

Themen dieser Ausgabe:

Sachverständigenrat fordert Präventionsgesetz

Seite 1

Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Seiten einer Medaille?

Seite 3

Deutsche verlieren Vertrauen in ihre gesundheitliche Versorgung

Seite 5

Kurz vorgestellt – Publikationen, die Sie kennen (-lernen) sollten

Seite 6

Impressum

Seite 6

Sachverständigenrat fordert Präventionsgesetz

Guido Grunenberg

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat Anfang Juli ein Gutachten „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ veröffentlicht.

Die dritte Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit

- » dem aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,
- » stellt die Diskussion zu den Begriffen Prävention und Gesundheitsförderung dar und
- » kommentiert eine internationale Studie zur Beurteilung des jeweiligen Gesundheitssystems durch seine Nutzer.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [\[↗\]](#) wünscht viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe. Das Erscheinungsbild des Newsletters hat sich verändert und ist druckfreundlicher geworden. Wir hoffen, dass es Ihre Zustimmung findet. Sie können den Newsletter auch online lesen [\[↗\]](#) oder im Archiv als html-Dokument [\[↗\]](#) oder pdf-Datei finden [\[↗\]](#).

Veranstaltungen/Tagungen

24/09/2007 [\[Berlin\]](#)

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. WZB – Herbsttagung: Teilhabe und Partizipation als Strategien erfolgreicher Prävention und Gesundheitsförderung. [\[↗\]](#)

05-07/10/2007 [\[Berlin\]](#)

European Women's Health Network (EWHNET) in Kooperation mit der Berlin School of Public Health (BSPH) u.a.

Auf mehr als 900 Seiten bilanzieren die sieben Mitglieder des SVR die Situation im deutschen Gesundheitswesen und erneuern u.a. ihre Forderungen nach einem Paradigmenwechsel in der Prävention: Lebensweltorientierte Maßnahmen (Setting) sollten qualitativ und quantitativ ausgebaut werden unter angemessener Berücksichtigung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen; gleichzeitig sollte auch die Qualitätssicherung optimiert werden.

Konkret fordert der SVR ein Präventionsgesetz noch in dieser Legislaturperiode, um die Prävention (endlich) zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen.

Um die Zielstellung „Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen“ als zukünftigen Schwerpunkt in der Gesundheitspolitik zu akzentuieren, fokussiert der Rat in seinem Gut-

Workshop: Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women. [\[↗\]](#)

11-12/10/2007 [\[Berlin\]](#)

4. Berliner Symposium "Geschlechterforschung in der Medizin" [\[↗\]](#)

11-12/10/2007 [\[Hannover\]](#)

Fachtagung "Anders Alt?! Alternde Menschen mit geistiger Behinderung in Europa". Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. [\[↗\]](#)

11-13/10/2007 [\[Basel\]](#)

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Europäische Konferenz Rauchen und Gesundheit. [\[↗\]](#)

24-27/10/2007 [\[Dresden\]](#)

6. Kongress für Versorgungsforschung und 2. Nationaler Präventionskongress. [\[↗\]](#)

08/11/2007 [\[Berlin\]](#)

Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. (GRPG). Symposium: Lebensqualität und Patientennutzen. Was nützt dem Patienten? Wie kann man Patientennutzen messen? [\[↗\]](#)

30/11-01/12/2007 [\[Berlin\]](#)

13. Kongress Armut und Gesundheit. Teilhabe stärken - Empowerment fördern - Gesundheitschancen verbessern! [\[↗\]](#)

achten auf die Problemlagen und systematischen Präventionsansätze in diesen sogenannten „vulnerablen“ Gruppen, z.B. Arbeitslose, Obdachlose und sozial benachteiligte alte Menschen. Deren Risiko krank zu werden bzw. zu sterben ist gegenüber anderen Gruppen deutlich erhöht. Das SVR-Gutachten stellt lebensweltorientierte Modellprojekte dar, die Prävention in diesen schwer erreichbaren Zielgruppen partizipativ gestalten und an den jeweiligen Verhaltenskontexten ansetzen (stärkere Akzentuierung von Verhältnisprävention). In diesem Zusammenhang steht eine weitere Forderung, die sog. „compression of morbidity“¹ insbesondere für die vulnerablen Gruppen zu öffnen. Auf der Grundlage der im Gutachten dargestellten Modellansätze sollten nach Ansicht des SVR primärpräventive

