

**Themen dieser Ausgabe:**

Im Schatten des Präventionsgesetzes – Der Präventionsbericht 2005

Seite 1

Public Mental Health

Seite 3

Körperteile werden zur Handelsware – die Bundesregierung beschreitet in Europa einen Sonderweg

Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen, die sie kennen (lernen) sollten

Seite 6

Impressum

Seite 6

Die erste Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit dem Präventionsbericht der Gesetzlichen Krankenkassen, Public Mental Health sowie dem in Entwurf vorliegenden Gewebegesetzes.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung wünscht viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe. Aufgrund technischer Probleme wurde der letzte Newsletter 04/06 nicht allen Abonnenten zugestellt. Wir entschuldigen uns dafür, und verweisen auf diese Ausgabe zum nachträglichen [Download](#).

**Veranstaltungen/Tagungen****11.-13.04.2007 [Wien]**

Internationale Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser an der Medizinischen Universität Wien. Organisatoren: WHO Regionalbüro für Europa, Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen u. a. [\[Mehr dazu\]](#)

**12.-13.04.2007 [Bielefeld]**

Fachtagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld zum Thema: Gesundheit kommunizieren. Wie erreicht man wen? [\[Mehr dazu\]](#)

**16.-17.04.2007 [Berlin]**

Telemed 2007. Nationales Forum zur Telematik für die Gesundheit im Rahmen der "eHealth week" 2007 der EU-Kommission. Einer der Themenschwerpunkte sind "Gesundheitsportale". [\[Mehr dazu\]](#)

**12.05.2007 [Hannover]**

Fachtagung der Patientuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. Thema: Volkskrankheit Depressionen. [\[Mehr dazu\]](#)

**23.05.2007 [Berlin]**

Fachtagung: Internationale Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung. Chancen für Deutschland? Veranstalter: Hans-Böckler-Stiftung u.a. [\[Mehr dazu\]](#)

**14.-15.06.2007 [Berlin]**

Europäische Konferenz "Gesundheit und soziale Sicherheit im Lebenszyklus - Die Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung in Europa". Veranstalter: Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA) u.a. (Anmeldeschluss ist der 27. April 2007). [\[Mehr dazu\]](#)

**08.-09.06.2007 [Bielefeld]**

2. Internationale Fachtagung Health Inequalities II. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Universität Bielefeld in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. [\[Mehr dazu\]](#)

**20.-22.06.2007 [Berlin]**

Deutsches Ärzteforum 2007 – Hauptstadttagung Medizin und Gesundheit. [\[Mehr dazu\]](#)

**Im Schatten des Präventionsgesetzes - Der Präventionsbericht 2005 der gesetzlichen Krankenkassen und die Aktivitäten des BMG.**

■ Guido Grunenberg

Während das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) durch den Bundesrat als „sozialpolitischen Meilenstein“ feiert, ist es wieder einmal still geworden um die Prävention bzw. um das Präventionsgesetz.

Zur Erinnerung: Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, die Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen und mit einem Präventionsgesetz die Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungszweige übergreifend zu verbessern. Nach dem Fehlvorhaben eines Gesetzesentwurfs im letzten Jahr sieht die Planung nun vor, nach der erfolgten Umsetzung des GKV-WStG und der bevorstehenden Reform der Pflegeversicherung, noch im Jahr 2007 mit dem Vorhaben zu beginnen. Man sollte vielleicht anfragen: „ohne Gewähr“.

Abseits des ganzen Trubels um das GKV-WStG haben die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (MDS) ihre Leistungen im Bereich der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung für das Jahr 2005 dokumentiert und reklamieren beharrlich ihre Position als Hauptakteur im Hinblick auf die demnächst geplante Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Allein scheint bis auf die Herausgeber selbst kaum jemand Notiz davon zu nehmen.

Zum Hintergrund: Seit der „Wiederbelebung“ der Prävention 2001 veröffentlichen die Spit-

zenverbände der Krankenkassen jährlich eine bundesweit einheitliche, krankenkassenartenübergreifende Dokumentation über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §20 Abs. 1 und 2 SGB V.

