleistungen in der gynäkologischen Praxis. Eine Entscheidungshilfe‹ kann bezogen werden über den AKF e.V., Knochenhauerstr. 20–25, 28195 Bremen, Tel.: (0421) 4 34 93 40, Fax: (0421) 1 60 49 60, Email: AKF-Mail@t-online.de, www.AKF-Info.de.

Die ersten 10 Flyer sind kostenlos. Darüber hinaus betragen die Kosten 25 Cent pro Flyer.

Dr. med. Maria Beckermann, Brabanter Straße 53, 50672 Köln

›Nachhaltigkeit im Dialog – die Niedersächsische Nachhaltigkeitsstrategie (NINA)‹

Die Flutkatastrophe in Deutschland, die Hungersnöte in Afrika, die Überschwemmungen in China – die Reihe ließe sich beliebig fortsetzen – dies alles sind Hinweise darauf, dass das menschliche Handeln auf diesem Planeten erhebliche negative Auswirkungen auf die Umwelt und das Zusammenleben hat. Die Parole »wir machen weiter wie bisher und nach uns die Sintflut« kann angesichts der dramatischen Bilder der letzten Wochen direkt vor unserer Haustür nicht mehr gelten. Und wir haben noch viel zu tun, nicht nur im Bereich des Hochwasser- und Klimaschutzes! Nachhaltigkeit wird wieder interessant. Auch wenn nur wenige Menschen in Deutschland (16 %) etwas mit dem Begriff der Nachhaltigkeit anfangen können, sind die Anforderungen an eine nachhaltige Entwicklung wieder in den Mittelpunkt des allgemeinen Interesses gerückt.

Von Rio nach Johannesburg

Ende August fand in Johannesburg die größte Konferenz der Welt zur nachhaltigen Entwicklung statt. Wie 1992 in Rio de Janeiro wurde versucht, die brennenden Probleme der Welt gemeinsam anzugehen. Mit der Agenda 21 hat 1992 ein sehr ehrgeiziges Projekt begonnen, das nun 10 Jahre später auf dem Prüfstand steht. Die Staaten der Welt haben sich verpflichtet, nationale Strategien zu entwickeln, die aufzeigen sollen, wie wirtschaftliche Entwicklung, soziale Gerechtigkeit und der Schutz unserer natürlichen Umwelt in einen dauerhaften Einklang gebracht werden können.

Die ersten Ergebnisse aus Johannesburg machen deutlich, dass der Prozess einer weltweiten Umsteuerung hin zu mehr Nachhaltigkeit mehr als beschwerlich, für viele sogar unbequem werden wird. Es muss sich zeigen ob – ähnlich wie in Rio vor zehn Jahren – in Johannesburg Vereinbarungen zur konkreten Umsetzung einer nachhaltigen Entwicklung oder eines strengen Zeitplanes getroffen werden können. Einmal mehr wird es darauf ankommen, dass die ›reichen‹ Länder mit gutem Beispiel vorangehen. Staaten wie Deutschland und Frankreich müssen ihren Einfluss auf wichtige Partner im globalen Gefüge wie die USA geltend machen und sie von der Notwendigkeit des eingeschlagenen Weges in Verantwortung für künftige Generationen überzeugen. Am Beispiel des Klimas zeigt sich eindrucksvoll, dass wir eben keine zwanzig Jahre mehr Zeit haben, um umzusteuern. Wir spüren heute die Folgen der Politik der sechziger- und siebziger Jahre und die Aussichten sind alles andere als rosig. Aber was haben wir konkret in



Deutschland getan, um die Erkenntnisse von Rio zu nutzen?

Die Bundesregierung hat ihre Hausaufgaben gemacht und im Frühsommer diesen Jahres eine Nationale Nachhaltigkeitsstrategie vorgelegt. Es handelt sich dabei um ein Zukunftsprogramm für das 21. Jahrhundert. Es hat zum Ziel, das Wohlergehen und die Entwicklungschancen der deutschen Bevölkerung so zu gestalten, dass es weder auf Kosten der Entwicklungsländer, noch auf Kosten der Umwelt oder zukünftiger Generationen geht. Ein hoher Anspruch an das politische Handeln, der durch konkrete Taten zu belegen sein wird!

NINA oder Nachhaltigkeit in Niedersachsen

Die SPD-Fraktion im Niedersächsischen Landtag möchte ebenso wie die Bundestagsfraktion und die Bundesregierung eine eigene Niedersächsische Nachhaltigkeitsstrategie (NINA) entwickeln. Im Rahmen einer Veranstaltungsreihe von Januar bis September 2002 sollten zu wichtigen Politikfeldern wie zum Beispiel Globalisierung, regenerative Energien, Wasser oder grüne Gentechnik mit Fachleuten und einem breiten Publikum über mögliche Handlungsansätze und Aufträge an die Politik diskutiert werden.

Die Auswahl der einzelnen Veranstaltungsthemen bedient dabei bewusst nicht nur die ›grüne Ecke‹. Nachhaltigkeit ist weit mehr als Umweltschutz, sie muss Bestandteil unseres täglichen Handelns werden, sie muss zum durchdringenden Element aller Politikbereiche werden. Vor Ort wird Nachhaltigkeit häufig noch immer im klassischen Sinne einer nachhaltigen Umweltpolitik verstanden. Die SPD-Landtagsfraktion wie auch die Bundesregierung gehen dort weiter und sagen, dass Nachhaltigkeit für alle Politikfelder geprüft werden und dort auch Einzug finden muss. Es sind gerade die sozialen und ökonomischen Aspekte, die stärker im Nachhaltigkeitsprozess betont werden

müssen. Sei es in Fragen der Familien-, Senioren- oder Wirtschaftspolitik; Nachhaltigkeit bedeutet, dass wir uns um die Zukunft der Menschen Gedanken machen, dass sie in jeder Frage vorne stehen, dass eine Tagespolitik stets auf die Zukunft ausgerichtet sein muss. Wie wir das schaffen können, soll in der Niedersächsischen Nachhaltigkeitsstrategie (NINA) formuliert werden. Zu den einzelnen Politikfeldern werden neben den konkreten Ergebnissen und Anregungen aus den Veranstaltungen auch Fragen formuliert werden, die in den nächsten Jahren beantwortet und für die Handlungsanleitungen entwickelt werden müssen.

Eine der Veranstaltungen widmete sich ausschließlich dem Thema Gesundheit, allerdings nicht in der herkömmlichen Form. ›Vorbeugen statt heilen – gesund leben. Wege einer nachhaltigen Gesundheitspolitik‹ hieß die Veranstaltung, die am 4. Februar 2002 in Osnabrück stattfand. Die Botschaft, die gesendet werden sollte, mag für den Insider selbstverständlich sein. Von außen betrachtet stellt sie sich als durchaus ernstzunehmende Herausforderung und Aufgabe dar: Wir dürfen uns nicht nur um die Kosten und die Kranken streiten, wir müssen uns um die Gesunden kümmern und dafür sorgen, dass sie es bleiben. Politisches Handeln allein hilft dabei nicht.

Beispiele aus der Praxis belegen eindrucksvoll, dass jeder Einzelne seine Verantwortung für sich und andere wahrnehmen kann. Die Bahlsen-AG hat zum Beispiel ihre Kantine komplett auf ein Mehr-Wert-Ernährungskonzept umgestellt. Dieses Konzept fördert das Wohlbefinden, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Menschen sowie die Prophylaxe ernährungsabhängiger Erkrankungen. Viele solcher Beispiele ließen sich ergänzen. Der Erfolg nachhaltiger Konzepte in allen unseren Lebensbereichen hängt eben auch von jeder Einzelnen und jedem Einzelnen ab und wird nicht – wie in diesen Tagen vermeintlich angenommen – auf Konferenzen wie in Johannesburg beschlossen. »Global denken, lokal handeln« eine Aussage, die in Rio geprägt wurde, hat mehr Gültigkeit denn je. Dafür die Voraussetzungen zu schaffen und das Verständnis zu wecken, muss Aufgabe von Politik sein.

Sonja Papenfuß, Referentin der SPD-Landtagsfraktion Niedersachsen, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 1, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 30-40 20, Fax: (05 11) 30 30-48 09, Email: Sonja.Papenfuss@lt.niedersachsen.de

Brustkrebs ist die häufigste bösartige Erkrankung bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Jedes Jahr erkranken etwa 46.000 Frauen neu, die Sterblichkeit beträgt 43,7 auf 100.000 Frauen; das sind jährlich etwa 18.000 Brustkrebs bedingte Sterbefälle. Die Brustkrebsversorgung ist damit ein wichtiger Bereich des Gesundheitssystems. Im Gegensatz zur Bedeutung der Brustkrebsversorgung weist die Qualität der in der Bundesrepublik vorhandenen Versorgungsstrukturen und der den Frauen zur Verfügung stehenden Ressourcen erhebliche Defizite auf, die die gesamte Versorgungskette (Diagnostik, Therapie und Nachsorge) betreffen. Es fehlen:

- **Qualitätssicherung der Mammographie** zur Abklärung von Befunden (kurative Mammographie) nach EUREF (European Reference Centers for Mammography Screening) -Standards,
- **Transparenz und Einheitlichkeit** der durchgeführten Brustkrebstherapien nach anerkannten evidenz-basierten Leitlinien,
- **Einheitliche Zertifizierung und externes Qualitätsmonitoring** der »Brustzentren« nach EUREF- und EUSOMA- (European Society of Mastology) Standard,
- **Leitlinienorientierte Therapie und Nachsorge,**
- **Nachhaltige psychosoziale Beratungsangebote** für alle Brustkrebsbetroffenen Frauen.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Auf der Bundesebene sind gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung dieses Versorgungsnotstandes beim Brustkrebs durch die rot-grüne Bundesregierung beschlossen worden. Für die Diskussion um die Brustzentren insbesondere relevant sind die sogenannten »ChronikerInnenprogramme«, auch Disease Management Programme (DMP) genannt. Diese jetzt im Rahmen der Änderungen des Risikostrukturausgleiches zwischen den Krankenkassen verabschiedeten Programme verändern die Brustkrebsversorgung grundlegend. Durch Abschluss von leistungsorientierten Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern können die bekannten Defizite bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge beseitigt werden. Hierbei sind die vom Koordinierungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgeschriebenen Mindestanforderungen zu erfüllen. In diesem Zusammenhang sind die europäischen Qualitätsnormen für Brustzentren, die sogenannten EUREF- und EUSOMA-Zertifikate, von zentraler Bedeutung. Eine Einrichtung kann als Brustzentrum zertifiziert und

bezeichnet werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

■ **Mindestmengen**

Ein Brustkrebszentrum muss von solcher Größe sein, dass mehr als 150 neu diagnostizierte Brustkrebsfälle aller Altersgruppen und aller Stadienverteilungen jährlich hier behandelt werden können. Neue Fälle heißt dabei, dass keine Überweisungen aus anderen Krankenhäusern für die Durchführung von Strahlentherapien oder für die Behandlung von Rezidiven mitgezählt werden. Diese Mindestmengen gewährleisten die systematische Schulung und Weiterbildung aller beteiligten Fachgruppen zur Förderung einer maximalen Kompetenz der beteiligten SpezialistInnen und eine möglichst hohe Kosten-Effektivität der Einrichtung.

