

**Themen dieser Ausgabe:**

Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas  
Seite 1

Gesundes Wohnumfeld – health and housing  
Seite 2

Die Gesundheitsreform löst keine Probleme, sondern schafft neue  
Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten  
Seite 6

Impressum  
Seite 6

Ein turbulentes Jahr neigt sich dem Ende zu. Die Gesundheitsreform wurde kontrovers diskutiert und schlussendlich verabschiedet, die Reform der Pflegeversicherung sowie ein Präventionsgesetz stehen für die nächsten Jahre auf der Agenda. Dass die Gesundheitsreform die drängenden Probleme im Gesundheitswesen lösen kann, glauben wenige. Zu befürchten ist eine Neuauflage des Themas in nicht allzu ferner Zukunft. Die vierte Ausgabe des IPG-Newsletters Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit folgenden Themen:

»Was tut die Europäische Gemeinschaft zur Bekämpfung der Adipositas?

»Gesundes Wohnumfeld – was meint das?

»Was bringt die Gesundheitsreform: Welche Probleme werden gelöst und welche entstehen neu?

Die [Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung](#) wünscht Ihnen ein erholsames Weihnachtsfest, einen entspannten Jahresausklang und ein gesundes Jahr 2007. Viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe.

**Veranstaltungen/Tagungen**

**16.-17.01.2007 [Dresden]**

Kolloquium 'Gesund und sicher länger arbeiten'. Veranstalter: Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG), Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA), Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). [\[Mehr dazu\]](#)

**22.-23.01.2007 [Stuttgart]**

Kongress Integration durch Sport. [\[Mehr dazu\]](#)

**23.01.2007 [Berlin]**

3. Präventionskongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung DFGG. Bewegung im Alltag. [\[Mehr dazu\]](#)

**24.-25.02.2007 [Düsseldorf]**

2. Offene Krebskonferenz der Deutschen Krebsgesellschaft. [\[Mehr dazu\]](#)

**16.-18.03.2007 [Edertal-Bringhausen]**

Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung (UGB). Symposium: Früh übt sich - Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. [\[Mehr dazu\]](#)

**Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas**

■ Guido Grunenberg

Am 16.11.2006 wurde auf der Europäischen Ministerkonferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Istanbul die Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas im Namen aller Mitgliedstaaten der Europäischen Region unterzeichnet.

Die Ziele der Konferenz waren eine Aufwertung der Adipositas-Problematik in der Gesundheitspolitik und in anderen Politikbereichen, verstärkte Sensibilisierung für das Thema und Sicherung eines entschlossenen Engagements der Politik sowie die Förderung internationaler und sektorübergreifender Partnerschaften.

Die Charta ist das Ergebnis eines offenen Konsultationsprozesses, der von den Mitgliedstaaten gesteuert wurde und in den verschiedene Regierungsressorts, internationale Organisationen und Experten sowie Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft einbezogen wurden. In der Charta verpflichten sich die Mitgliedstaaten, dem Thema Adipositas auf der gesundheitspolitischen Agenda einen hohen Stellenwert einzuräumen. Die Charta wurde bereits von über 50 Staaten, darunter Deutschland, angenommen.

Übergewicht und lebensbedrohliche Fettleibigkeit sind nach Angaben der WHO zu einer weltweiten Epidemie geworden. In den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO sind zwischen 30 und 80 Prozent der Erwachsenen übergewichtig. Nur in wenigen Ländern erreiche der Verzehr von Obst und Gemüse das empfohlene Niveau. Besonders bei Kindern und Jugendlichen sei der Trend alarmierend, so die WHO.

Derzeit sind nach Erkenntnissen der WHO ungefähr 20 Prozent der Kinder in Europa übergewichtig und von diesen wiederum ein Drittel fettleibig. Dies bedeutet ein stark erhöhtes Risiko, Diabetes zu entwickeln, an Bluthochdruck zu erkranken, an Schlafstörungen zu leiden sowie psychosoziale Probleme zu bekommen.

Adipositas und Übergewicht haben auch wirtschaftlich und sozial bedeutende Komponenten. 6% der Ausgaben im Gesundheitswesen sind in der Europäischen Region auf Adipositas und Übergewicht zurückzuführen. Am stärksten betroffen sind dabei sozial benachteiligte Gruppen.