Wie in den Vorjahren weiß der Präventionsbericht 2005 unter Betrachtung rein quantitativer Aspekte erneut zu überzeugen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach eigenen Angaben im Jahr 2005 nahezu 3,8 Millionen Menschen mit Maßnahmen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht. Gegenüber dem Jahr 2004 bedeutet dies einen Zuwachs um knapp zwölf Prozent.

Dem traditionell hoch frequentierten Bereich der individuellen Kursangebote wird dabei vergleichsweise wenig Bedeutung beigemessen, obwohl hier Steigerungsraten in Höhe von 45% auf insgesamt rund 1,2 Millionen Teilnahmen verzeichnet werden konnten. Die Themenschwerpunkte sind - wie gehabt - klar verteilt. Maßnahmen im Handlungsfeld „Bewegung“ dominieren bei der Inanspruchnahme deutlich (rd. 72%). Es folgen Kurse zu den Inhalten

„Vermeidung spezifischer Risiken/stressabhängiger Krankheiten“ (rd. 16%), „Ernährung“ (rd. 12%) und „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (nur knapp 1%). Einschränkung wird sogar konstatiert, dass die Kurse wie in den Vorjahren vorzugsweise von Frauen und Versicherten im Alter zwischen 30 und 60 Jahren genutzt würden, von Männern, jüngeren und älteren Versicherten dagegen unterproportional. Mit verhaltenspräventiven Angeboten werden nach wie vor Personen mit geringeren gesundheitlichen Risiken erreicht.

Um so deutlicher unterstreichen die Krankenkassen ihr erfolgreiches Engagement für Prävention im Lebensumfeld (nichtbetrieblicher Settingansatz) zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und bringen sich so gleichzeitig als hauptverantwortlicher Akteur und Koordinator für Setting-Aktivitäten in Position.

Schätzungsweise zwei Millionen - vor allem junge Menschen - konnten 2005 mit diesen Maßnahmen erreicht werden. Das entspricht Setting-Aktivitäten in 18.300 Einrichtungen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei weiter auf Kindern und Jugendlichen. 83% aller Maßnahmen wurden in Schulen, Berufsschulen oder Kindertagesstätten durchgeführt.

Die Laufzeit der Aktivitäten war bei 42% der Fälle für ein Jahr und länger angelegt. Bezüglich der Durchführung der Maßnahmen sind kassenübergreifende Zusammenarbeit sowie das Einbinden von Kooperationspartnern (Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen, Öffentliche Verwaltung etc.) längst keine bloßen Schlagworte mehr, sondern werden aktiv umgesetzt.

Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) dokumentieren die gesetzlichen Krankenkassen ihr kontinuierliches Engagement. Weniger die (im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich gebliebene) Anzahl von ca. 600.000 teilnehmenden Arbeitnehmer/innen als die aktive eigene Rolle wird bei der Durchführung hervorgehoben. Schwerpunktmäßig wurde BGF bei Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Im Vergleich zu den Ergebnissen in 2004 ist der Anteil der Aktivitäten, deren Laufzeit ein Jahr und länger andauerte, mit 52 % leicht angestiegen (2004: 47%).

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Vorfeld des nächsten Versuchs zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes offensichtlich ihre Hausaufgaben gemacht. Auffällig offensiv wird in dem Bericht gesamtgesellschaftliche Verantwortung in der Prävention und Gesundheitsförderung über die GKV hinaus gefordert, um unter Beteiligung anderer verantwortlicher Akteure zu nachhaltigen gesundheitsförderlichen Veränderungen für die Menschen beizutragen. Die Verknüpfung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Interventionen sowie Netzwerk-

und Kooperationsprojekte, unter Einbindung regionaler und überregionaler Kooperationspartner, sollen verstärkt ausgebaut werden, um auch weiter die Menschen und Bevölkerungsschichten zu erreichen, die aufgrund ungünstiger Lebensbedingungen (geringe Schulbildung, niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit) häufig größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Auf dem Hintergrund der Ergebnisse des Präventionsberichtes fordern die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung die Verantwortlichen in Bund und Ländern mittlerweile sogar nachdrücklich öffentlich auf, sich nicht aus diesem Bereich zurückzuziehen, sondern ihr eigenes Engagement für die Prävention ebenfalls auszubauen.