¹ Verringerung der Kranken- an den Lebensjahren

Interventionen folgende Anforderungen erfüllen:

- » Belastungen senken und Ressourcen ausbauen
- » krankheitsspezifische und –unspezifische Belastungen berücksichtigen
- » gesundheits- und verhaltensrelevante Kontexte (Lebenswelten) einbeziehen
- » Teilhabe der Zielgruppen in allen Stufen der Projektentwicklung (Partizipation) sicherstellen
- » die Qualität sichern

Bei der Qualitätssicherung – mahnt der Rat an – sollten nicht nur wissenschaftlich etablierte Standards zu Grunde gelegt, sondern auch „Experimente“ in einem sich entwickelnden System zugelassen werden. Plausibilität, Praktikabilität und theoretische Fundierung sollten als ergänzende Beurteilungskriterien genutzt werden.

Eine weitere zentrale Forderung des Rates ist die Wahrnehmung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Durch die Einbeziehung der anderen Sozialversicherungsträger und öffentlicher Träger auf kommunaler- und Länderebene könnte der Ressourcenrahmen erweitert werden, so dass die Steuerung und Finanzierung von Primärprävention nicht mehr allein den gesetzlichen Krankenversicherungen zufällt. Klare Regelungen der Kooperations- und Finanzbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern, der öffentlichen Hand und anderen Akteuren im Gesundheitswesen wären hierzu erforderlich, um die intersektorale Zusammenarbeit zu stärken. Im Vergleich zu anderen Ländern der EU fehle eine nationale Präventionsstrategie, wie es sie z.B. in Großbritannien, Schweden oder den Niederlanden gibt.

In seinem Gutachten bezieht der SVR in Ansätzen Stellung zu den zentralen Punkten, an denen das erste Präventionsgesetz im Jahre 2005 scheiterte. Im Wesentlichen waren dies die Beteiligung und Finanzierung durch die unterschiedlichen Träger/Akteure sowie die Koordination und Entscheidungsgewalt im Hinblick auf den Einsatz der Ressourcen (durch die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung).

Ohne näher ins Detail zu gehen (z.B. hinsichtlich der Finanzierungsanteile der Akteure), erneuert der Rat seine Forderung nach einem jährlichen Finanzvolumen von ca. 250 Mio. Euro (aus öffentlichen Mitteln) und schlägt vor, den Bereich Lebenswelten durch eine festgelegte Quotierung (in Höhe von 40% der Mittel) zu

stärken, um die Ressourcen nicht für einfach zu organisierende Maßnahmen (Gesundheitskurse, Kampagnen) zu verbrauchen.

Zu der umstrittenen Stiftung äußert sich der Rat nicht konkret, deutet jedoch an, dass er in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Bereiche Lebenswelten, Forschung und Qualitätssicherung sowie Kampagnen einen kompetenten Ansprechpartner und Koordinator sieht, was im Hinblick auf ein neues Präventionsgesetz durchaus als Fingerzeig gewertet werden kann.

Nach der öffentlichen Übergabe des Gutachtens an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, scheint tatsächlich Bewegung in das Thema Präventionsgesetz gekommen zu sein. Schon auf der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 5. Juli 2007 in Ulm, demonstrierten Bund und Länder ihr einheitliches Ziel, ein Präventionsgesetz noch 2007 auf den Weg zu bringen und 2008 in Kraft treten zu lassen.

Allzu detailliert wollte man auf die konkreten Vorschläge im SVR-Gutachten jedoch nicht eingehen. Ulla Schmidt begrüßte die Intention des Gutachtens, gesundheitliche Ungleichheiten weiter abzubauen und konstatierte ebenso großes Potential für präventive Maßnahmen bei Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen. Sowohl GMK als auch BMG sehen bereits einen Schwerpunkt in der Kampagne Ernährung und Bewegung, dem bereits von der Bundesregierung beschlossenen Aktionsplan für mehr Lebensqualität (vgl. Newsletter 01-2007 u. 02-2007). Der Beschluss der GMK ist ebenso wie die Ziele des Aktionsplanes allerdings allgemein gehalten: Nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens; Verringerung der Verbreitung von Übergewicht; flächendeckende Strukturen in Ländern und Kommunen sollen vorwiegend etabliert werden. Zu begrüßen ist die Empfehlung der GMK, die Daten des ersten Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS – vgl. Newsletter 02-2007) zu berücksichtigen und die Arbeit des „Kooperationsverbundes zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (die Koordinierung erfolgt hier im Übrigen durch die BZgA) auch über 2007 hinaus finanziell zu unterstützen.