Um den gefährlichen Trend einer europäischen Adipositas-Epidemie zu stoppen, wird in der Charta das optimistische Ziel ausgegeben, "Gesellschaften zu schaffen, in denen eine durch gesunde Ernährung und Bewegung geprägte Lebensweise die Norm ist". Weiter sollen bei der Bekämpfung der Epidemie in den nächsten 4-5 Jahren in den meisten Ländern sichtbare Fortschritte erzielt und bis spätestens 2015 eine Trendumkehr erreicht werden. Ein besonderer Fokus soll dabei auf die Situation von Kindern und Jugendlichen gerichtet werden.

An umfangreichen Forderungen und Handlungsmöglichkeiten mangelt es in der Charta nicht.

Wesentliche Bedeutung wird z.B. dem Auf- und Ausbau von Kooperationen zwischen den beteiligten Akteuren wie Staat, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Berufsverbänden, Medien und internationalen Organisationen beigemessen. Insbesondere die Privatwirtschaft (Unternehmen in der gesamten Nahrungskette vom Primärerzeuger bis zum Einzelhandel, Freizeitanbieter, Bauunternehmen, Werbewirtschaft und die Medien) gerät in den Fokus der Forderungen. Allgemein sollen die Auswirkungen auf gesundheitspolitische Ziele in der Wirtschaftspolitik vorrangig berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die Bereiche Handels-, Landwirtschafts- und Verkehrspolitik sowie Städteplanung.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang die fast schon offene Androhung an die Privatwirtschaft, Regulierungsmaßnahmen zu ergreifen, die z.B. das Ausmaß und die Auswirkungen der Werbung für energiereiche Lebensmittel und Getränke erheblich verringern, um Kinder und

Jugendliche vor kommerziellen Einflüssen zu schützen.

Der Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL), dem Verbände und Unternehmen der gesamten Lebensmittelkette – Industrie, Handel, Handwerk, Landwirtschaft und angrenzende Gebiete – angehören, nahm sogleich Stellung. Selbstverständlich begrüßt man die Charta. Mit Zurückhaltung wurde allerdings aufgenommen, dass die Lösung des Problems schwerpunktmäßig im Bereich der Produktzusammensetzung und Vermarktung gesucht würde. Auch drohende staatliche Regulierungsmaßnahmen sorgten eher für Irritationen.

Die praktischen Strategien der Charta zielen im wesentlichen auf die allseits bekannten Aspekte der Ernährung und Bewegung in den verschiedenen Lebenswelten ab und reichen von erschwinglichen Preisen für gesündere Lebensmittel bis hin zur Förderung des Radfahrens und Gehens durch bessere Städteplanung und Verkehrspolitik. Im Vordergrund stehen dabei Ansätze in lebensweltbezogenen Kontexten, unter Berücksichtigung sozialer, wirtschaftlicher, kultureller und räumlicher Aspekte.

Die WHO selbst sieht ihre Rolle im gesamten Prozess eher als Lotse, der mit seinem Regionalbüro die Länder der Europäischen Region unterstützen und das internationale Handeln inspirieren, koordinieren und anführen wird.

Grundsätzlich ist eine europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas zu begrüßen, denn sie will die Maßnahmen gegen Adipositas in der gesamten Europäischen Region der WHO verstärken, zu nationalen Konzepten, gesetzlichen und sonstigen Regulierungsmaßnahmen und Aktionsplänen anregen und diese beeinflussen.

Die Kontrolle der Umsetzung bzw. eine Überwachung der Fortschritte ist jedoch nur begrenzt möglich und somit der schwächste Punkt der Charta. Insbesondere die Sicherung eines entschlossenen Engagements in der jeweiligen nationalen Gesundheitspolitik erscheint schwer zu prüfen oder gar durchzusetzen. Auch was die Forderungen gegen die Privatwirtschaft angeht, darf man auf nationaler Ebene auf die Umsetzung gespannt sein. Im Rahmen der in dreijährigen Abständen stattfindenden so genannten Fortschrittsberichte der WHO (erstmalig 2010) wird sich aller Voraussicht nach auch erstmalig herausstellen, wie Ernst die einzelnen Mitgliedsländer auch die Umsetzungsvorschläge nehmen und auf die nach Aussagen der WHO größte Herausforderung für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert reagieren.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Marion Caspers-Merk, bezeichnete die Charta nach der Unterzeichnung bereits als wegweisend und verwies dabei auf die aus ihrer Sicht vielen