Das BMG hält sich mit Stellungnahmen zum aktuellen Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen bisher (zumindest öffentlich) zurück und verfolgt seinerseits eher globale Präventionsansätze. Gesundheitliche Prävention und Ernährung sind nicht nur Schwerpunkte der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, sondern verdeutlichen den Stellenwert, den die Bundesregierung dieser Problematik beimisst. Bei genauer Betrachtung der Aktivitäten scheinen jedoch begründete Zweifel an der Höhe des tatsächlichen Stellenwerts angebracht zu sein.

Aktuell zu nennen ist hier die Badenweiler Erklärung, die Strategien für gesundheitliche Prävention in Europa formuliert. Im Rahmen der Konferenz „Gesundheitliche Prävention, Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität“ haben Vertreterinnen und Vertreter aller 27 EU-Mitgliedstaaten, der Europäischen Kommission und der WHO Ende Februar 2007 das Ziel bekräftigt, die Prävention in Europa weiter zu stärken.

Das Memorandum der Konferenz bringt jedoch lediglich zum Ausdruck, dass ein gesundheitsförderlicher Lebensstil vermehrt als gesellschaftlicher Wert verankert werden müsste. Über alltagstaugliche Empfehlungen (mehr Bewegung, mehr Obst und Gemüse, mehr Einrichtung mit Gemeinschaftsverpflegung) gehen die Forderungen jedoch kaum hinaus. Die Empfehlungen zur Umsetzung der verschiedenen Schritte (z.B. „Die Prävention von Übergewicht bei Erwachsenen verbessern!“) sind mehr als dürftig.

Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG führt u.a. wieder einmal die „3000 Schritte extra“-Kampagne und den gemeinsam mit den Deutschen Landfrauen initiierten Ernährungsführerschein als wichtige Beiträge auf, die Menschen zu mehr Bewegung und einer gesunden Ernährung zu motivieren.

Hier soll wohl vermittelt werden, dass die Bundesregierung mit ihren Präventionsaktivitäten in Europa bereits eine Vorreiterrolle einnimmt.

Ob mit diesen oder vergleichbaren Maßnahmen des BMG ([www.die-praevention.de](http://www.die-praevention.de)) ernsthaft eine Entwicklung der Zunahme von chronischen Erkrankungen, Übergewicht und Bewegungsarmut bis 2020 gestoppt werden kann (wie im Memorandum der Badenweiler Konferenz prophezeit), ist zumindest zweifelhaft.

Auf eine neue Gesetzesvorlage für ein Präventionsgesetz und die vorgesehene Rollenverteilung unter den verschiedenen Akteuren darf weiter mit Spannung gewartet werden.

Weitere Informationen:

[Präventionsbericht 2005 der Spitzenverbände der Krankenkassen](#)

[Memorandum der Konferenz "Gesundheitliche Prävention. Ernährung und Bewegung - Schlüssel für mehr Lebensqualität"](#)

[www.die-praevention.de](http://www.die-praevention.de)

## Public Mental Health

■ Burkhard Gusy

Psychische und körperliche Gesundheit sind gleich wichtig für das Wohlbefinden von Menschen und Gesellschaften und Nationen. Derzeit erhält allerdings nur eine kleine Minderheit der weltweit über 450 Millionen Menschen, die an psychischen oder verhaltensbedingten Krankheiten leiden, eine angemessene Behandlung. So steht es in der Einführung zum Weltgesundheitsbericht 2001.