■ **Alle ExpertInnen unter einem Dach**

Zu einer qualitätsgesicherten Brustkrebsversorgung nach europäischen Leitlinien muss ein erfahrenes Team von ExpertInnen, bestehend aus FachärztInnen und spezialisierten Krankenschwestern, technischen Assistentinnen und Dokumentationsfachkräften kontinuierlich für die Brustkrebsbetroffenen Frauen zur Verfügung stehen, u.a. jeweils spezialisierte BrustkrebschirurgInnen, BrustradiologInnen, Brustkrebsberaterinnen oder Breast Care Nurses (auf die Pflege von Brusterkrankungen spezialisierte Krankenschwestern).

Die Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen hat diese Qualitätskriterien nach EUSOMA ausdrücklich als Voraussetzung für die Brustzentren in NRW genannt. Die Stärkung der Patientinnenautonomie durch umfassende Information, persönliche Beratung und Begleitung durch geschulte Krebsberaterinnen/Breast Care Nurses und psychosoziale Unterstützungsangebote (Selbsthilfegruppen, Patientinneninformation) ist darüber hinaus wesentlicher Bestandteil des DMP »Brustkrebs«. Ein Vergleich über die in den DMP »Brustkrebs« erzielten Ergebnisse ermöglichen dann erstmals auch die Transparenz für die Öffentlichkeit über die tatsächliche Anzahl von durchgeführten Operationen, Erfolgs- und Komplikationsraten sowie Langzeitergebnisse der einzelnen Brustzentren. Diese Zahlen sind bislang nicht öffentlich zugänglich und daher auch nicht nachprüfbar.

Die Initiative NRW bedeutet aber auch, dass nicht mehr jedes Krankenhaus Brustkrebs-

behandlungen durchführen kann. Dadurch kann es zu Einschränkungen in der wohnortnahen Versorgung und auch zu Wartelisten kommen. Diese potenziellen Einschränkungen sind mit den Vorteilen durch eine Behandlung in Zentren mit auf die Brustkrebsdiagnostik und Therapie spezialisierten ExpertInnen abzuwägen. Die Qualitätskontrolle durch eine unabhängige Institution entscheidet darüber, ob die DMPs »Brustkrebs« akkreditiert (zugelassen) werden und ob sie jeweils erneute Zulassungen nach drei Jahren erhalten. Damit ist dann auch die Qualität der Brustzentren in NRW für die Frauen transparent. Sollten die DMPs am Widerstand der ÄrztInnenverbände scheitern, wird es auch die Initiative der Landesministerin schwer haben.

Dr. med. Angela Spelsberg, Ärztliche Leiterin des Tumorzentrums Aachen e.V., Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Tel.: (0241) 80 89 728.

Veronika E. Müller

Hormone zur Prophylaxe der postmenopausalen Osteoporose und ihrer Folgen – Evaluation von Artikeln aus der gynäkologischen Fachpresse

Im Jahr 2000 wurden von deutschen GynäkologInnen 116.664 Tagesdosen Sexualhormone verschrieben. Insgesamt wurden 22,2 Millionen Verordnungen für diese Wirkstoffgruppe ausgestellt, damit konnten sie sich auf Rang 11 der verordnungstärksten Indikationsgruppen in Deutschland platzieren. Die enorme Zunahme der Verschreibungszahlen für Hormone in den letzten 15 Jahren wurde zu einem großen Teil durch die Ausdehnung der Indikation auf den präventiven Einsatz von Hormonen, besonders die Osteoporoseprophylaxe und -therapie, verursacht. Nicht beachtet wurde bisher, dass der für einen Langzeiteinsatz (zur Osteoporoseprophylaxe und -therapie wird eine Behandlungsdauer von mind. 10–15 Jahren empfohlen) notwendige wissenschaftliche Nachweis über die Wirksamkeit, vor allem aber ein Nachweis der Unbedenklichkeit einer langfristigen Hormoneinnahme, fehlte (Lange 1996, Mühlhauser 1999).

Im Rahmen der hierüber erstellten Diplomarbeit an der Hochschule für angewandte

Wissenschaften Hamburg sollte festgestellt werden, wie in deutschsprachigen gynäkologischen Fachzeitschriften mit dieser unzulänglichen wissenschaftlichen Datenlage umgegangen wird und ob die dort veröffentlichten Artikel einen Beitrag zur Fortbildung von ÄrztInnen leisten können. Dazu wurden beispielhaft Artikel zum Thema »Hormonelle Prophylaxe der Osteoporose« aus zwei vom Berufsverband der GynäkologInnen herausgegebenen Zeitschriften aus den Jahren 1997–2001 ausgewertet. Die Bewertungskriterien orientierten sich an den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin. Es wurden unter anderem folgende Aspekte ausgewertet: Angabe von Literaturquellen, Qualität der angegebenen Quellen zum Thema Hormone + Osteoporose, ausgewogene Darstellung von Nutzen und Risiken der Hormontherapie, Darstellung von Basisinformationen über die zu behandelnde Krankheit (Osteoporose), Nachvollziehbarkeit und wissenschaftliche Fundierung geäußerter Empfehlungen, Hinweise auf Einschränkungen in der Wirksamkeit, Nennung von Kontraindikationen.

Die Bewertung der Artikel hat eine deutliche Tendenz zur Empfehlung einer Hormontherapie zur Osteoporoseprophylaxe und -therapie ergeben. Die positiven Effekte einer Hormonbehandlung im Allgemeinen und speziell in Bezug auf die Osteoporose dominieren in fast allen Artikeln, während auf die Darstellung von Risiken zum Teil sogar vollständig verzichtet wird. Zu kritisieren ist hierbei insbesondere, dass weder der fehlende Nachweis über einen Nutzen, noch der fehlende Nachweis der Unbedenklichkeit einer Langzeitbehandlung zur Osteoporoseprophylaxe und -therapie, thematisiert wird. Somit wird der Anschein erweckt, als seien Nutzen und Risiken einer Hormontherapie bereits hinlänglich untersucht und die Bestätigung der vorhandenen Ergebnisse durch eine randomisierte kontrollierte Studie nur noch eine Formsache. Das Ergebnis der Studie, die diese Annahmen bestätigen sollte, ist fatalerweise gänzlich anders ausgefallen. Die Womens Health Initiative, kurz WHI, eine große randomisierte kontrollierte Studie, die in den USA mit mehr als 16.000 Frauen durchgeführt wurde und eigentlich bis zum Jahr 2005 laufen sollte, wurde wegen des Auftretens zu vieler schwerer Nebenwirkungen im Juli dieses Jahres abgebrochen.

Insgesamt muss die Qualität der untersuchten Artikel als unbefriedigend bezeichnet werden. Kein Artikel erfüllte alle überprüften

Anforderungen. Bedenklich ist, dass grundlegende wissenschaftliche Arbeitsweisen, wie z. B. die Angabe von Quellen, nicht beachtet wurden. Darüber hinaus wurden die Informationen nicht in leicht verständlicher Form dargestellt, so dass eine Einschätzung der angegebenen Vor- und Nachteile der Therapie nicht ohne Weiteres möglich ist. Basisinformationen, die eine Beurteilung der individuellen wie gesellschaftlichen Krankheitslast der Osteoporose ermöglichen würden, wurden nicht veröffentlicht. Auf Kontraindikationen wurde kaum hingewiesen, teilweise wurden die normalerweise in Beipackzetteln genannten Kontraindikationen als irreführend und falsch bezeichnet. So muss an dieser Stelle konstatiert werden, dass die Qualität der hier untersuchten Artikel nachdenklich stimmen muss. Da diese Veröffentlichungen unter Umständen direkte Auswirkungen auf die aktuelle Vorgehensweise und Beratungspraxis von niedergelassenen GynäkologInnen haben, ist darauf zu drängen, verbindliche Qualitätsansprüche für Veröffentlichungen dieser Art zu formulieren.

Veronika E. Müller, Wohlersallee 3, 22767 Hamburg,
Tel.: (040) 43 25 15 31, Email: VeroMueller@web.de

PatientInnenverfügung

Jeder hat das Recht auf ein menschenwürdiges Leben bis zum Tode. Auch am Ende des Lebens haben Patientinnen und Patienten das Recht auf Selbstbestimmung und eine angemessene Versorgung, insbesondere auf schmerzlindernde Behandlung. Doch Operationen oder Unglücksfälle können zu lebensbedrohlichen Situationen führen, die medizinische Maßnahmen ermöglichen, die die oder der Einzelne so nie haben wollte. Viele Menschen möchten z. B. ihr Leben nicht an Schläuchen und Apparaten verlängern lassen. Der medizinische Fortschritt kann auch eine sehr lange Pflegebedürftigkeit zur Folge haben. Die Gestaltung der medizinischen Behandlung bestimmt hier die Qualität des weiteren Lebens für viele Jahre.

Die Formulierung einer individuellen Patientinnenverfügung/Patientenverfügung kann dann eine Hilfestellung sein, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten den eigenen Willen mitzuteilen, wenn man selbst nicht mehr in der Lage dazu ist. Wer seinen Willen zuvor selbst in eigenen Worten schriftlich formuliert hat, weiß um die möglichen medizinischen Konsequenzen im Ernstfall. Angehörige und behandelnde Ärztinnen/

Ärzten kennen zudem die gewünschte medizinische Versorgung im Pflegefall oder im Sterbeprozess. Eine notarielle Beglaubigung ist dafür nicht notwendig.