Am 18.09.2007 berichtete die „Berliner Zeitung“, ihr läge bereits ein neues Eckpunktepapier vor, das im Wesentlichen auf dem alten Gesetzentwurf basiere. Demnach belaufe sich das geplante Finanzvolumen nun auf 350 Mio. Euro,

250 Mio. Euro stammen aus den Einnahmen der GKV, die umstrittene Stiftung sei weiterhin vorgesehen. Inwieweit das SVR-Gutachten die Ausgestaltung eines Präventionsgesetzes beeinflusst, hoffen wir, in einer der nächsten Ausgaben des Newsletter berichten zu können.

Gesundheitsförderung und Prävention – zwei Seiten einer Medaille?

Burkhard Gusy

Sind Stressmanagementprogramme für angehende Eltern präventiv oder gesundheitsfördernd? Wie verhält es sich mit einem Programm zur Förderung allgemeiner Lebenskompetenz und –fertigkeiten für Kinder und Jugendliche? In der Praxis wird kaum differenziert zwischen beiden Begriffen, in der Theorie aber schon. An einer Klärung der Begriffe sowie deren Verhältnis zueinander wird derzeit gearbeitet.

Prävention zielt auf Minimierung von Krankheitsrisiken, Gesundheitsförderung auf den Ausbau bzw. den Erhalt der Gesundheit. Da Prävention und Gesundheitsförderung Interventionsstrategien zur Reduktion von Krankheiten oder zur Förderung von Gesundheit sind, ist zunächst von Bedeutung wie das Verhältnis dieser beiden Begriffe zueinander definiert wird.

Hier gibt es verschiedene Standpunkte. Gesundheit ist bzw. sollte dem alltags-sprachlichen Gebrauch wieder angeglichen und als Gegensatz von Krankheit gefasst werden.



Weitkunat (2004) der diese Position vertritt, argumentiert sowohl

- » *konzeptuell*: der Begriff sei mystisch und unklar,
- » *historisch*: die größten Erfolge der Gesundheitswissenschaften bzw. deren Vorläufer basieren auf gravierenden Krankheiten und deren Bekämpfung
- » *pragmatisch*: die Gesundheitswissenschaften sollten ihre Ressourcen bündeln, um Krankheiten effektiver bekämpfen zu können. Sollten Sie sich nicht darauf besinnen, befürchtet Weitkunat einen fortschreitenden Bedeutungsverlust dieser noch jungen Disziplin.

Im Kern läuft diese Argumentation darauf hinaus, dass ein positiver Gesundheitsbegriff keinen Zugewinn verspricht.

Gesundheit sei tatsächlich eine „begriffliche Leerstelle ohne diskriminatives Niveau und Objektrepräsentanz“ bekennen auch die Befürworter eines positiven Gesundheitsbegriffs (Bauch & Franzkowiak, 2004; Kuhn, 2005) und fordern verstärktes Engagement bei der Bestimmung des Begriffs. Sie empfehlen das Wortgespenst Gesundheit in operationale Bestandteile zu zerlegen z.B. durch die Einführung eines Begriffs wie Gesundheitsressourcen. Bezeichnet werden damit psychische, physische und soziale Faktoren, die vor

Weitere Informationen:

<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>

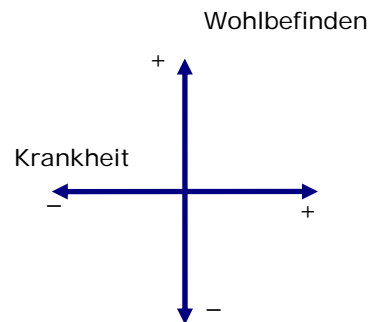
<http://www.gmkonline.de/>

Kooperationsverbundes zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten <http://www.kiggs.de/>

Eckpunktepapier zum Aktionsplan „Ernährung und Bewegung“

Krankheit schützen. Diese zu erforschen, sollten sich die Gesundheitswissenschaften zur Aufgabe machen. Den Begriff der Gesundheitsressourcen finden wir auch bei Waller (2006), Laaser & Hurrelmann (2006). Weitkunat sowie Rosenbrock & Gerlinger (2006) sprechen von „Gesundheitschancen“. Was aber ist der Wert neuer zusammengesetzter Begriffe, in denen die eine Komponente (Gesundheit) eine Leerstelle bleibt?