Der im gleichen Jahr von der WHO verabschiedete Aktionsplan sollte der historischen Marginalisierung psychischer Gesundheit in den Gesundheitssystemen vieler Länder entgegen wirken und psychische Krankheiten sowie den darauf bezogenen Einsatz finanzieller Mittel vergrößern. Für die Bundesrepublik Deutschland saß die Gesundheitsministerin U. Schmidt mit am Tisch. Fünf Jahre später wollen wir wissen, wie sich die Situation hierzulande darstellt.

Sucht man im deutschsprachigen Raum nach Einträgen von Webseiten, die die Wortgruppe „Public Mental Health“ beinhalten, ist die Ausbeute gering. Der erste Eintrag verweist auf eine gleichnamige Forschungsgruppe der Universitätsklinik Zürich, der zweite auf ein Forschungskolloquium zu diesem Thema an der Universität Leipzig, der dritte auf eine Publikation zu diesem Thema in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“. Public Mental Health scheint hierzulande als Thema noch nicht wirklich angekommen zu sein.

Mit Public Mental Health werden alle auf psychische Erkrankungen bezogenen Public Health Aktivitäten bezeichnet. Holzinger, Matschinger & Angermeyer (2004) analysierten auf der Basis einer Literaturrecherche die diesbezüglichen Forschungsaktivitäten im deutschsprachigen Raum. Die Suche in einschlägigen Datenbanken führte zu 193 Treffern (im Jahr 2003). In der durch das BMBF finanzierten Aufbauphase von Public Health in der Bundesrepublik Deutschland behandelten nur 22 von 188 geförderten Projekte Fragen zu Public Mental Health.

Die Forschung zu diesem Gegenstand konzentriert sich im deutschsprachigen Raum auf psychiatrische Kliniken an Universitäten (Leipzig, Düsseldorf, LMU und TU München sowie Greifswald). Das MPI in München, das Zentrum für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald sowie das Zentrum für Seelische Gesundheit in Mannheim sind nach den Recherchen von Holzinger et al. (2004) die forschungsaktivsten außeruniversitären Einrichtungen zu Themengebieten von Public Mental Health. Die regionale Verteilung der Public Mental Health Forschung zeigt eine Konzentration in München, Düsseldorf, den neuen Bundesländern sowie Baden-Württemberg (Mannheim, Freiburg, Tübingen, Ulm).

Die Rangreihe der Forschungsthemen beinhaltet Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (34,7%), Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement (32%), Prävention und Gesundheitsförderung (13,2%), psychiatrische Einstellungsforschung (12,4%) sowie Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie (5,2%). Die Hälfte der Arbeiten behandelt spezifische psychische Störungen, am häufigsten geht es um Suchterkrankungen, gefolgt von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen, Angststörungen sowie anderen „neurotischen“ Störungen. Burruano & Bramesfeld (2005), die drei gesundheitswissenschaftliche Zeitschriften<sup>1</sup> der Jahrgänge 2000-2005 auswerteten, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Die quantitativ größte Menge an Beiträgen gilt dem Thema „psychische Komorbidität (16 Beiträge), gefolgt von jeweils 9 Beiträgen zur psychiatrischen Versorgung sowie der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Nur ein Beitrag behandelt Fragen der Patientenautonomie.

Im Jahre 2005 wurde auf der europäischen ministeriellen WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ ein [Aktionsplan](#) beschlossen. Dieser sieht unter dem Stichwort „Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen“ auch Investitionen in die Forschung vor, um „neue Erkenntnisse zu gewinnen, das vorhandene Wissen zu verbreiten und um Grundlagen für evidenzbasierte Aktivitäten im Bereich zu schaffen“. Zu den wichtigen Forschungsprioritäten zählen – laut Aktionsplan – Analysen und Konzeptionen im Bereich psychische Gesundheit, Folgenabschätzung allgemeiner Politikbereiche auf die psychische Gesundheit, eine bessere Erkenntnisgrundlage für Prävention, neue Dienstmodelle sowie Gesundheitsökonomie im Bereich psychischer Gesundheit. Der Forschungsbedarf geht dabei weit über den oben skizzierten Forschungsstand hinaus. Der Aktionsplan will der eingangs zitierten historischen

<sup>1</sup> Das Bundesgesundheitsblatt (14Treffer) – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (7 Treffer), die Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften und dessen Nachfolger Journal of Public Health (7 Treffer), Das Gesundheitswesen (49 Treffer).