In Kooperation mit dem »DIALOG SOZIALES NIEDERSACHSEN« wurde jetzt von der Ärztekammer Niedersachsen, der Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen, dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sowie der Verbraucherzentrale Niedersachsen eine Informationsbroschüre erarbeitet, die über den Themenkreis PatientInnenverfügung informieren will. Es wurde dabei Wert darauf gelegt, keinen (neutral) vorformulierten Mustertext zu entwerfen, sondern anhand eines Kriterienkataloges den interessierten Menschen Bewertungsmöglichkeiten zu bereits vorhandenen Texten bzw. bei der Erstellung eines eigenen Textes mitzugeben. (bb)

Die kostenlose Broschüre kann bezogen werden über:
Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, poststelle@mfas.niedersachsen.de

Persönliche Checkliste für den Besuch bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin

Bei einer medizinischen Behandlung müssen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Dafür ist es wichtig, dass man sich mit dem Arzt/der Ärztin berät und gründlich informieren lässt. Gerade bei schwereren Erkrankungen oder Entscheidungen für bestimmte Behandlungs- oder Diagnoseverfahren ist eine sorgfältige Information nötig. Hilfreich für einen zufriedenstellenden Besuch bei einem Arzt/einer Ärztin ist die Vorbereitung:

- Gibt eine Vermutung, woher die Beschwerden kommen?
- Was erwartet man vom Besuch?
- Welche Unterlagen müssen mitgenommen werden?

Auch während des Besuches sollte man sich selbst fragen, ob die Ausführungen für einen selber verständlich sind oder es auch Alternativen zu den vorgeschlagenen Untersuchungen oder Behandlungen gibt. Erfolgreich wird der Besuch damit abgeschlossen, dass das Gespräch zu Hause nachbereitet wird: Kann man sich an die Empfehlungen noch erinnern? Weiß man noch die weiteren Schritte? Gibt es weiterführende Hilfsangebote?

Herausgeber der Checkliste ist der Arbeitskreis PatientInnenrechte und -information bei der Landesvereinigung für Gesundheit. Mitglieder des Arbeitskreises sind Gesetzliche Krankenkassen, Ärzteschaft, Selbsthilfeorganisationen, Patientenberatungsstellen und Hochschulen. Der landesweite Arbeitskreis wurde 1999 nach einem Fachsymposium gegründet und will in Niedersachsen gemeinsam Themen der PatientInnenunterstützung aufgreifen.

Die »Persönliche Checkliste« wird bei Krankenkassen, in Arztpraxen und in verschiedenen Beratungsstellen ausgelegt. Per Freiumschlag (0,56 Cent) kann sie bei der Landesvereinigung für Gesundheit angefordert werden. Die Checkliste ist auch im Internet als PDF-Datei (1,85 MB) unter www.gesundheit-nds.de/frames/medien/CHECKListe.PDF abrufbar. (bb)

Gesundheitsberichte machen Geschichte?

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen thematisierte auf der Tagung vom 28.8.2002 in Osnabrück gemeinsam mit der Frauenbeauftragten der Stadt Osnabrück und der Stiftung Leben und Umwelt die Transfermöglichkeiten, die der Bundesbericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland sowie das Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Thema »Unter-, Über- und Fehlversorgung« bezüglich der gesundheitsförderlichen Arbeit in Gemeinden bereitstellen. Zudem wurden Instrumente für die Arbeit vor Ort vorgestellt, die jenseits von Gesundheitsberichterstattung liegen, z. B. Zielpatenschaften, expertInnengestützte Arbeit, ein kommunales Bündnis zu dem wichtigen Bereich Brustkrebs. Wie in Gemeinden das Thema Wechseljahre bearbeitet werden kann und welche Materialien dazu vorliegen, bearbeitete eine weitere Arbeitsgruppe. Ob eine Gemeinde mit oder ohne eigenen Gesundheitsbericht aktiv werden kann, darüber gab es ein Wechselgespräch, in dem die Ansätze in Bremen und Hamburg gegenübergestellt wurden.

Einen ausführlichen Tagungsbericht finden Sie auf unserer Internetseite www.gesundheit-nds.de in der Rubrik »Service«. (us)

Die Tagung wird dokumentiert und ist ab dem 1. Quartal 2003 über die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (s. Impressum) erhältlich.

Studien im internationalen Vergleich haben gezeigt, dass Menschen, die in Deutschland ins Krankenhaus kommen, eine hochentwickelte Technik und gut ausgebildetes Personal erwartet. Obwohl die Krankenhausverpflegung nur max. 3% der Gesamtkosten ausmacht, wird der finanzielle Druck in den Krankenhäusern häufig schon seit vielen Jahren auf die Krankenhausküchen weitergegeben. Das Budget der Küchen pro PatientIn wird immer knapper, in diesem personalintensiven Bereich wird rationalisiert, wo irgend möglich, Tiefkühlbelieferung oder der Einsatz von Caterern sind aktuelle Themen. Muss das sein? Darf das sein?

In diesem Spannungsfeld fand am 28.8.2002 eine Fachtagung mit dem bewusst provokanten Titel statt, die die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung ausgerichtet hat. Wie brisant und aktuell das Thema war, zeigten die gut besetzten Stuhlreihen bei ca. 150 TeilnehmerInnen.

Drei einleitende Referate umspannten die verschiedenen Ebenen der Problematik. Dr. med. Hans-Georg Güse betonte unter anderem die Notwendigkeit und Chance einer guten Personalverpflegung im Krankenhaus als Maßnahme des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Prof. Dr. Peter Schauder plädierte in seinem Vortrag aus der Sicht der Ernährungsmedizin für eine vollwertige/gesunde Kost für die KrankenhauspatientInnen auch solange sie noch nicht ernährungsabhängig erkrankt seien. Schließlich gehöre die gesunde Versorgung zu den Pflichten des Krankenhauses und außerdem habe das Krankenhaus als Gesundheitszentrum einen gewissen Vorbildcharakter.

Es folgte ein Praxisbeispiel aus Leipzig zur Umsetzung einer vollwertigen Ernährung entsprechend der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung in die Krankenhausküchenpraxis. Sie wurde von Prof. Hartig/Leipzig anhand des Beispiels der Schubert-Unternehmensgruppe dargestellt. In der Abschlussdiskussion mit VertreterInnen von Krankenkassen, dem Berufsverband der Diätassistentinnen und den Referenten wurde deutlich, dass Verpflegung von morgen in Krankenhäusern nicht leicht zu realisieren sein wird. (ta)

Familien mit schwerstkranken Kindern bedürfen besonderer Hilfe und Unterstützung, denn die Pflege und Betreuung dieser Kinder erfordert viel Kraft und beeinflusst die ganze Familie. Vor diesem Hintergrund hat das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales am 6.9.2002 ein länderübergreifendes Fachforum zum Thema »Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern« veranstaltet. Die Niedersächsische Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, Frau Dr. Trauernicht, betonte in ihrer Begrüßungsrede, dass Vieles bereits vorhanden, eine Weiterentwicklung und Vernetzung aber notwendig sei, um dem erklärten Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung näher zu kommen.

Am Vormittag berichteten VertreterInnen unterschiedlicher Einrichtungen darüber, welche Angebote und Initiativen bereits vorhanden sind und zeigten auf, was in Zukunft noch zu tun ist. Aus Sicht einer Kinderklinik wurde auf die Bedeutung der Mitbehandlung der Familien und die notwendige Kooperation mit anderen Einrichtungen hingewiesen. Weiterhin wurde auch die Forderung nach psychosozialer Betreuung, insbesondere durch VertreterInnen der Elternvereine und der Selbsthilfe laut. Auf die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung sowie die Erfordernis eines multidisziplinären Ansatzes und die Entwicklung von Standards wurde auch von Seiten der Krankenkasse und des Gesundheitsamtes aufmerksam gemacht. In den Foren wurden einzelne Projekte vorgestellt, die sich der Verbesserung der Nachsorge, der flächendeckenden ambulanten Kinderkrankenpflege und der Nutzung des Internets als Kommunikationsmedium widmen.

Parallel fand ein Markt der Möglichkeiten statt, auf dem die Einrichtungen sich und ihre Arbeit vorstellen konnten. Beteiligt waren Kinderhospize, Ambulante Pflegedienste, Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen, eine Kranken- und Pflegekasse sowie ein Rehabilitationszentrum. Die Veranstaltung bot dem Publikum aus rund hundert Fachkräften und Betroffenen die Möglichkeit, sich zu informieren und auszutauschen: sowohl in den Workshops, bei der Informationsbörse als auch im Abschlussgespräch. (Tania Schmidt)

Welche Erfahrungen mit präventiven Strategien wurden europaweit im Bereich Essstörungen gesammelt? Welche neuen Kampagnen gibt es? Wie muss die Arbeit mit Jugendlichen angelegt sein, um gesundheitsfördernd zu wirken? Mit diesen Fragen befasste sich das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanzierte europäische Symposium des Frauengesundheitsnetzwerkes EWHNET (European Women's Health Network) zu Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen am 14.6.2002 in Kassel.

Ein Überblick über die bisherigen Präventionsstrategien im Bereich Essstörungen stellte fest, dass die Versuche, über die Identifizierung von Risikofaktoren Essstörungen vorherzusagen und durch sogenannte Screenings schon früh auf gefährdete Personen aufmerksam zu werden, als gescheitert anzusehen sind. Ein weiterer Ansatz setzt darauf, durch gezielte Informationen Mädchen vor Essstörungen zu bewahren. Dabei werden Charakteristika und Konsequenzen von Essstörungen sowie Informationen über Behandlungsmöglichkeiten vermittelt. Auch diese Strategie ist, wie Untersuchungen zeigen, nicht erfolgreich. Es entsteht die Paradoxie, dass durch diese Aufklärungsarbeit die Problematik zum Teil noch verschlimmert wird.

Aus Großbritannien wurden eine ganze Reihe von strukturellen Maßnahmen berichtet, die den Zeitgeist verändern sollen: neben einem Gütesiegel für Kleidung, das nur nicht-anorektische Models erlaubt, ist besonders die Arbeit mit Designstudierenden zukunftsweisend. Wenn die DesignerInnen von morgen sich des Problems annehmen, dann besteht eine Chance, dass verschiedene Körpermaße glamourisiert werden, nicht nur die ganz dünne Körperform. Die Verknüpfung der Arbeit im Bereich Sucht und Essstörungen mit einer Lebensweltorientierung sowie die Stärkung des Selbstbewusstseins wurden immer wieder als zentral betont.