beispielhaften Projekte des BMG. Dabei wird insbesondere die exemplarisch für alle guten Projekte genannte Kampagne „Deutschland wird fit – gehen Sie mit“, ein Programm, das anregt, jeden Tag 3000 Schritte extra zu gehen, den hoch gesteckten Zielen und Forderungen der Charta wohl kaum gerecht. Insgesamt klang das Statement der Staatssekretärin auch eher so, als würde Deutschland bereits eine Vorreiterrolle in Europa einnehmen. Konkreter Handlungsbedarf nach Unterzeichnung der Charta wurde jedenfalls nicht formuliert.

Dabei lieferte der im Auftrag des BMG initiierte und vom Robert Koch Institut (RKI) durchgeführte bundesweite Kinder- und Jugend surveys (KIGGS) erste Ergebnisse (die ausführliche Darstellung erfolgt im Mai 2007) für Maßnahmen, die über die von der Staatssekretärin beschriebenen hinausgehen sollten. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten bieten einen breiten Überblick über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Man erfährt u.a., dass 15 % der Kinder im Alter zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig sind. Weitere 6 % leiden an Adipositas, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Schichten und Kinder mit Migrationshintergrund besonders betroffen sind. Weiter geben die Daten darüber Aufschluss, welche Einflüsse und Faktoren Gesundheit fördern und erhalten und liefern dadurch eine Basis für insbesondere primärpräventiv ausgerichtete Maßnahmen.

Eigentlich Grund genug, um auch – wie in der europäischen Charta gefordert – lebensweltbezogene Ansätze unter Beteiligung sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen und darüber hinaus der Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft zu forcieren.

Deutlich wird an dieser Stelle noch einmal die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes, welches insbesondere die Maßnahmen und Aktivitäten in lebensweltbezogenen Settings wie Kindergarten, Schule oder Arbeitsplatz unter Beteiligung sämtlicher Akteure regeln soll. Die Verabschiedung des auf 2007 verschobenen Präventionsgesetzes darf daher weiter mit Spannung erwartet werden.

Weitere Informationen:

<http://www.euro.who.int/obesity?language=German>

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

## Gesundes Wohnumfeld – health and housing

■ Burkhard Gusy

Angebote zum gesunden Wohnen im Internet adressieren hierzulande die Beseitigung von Fehlerquellen wie z.B. der Raumluft (Temperatur, Luftqualität), Elektrosmog oder aber von Wohnanpassungsmaßnahmen bei körperlich beeinträchtigten Personen. Die internationale Diskussion zu diesem Thema wird selten rezipiert.

„Licht und Luft in die Wohnung“ ist ein Plakat aus der Weimarer Zeit, in der die Schaffung gesunden Wohnraums zum gesellschaftlichen Ziel erklärt wurde. Der Artikel 155 der Weimarer Verfassung sah vor, dass „die Verteilung und Nutzung des Bodens vom Staat wegen in einer Weise überwacht wird, die Missbrauch verhütet und dem Ziel zustrebt, jedem Deutschen eine gesunde Wohnung und allen deutschen Familien, besonders den kinderreichen, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohn- und Wirtschaftsheimstätte zu sichern“. Die Gesundheitslehre zu dieser Zeit hatte die Beziehung zwischen Wohnung und Gesundheit bereits erkannt, Max von Pettenkofer (1818-1901) wies auf die Bedeutung sauberer Luft und Luftaustausch sowie Lichtmangel in vielen Wohnungen hin, um Krankheiten vorzubeugen. Einen ähnlichen Gesetzestext suchen wir im Grundgesetz vergebens. Insofern verweisen auch die meisten Autoren dieses Themas auf die Universalerklärung der Menschenrechte (1949), in der Wohnen als fundamentales Recht für einen angemessenen Lebensstandard anerkannt ist.