Die Vertreter eines positiven Gesundheitsbegriffs verstehen diese als mehrdimensional. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation z.B. wird neben Krankheit Wohlbefinden als definitives Merkmal geführt. Verschiedene Forschergruppen haben in den letzten zwanzig Jahren daran gearbeitet, dieses Konzept (Wohlbefinden) messbar zu machen.

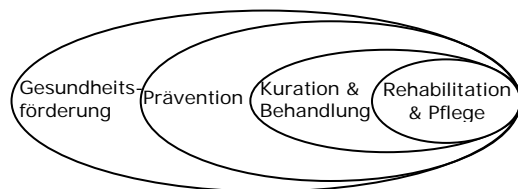


Gesundheit wird dann über die Abwesenheit von Krankheiten bei gleichzeitig hohem Wohlbefinden bestimmt.

Für Prävention und Gesundheitsförderung ist diese Diskussion essentiell, da es um nicht weniger als die anzustrebenden Zielzustände geht. Dass hier erhebliche Differenzen bestehen, zeigt sich in der aktuellen Literatur. Rosenbrock & Gerlinger (2006) beschreiben die Aufgaben von Primärprävention in der Reduktion von Belastungen/Expositionen einerseits und dem Ausbau an personalen, sozialen, materiellen Ressourcen andererseits. Dem Ressourcenausbau unterliege die Perspektive der Gesundheitsförderung, schreiben Rosenbrock & Michel (2006).

Wäre dieses zutreffend, unterläge diesem Interventionstypus ein Verständnis von Gesundheit im Sinne der Abwesenheit von Krankheit, da als Ziel der Primärprävention die „Senkung der Eintretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Unfällen“ postuliert wurde.

Hurrelmann & Laaser (2006) wählen einen anderen Zugang und differenzieren auf Grund der angestrebten Zielzustände zwischen Gesundheitsförderung und „Krankheits-“ prävention. Letztgenannte zielt auf Vermeidung des Auftretens von Krankheiten, Gesundheitsförderung hingegen auf die Stärkung gesundheitlicher Entfaltungsmöglichkeiten. Die darauf fußende Klassifikation unterscheidet sich deutlich von der bei Rosenbrock & Gerlinger (2006).



Gesundheitsförderung ist an Personen im Gesundheitszustand adressiert und will Verhältnisse und Lebensweisen beeinflussen. Primäre Interventionen² richten sich an Personen oder Gruppen mit erkennbaren Risikofaktoren für eine Krankheit und beeinflussen die risikobezogenen Parameter. Sekundäre Interventionen erfolgen im Frühstadium einer Krankheit, richten sich an (potenzielle) Patienten und wollen Krankheitsauslöser und -folgen modifizieren, tertiäre Interventionen setzen eine akute Krankheitsbehandlung voraus, richten sich an Rehabilitanden und wollen das Risiko von Folgestörungen bzw. -erkrankungen mindern.

Die Zielgröße von Gesundheitsförderung ist ebenso wie bei Rosenbrock & Gerlinger (2006) die Ressourcenförderung, jedoch werden die Ressourcen hier nicht aus

schließlich unter ihrem funktionalen Wert – zur Minderung gesundheitsbezogener Risiken betrachtet, sondern ihr Wert liegt in ihrem Beitrag zur Entfaltung von Gesundheitspotenzialen.

Dass der Gesundheitsbegriff auch nach dieser Kritik von Weitkunat nicht schärfer konturiert wurde, zeigt diese Bestandsaufnahme. Die auf der Differenzierung in Gesundheit und Krankheit fußenden Interventionsstrategien Prävention und Gesundheitsförderung offenbaren diesen Misstand. Interventionen setzen voraus, dass ich die zu erreichenden Zielzustände beschreiben kann und Wege kenne sich diesen anzunähern. Hier sind die Gesundheitswissenschaften gefordert für mehr Klarheit zu sorgen.