Das Frauengesundheitszentrum (FGZ) Graz hält mit ihrem Modellprojekt 'Fett und fit' das einzige Programm für übergewichtige Frauen in Österreich vor, das keine Diäten propagiert. Soziale Unterstützung ist ein wesentliches Element in diesem Projekt, stabilisiert die Teilnehmenden und unterstützt die Gesundheit.

Kontakt: EWHNET, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (s. Impressum),
Email: LV-Gesundheit.Nds@t-online.de

Parallel fand am 14.6.2002 in Kooperation mit dem Symposium der Kongress des Bundesfachverbandes für Essstörungen (BFE) statt. Welche Anforderungen müssen an die psychosoziale Versorgung von Essgestörten gestellt werden? Welche Qualitätskriterien sind wichtig? Welche neuen Behandlungsansätze sind entwickelt worden? Mit diesen Fragen beschäftigte sich der erste große Fachkongress des Bundesverbandes für Essstörungen (BFE) am 13. und 14.6.2002 in Kassel, der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mitfinanziert wurde. Von Bulimie und Anorexie sind zu ca. 95 % Frauen betroffen. Die Prävalenz dieser beiden Krankheitsbilder liegt in der Altersgruppe von 14–35 Jahren bei ca. 5 %. Von dem gesellschaftlichen Schönheitsideal, dem Schlankeitswahn, sind neben den Frauen mit klassischen Essstörungen auch adipöse Frauen, Kinder und Jugendliche betroffen. Sie erleben Abwertung, Stigmatisierung, Ausgrenzung und soziale Ächtung, die zu erheblichen psychosozialen Problemen beitragen können. Das Internet hat sich als ein viel genutztes Medium herausgestellt, da es die Anonymität wahrt und als sehr niedrigschwellig anzusiedeln ist. Damit können Essstörungen früher erkannt werden, adäquate Hilfsangebote kontaktiert werden und Krankheitsverläufe verkürzt werden.

Diagnostik und Therapie von Essstörungen unter traumarelevanten Gesichtspunkten war ein weiteres wichtiges Thema. Viele psychische und psychosomatische Erkrankungen seien durch Traumatisierungen im Lebenslauf (mit-)verursacht. Daraus entstünde die Notwendigkeit, Therapieformen anzuwenden, die angemessen auf den heutigen Stand des Wissens über posttraumatische Störungen aufbauen.

Im Abschlussplenum wurde auf die Wichtigkeit von speziell auf die Symptomatik der Essstörungen zugeschnittenen Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen hingewiesen. Es wurde zudem die Einrichtung eines runden Tisches zur Prävention von Essstörungen nach spanischem Vorbild gefordert. In unserem europäischen Nachbarland gibt es einen runden Tisch, der sich aus 88 RepräsentantInnen verschiedener Institutionen und Sektionen zusammensetzt.

Kontakt: Bundesfachverband Essstörungen, (BFE e.V.),
Goethestraße 31, 34119 Kassel,
Email: BFE-Esstörungen@gmx.de, www.bundesfachverbandessstörungen.de

An der Diskussionsveranstaltung am 19.8.2002 in der Ärztekammer Niedersachsen nahmen Bundesbildungsministerin Edelgard Bulmahn, Eva-Maria Stange (Bundesvorsitzende Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft), Gerda Holz (Stellvertr. Direktorin des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M. (ISS)) und Dr. Antje Richter (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.) teil. Initiatoren der Podiumsdiskussion waren die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., die Landesarmutskonferenz Niedersachsen, der Arbeitskreis Armut und Gesundheit und die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen.

Die von Thomas Altgeld moderierte Veranstaltung bot eine offene und bis zur letzten Minute spannende Diskussion über das durch PISA bestätigte unterdurchschnittliche Abschneiden deutscher SchülerInnen. Im Zentrum der Kritik stand vor allem die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen unterer sozialer Lagen im deutschen Schulsystem und ihre übermäßige Selektion in unteren Schulstufen. Von der Politik wurden klare Signale gefordert, dass Innovationen erwünscht sind und auch die dazu notwendigen Mittel bereit gestellt werden.

Von der LehrerInnenseite forderte man die Bereitschaft, sich diesen Innovationen zu öffnen und bereits bestehende Möglichkeiten engagierter zu nutzen. Neben einer mehr praxisorientierten LehrerInnenausbildung und mehr Ganztagschulen wurde die finanziell ausreichend gesicherte Ausstattung von Kindertageseinrichtungen, die Einbindung der Gesundheitsförderung in neue pädagogische Konzepte und die enge curriculare Verknüpfung von Kindergärten und Grundschulen als eine der unabdingbaren Voraussetzungen für eine neue Lehr- und Lernkultur bezeichnet. (ar)

Welche Beratungsstruktur benötigen allein erziehende Mütter in einem Brennpunktstadtteil?

In unserer Gesellschaft sind allein erziehende Mütter einer hohen Belastung durch die Bewältigung vieler unterschiedlicher Aufgaben ausgesetzt. Neben der Betreuung und Erziehung der Kinder sind sie für die Erledigung der Aufgaben im Haushalt, sowie für den Erwerb des Lebensunterhalts zuständig.

Um Informationen darüber zu gewinnen, welche Form der Beratung und Unterstützung nötig sind um allein erziehende Mütter bestmöglichst zu unterstützen und somit ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen, wurden im Rahmen einer Magisterarbeit Interviews mit allein erziehenden Müttern und professionellen ExpertInnen geführt, die Frauen beraten. Die Untersuchung wurde im Brennpunktstadtteil Hannover-Vahrenheide durchgeführt, in dem viele sozial schwache Menschen leben und der über eine großen Zahl an Beratungsstellen und sozialen Angeboten für seine BewohnerInnen verfügt. Die Einrichtungen im Stadtteil sind alle miteinander vernetzt und arbeiten themenbezogen in Arbeitskreisen zusammen. Die allein Erziehenden machen in allen Einrichtungen einen Großteil der Nutzerinnen aus.

Ergebnisse der Interviews

1. Die befragten allein erziehenden Mütter haben mit einer Ausnahme kaum soziale Kontakte und nutzen die Beratungsstrukturen im Stadtteil wenig. Themen, die sich direkt mit der Gesundheit der Frauen befassen, sind eher selten.
2. Der persönliche Kontakt zu den MitarbeiterInnen einer Einrichtung ist die ausschlaggebende Voraussetzung dafür, dass die Frauen sich an eine Einrichtung wenden. Haben die Frauen eine Vertrauensperson gefunden, wenden sie sich weiter an diese Person, ungeachtet der Möglichkeit, woanders adäquatere Hilfe bekommen zu können.
3. Die Frauen selber sehen den größten Nutzen für ihre Situation in dem Ausbau von flexiblen Betreuungseinrichtungen (Hort, Kindergarten), Arbeitsstellen und einer Einrichtung, die speziell für die Zielgruppe von allein Erziehenden ausgerichtet ist. Von einer solchen Einrichtung versprechen sich die Frauen Hilfe, Beratung und soziale Kontakte.
4. Aus Sicht der ExpertInnen ist die größte Verbesserung für die Gesundheit der Frauen in einem Ausbau der medizinischen Versorgung im Stadtteil, einer Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen sozialen Einrichtungen sowie im Ausbau von niedrigschwelligen Angeboten im Stadtteil zu sehen.

Verbesserungsvorschläge für die Beratungsstruktur

- Einrichtungen einer Selbsthilfegruppe für allein erziehende Mütter in Stadtteil.
- Erweiterung von Angeboten speziell für die Zielgruppe der allein erziehenden Mütter.
- Einrichtung einer Anlaufstelle speziell für die Zielgruppe der allein erziehenden Mütter.
- Ausbau von aufsuchender Sozialarbeit für bedürftige Frauen.
- Ausbau von Zugangswegen für die Frauen, die von sich aus keine Hilfeeinrichtungen aufsuchen.
- Verbesserung des bestehenden Netzwerkes zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die sich speziell mit den Anliegen der allein Erziehenden beschäftigt ist erforderlich, um die Vernetzung für diese Frauen zu verbessern.
- Ausbau der Möglichkeiten, die Frauen in der Wahrnehmung und Pflege ihrer Gesundheit zu unterstützen.
- Ausrichtung aller Projekte auf mehrere Jahre. Das benötigte Vertrauensverhältnis zwischen Frauen und BeraterInnen kann sonst nicht entstehen.
- Die Einrichtung einer gynäkologische Praxis im Stadtteil.
- Die Einrichtung einer Hebammenpraxis im Stadtteil.
- Eine Erhöhung der Zahl an Kinderbetreuungsplätzen im Stadtteil.

Auf Grund der finanziellen Lage der Kommune wird es nicht möglich sein, die meisten der vorgeschlagenen Punkte umzusetzen. Daher ist es besonders wichtig, die vorhandenen Ressourcen optimal auf die Zielgruppe der allein Erziehenden auszurichten. Die Einrichtung einer einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppe die sich in erster Linie mit der Situation der allein Erziehenden auseinandersetzt, als auch ein größeres Angebot welches speziell auf diese Frauen ausgerichtet ist, sind hier als wichtigste Bestandteile zu nennen.

Die Magisterarbeit wurde im Rahmen des nach § 65 b SGB V geförderten Modellvorhabens »Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen«, angesiedelt bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., erstellt.