Im Jahre 2001 gab es ein Symposium der Weltgesundheitsorganisation zum Thema ‚housing and health in Bonn, in dem die Wichtigkeit angemessener Wohnverhältnisse und die verschiedenen Funktionen des Wohnens erörtert wurden. Veränderte Wohn- und Sanitärstandards wurden als relevante Faktoren benannt für die Steigerung der Lebenserwartung im 20ten Jahrhundert. Zu den Aspekten und Wohnbedingungen gesunden Wohnens zählen: die Qualität der Innenraumluft, Heimsicherheit, Lärm, Feuchte und Schimmelbefall, Innenraumtemperaturen, Asbest, Blei, Radon, flüchtige organische Verbindungen (VOC), mangelnde Hygiene- und Sanitäreinrichtungen. Überbelegung ist ein weiteres wohnbedingtes Gesundheitsrisiko. Ebenso wird die physische, psychische und soziale Gesundheit von den Wohnverhältnissen beeinflusst. Dies gilt umso mehr, je stärker die Wohnung den Lebensmittelpunkt darstellt wie z.B. bei Familien, alten oder kranken Personen. Da die Einflussmechanismen von Aspekten des Wohnumfeldes und dem Gesundheitszustand noch nicht genügend geklärt sind, hat das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation eine Analyse zum Zusammenhang von Wohnumfeldfaktoren und Gesundheitszustand durchgeführt (Large Analysis and Review of European housing and health Status; kurz LARES genannt).

Es wurde ein Haushaltsfragebogen entwickelt, den trainierte Interviewer in einem face-to-face Interview einsetzen um die Wohnbedingungen zu erfassen. Ferner wurden Beobachtungsdaten gewonnen, die das Wohnumfeld abbilden (Art und Qualität der Bebauung, infrastrukturelle Bedingungen etc.) und ein weiterer Fragebogen eingesetzt, der den subjektiven Gesundheitszustand aller Bewohner einschließlich der Kinder beschreibt. Diese multizentrische Studie, an der sich acht Länder beteiligten, schloss 400 Wohnungen mit 1.000 Bewohnern ein, die Er-

gebnisse wurden den regionalen Stellen übergeben, die im Planungs- und Durchführungsprozess ebenso beteiligt waren. Während in einer früheren Erhebung als deutsche Stadt Schwedt beteiligt wurde, war es in dieser Phase Bonn.

Zwanzig bis vierzig Prozent des Haushaltseinkommens werden für eine Wohnung ausgegeben. Im Durchschnitt verbringen Menschen den größten Anteil ihrer Lebenszeit zu Hause. Dies sind 8,1 Stunden pro Tag in der Woche und 7,1 Stunden pro Tag am Wochenende. Junge Menschen verbringen am wenigsten Zeit in der häuslichen Wohnung. Ein Viertel ist (aktuell) sportlich aktiv, der Anteil an Rauchern liegt bei knapp über 30%. Nur 10% beschreiben sich als gesundheitlich beeinträchtigt, 22% hingegen berichten von körperlichen Beschwerden, beschreiben sich aber nicht als behindert.

50% der Wohnungen sind Eigentum der Bewohner mit deutlichen Unterschieden zwischen den beteiligten Ländern. Der Anteil an Wohneigentum in Bonn liegt um die 40%, in Genf hingegen sind es nur knapp 10%. In Ferreira waren in der befragten Stichprobe 90% die in Ein- und Mehrfamilienhäusern wohnen.

Die Zufriedenheit der Bewohner mit ihrem Wohnumfeld war in Regionen mit gemischter Bebauung und Einfamilienhäusern am größten, am schlechtesten wurden Quartiere mit Blockbebauung evaluiert.

Der psychosoziale Gewinn einer qualitativ gut bewerteten Wohnung liegt in der Privatheit, der Möglichkeit, dass zu tun, was man möchte ohne besondere Rücksichten nehmen zu müssen, der Selbstbestimmtheit sowie des subjektiven Sicherheitsgefühls. Zusammenhänge zwischen der Wohnqualität und Faktoren wie z.B. fehlendes Tageslicht, schlechte Sicht aus dem Fenster, Einschränkungen durch Lärm auch im Schlaf mindern unisono das Wohlbefinden. Auf Aspekte wie Wohnraumklima, Beleuchtung und Luftqualität sowie sanitäre Ausstattung wird hier nicht gesondert eingegangen, da diese bereits zum „etablierten Kanon“ gesunden Wohnens zählen.

Als relevante Merkmale der Wohnumgebung wurde die Anwesenheit von Spielplätzen, Grünflächen mit Sitz- und Ruhemöglichkeiten sowie das Gefühl subjektiver Sicherheit ebenso berücksichtigt wie Verunreinigungen durch Graffiti und die Sauberkeit der Umgebung. Zusammenhänge zwischen einem geringen Gesundheitszustand und folgenden Umgebungsbedingungen konnten bestätigt werden: Verkehrslärm, Verunreinigungen durch herumliegenden Müll sowie ein Gefühl von geringer Sicherheit in den Nachtstunden.