In der Diskussion um ein Präventionsgesetz wird zwar nicht mehr „Gesundheitsförderung“ behandelt aber auf jeden Fall die Ressourcenförderung zur Minimierung von Krankheitsrisiken. Da Ressourcen selten spezifisch wirken, bietet sich hier eine erneute Gelegenheit Optionen zur Förderung der Gesundheit mitzudenken und mitzuverhandeln.

Literatur

Rosenbrock, R. & Michel, C. (2006). *Primäre Prävention*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik* (2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Bern: Huber.

Laaser, U. & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollständig überarbeitete Auflage) (S.749-780). Weinheim: Juventa.

² Laaser & Hurrelmann differenzieren auf einer Zeitachse in primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Interventionen

Deutsche verlieren Vertrauen in ihre gesundheitliche Versorgung

Siegfried Dierke

In den letzten Jahren ist europaweit der Trend festzustellen, dass die Bürgerinnen und Bürger drastisch unzufriedener mit ihrem Gesundheitssystem werden. In Deutschland jedoch fällt dieser Vertrauensverlust besonders hoch aus. Diese Ergebnisse einer Studie des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung (MZES) wurden Mitte August in den WSI-Mitteilungen der Hans-Böckler-Stiftung vorgestellt.

Die Mehrheit der EU-Bürgerinnen und – Bürger geht demnach davon aus, dass ein staatlich geregeltes Gesundheitssystem am ehesten eine auch für Geringverdienende finanzierbare Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau gewährleisten könne, glaubt aber zunehmend weniger daran, sich auf diese staatliche Sorge verlassen zu können

Der Mannheimer Soziologe Dr. Claus Wendt hat die Eurobarometer-Umfrage der EU-Kommission für ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Projekt ausgewertet. Dabei wurden die momentan aktuellsten Befragungsergebnisse aus den 15 Staaten, die bis zu Beginn 2004 Mitglied der EU waren, aus dem Jahr 2002 und die Daten von 1996 einer vergleichenden Analyse unterzogen.

Für fast alle untersuchten Länder ist im Vergleich der beiden Erhebungen ein kräftiger Vertrauensschwund bei der Bewertung der Gesundheitssysteme festzustellen. Dazu haben insbesondere die zahlreichen und einschneidenden Gesundheitsreformen in vielen europäischen Ländern seit Anfang der 90er Jahre beigetragen, die oft Leistungseinschränkungen und eine Erhöhung privater Zuzahlungen für die Versicherten bedeuteten.

War im EU-Durchschnitt Mitte der 90er Jahre noch mehr als die Hälfte der Bevölkerung (56%) zufrieden mit ihrem Gesundheitswesen, so sank der Anteil im Jahr 2002 auf lediglich 36%. In Deutschland fiel dieser Rückgang am drastischsten aus: 2002 äußerten sich nur 31% zufrieden, 6 Jahre zuvor waren es mit 64% noch mehr als doppelt soviel. Kranke zeigten sich dabei in Deutschland besonders unzufrieden.

In Österreich hingegen nahm die Zufriedenheit von 64% auf 69% zu. In unserem südlichen Nachbarland ist, anders als hierzulande, die gesamte Bevölkerung (inklusive Selbständigen, Beamten und Besserverdienenden) gesetzlich krankenversichert. Dieses Ergebnis korreliert auch - ungeachtet der in den Mitgliedsländern sehr unterschiedlich aufgebauten Gesundheitssystemen - mit der europäischen Einschätzung, dass es Aufgabe des Staates sei, für alle Bürgerinnen und Bürger einen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen. 60% (1996: 57%) der beim Europabarometer Befragten vertrauen darauf, dass der Staat besser in der Lage ist, eine Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau und auch für finanziell schlechter Gestellte organisieren zu können, als ein privatwirtschaftlich organisiertes Krankenversicherungssystem.

Der Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums, Klaus Vater, kommentierte die Studienergebnisse kritisch, da hier Daten von Erhebungen aus den Jahren 1996 und 2002 miteinander verglichen würden, somit die letzten beiden „Gesundheitsreformen“ und die darin enthaltenen „entscheidenden Verbesserungen“ nicht berücksichtigt worden seien. Es wird jedoch das Geheimnis der Bundesregierung bleiben, wie sie zu der Einschätzung kommt, dass die Privatisierungstendenzen, Leistungsausgrenzungen, Praxisgebühren, Zuzahlungserhöhungen und „kleine Kopfpauschale“ des GMG (2004) und des GKV-WSG (2007) die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem hiesigen Gesundheitssystem erhöhen sollten. Nach den Ergebnissen der Mannheimer Studie ist eher von einer weiteren Abnahme der Zufriedenheit auszugehen.