Katharina Hespe-Jungesblut, Vreesweg 11, 30539 Hannover

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: 3 50 55 95,

e-mail: LV-Gesundheit.Nds@T-online.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion:

Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein,
Iris Bunzendahl, Karin Lotz, Angelika Maasberg,
Dr. Antje Richter, Ute Sonntag

Beiträge:

Dr. Winfried Beck,
Dr. Maria Beckermann, Dr. Dorothea Bronner,
Dr. Gabriele du Bois, Katharina Hespe-Jungesblut,
Helmut Hildebrandt, Thomas Isenberg, Christoph
Kranich, Veronika E. Müller, Sonja Papenfuß,
Dr. Ursula Sottong, Dr. Angela Spelsberg, Dr. Sigrid
Stöckel, Dr. Thilo Weichert

Sekretariat: Andrea Pachali

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 37: 8.11.2002

Gefördert durch das Niedersächsische
Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales;

Auflage: 5.000

Gestaltung: Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

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

Der vierte Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation beschäftigt sich mit der Situation Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Der in sechs Kapitel untergliederte Band gibt zunächst eine allgemeine Einführung und setzt sich anschließend mit Forschungsaktivitäten zum Thema Hochaltrigkeit und Demenz auseinander. Im dritten Kapitel werden Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters diskutiert. Dabei werden verfügbare autonome Fähigkeiten und Strategien zur Bewältigung von kritischen Lebenssituationen herausgestellt, über die Hochaltrige selber verfügen. Das vierte Kapitel gibt einen Überblick über heteronome Bewältigungsstrategien und -potenziale, wobei auch auf Aspekte der Kooperation, Integration und Vernetzung eingegangen wird. Das fünfte Kapitel befasst sich mit rechtlichen Rahmenbedingungen. Wichtige neue Gesetze wie das SGB IX und das SGB XI finden hier bereits Berücksichtigung. Abschließend werden im sechsten Kapitel ethische Aspekte der Hochaltrigkeit diskutiert. Der Bericht liefert damit eine umfassende Analyse der Lebensbedingungen und Bedürfnisse Hochaltriger und Demenzerkrankter in Deutschland und überzeugt gerade durch seine interdisziplinäre Herangehensweise an das Thema. (ib)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin, 2002, kostenloser Bezug: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, Tel. (01 80) 5 3 29 3 29, E-Mail: broschuerenstelle@bmfjsfj.de, www.bmfjsfj.de

Aufgegabelt

Welche unterschiedlichen Formen der Öffentlichkeitsarbeit zu Essstörungen gibt es? Welche Strategien haben sich als besonders erfolgreich herausgestellt? Wo sind die Tücken und Fallstricke? Welche unterschiedlichen Zielgruppen kann Öffentlichkeitsarbeit zu Essstörungen haben? Die Broschüre führt in die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Essstörungen ein und enthält zudem höchst hilfreiche Hinweise allgemeiner Art zu Öffentlichkeitsarbeit. (us)

Frauengesundheitszentrum Graz (Hrsg.): Aufgegabelt. Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit zu Essstörungen. Ein Leitfaden für Fachleute, zu beziehen über FGZ Graz, Brockmannngasse 48, A-8010 Graz, Österreich, Tel: 00 43 (0) 316-8379 98, Email: frauen.gesundheit@fgz.co.at, 2,00 Euro, mit Postversand 3,50 Euro.

Hundert Jahre Prävention

Die historische Analyse der Prävention von Kaiserreich und Weimarer Republik über den Nationalsozialismus bis zur heutigen Zeit macht den Kontext des Phänomens Prävention und dessen gesellschaftliche Funktionen deutlich. Der vorliegende Reader basiert auf einem interdisziplinärem Symposium, auf dem sich MedizinhistorikerInnen, Public Health WissenschaftlerInnen und ExpertInnen aus der Versorgungspraxis mit Präventionskonzepten und deren Umsetzung mittels Versorgungsstrukturen befassten. Die zukünftigen Herausforderungen, die sich für die Prävention stellen, und deren Konsequenzen für die (Gesundheits-) Politik schließen die Betrachtungen ab. (us)

Sigrid Stöckel, Ulla Walter (Hrsg.), Prävention im 20. Jahrhundert, Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Juventa Verlag, Weinheim und München, 2002, 304 Seiten, ISBN 3-7799-1564-2, 24,00 Euro.

Geschlechtsspezifische Ansätze der Gesundheitspolitik in NRW – Eine Arbeitshilfe

Diese Arbeits- und Planungshilfe stellt auf 53 Seiten wichtige Grundlagen und Materialien für die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Gesundheitspolitik zusammen. Neben einer Darstellung von Daten und Fakten enthält sie eine Adress- und eine Literaturliste sowie eine Übersicht interessanter Links im Internet. Die vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd), dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW sowie der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW gemeinsam erstellte Arbeitshilfe richtet sich vornehmlich an die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Gleichstellungsstellen in NRW. Darüber hinaus bietet sie allen interessierten Fachkräften Argumente und Materialien für die stärkere Einbeziehung geschlechterdifferenzierter Aspekte in die Gesundheitsplanung und -versorgung. (us)

Zu beziehen über: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Gudula Ward, Wolfgang Werse, Westerfeldstr. 35-37, 33611 Bielefeld, Tel: (0521) 80 07-2 69 oder -2 34

Das Referat für Frauen und Gleichstellung der Landeshauptstadt Hannover hat zwei Broschüren veröffentlicht. Unter dem Titel ›Frauen – Körper und Krankheiten‹ werden Themen wie z.B. Unterleibserkrankungen, Wechseljahre, Sucht, Depressionen aus feministischer Sicht samt einer umfangreichen Literaturliste dargestellt.

Die Broschüre will die Leserin unterstützen, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Die zweite Broschüre ›Frauen- und Mädchengesundheit – Beratungsstellen‹, die gemeinsam mit dem Fachbereich Gesundheit der Region Hannover herausgegeben wurde, enthält eine Kurzbeschreibung von Beratungseinrichtungen in Hannover und ist als Hilfe für Bürgerinnen gedacht, die jeweils ›richtige‹ Beratungsstelle für sich auszuwählen. (us)

Zu beziehen über: Referat für Frauen und Gleichstellung der Landeshauptstadt Hannover, Friedrichswall 15, 30159 Hannover.

Gentechnik und Krankenversicherung

Der AOK-Bundesverband hat bei den AutorInnen aus Hamburg eine Expertise mit der Fragestellung in Auftrag gegeben, welche Auswirkungen die medizinischen Fortschritte durch Gentechnikanwendungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung haben werden. Die Studie stellt die drei Anwendungskontexte genetischer Techniken in der Medizin dar: Genomanalyse und Gendiagnostik, Gentherapie sowie Medikamente und Pharmakogenetik. Wie sich bereits heute das Themenfeld Gentechnik und Krankenversicherung darstellt, wird anhand mehrerer faktischer Gegebenheiten dargestellt. Unter dem Stichwort ›Interventionsstrategien‹ werden Restriktionen der Steuerung, Technikbewertung und Handlungsspielräume diskutiert.

Neben einem sehr ausführlichen Literaturverzeichnis ist der Expertise auch ein Glossar sowie eine Auswahl an Fachzeitschriften, Institutionen und Internetpublikationen angefügt. Der Band wird mit einer kleinen Linkliste zum Thema Gentechnik/DNA-Chiptechnologie abgerundet. (bb)

Günter Feuerstein, Regine Kollek, Thomas Uhlemann, Gentechnik und Krankenversicherung, Neue Leistungsangebote im Gesundheitssystem, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002, 245 Seiten, ISBN 3-7890-7715-1, 49,00 Euro

Das Handbuch liefert im ersten Teil – Theorie des ›Wellensalats‹ genannt – Aufklärung für Elektrosensible und gibt im zweiten Teil mit dem Titel Praxis des ›Wellensalats‹ viele Tips zur Selbsthilfe für Betroffene. Dabei werden von Abschirmmaßnahmen gegen Funksmog über baubiologische Messungen bis hin zur Urintherapie die verschiedensten schadstoffausleitenden oder abwehrsystemstärkenden Methoden beschrieben. Abgesehen von der ideologisch angehauchten Sprachverwendung, die doch an vielen Stellen amateurhaft und manchmal sehr störend wirkt, bietet das Buch viele nützliche Informationen und lässt durch weitere Literaturhinweise die Möglichkeit offen, sich weitergehend zu informieren. (ar)

Silvio Hellemann, *Ständig unter Strom, Intern(a)ktuell, Bonn, 2002, 196 Seiten, ISBN 3-934662-43-9, 20,35 Euro*

Kommunale Gesundheitspolitik

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird von Politik und Wissenschaft seit einigen Jahren die Rolle eines modernen Koordinations-, Planungs- und Informationszentrum zugeschrieben. Ausgehend von einem organisationstheoretischen Ansatz untersucht Petra Müller am empirischen Beispiel Berlins, ob und unter welchen organisationsinternen Voraussetzungen der ÖGD an der Schnittstelle von kommunalem Gesundheitssystem und öffentlicher Verwaltung in der Lage ist, die damit verbundenen Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung zu erfüllen.

Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass der ÖGD als spezialisierte Fachbehörde bislang nicht auf diese neuen Aufgaben eingerichtet ist. Sie stellt fest, dass Gesetzesänderungen und strukturelle Veränderungen für eine Weiterentwicklung des ÖGD nicht ausreichen, sondern diese verbunden werden müssen mit Kompetenzinventar, Ressourcen und politischer Unterstützung. Das Buch verdeutlicht die Voraussetzungen für das Gelingen einer gesundheitspolitischen Neuorientierung des ÖGD und leitet Schlussfolgerungen für weitere Reformen des ÖGD und der Gesundheitspolitik ab. (ib)

Petra Müller, *Kommunale Gesundheitspolitik, Koordinieren statt verwalten, Aufgaben- und Organisationsentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Berlins, Verlag Hans Jacobs, Lage, 2002, 298 Seiten, ISBN 3-932136-87-X, 24,90 Euro*

Wer von ›Disease-Management-Programmen‹ redet, sollte zunächst begrifflich das Instrument ›Managed Care‹ (MC) kennen lernen. Unter den bisher vielen Veröffentlichungen bleibt dem Leser/der Leserin jedoch verborgen, woher die AutorInnen ihre Detailinformationen hierzu gewonnen haben. Das an der Fachhochschule Osnabrück entstandene Buch nennt hierzu Ross und Reiter: der Publikation gingen mehrmonatige Recherchen in den Vereinigten Staaten bei einer HMO-Organisation voraus.

Und hier liegt auch schon die Schwierigkeit, ein leichtlesbares Buch zu schreiben. Wer sich ernsthaft mit dem Phänomen von ›Mehr Managed Care‹ im deutschen Gesundheitswesen beschäftigen möchte, muss angestrengt das auch in den USA sehr komplizierte gesundheitliche Vertragssystem nachvollziehen. Wer diese Herausforderung genommen hat, wird dann auch im zweiten Teil des Buches leichter nachvollziehen, warum ›Managed Care‹ in Deutschland eben nicht auf die Schnelle übertragbar ist.