Es sind demzufolge nicht nur die technischen Gegebenheiten, die die Wohnqualität und die Gesundheit beeinträchtigen, sondern ebenso Wohnumfeldbedingungen, denen bislang zu

wenig Beachtung geschenkt wurde. Die Ergebnisse von LARES sind zum einen wichtig für wohnumfeldbezogene Interventionen, ferner

werden Instrumente zur Verfügung gestellt, mit denen die Gesundheit von Bewohnern verschiedener Wohnumwelten abbildbar wird.

## Die Gesundheitsreform löst keine Probleme, sondern schafft neue

■ Siegfried Dierke

Noch wäre Zeit, die schwarz-rote Gesundheitsreform einzustampfen und den Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, kurz GKV-WSG genannt, zurückzuziehen. Denn für das Machwerk, das die Koalition in geheimer Runde über einen Zeitraum von 7 Monaten ausgebrütet hat und nun in aller Eile durchs Parlament peitschen wollte, hat sie von fast sämtlichen Sachverständigen schallende Ohrfeigen bekommen. Aber solch eine Blamage will sich die Regierung Merkel nicht erlauben. Ein paar Dutzend Änderungen werden wohl noch vorgenommen, aber höchstwahrscheinlich am 1. April erlangt eine Gesundheitsreform Gültigkeit, die nicht nur in großem Maße unsozial ist, sondern weite Teile des gesundheitlichen Versorgungssystems gefährdet.

Das erklärte Hauptziel, eine solide Finanzbasis für die Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erstellen, wird dabei überhaupt nicht angegangen. Es kommen keine neuen Finanzmittel ins System, etwa durch eine längst überfällige An- bzw. Aufhebung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze. So entrichten Besserverdienende mit bspw. 7000 Euro Monatsgehalt Krankenkassenbeiträge nur auf die Hälfte ihres Einkommens und haben so effektiv nur 7% Beitragsatz anstelle von 14%. Oder sie können sich weiterhin der Solidarität mit den Geringverdienenden entziehen, da die Möglichkeiten des Zustroms in die private Krankenversicherung (PKV) nur marginal beschnitten werden. Die Versicherungskonzerne kündigen allerdings jetzt schon große Verteuerungen der Prämien an, weil mit der Gesundheitsreform eine Übertragbarkeit der Altersrückstellungen vorgesehen ist. Die Realität sieht jedoch so aus: Nur bei einem Wechsel von einer Privatversicherung zu einer anderen wird es diese Portabilität geben, dem System der PKV geht also gar nichts verloren. Beim Wechsel zur GKV verbleiben diese Gelder weiterhin bei der Privatversicherung. Also werden nur der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten etliche Tausend Euro pro Versicherten vorenthalten, die für die im Alter teurer werdende Behandlung benötigt werden.

Eine neue und enorm hohe finanzielle Belastung bereitet die Koalition den Kassen durch die Entschuldungsverpflichtung, die binnen Jahresfrist erfolgen soll, und eine geplante Insolvenzfähigkeit für Kassen. An diesem Punkt wird die Koalition wahrscheinlich nachbessern und zumindest die Fristen auf 2 bzw. 10 Jahre verlängern, da alle Experten insbesondere für die AOKs extreme Steigerungen des Beitragssatzes oder gar den unmittelbaren Konkurs vorhersehen. So könnten die Auswirkungen auf viele Kassen vielleicht nicht gleich ganz so desaströs werden; kräftige Beitragssatzanhebungen werden aber besonders etliche Ortskrankenkassen nicht vermeiden können, also genau die Kassen, in denen viele sozial Benachteiligte versichert sind.

Auch für den Krankheitsfall haben diese Neuregelungen gravierende Auswirkung: Ärzte und Krankenhäuser kündigten schon an, dass sie die Versicherten aus insolvenzbedrohten Krankenkassen um Vorkasse bitten würden, um nicht selbst auf den Kosten sitzen zu bleiben. Neben der Versichertenkarte benötigen Kranke demnächst also auch noch eine gut gedeckte eck-Karte, um behandelt zu werden. Denn die Leistungserbringer würden genau wie Krankengeldbezieher nur nachrangig (nach den Banken) aus der Insolvenzmasse bedient und eher leer ausgehen. Der Konkurs auch nur einer AOK könnte

dabei ganze Kassenarten und funktionierende Versorgungssysteme mit in den Strudel ziehen und zum Zusammenbruch führen.