Weitere Informationen

WSI-Mitteilungen 07/2007 [\[7\]](#)

Kurz vorgestellt

Rosenbrock, R. & Michel, C. (2006). *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (EUR 29,95).



Prävention gewinnt in den letzten Jahren, da sich alle Gesundheitswissenschaftler einig, zunehmend an Bedeutung. Ein Neuentwurf für ein Präventionsgesetz wurde für die zweite Jahreshälfte angekündigt. Doch was meint eigentlich Prävention? Auf diese Frage geben Rosenbrock & Michel in ihrem Band „Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung.“ eine Antwort. Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population. Strategien der Primärprävention sind nach Darstellung der Autoren die Risikoreduktion durch die Verminderung von Belastungen (Perspektive der Krankheitsvermeidung) sowie die Vermehrung von Ressourcen (Perspektive der Gesundheitsförderung). Plädiert wird für eine ökobiopsychosoziale Perspektive der Prävention, in der auch Elemente der Gesundheitsförderung eine

Rolle spielen so weit sie zur Risikoreduktion beitragen. Dies wird bereits deutlich im Aufbau des Bandes, der die Themen Gesundheitspsychologie und –kommunikation, Prävention in Städten und Gemeinden, in Betrieben und Verwaltungen, komplexe Präventionskampagnen und –strategien, Health Impact und Assessment, Evaluation und Qualitätssicherung behandelt.

Deutlich wird die Expertise der Autoren in diesem Themenfeld, es werden aktuelle Themen aufgegriffen und kompetent behandelt. Der Band ist klar strukturiert, die komplexen Themen werden kurz und knapp behandelt. Tabellen und Abbildungen unterstützen die Darstellung oder fassen zusammen, die Literaturlauswahl (bezogen auf das Erscheinungsjahr) ist aktuell. Zu empfehlen ist dieses Buch allen, die sich über die aktuelle Diskussion zum Thema Prävention informieren wollen oder als Akteure an dieser Diskussion auf unterschiedlichen Ebenen beteiligt sind.

Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (2007). *Fehlzeiten Report 2006*. Berlin: Springer (EUR 29,95).



Nach „Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit“ (Fehlzeiten-Report 2006) greift der neue Band das Thema „Chronische Krankheiten“ auf. Der Wandel des Krankheitspanoramas, der gekennzeichnet ist, durch einen Zuwachs an chronisch degenerativen Krankheiten, stellt auch eine Herausforderung für das betriebliche Gesundheitsmanagement dar. Krankheiten des Rückens, der Atemwege, des Herzkreislaufsystems sowie der Psyche sind aktuell besonders verbreitet. Zu den Entstehungsbedingungen gehören auch betriebliche Faktoren, die Folgen sind erhöhte Fehlzeiten der Mitarbeitenden sowie eine verminderte Produktivität der Betriebe. Der Band dokumentiert aktuelle Forschungsergebnisse und Interventionsmöglichkeiten. Behandelt werden die Themen Epidemiologie chronischer Krankheiten, arbeitsbedingte Einflüsse bei

der Entstehung chronischer Krankheiten, betriebliche Folgen, Präventionsansätze sowie Ansätze zur Wiedereingliederung und Bewältigung chronischer Krankheiten im Betrieb.

Wiederum ist es den Herausgebern gelungen ein aktuelles Thema aufzugreifen und fundiert darzustellen. Zu empfehlen ist der Band allen Gesundheitswissenschaftlern oder Personalverantwortlichen, die sich über dieses Thema informieren wollen oder nach betrieblichen Ansätzen zum Umgang mit chronischen Krankheiten suchen. Erwähnenswert sind abschließend noch die umfangreichen Statistiken zum Krankenstand in allen Branchen, der auf der Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten der 9,4 Millionen AOK-Mitgliedern in Deutschland erstellt wurde.

Impressum

Herausgeber:
FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:
Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy
Redaktionsschluss
für die nächste Ausgabe: 13. Dez. 2007

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