Vielleicht hat der amerikanischen Wirtschaftsprofessors John Kenneth Galbraith Recht, dessen Aussage dem Buch vorangestellt worden ist: ›Die Deutschen neigen in ihrer grenzenlosen Bewunderung der USA dazu, die Vorzüge ihrer sozialen Marktwirtschaft herunterzuspielen. Doch sie sollten sich davor hüten, blindlings alles zu kopieren, was aus Amerika kommt.‹ (bb)

Manfred Haubrock et al., *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen, 2000, 176 Seiten, ISBN 3-456-83312-1, 22,95 Euro*

Erkennen und Vermeiden von Gender Bias

Mit dem aus dem Kanadischen übersetzten Handbuch ›Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung‹ hat das Berliner Zentrum für Public Health ein praxisnahes Instrument vorgelegt, das schult, die verschiedenen Arten von Gender Bias zu erkennen, zu bearbeiten und zu vermeiden.

Ursprünglich von Prof. Margrit Eichler für das kanadische Gesundheitsministerium konzipiert, hat das Projekt ›Gender Bias – Gender Research‹ die Gelegenheit zur Übertragung ins Deutsche genutzt. Das Handbuch ist für Personen gedacht, die selbst for-

schen, Forschungsergebnisse verwenden oder Forschung evaluieren, die Ausschreibungen für Forschungsvorhaben vorbereiten, Forschungsanträge begutachten oder Mitglieder in Ethikkommissionen und GutachterInnengremien sind.

Das Handbuch konzentriert sich auf die drei wesentlichen Problemfelder des Gender Bias: den Androzentrismus, die Geschlechtsinsensibilität und die doppelten Bewertungsmaßstäbe. Diese werden ausführlich beschrieben und mit Beispielen illustriert. Eine Reihe von Komponenten des qualitativen und quantitativen Forschungsprozesses werden im zweiten Teil beschrieben und Fragen entwickelt, die helfen, dem Gender Bias auf die Spur zu kommen. (us)

Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung (Judith Fuchs, Kris Maschewsky, Ulrike Maschewsky-Schneider) eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs, erarbeitet von Margrit Eichler et al., Berliner Zentrum für Public Health, Mai 2002, Blaue Reihe 2002-04, 79 Seiten, ISSN 0949 0752, 3,07 Euro, auch unter www.ifg-gs.tu-berlin.de/handbuchGBA.pdf

Health Sponsoring

Was ist der Unterschied zwischen Spenden und Sponsoring? Und ist es angemessen, über seine guten Taten zu reden? Die Stiftung Immunität und Umwelt hat sich bei ihrem Symposium 2000 intensiv mit dem Themenbereich ›Healthcare Worldwide‹ beschäftigt. Bei knapper werdenden staatlichen Zuwendungen muss besonders im Gesundheitswesen der so genannten Dritten Welt nach Lösungen gesucht werden, die in ›Public Private Partnership‹ münden können. Das große Interesse in Deutschland an Stiftungsgründungen kann diesem Anliegen entgegenkommen.

Die einzelnen Beiträge lassen Nachdenklichkeit aufkommen. Nach den Schilderungen der gesundheitlichen Fragestellungen in der Welt kann für unsere deutschen Zukunftsdebatten nur gelten: Jammern auf hohem Niveau. Sehr interessant sind bei der Tagungsdokumentation die ausführlich abgedruckten Redebeiträge von Plenum und ReferentInnen. (bb)

Fritz H. Kemper (Hrsg.), *Health Sponsoring, Reihe Immunity and Environment – Vol. 12/2001, Urban und Fischer, München, Jena, 2001, 128 Seiten, ISBN 3-437-22006-3, 24,95 Euro*

Koronare Herzkrankheiten sind europaweit eine wichtige Todesursache bei Frauen über 65 Jahren. Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand in der Schweiz zu diesem oft unterschätzten Thema. Neben den Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Dyslipidämie, Bewegungsmangel und Diabetes mellitus werden regionale und soziale Unterschiede im Auftreten der Erkrankung beleuchtet. Maßnahmen zur Verhütung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen sind beschrieben. Besonders interessant sind die Unterschiede in Diagnostik und Behandlung des Herzinfarktes zwischen Frauen und Männern, die anhand von internationaler und schweizerischer Literatur dargestellt werden. (us)

Brigitte Bisig, Felix Gutzwiller (Hrsg.), Frau und Herz, Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, 267 Seiten, ISBN 3-456-83686-4, 29,95 Euro.

Laborwerte verständlich gemacht

Besonders Laborwerte verunsichern PatientInnen nach einem Besuch in der Arztpraxis. Was sagen sie tatsächlich aus, was bedeutet T4 und T5? Der in der 3. Auflage vorliegende Ratgeber klärt über die einzelnen Informationsquellen Blut und Harn auf und geht auf die verschiedenen Laborwerte zur Feststellung von Stoffwechselerkrankungen bzw. Organ- und Systemerkrankungen ein. Für die einzelnen Normalwerte werden Erklärungen bei zu hohen und zu niedrigen Werten gegeben. Exemplarisch gibt es Infoboxen für zentrale Themen, ergänzt um Abbildungen. Erläuterungen zu weiteren Körperwerten runden die Zusammenstellung ab.

Erfreulich an diesem Ratgeber ist, dass er gleich zu anfangs auflistet, was den Laborwert beeinflussen kann. Dem Umstand, dass hierbei das Geschlecht eine sehr wichtige Rolle spielt, wird dadurch Rechnung getragen, dass bei vielen im Buch angegebenen Parametern auch immer ein Normalwert (Referenzwert) getrennt für Männer und Frauen aufgeführt wird. (bb)

Dr. med. Katharina Müller, Dr. med. Sönke Müller, Laborwerte verständlich gemacht, TRIAS Medizinverlag, Stuttgart, 2002, 144 Seiten, ISBN 3-8304-3028-0, 14,96 Euro

Eine erfolgreiche ärztliche Praxis kommt in der Zukunft an qualitätssichernden Maßnahmen nicht mehr vorbei. Wie diese in der Praxis vor Ort umgesetzt werden können, wird von Ingeborg Freudenthaler anhand des aus der Industrie bekannten Qualitätsmanagements erklärt. Im Mittelpunkt steht dabei immer: PatientInnen sind zu allererst KundInnen. Und diese wollen zufrieden mit ihren ÄrztInnen sein.

Um den beschwerlichen Weg des Aufbaues eines Qualitätsmanagements in der ärztlichen Praxis zu erleichtern, werden die einzelnen Schritte genau erläutert. Gelingen ist dabei, dass dies immer unter dem Blickwinkel der spezifischen Anforderungen einer niedergelassenen Praxis geschieht. Mit Hilfe von 45 Abbildungen bzw. Arbeitsblättern können ÄrztInnen und MitarbeiterInnen Themenkomplexe wie ›Leitbild‹, ›Stellenbeschreibung‹, ›MitarbeiterInnenbefragung‹ oder ›Verfahrensweisung bei NeupatientInnen‹ für ihre eigene Situation überprüfen.

Im Anhang des als Leitfaden konzipierten Buches befindet sich das Muster für ein Qualitätsmanagementhandbuch. In knapper Form befindet sich darin ein modernes Selbstbild einer ärztlichen Praxis, wie es mit ihren ÄrztInnen zufriedene PatientInnen erwarten. (bb)

Ingeborg Freudenthaler, Der zufriedene Patient, Qualitäts- und Praxismanagement für den Arzt, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2002, 137 Seiten, ISBN 3-540-42909-3, 39,95 Euro

Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin

Das Robert Koch Institut hat im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu alternativen Methoden in der Medizin publiziert. Darin finden sich Angaben über Kosten und Ausgaben, über die Anbieter. Aus Bevölkerungsumfragen wird über die Inanspruchnahme berichtet. Modellvorhaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden vorgestellt. Motive der Inanspruchnahme runden das Heft ab. (us)

Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 9, bearbeitet von Gerd Marstedt und Susanne Moebus, Robert Koch Institut, 2002, 31 Seiten, ISBN 3-89606-130-5, Preis auf Anfrage

Mit diesem Lehrbuch liegt eine systematische Aufarbeitung und Darstellung des aktuellen Erkenntnisstandes klinisch-psychologischer Forschung über Frauen vor, der kritisch aus frauenspezifischer Sicht beleuchtet wird. Entlang des Diagnose-Klassifikationsschemas DSM werden psychische und psychosomatische Störungen beleuchtet. Ressourcen, Belastungen und Vulnerabilitäten im weiblichen Lebenslauf sowie Aspekte der psychosozialen Versorgung bilden eigene Kapitel. (us)

Alexa Franke, Annette Kämmerer (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau, ein Lehrbuch, Hogrefe, Göttingen, 2001, 778 Seiten, ISBN 3-8017-1333-4, 49,95 Euro

Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst?

Ausgabensteuerung und aktive Mitarbeit der PatientInnen bleibt die Dauerforderung im deutschen Gesundheitswesen. Doch wie sieht es im drittgrößten Leistungssektor der Gesetzlichen Krankenversicherung damit aus? Umfragen haben ergeben, dass rund 38% der Bevölkerung (einschließlich der Selbstmedikation) täglich oder fast täglich Medikamente einnimmt. Und doch ist die Qualität der Arzneimittelversorgung in weiten Teilen unzureichend.