Der groß angekündigte und kontrovers diskutierte Gesundheitsfonds bietet für die Finanzierungsprobleme der GKV keine Antwort, im Gegenteil: Er wird so angelegt, dass die Mittel aus den von der Bundesregierung einheitlich festgelegten Krankenkassenbeiträgen plus Steuermitteln nur zu Beginn der Einführung ausreichen, im Folgejahr aber durch einen Zusatzbeitrag von maximal 5% aufgestockt werden müssen. So sind dann mehr als 7 Mrd. Euro über den Zusatzbeitrag allein von den Versicherten einzuzahlen, Arbeitgeber werden an künftigen Kostensteigerungen nicht beteiligt. Kassen mit ungünstiger Mitgliederstruktur könnten ihre Einnahmen jedoch aufgrund der geplanten Deckelung des Zusatzbeitrags bei 5% nicht in ausreichendem Maße erhöhen, so dass sie zu Einschränkungen ihres Service-Angebots und Streichung bei den freiwilligen Leistungen gezwungen werden. Da die Bundesregierung in ihrer neoliberalen Logik die Beitragssätze, an denen auch die Arbeitgeber beteiligt sind, möglichst niedrig halten will und Bundeszuschüsse aus Steuermitteln wohl kaum ausreichend zur Verfügung gestellt werden (hier sei nur an die Streichung der 4,2 Mrd. Euro aus der Tabaksteuer erinnert, die den Kassen für so genannte versicherungsfremde Leistungen zufließen sollten), ist abzusehen, dass die Begrenzung des Zusatzbeitrags nicht bei 5% bleiben wird. Nicht zu vergessen ist dabei, dass der Zusatzbeitrag auch von allen Versicherten in gleicher absoluter Höhe und nicht prozentual erhoben werden kann. Hier hat sich also die CDU mit der Einführung einer unsozialen Kopfpauschale durch die Hintertür durchgesetzt.

Neben den Versicherten hat die Koalition noch weitere Melkkühe zur Sanierung der Krankenkassen ausgemacht: Die Krankenhäuser sollen eine halbe Milliarde Euro pro Jahr weniger erhalten, obwohl die Krankenhauslandschaft selbst ein Sanierungsfall ist. Notwendige Investitionen sollen durch die Bundesländer erfolgen, jedoch beläuft sich der Investitionsstau inzwischen auf etwa 50 Mrd. Euro. Besonders für kleinere kommunale Einrichtungen sind die zusätzlichen Sparauflagen (neben den Kosten zur Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie und der Einführung des Fallpauschal-System (DRGs) sowie aufgrund der Erhöhung der Mehrwertsteuer und der Tarifabschlüsse) eine untragbare Belastung. Krankenhausschließungen mit Gefährdung einer wohnortnahen Versorgung, weiteren Privatisierungen bzw. Einschränkungen des Leistungsangebots zu Lasten der PatientInnen und längere Wartezeiten für Operationen wer-



den die Folge sein. Auch die Apotheker sollen eine weitere halbe Milliarde Euro hereinspielen durch Rabattverträge, die sie mit der Pharmaindustrie auszuhandeln haben. Andernfalls müssen sie selbst diese Summe aufbringen. Hier entsteht in ähnlicher Weise eine Gefahr für Kranke, da besonders auf dem Land die Versorgungsdichte schlechter wird und die Beratungsqualität abnimmt.

Erschreckend an dem GKV-WSG ist, dass auf vielen verschiedenen Ebenen Prinzipien der Solidarversicherung geopfert werden. Besonders Einkommensschwache, chronisch Kranke und Multimorbide werden finanziell stärker belastet. Neben dem Zusatzbeitrag und der Kopfpauschale tragen die geplanten Wahl- und Sondertarife zu einer Entsolidarisierung bei: Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung und Selbstbehalt-Tarife sind ausschließlich für Gesunde interessant und lukrativ. Chronisch Kranke können diese Form der Beitragsermäßigung nicht wählen. Aber genau das Geld, das Gesunde durch die Wahltarife bei ihren Beiträgen einsparen, entgeht der Kasse für die Behandlung der Kranken. Ein weiteres unsoziales und unsolidarisches Element ist die Bestrafung von chronisch Kranken und KrebspatientInnen: Ihre Zuzahlungen erhöhen sich um 1% ihres Brutto-Einkommens, wenn sie an entsprechenden Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahmen nicht ausreichend teilgenommen haben. Die Bundesregierung ignoriert dabei die massiven Bedenken von Sachverständigen hinsichtlich der Sinnhaftigkeit vieler Vorsorgemaßnahmen und torpediert eine Patientenautonomie, die auch das Recht auf Nicht-Wissen beinhalten muss. Die Verpflichtung zu einem „therapiegerechten Verhalten“ ist außerdem deshalb schon absurd, da sich selbst BehandlerInnen darüber oft im Unklaren sind; nun sollen aber PatientInnen bestraft werden, wenn sie sich nicht konform verhalten.

Ein Novum und einen Paradigmenwechsel stellt auch die Einführung eines Selbstverschuldungsprinzips dar: Bei gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen von Tätowierungen, Piercings oder Schönheitsoperationen sollen die Versicherten an den Kosten beteiligt werden. Doch ist diese Liste „medizinisch nicht indizierter Leistungen“ nicht abschließend. Hier wird die Tür für weitere Leistungsausgrenzungen weit geöffnet und das Solidarprinzip, demzufolge im Umlageverfahren Gesunde für Kranke aufkommen, ausgehebelt.

Auch bei der inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung gibt es wenig Positives zu berichten: Die Aufnahme der Palliativversorgung und der geriatrischen Rehabilitation in den GKV-Leistungskatalog sind sicherlich

Schritte in die richtige Richtung. Begrüßenswert ist auch, dass angesichts des immer bedrohlicheren Ärztemangels besonders bei der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen die Vergütungsregelungen für ÄrztInnen grundlegend verändert werden sollen. Doch gibt es auch hier noch großen Bedarf an Änderungen. Gänzlich in die falsche Richtung weisen die Vorhaben der Regierung für die Versorgung mit Hilfsmittel. Die Verpflichtung zu Ausschreibungen könnte zwar kurzfristig zu einer Kostensenkung für die Kassen führen. Da aber viele kleine Hersteller bei diesem Verfahren auf der Strecke bleiben, ist eine Monopol-Bildung größerer Anbieter zu befürchten, die später die Preise diktieren können. Für die PatientInnen bedeutet diese Regelung einen Verlust an Qualität, da nur der Preis des Produkts zählt, nicht aber die notwendige Beratung oder Anpassung bei der Benutzung des Hilfsmittels oder die Einbindung in andere Versorgungsstrukturen.

Bei all dieser Kritik erübrigt sich ein Fazit. Die Ablehnungsfront ist geschlossen: Ärzteschaft, Krankenhäuser, GKV und PKV genauso wie Apothekerverbände, Hilfsmittelhersteller, Gewerkschaften, Arbeitgeber und Patientenorganisationen haben ihre massiven Bedenken laut kundgetan. Nicht verwunderlich, dass die Opposition eine lange Reihe von Änderungsanträgen vorbereitet. Aber auch der Bundesrat hat ein dickes Paket an Änderungswünschen geschnürt, und das, obwohl Union oder SPD in sämtlichen Bundesländern den Regierungschef stellt. Aber da die schwarz-rote Koalition im Bund ihr Überleben an diesen faulen Kompromiss, der nur ein Desaster ist, geknüpft hat, besteht nur geringe Hoffnung auf Einsicht und Änderung.

In der nächsten Ausgabe wird näher ausgeführt, wie weit die Regierung über die Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und mit der Neueinführung eines „Spitzenverband Bund“ der gesetzlichen Krankenkassen in zentrale Entscheidungsstrukturen im Gesundheitssystem eingreifen und die demokratische Selbstverwaltung stützen wird und ob der dringend benötigte Risikostrukturausgleich (RSA) mit Berücksichtigung krankheitsbedingter Kosten zur Herstellung gerechter Bedingungen zwischen den Kassen und zum Wohl kranker Versicherter wie geplant verschoben und nur in völlig unzureichender Weise eingeführt wird. Die nach der Reform möglichen und sehr bedrohlichen Auswirkungen des Europarechts auf die Kassen werden dann genauso beleuchtet wie auch der von der Regierung versprochene Versicherungsschutz für alle, der künftig immer noch viele Menschen finanziell überfordern und in die Armut treiben wird, aber dennoch ein kleiner Schritt nach vorne sein kann.