Marginalisierung psychischer Gesundheit entgegen wirken. In den nächsten zehn Jahren soll die Situation psychisch Kranker nach dem Willen der EU Gesundheitsminister deutlich verbessert werden. Der 12 Punkteplan sieht vor

1. das psychische Wohlbefinden aller zu fördern
2. die zentrale Position psychischer Gesundheit aufzuzeigen
3. gegen Stigma und Diskriminierung vorzugehen
4. geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen zu fördern
5. psychische Gesundheitsprobleme und Suizid zu verhüten
6. eine gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme zu sichern
7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam zu versorgen
8. sektorenübergreifende Partnerschaften zu errichten
9. ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot zu schaffen
10. verlässliche Informationen über psychische Gesundheit zu sichern
11. eine faire und angemessene Finanzierung bereitzustellen und
12. Wirksamkeit auszuwerten und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde zu Public Mental Health bislang nur ein nationales Gesundheitsziel formuliert: Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (Ziel 6). Hierzu werden Interventionen in den Bereichen Aufklärung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen beschrieben [Mehr]. Alle verantwortlichen Akteure (Politik, Leistungserbringer, Kostenträger, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie die Wissenschaft) sind nun dazu aufgerufen, „das Gesundheitsziel in ihre jeweiligen Zuständigkeitsfelder zu integrieren und Maßnahmen zur Zielerreichung umzusetzen“.

Der Weg psychische und körperliche Gesundheit zu gleichem Rang zu verhelfen, ist noch ein weiter. Forcierte Anstrengungen in Politik, Forschung und Praxis sind notwendig, um die „Etappenziele“ des Europäischen Aktionsplanes aus dem Jahre 2005 nicht zu verfehlen.

#### Quellen

- Holzinger, A., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2004). Public Mental-Health-Forschung im deutschen Sprachraum. *Psychiatrische Praxis* (31), 369-377.
- Burruano, L. & Bramesfeld, A. (2005). Was interessiert Public Health in Deutschland an der seelischen Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 67 (DOI: 10.1055/s-2005-920696).

### Körperteile werden zur Handelsware

- die Bundesregierung beschreitet in Europa einen Sonderweg -

■ Siegfried Dierke

Bislang zumindest gilt in Deutschland: Wer ein Organ spendet, tut dies aus altruistischen Gründen. Und die Vergabe eines Organs an einen Empfänger wird nicht durch die Dicke des Geldbeutels entschieden, sondern erfolgt über Wartelisten nach medizinischen Erwägungen. Auch die beteiligten Ärzte und Einrichtungen erhalten lediglich eine Aufwandsentschädigung. Unklarer sind die Regelungen jedoch, wenn es nicht um komplette Organe, sondern um Gewebe und Zellen, also bspw. Gehörknöchelchen oder Augenhornhäute geht. Darum wurden die Mit-

gliedsstaaten der Gemeinschaft in einer EU-Richtlinie aufgefordert, entsprechende nationale Regelungen vorzulegen. Was derzeit aber als Entwurf eines Gewebegesetzes im Bundestag verhandelt wird, stößt bei Fachverbänden, Experten und Opposition auf scharfen Widerstand. Die damit verbundene Kommerzialisierung sei ethisch sehr bedenklich und gefährde die Versorgung der Patienten.