Andrea Kiewel geht in ihrer Dissertation der Frage nach, ob die Rationierungsdiskussion im Arzneimittelbereich nicht durch innovative Ansätze gestoppt werden kann: durch ein verbessertes Qualitätsmanagement bei der Anwendung von Medikamenten und den Einbezug der Versicherten und PatientInnen. So halten sich rund 50% aller PatientInnen nicht an ärztliche Anweisungen und wo nichtmedikamentöse präventive Maßnahmen zu vergleichbaren Ergebnissen führen, werden weiterhin Medikamente verschrieben. Die Überlegungen fordern Änderungen auf beiden Seiten des Beratungstisches. PatientInnen müssen akzeptieren, dass nicht jeder Besuch in der Praxis mit einem Rezept ›belohnt‹ wird. Ärztinnen müssen in ihren PatientInnen Co-ProduzentInnen sehen, die durch ihr Mitwirken Einfluss auf die Therapie haben. Über allem steht jedoch die Forderung, dass umfassende Informationen für alle Beteiligten bereitgestellt werden müssen. (bb)

Angelika Kiewel, Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst? Neue Wege der Patientenbeteiligung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Juventa Verlag, Weinheim/München, 2002, 224 Seiten, ISBN 3-7799-1196-5, 25,00 Euro

HON Code of Conduct (HONcode) – Qualitätszeichen für medizinische Webseiten im Gesundheitsbereich

Die Zahl an Informationsseiten zu Gesundheitsthemen im Internet wächst unaufhörlich. Verständlich deshalb der Wunsch, dass verlässliche Informationen durch einheitliche Qualitätsrichtlinien identifiziert werden können. Seit 1996 gibt es mit der schweizerischen Health on the Net Foundation (HON) ein »not-for-profit portal«, das BetreiberInnen von Gesundheitsseiten im Internet zu grundsätzlichen ethischen Standards bei der Veröffentlichung anhält und den NutzerInnen der Internetseiten dabei hilft, jederzeit über die Quellen und den Zweck der bereitgestellten Daten informiert zu sein. Der HONcode liegt mittlerweile in 19 Sprachen vor.

Prinzipien des HONcode für die BetreiberInnen einer Website

1. Alle medizinischen und gesundheitsbezogenen Ratschläge, die auf dieser Website erteilt werden, werden nur von medizinisch/gesundheitswissenschaftlich geschulten und qualifizierten Fachleuten gegeben; andere Information wird eindeutig als nicht von Fachleuten bzw. medizinischen Organisationen stammend gekennzeichnet.
2. Die Information auf der Website ist so angelegt, dass sie die existierende Arzt-PatientInnen-Beziehung unterstützt und keinesfalls ersetzt.
3. Diese Website respektiert die Vertraulichkeit von Daten, die sich auf individuelle PatientInnen und BesucherInnen von medizinisch/gesundheitsbezogenen Websites beziehen, einschließlich ihrer Identität. Die Website-Betreiber verpflichten sich, die juristischen Mindestanforderungen, die für medizinische/gesundheitsbezogenen Daten im jeweiligen Land/Staat der Website und ihrer Mirrorsites existieren, einzuhalten oder zu übertreffen.
4. Wo immer möglich und sinnvoll, werden alle Informationen auf der Website mit Referenzen auf die Quelle oder mit entsprechenden HTML-Links versehen. Auf Seiten mit klinischen Informationen wird das Datum, an dem die Seite das letzte mal geändert wurde, klar angezeigt (z. B. am Fuß der Seite).
5. Alle Angaben bezüglich des Nutzens/der Wirksamkeit einer bestimmten Therapie, eines kommerziellen Produkts oder Dienstes werden durch geeignete, ausgewogene wissenschaftliche Beweise unterstützt (vgl. Prinzip 4).
6. Die Gestalter der Informationen auf der Website bieten Informationen so klar wie möglich dar und geben Kontaktadressen für Benutzer mit Fragen nach weiteren Informationen oder Hilfestellung an. Der Webmaster gibt seine/ihre Email-Adresse auf der gesamten Website an.
7. Sponsoren und Unterstützer der Website werden klar genannt, einschließlich kommerzielle und nicht-kommerzielle Organisationen, die finanzielle Mittel, Dienstleistungen oder Material für die Website zur Verfügung gestellt haben.
8. Sofern Werbung eine Einnahmenquelle ist, wird auf diese Tatsache klar hingewiesen. Eine kurze Darstellung der Werberichtlinien der Websitebetreiber findet sich auf der Site. Werbung und anderes der Verkaufsförderung dienendes Material wird Benutzern in einer Art und in einem Kontext dargeboten, der eine klare Trennung zwischen Werbung und originalem Inhalt, der von der Website-betreibenden Institution hergestellt wurde, ermöglicht. *Übersetzung der Prinzipien des HONcode von Dr. med. Gunther Eysenbach, Leiter der Arbeitsgruppe Cybermedizin, Abteilung Klinische Sozialmedizin, Universität Heidelberg*

HONcode Site-Checker

Um als NutzerIn die Qualität einer Internetseite zu medizinischen und gesundheitlichen Themen einschätzen zu können, hat HON einen kleinen Fragebogen entwickelt. Mit ihm kann geklärt werden,

ob die Internetseite die Prinzipien des HONcode einhält. Gibt die Seite klar darüber Auskunft über

- den fachlichen Hintergrund des Autors/der Autorin?
- das Datum der letzten Aktualisierung der Seiten?
- eigene Vorgaben zur Glaubwürdigkeit der Daten?
- Quellenangaben?
- die Offenlegung von Sponsoren und Werbepartnern?

Die insgesamt acht Fragen geben abschließend strukturiert in Form einer Checkliste das Ergebnis wieder.

Bewerbung um eine Mitgliedschaft bei HONcode

Jeder Betreiber/jede Betreiberin einer Internetseite mit medizinischen Inhalt kann sich bei HON um das kostenlose Gütesiegel bewerben. Hierfür muss man den »HONcode Fragebogen« beantworten und die oben genannten Prinzipien zukünftig gegen sich gelten lassen. Nur wenn die HON-Stiftung die geforderten Standards bei der beworbenen Seite als erfüllt ansieht, wird die Internetseite registriert und darf dann das HON-code-Logo führen. Unter www.hon.ch finden sich alle weiteren Einzelheiten. (bb)



Beispiele für registrierte HON-Mitglieder

www.therapie.net

Im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat die Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) Hannover das therapie.net erstellt. Die im therapie.net enthaltenen Informationen sollen PatientInnen bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme oder ein Verfahren unterstützen.

www.meb.uni-bonn.de/cancernet/cancernet.html

Die Universitätsklinik Bonn bietet für 44 Krebserkrankungen sogenannte »PDQ Behandlungsinformationen an«. Die PDQ (Physicians Data Query) Datenbank enthält aktuelle Informationen über Krebs, seine Vorbeugung, den Nachweis von Krebs, Genetische Informationen, die Behandlung, unterstützende Maßnahmen und alternative Therapiemöglichkeiten. Sie ist das umfassende Informationssystem des National Cancer Institute's der USA (NCI) über Krebs.

www.alzheimer.ca

Zweisprachige Internetseite der Alzheimer Society of Canada – Société Alzheimer du Canada

www.sans-douleur.ch

Französischsprachige Internetseite der Association Internationale Ensemble Contre la Douleur



Veranstaltungen der LVG

Kinder und Geld

Praxiswerkstatt am 29. Oktober 2002, Hannover

Nie zuvor gab es soviel Geld in Kinderhänden wie heute. Gleichzeitig nimmt die Verschuldung von Jugendlichen zu und die Zahl sozialhilfeabhängiger Kinder und Jugendlicher liegt seit Jahren unverändert hoch. Zunehmende Verarmung wirkt sich u.a. auch auf Gesundheitschancen, -zustand und -verhalten aus. Viele Professionelle erleben diese Zusammenhänge beinahe täglich in ihrer Arbeit. Gute Präventionskonzepte müssen die verschiedenen Aspekte aufgreifen und sollten ganzheitlich konzipiert sein.

Die Praxiswerkstatt ›Kinder und Geld‹ möchte neu entwickelte und bewährte Konzepte vorstellen und wendet sich ausdrücklich an MitarbeiterInnen und MultiplikatorInnen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich, um hier vorhandene Kompetenzen und Ressourcen für gemeinsame Präventionsmaßnahmen zu vernetzen. Die Fachtagung wird in Kooperation mit dem BMFSFJ, der Schuldnerberatung der Caritas Hannover, dem Nds. Sparkassen- und Giroverband und der Akademie für ärztl. Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen durchgeführt.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro

Gesunde Ernährung auf dem Campus

08. November 2002, Potsdam

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen lädt zu einer Veranstaltung zum Thema ›Ernährung an Hochschulen‹ an der Universität Potsdam am Freitag d. 8.11.2002 von 10 bis 13 Uhr ein. Im Anschluss findet turnusgemäß eine Sitzung des Arbeitskreises statt, zu der alle TeilnehmerInnen herzlich eingeladen sind. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesundheit der Universität Potsdam statt.

Über folgende Fragen soll informiert und diskutiert werden:
Welche Ernährungsempfehlungen sind für Hochschulen sinnvoll?
Wie ist das Ernährungsverhalten an Hochschulen? Welchen Beitrag kann das Studentenwerk zu gesunder Ernährung leisten?
Programm und Anmeldung: Silvio Mieske, Universität Potsdam, Am neuen Palais 10, 14469 Potsdam, Tel.: (0331) 9771672, E-mail: akgesund@z.uni-potsdam.de;

Internet: www.uni-potsdam.de/u/AKG/

Weitere Informationen über den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen finden Sie unter www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de

Medikamenten-unterstützte Kindheit?

Medikamentenkonsum bei Kindern und Jugendlichen – Trends, Problemlagen und Alternativen

13. November 2002, Hannover

Kinder sind die Altersgruppe mit den höchsten Zuwachsraten in den letzten zehn Jahren bei bestimmten Medikamenten, z. B. Antibiotika und einige Psychopharmaka. Viele Medikamente sind jedoch nicht für den Gebrauch bei Kindern hin beforscht worden. Diese und andere Aspekte und Risiken des Medikamentenkonsums von Kindern beleuchtet die Kooperationstagung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. mit der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Niedersachsen.

Teilnahmegebühr: 8,- Euro

Dialog der Generationen – 4. Regionalgruppentreffen generationenübergreifender Projekte

18. November 2002, Dortmund

Ziel des 4. Regionalgruppentreffens generationenübergreifender Projekte der Bundesländer Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt ist es, einen Überblick über bestehende Projektansätze und einen Eindruck vom großen Engagement für den Dialog der Generationen zu vermitteln. In Form von Vorträgen und einer Ausstellung werden Projekte vorgestellt und in Arbeitsgruppen fachliche Aspekte des Generationendialoges in unterschiedlichen Handlungsfeldern diskutiert.

Das Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen führt die Veranstaltung in Kooperation mit dem Projektbüro ›Dialog der Generationen‹, Berlin, und dem Zentrum für Weiterbildung der Universität Dortmund durch.

Keine Teilnahmegebühr.