**Kurz vorgestellt**

Franke, A. (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber. (Euro 19,95).



„Wenn man einen Zustand mit einem Namen versieht, kann man fälschlicherweise den Eindruck gewinnen, etwas verstanden zu haben, so dass man aufhört, nachzudenken und Fragen zu stellen“. Mit diesem Zitat von Kendall (1978, S. 3) beginnt die Einleitung.

In gut lesbaren, übersichtlich strukturierten Kapiteln geht die Autorin der Frage nach, warum Gesundheit und Krankheit schwer voneinander abzugrenzen sind und wie man Gesundheit oder Krankheit trotz dieser Schwierigkeiten dennoch verstehen kann. Den Begriffsbestimmungen folgen die mit diesen Begriffen assoziierten Modellvorstellungen. Die Darstellung von Krankheitsmodellen beginnt mit naturalistischen Modellen, berücksichtigt das biomedizinische Krankheitsmodell sowie das Risikofaktorenkonzept und darüber hinaus ein weiteres Bündel an Konzepten, die das Krankheitsgeschehen aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Die Darstellung zu Gesundheitsmodellen schließt das Modell der Salutogenese sowie

dessen Weiterentwicklungen ein, skizziert das Forschungsfeld zu Resilienz sowie Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation. Geschlechtsspezifische, sozialepidemiologische sowie subjektive Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit runden die Darstellung ab.

Insgesamt bietet das Buch einen guten Überblick über Modellvorstellungen in diesem Bereich, die – wie obige Nennung schon vermuten ließ – durch eine große Spannweite des Entwicklungsstandes der verschiedenen Modelle gekennzeichnet ist. Jedes Kapitel ist als Lerneinheit aufgebaut, mit prägnanten Einführungstexten und mit Lehrfragen, die eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema anregen wollen. Für Gesundheitswissenschaftler, die in der Weiterbildung arbeiten, aber auch für an gesundheitswissenschaftlichen Fragen interessierte Personen unbedingt empfehlenswert.

**Kurz angeklickt:**

Forum Gesundheitspolitik  
<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/>

Die Homepage des FORUM GESUNDHEITSPOLITIK ist eine private Initiative in Verantwortung von Dr. Bernhard Braun (Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen), die von gesundheitspolitisch engagierten Wissenschaftlern getragen wird. Das eigens formulierte Ziel dieser Initiative, die keinerlei kommerzielle Interessen verfolgt, ist eine fundiertere Information der Öffentlichkeit und insbesondere von Wissenschaftlern und Journalisten, Studenten/-innen und politischen Entscheidungsträgern über gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, gesetzliche Veränderungen in diesem Bereich sowie Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitssystem.

Die Umsetzung dieses Ziels gelingt. In verschiedenen Kategorien wie z.B. Patienten, Gesundheitssystem, GKV oder Prävention, werden dem Nutzer zu einzelnen Themenbereichen aktuelle Entwicklungen in Form von wissenschaftlichen Artikeln, Dossiers, Gutachten, Studien etc. zur Verfügung gestellt. Die Abstracts sind fundiert und knapp, weiterführende Informationen und Quellennachweise inklusive.

Im Vordergrund steht dabei nicht die Bewertung der einzelnen Beiträge. Vielmehr wird dem Nutzer durch die Vielfalt der Beiträge und die genauen Quellennachweise die Gelegenheit gegeben, sich selbst ein Bild zu machen bzw. sich mit den einzelnen Beiträgen gezielter auseinander zu setzen.

Die Homepage wird regelmäßig aktualisiert. Tagesaktuelle Entwicklungen (Gesetzesvorlagen, Pressemitteilungen, Positionen verschiedener Akteure im Gesundheitswesen etc.) werden jedoch nicht aufgegriffen oder gar kommentiert bzw. diskutiert.

Die Homepage des FORUM GESUNDHEITSPOLITIK eignet sich gut als Plattform für wissenschaftliche Beiträge und Entwicklungen in grundlegenden Bereichen der Gesundheitspolitik, immer mit der Option, einzelne Themenbereiche detaillierter zu betrachten.

**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: 10.03.2007

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