Die so genannte Gesundheitsreform, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, ist noch nicht einmal vom Bundespräsidenten unterschrieben, die einhellige Kritik fast aller gesundheitspolitischer Akteure noch nicht verklungen, da drückt die Regierung die nächsten höchst umstrittenen Gesetzentwürfe durch das Parlament. Möglichst unbemerkt und in aller Eile möchte die Koalition das bislang u.a. für die Arzneimittelüberwachung zuständige Bundesinstitut, das BfArM, durch eine Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) ersetzen. Die Interessen der Pharmaindustrie werden so stärker bedacht, Arzneimittelsicherheit und Patienteninteressen dagegen in den Hintergrund gedrängt.

Bislang von der Öffentlichkeit genauso wenig wahrgenommen wurde das geplante Gewebegesetz, in dem Spende, Beschaffung, Testung,

Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen geregelt werden sollen. Statt wie in anderen europäischen Ländern ein spezielles Gesetz zu schaffen, in dem der Umgang mit Keimzellen, fötalem Gewebe, Hauttransplantaten, Knochenentnahme etc. getrennt und differenziert geregelt wird, will die Bundesregierung sämtliche menschlichen Zellen und Gewebe dem Arzneimittelrecht (AMG) unterstellen, mit fatalen Folgen. Damit wird das im Transplantationsgesetz verankerte Handelsverbot weitgehend ausgehebelt, sämtliche entnommenen Zellen und Gewebe werden zur Handelsware.

Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Transplantationsverbände und viele Andere befürchten, dass die Zahl der gespendeten Organe dadurch stark absinken wird und die Wartelisten von Totkranken immer länger werden. Denn erstens könnten die Entnahmeteams öfter dazu tendieren, ein gespendetes Organ als nicht geeignet zu erklären, aber stattdessen die Einzelteile einer kommerziellen Verwertung zuführen. Zweitens kann die ohnehin schon geringe Bereitschaft zur Organspende noch weiter sinken, wenn eine Verquickung mit einer profitorientierten Vermarktung menschlicher Körperteile besteht. Der Vorrang von Or

ganspende vor Gewebespende wird im Gesetzentwurf zwar proklamiert, aber keinesfalls sichergestellt, im Gegenteil.

Ungeregelt bleibt zudem, wie die Verteilung von Mangel-Geweben wie Hornhäuten oder Herzklappen, bei denen der Bedarf größer als das Angebot der Gewebebanken ist, erfolgen soll. Die geplante Kommerzialisierung lässt befürchten, dass zukünftig zum Zuge kommen wird, wer den höchsten Preis bietet; eine solidarische Ausrichtung an Wartelisten und medizinischer Notwendigkeit würde beiseite geschoben werden.

Durch die vorgesehene Lockerung von Schutzregelungen für Nicht-Einwilligungsfähige wird das Prinzip der Freiwilligkeit der Gewebe- und Zellspende beschnitten, die körperliche Unversehrtheit dieser Personen und grundlegende Rechte der Würde des Menschen verletzt.

Sachfremd und unsinnig ist zudem die Unterstellung von menschlichen Keimzellen unter das Arzneimittelrecht. Durch die Ausweitung des Geltungsbereichs auch auf fötales Gewebe kann es bspw. dazu kommen, dass ein Schwangerschaftsabbruch zeitlich so gelegt wird, dass der Termin bestmöglich für eine Gewebespende ist. Denn die gesetzlichen Regelungen sehen keine strikte Trennung zwischen dem Arzt, der den Abbruch vornimmt, und dem, der die Gewebeentnahme durchführt, vor.

Für die Gewebe entnehmenden Einrichtungen würde das Gesetz außerdem zu einer Ausweitung der Bürokratisierung führen und durch die im Arzneimittelrecht verfügbaren Genehmigungspflichten, Hersteller-Erlaubnis sowie Überprüfungspflicht für Operationssäle, hohe Investitionskosten mit sich bringen. Als Folge ergeben sich erhebliche Preiserhöhungen sowie eine Minderversorgung für PatientInnen.