»Wir sind alle gleich verschieden ...«

Interkulturelle Sexualpädagogik, geschlechtsspezifische Ansätze in der Arbeit mit 12-16Jährigen, Fachtagung für MitarbeiterInnen in Schulen und Institutionen der Jugendarbeit

21. November 2002, Hannover

Interkulturelle Kompetenz ist heute in vielen Bereichen in der Schule gefragt, auch in der Sexualpädagogik. Sie ist somit als eine wesentliche Aufgabe von interkulturellen Erziehungs-, Bildungsprozessen in Schulen und Jugendeinrichtungen anzusehen. Sexualpädagogik ist mehr als Aufklärung und Information. Sie beinhaltet den achtsamen Umgang miteinander, das Aufzeigen und Einhalten von Grenzen und fördert die Persönlichkeitsentwicklung von Mädchen und Jungen verschiedener Kulturen. Mit dieser Fachtagung wollen die VeranstalterInnen, die Landesvereinigung für Gesundheit und die Pro Familia Landesverband Niedersachsen e.V., den TeilnehmerInnen Raum geben, sich mit grundlegenden Fragen unterschiedlicher Kulturen auseinanderzusetzen und interkulturelle Kommunikations- und Handlungsmöglichkeiten auch in der Sexualpädagogik kennen zu lernen.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro

Lebensnahes Lernen durch Freiwilligenarbeit? Chancen für erweiterte Bildungsangebote an Schulen und Kindertagesstätten

03. Dezember 2002, Hannover

Eine Nutzung der Potenziale freiwilligen Engagements eröffnet Schulen und Kindertagesstätten vielfältige Möglichkeiten, ihre Bildungsangebote zu erweitern. Auf der Tagung sollen Chancen der Freiwilligenarbeit ausgelotet werden. Dabei wird der Nutzen zusätzlicher freiwilliger Angebote in einen breiteren sozialpolitischen Zusammenhang gestellt. In Arbeitsgruppen werden mit Hilfe von Praxisbeispielen Fragen der Umsetzung geeigneter Konzepte für eine Arbeit mit Freiwilligen geklärt. Die Tagung richtet sich an Non-Profit-Organisationen, die mit Freiwilligen zusammenarbeiten und an Fachkräfte aus Schulen und Kindertagesstätten, die Ansatzpunkte zur Entwicklung oder Realisierung eigener Ideen suchen.

Teilnahmegebühr: 20,- Euro

Termine

Termine

Niedersachsen

»Und alle gucken weg?« – Gewalt gegen Frauen im häuslichen Umfeld und Ansätze zur Prävention 23.10.2002, Hannover, Tagung, Kontakt: Ulrike-Maja Stade-Rohde, Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32-54 08, Fax: (05 11) 5 32-42 84

»Netzwerke für Globales Lernen« 31.10.-02.11.2002, Hannover, Themen rund um »Bildung und Nachhaltigkeit«, Tagung zu Rio + 10, Weltgipfel, Kontakt: Stiftung Leben + Umwelt, Schuhstr. 4, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 18 57-11, Fax: (05 11) 30 18 57-14, Email: info@slu.de

»Appetit kommt beim Essen. Kotzen danach – Zur Prävention von Ess-Störungen« 06.-07.11.2002, Hannover, Fachtagung, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 85 87 88

Kann das »Persönliche Budget« dazu beitragen, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern? 07.11.2002, Hannover, Tagung zum neuen SGB IX, Kontakt: Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover

Pflege am Lebensende 07.-08.11.2002, Loccum, Einführung in die Medizinethik, Fachtagung, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24-14 96, Fax: (05 11) 1 24-14 97, Email: zfg@evlka.de

Ethikberatung im Krankenhaus 22.11.2002, Hannover, Fortbildung, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 39 0018-11, Fax: (05 11) 39 0018-12, Email: Hannover@dbfk.de

Frauen – Beruf – Gesundheitswesen. Medizinerinnen, Juristinnen und Theologinnen vor den Herausforderungen der modernen Medizin 27.-29.11.2002, Loccum, Tagung, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Geschäftsstelle Postfach 2158, 31545 Rehbürg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: 81-900, Email: eal@evlka.de, Internet: www.loccum.de

Sucht-Migration-Hilfe 28.-29.11.2002, Hannover, Fortbildung, Kontakt: FDR-Fachstelle Fort- und Weiterbildung, Dalbergsweg 10, 99084 Erfurt, Tel.: (03 61) 3 46-17 46, Fax: (03 61) 3 46-20 23, Email: FDRFoBi@aol.com

Geplante Pflege im OP – Lust oder Frust 30.11.2002, Hannover, Fortbildung, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 39 0018-11, Fax: (05 11) 39 0018-12, Email: Hannover@dbfk.de

Genetik in Public Health

05.-06.12.2002, Hannover, Werden wir zu einer Risiko(gruppen-)gesellschaft, Tagung, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24-14 96, Fax: (05 11) 1 24-14 97, Email: zfg@evlka.de

Ein Tag für den Humor 14.12.2002, Oldenburg, Humor ist das Salz in der Suppe... Lachen ist die beste Medizin, Kontakt: Volkshochschule Oldenburg, Claudia Grove, Am Waffenplatz, 26122 Oldenburg, Tel.: (04 41) 9 23 91-32, Fax: (04 41) 9 23 91-13, Email: grove@vhs-ol.de

Bundesweit

Arbeitstagung Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Begegnungsstätten, Betreutes Wohnen – Wege und Konzepte 23.-25.10.2002, Rolandseck, Kontakt: Ev. Institut für Jugend-, Kultur- und Sozialarbeit e.V. Herzbachweg 2, 63551 Gelnhausen, Tel.: (06051) 89-0, Fax: (06051) 89-200 und (06051) 89-240, Email: burckhaus@aol.com

Barrierefreie Kommune – machbar oder Utopie? 25.-26.10.2002, Düsseldorf, Bundeskongress, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt/M., Tel.: (069) 60 50 18-0, Fax: (069) 60 50 18-29, Email: info@BAR-Frankfurt.de

»Tüchtig und Süchtig« – Frauen, Sucht und Essstörungen 09.11.-10.11.2002, Kassel, Jahrestagung, Kontakt: AKF e.V., Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen, Tel.: (0421) 4 34 934 0, Fax: (0421) 1 6 04 96 0, Email: AKF-mail@t-online.de

8. Europäische Regionalkonferenz von Rehabilitation International – »Networking in Practice« 11.-15.11.2002, Aachen, Kontakt: Martin Schmollinger c/o Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg, Tel.: (06 2 21) 2 54 85, Fax: (06 2 21) 16 6 00 9, Email: info@dvr.de

Gesundheit und Prävention im Sozialrecht – Medizinische und soziale Bedingungen, rechtliche Fragen, Handlungsfelder 14.-15.11.2002, Lübeck, Fachtagung, Kontakt: LVA Schleswig-Holstein, Matthias Rühle, Ziegelstr. 150, 23556 Lübeck, Tel.: (04 51) 4 85-10 15, Fax: (04 51) 4 85-10 18, Email: matthias.ruehe@lva-schleswig-holstein.de

Krankenhausorganisation, Qualitätssicherung und Haftung 15.-16.11.2002, Bremen, Tagung des Deutschen Gesundheitsrechtsforums Bremen, Kontakt: SAV-Service GmbH, c/o Saarländischer Anwaltsverein e.V., Franz-Josef-Röder-Straße 15, 66119 Saarbrücken, Tel.: (06 81) 512-02, Fax: (06 81) 512-59, Email: info@sav-service.de

Interkulturelle Mädchenarbeit 20.-21.11.2002, Frankfurt, Kontakt: Sabine Kriechhammer-Yagmur, Paritätische Bundesakademie GmbH, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 60528 Frankfurt/M., Tel.: (069) 67 06-2 74, -230, Fax: (069) 67 06-233, Email: akademie@paritaet.org

Gesundheit von Männern und Frauen – Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Strategien 22.-24.11.2002, Edertal-Bringhausen, Tagung, Kontakt: Wiebke Franz, Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., Sandusweg 3, 35435 Wetztenberg, Tel.: (06 41) 80 896-0, Fax: (06 41) 80 896-50, Email: wiebke.franz@ugb.de

»Bridging the Gap between Science and Policy in Public Health« 28.-30.11.2002, Dresden, Jahrestagung der European Public Health Association (EUPHA), Kontakt: Public Health Saxony, Beatrix Hörger, Fiedlerstr. 27, 01307 Dresden, Tel.: (03 51) 4 58-20 08, Email: Public.Health@mailbox.tu-dresden.de

»Stör' ich?« – Zukunft ohne Kinder 05.-07.12.2002, Berlin, Jubiläumstagung, Kontakt: Deutsche Liga für das Kind, Chausseestraße 17, 10115 Berlin, Tel.: (0 30) 28 59 99-70, Fax: (0 30) 28 59 99-71, Email: post@liga-kind.de, Internet: www.liga-kind.de

3. Symposium der Charité-Frauenklinik »Migrantinnen und Migranten in verschiedenen Versorgungsstrukturen – Positionen, Probleme, Perspektiven« 06.-07.12.2002, Berlin, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin e.V., Straßburger Str. 56, 10405 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90-60, Fax: (0 30) 44 31 90-63, Email: kongress@gesundheitsberlin.de

International

Kongress Essstörungen 2002 - Magersucht, Ess-Brechsucht, Ess-Sucht, Fettsucht 24.-26.10.2002, Alpbach in Tirol/Österreich, Kontakt: Netzwerk Essstörungen, Fritz-Pregl-Str. 5, A - 6 02 0 Innsbruck, Tel./Fax: 00 43 (0) 5 12 57 6 02 6

7. Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. PatientInnenorientierung gemeinsam verwirklichen – Partnerschaften für Gesundheit entwickeln 18.-19.11.2002, Linz, Kontakt: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Brigitte Wilhelm, Tel.: 0043 (0) 1 42 77-48287, Fax: 0043 (0) 1 42 777-48290, Email: oenetz.soc.gruwi@univie.ac.at, AKH Linz, Dr. Rupert Frechinger, Tel.: 0043 (0) 732/78 06-1336, Fax: 00 43 (0) 7 32/78 06-74 13 36, Email: konferenz@akh.linz.at

Antwort

bitte füllen und schicken oder faxen an die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 505 595

Ich möchte ...

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

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen Bildungsbereich Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges