Themen dieser Ausgabe:

Neue Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) – Auswertung der Ernährungsstudie (EsKiMo)

Seite 1

Wie erfolgreich ist Prävention und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer internationalen Literatursichtung

Seite 3

Rückblick und Vorschau auf großkoalitionäre Gesundheitspolitik: Noch Chancen für ein Präventionsgesetz ?

Seite 4

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

Seite 6

Impressum

Seite 7

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

» der Ernährungsstudie des Kinder –und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)

» einer systematischen Literaturanalyse zur Frage“ Wie erfolgreich ist Prävention und Gesundheitsförderung?

» und einem Rückblick und einer Vorschau auf die Gesundheitspolitik der großen Koalition.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [↗] wünscht Ihnen erholsame Festtage und einen guten Rutsch ins Jahr 2008. Viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe.

Sie können den Newsletter auch online lesen [↗] oder im Archiv als html-Dokument [↗] oder pdf-Datei finden [↗].

Veranstaltungen / Tagungen

17/01-18/01/2008 [Potsdam]

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Kooperation mit der Fachhochschule Potsdam. Fachtagung: Das Soziale als politisches Anliegen- Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Sparpolitik und Gemeinwesenorientierung. [↗]

18/01/2008 [Dresden]

Verband der Diätassistenten (VDD). 9. Fachtagung für Ernährungsmedizin und Diätetik für Ärzte und Ernährungsfachkräfte. Themen: u.a. neue Wege zur Prävention von Adipositas und Diabetes in Sachsen, Ernährungssituation in Kindertagesstätten. [↗]

18/01-19/01/2008 [Hannover]

Fachtagung der Landesagentur Generationsdialog Niedersachsen. Mitmachen- Mitgestalten- Mitentscheiden. Strategien für eine lebendige Bürgerkommune. [↗]

08/02-10/02/2008 [Münster]

Diabetes 2008. Messe mit Fachkongress für Ärzte, Apotheker, Gesundheitsdienstleister und übergreifende Berufsgruppen. [↗]

29/02-01/03/2008 [Dresden]

3. KITA-Symposium. Fit bleiben in stürmischen Zeiten. Konzepte und Austausch zur Prävention und altersgerechten Beschäftigung in der Kita. [↗]

05/03-06/03/2008 [Berlin]

3. Kongress für Gesundheitsnetzwerker. Thema: Die Praxis neuer Versorgungsformen. [↗]

06/03-07/03/2008 [Münster]

3. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. "Patientensicherheit und Technik" zusammen mit dem 4. Medizintechnik- und Ergonomie Kongress. [↗]

Neue Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) – Auswertung der Ernährungsstudie (EsKiMo)

Guido Grunenberg

Im Mai 2007 wurden die ersten umfassenden Ergebnisse der Kinder- und Jugendstudie (KiGGS) veröffentlicht (vgl. Newsletter 02/2007). Diese sollten den Auftakt zu weiteren, tiefer gehenden Auswertungen darstellen. KiGGS ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gemeinsam initiierte und finanzierte Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI).

Im Oktober 2007 präsentierte der Leiter der Eskimo-Studie , Dr. Gerd Mensink (RKI) im Rahmen einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Ernährungsverhalten (AGEV) in Köln die ersten Auswertungen der Ernährungsstudie EsKiMo, einer Teilstudie der bundesweiten KiGGS-Untersuchung zur Kinder- und Jugendgesundheit.

Der veröffentliche Forschungsbericht des RKI und der Universität Paderborn im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) ist eine erste umfassende Darstellung des Lebensmittelverzehrs und der Nährstoffzufuhr von Kindern und Jugendlichen.

Im Zeitraum von Januar bis Dezember 2006 wurden 2.506 Mädchen und Jungen im Alter von 6 bis 17 Jahren befragt, die bereits an der KiGGS-Studie teilgenommen hatten. Die Befragung erfolgte dabei insbesondere unter Berücksichtigung einer möglichst gleichmäßigen Streuung der jeweiligen Region über die Jahreszeiten.

Durch die Anbindung an die KiGGS-Studie (und die hier erhobenen Gesundheitsdaten und -parameter) sollen die Ergebnisse der EsKiMo-Modulstudie außerdem umfangreiche Analysen zum Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit ermöglichen.

Je nach Alter wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden angewendet. Die Eltern der 6- bis 11-Jährigen führten über einen Zeitraum von 3 Tagen ein Ernährungstagebuch (im Vordergrund stehen hier Angaben zu Lebensmittelbezeichnung, Menge, Ort und Zeitpunkt des Verzehrs sowie die Zubereitung) und wurden dabei telefonisch von der Universität Pa-

derborn betreut. Die 12- bis 17-jährigen Teilnehmer wurden über ein standardisiertes Ernährungsinterview (auf der Grundlage des RKI-Ernährungserhebungsprogramms DISHES) persönlich zu ihren Ernährungsgewohnheiten in den letzten vier Wochen befragt. Zusätzlich wurden in einer weiteren Befragung soziodemographische Daten, Aspekte der Freizeitgestaltung, Supplementeinnahme, Verpflegung in der Schule sowie Körpergröße und -gewicht erhoben.