Welche Auswüchse beim Geschäft mit Leichenteilen schon heute bestehen, war vor kurzem in einem Dossier der ZEIT zu lesen. Darum sollte bei der Gesetzgebung streng darauf geachtet werden, dass der Kommerzialisierung des Umgangs mit menschlichen Körperteilen nicht noch Vorschub geleistet wird. Die EU-Richtlinie schreibt dies keinesfalls vor, und andere europäische Länder gehen einen anderen Weg.

Weitere Informationen:

<http://www.zeit.de/2007/08/Leichenteile>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=27742>

[www.bagfw.de/common/popup/download.php?id=104001000362](http://www.bagfw.de/common/popup/download.php?id=104001000362)

### Kurz vorgestellt

Schlipkötter, U. & Wildner, M. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch Infektionsepidemiologie*. Bern: Huber (EUR 29,90).



Wie lässt sich eine Bevölkerung im 21. Jahrhundert wirksam vor Infektionskrankheiten schützen, lautet die ambitionierte Fragestellung dieses Lehrbuchs. Pest, Fleckfieber und Cholera sind die aus den letzten Jahrhunderten bekannten Infektionskrankheiten, vor denen sich die Bevölkerung der Industrienationen weitgehend sicher fühlen. SARS und AIDS heißen deren moderne Nachfolger. Die ökologischen Bedingungen für den Vormarsch sowie das Überdauern bekannter Erregerformen sind günstig: Migration, zunehmende Mobilität, geändertes Ernährungs- und Sexualverhalten aber auch Klimaänderungen, Verstädterung etc. begünstigen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

Das vor diesem Hintergrund verfasste Buch entstand im Kontext universitärer Lehrtätigkeit im Bereich Public Health, beteiligt aber in einigen Bereichen Autoren aus der Praxis der Infektionsepidemiologie (z.B. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittetechnologie). Ver-

ständig geschrieben und gut systematisiert werden die methodischen und inhaltlichen Aspekte des Gebiets vermittelt; von den Grundlagen der Infektiologie und Epidemiologie bis zu angewandten Themen wie Emerging, Re-emerging Infections, Bioterrorismus und Genetik. Gesetze, Infektionswege und einige Erreger werden erwähnt und zum Teil näher erläutert. Beispiele wie Salmonellenausbrüche im Altenheim oder HIB-Impfungen<sup>2</sup> bei Kindern veranschaulichen den Sachverhalt. Kernaussagen eines jeden Kapitels sowie Literaturempfehlungen runden die Kapitel ab.

Für Professionelle und Studierende des Bereichs Public Health bietet dieses Buch einen guten Einstieg in die Thematik. Bei Detailfragen ist eine Vertiefung durch die weiterführende Literatur erforderlich.

<sup>2</sup> eine Schutzimpfung gegen das Bakterium *Haemophilus Influenzae* Typ B

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber (EUR 29.95).



Im Jahre 2004 ist die Erstauflage der von Rosenbrock & Gerlinger verfassten Einführung in die Gesundheitspolitik erschienen. Diese zweite Auflage ergänzt und aktualisiert die Inhalte. Veränderungen infolge des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes wurden aufgenommen, ein Kapitel zur europäischen Gesundheitspolitik wurde ebenso angefügt. Das Buch ist eine gelungene Einführung, benennt Akteure, Ziel und Gegenstand, skizziert die Gesundheits- sowie die Präventionspolitik, umreißt das System der Krankenversorgung und dokumentiert aktuelle Steuerungsprobleme der Versorgungspraxis. Der Exkurs über das Schweizer System ist weiterführend, da es immer wieder als Reformoption für das bundesdeutsche System dargestellt wird. Die zunehmende Verflechtung der

deutschen Gesundheitspolitik im Zuge der europäischen Integration ist ebenso eine sinnvolle Erweiterung gegenüber der Erstauflage.

Die Neuauflage ist Fachkräften und an Public Health Interessierten zur Einführung in das Thema unbedingt zu empfehlen.

## Impressum

### Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

e-Mail: [newsletter-redaktion@ipg-berlin.de](mailto:newsletter-redaktion@ipg-berlin.de)

### Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

### Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 10.06.2007

### Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.