Bei der Auswertung wurden die Ergebnisse über die Ernährungsgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen mit den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) – hier z.B. mit den Empfehlungen für eine optimierte Mischkost (optimiX) - ins Verhältnis gesetzt. Auf Grund der Verwendung der gleichen Erhebungsmethodik wie bei der Nationalen Verzehrsstudie II des BMELV erhofft man sich zudem Vergleiche der Ernährungssituation zwischen Kindern und Erwachsenen.

Die Autoren des Forschungsberichts wiesen jedoch im Vorfeld bereits darauf hin, dass durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der EsKiMo-Studie, Vergleiche zwischen diesen beiden Gruppen nur mit Vorsicht gezogen werden können.

Die Ergebnisse des Forschungsberichts ermöglichen einen detaillierten und differenzierten Einblick in die Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und bestätigen viele der schon bekannten Ernährungsprobleme.

Deutsche Kinder und Jugendliche essen viel zu wenig pflanzliche und viel zu viele fettreiche, tierische Lebensmittel. Insgesamt werden zu viele energiedichte und proteinhaltige und zu wenig ballaststoffreiche Lebensmittel konsumiert. Nur wenige Kinder und Jugendliche erreichen die empfohlenen Verzehrmengen von Obst und Gemüse. So verzehren z.B. nur 6% der Jungen und 7% der Mädchen ausreichend Gemüse. Nicht einmal 50% der Kinder erreichen die Hälfte der empfohlenen Obstmenge. Problematische Ernährungsgewohnheiten wie z.B. ein hoher Verzehr von Fastfood sind vor allem bei den Jugendlichen zu beobachten. So nehmen 16- bis 17-jährige Jungen im Mittel 8% ihrer täglichen Energiezufuhr über Fastfood-Produkte auf.

Die Getränkemenge bei den Jungendlichen wurde zwar als ausreichend bewertet (die empfohlene Menge wird sogar zumeist überschritten), weist jedoch mit ca. 25% einen relativ hohen Anteil an limonadehaltigen Getränken auf. Bei den 6- bis 11-Jährigen trinkt etwa jedes zweite Kind zu wenig.

Die Hauptquellen für Energie- und Fettzufuhr sind – neben Brot und Milch – Süßigkeiten. Auch wenn die Energiezufuhr im Mittel den Empfehlungen entspricht, wiesen die Autoren kritisch auf eine zu hohe Zufuhr an ungünstigen gesättigten Fettsäuren sowie Zucker hin. Ca. 10% der Kinder und Jugendlichen nehmen mehr als 40% der täglich zugeführten Kalorien über Fett auf. Dabei macht z.B. ein überall verfügbares Angebot an energiereichen (und schmackhaften) Fastfood-Produkten es vielen Kindern und Jugendlichen offensichtlich zunehmend schwerer, dauerhaft eine ausgeglichene Energiebilanz und eine normale Entwicklung des Körpergewichts zu erreichen.

Die Zufuhr der meisten Vitamine und Mineralstoffe liegt oberhalb der Empfehlungen. Ausnahmen sind Folat und Vitamin D bei Kindern und Jugendlichen, Calcium und Vitamin A bei den Kindern sowie Eisen bei den Mädchen.

Die aus den Ergebnissen des Forschungsberichts resultierenden Empfehlungen fallen vergleichsweise bescheiden aus. Aus präventivmedizinischer Sicht sprechen sich die Autoren für eine ausgewogene, auf Obst, Gemüse und weiteren pflanzlichen Lebensmitteln basierende, weniger energiereiche Kost und Bewegung schon im frühen Kindesalter aus und greifen hier im Wesentlichen die Empfehlungen der DGE und des FKE auf.

Dabei liefern die vorliegenden Daten und Ergebnisse eine aktuelle und ausführliche Bestandsaufnahme der Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und würden somit eine wichtige Grundlage für zielgruppen- und geschlechterspezifische Interventionen, insbesondere in lebensweltorientierten Bereichen (Kindertagesstätten, Schulen, Gemeinden etc.) bilden.

Gesundheitspolitisch relevant ist jedoch lediglich der Hinweis, die Empfehlungen bei der Einführung von Gemeinschaftsverpflegung in Ganztagsschulen zu nutzen. Dabei hätten gerade an dieser Stelle, z.B. im Hinblick auf ein Präventionsgesetz, das ja noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden und den qualitativen und quantitativen Ausbau von Interventionen im Setting fokussieren soll, durch konkrete Handlungs- und Um

setzungsempfehlungen weitere Akzente gesetzt werden können.

Enttäuschend sind auch die defensive Ausrichtung bei der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse und die bisher verhaltenen Reaktionen auf diese. Das BMELV, immerhin Auftraggeber der Studie, verweist auf seiner Homepage lediglich auf selbige. Konkrete Handlungsempfehlungen sind auch hier bisher Fehlanzeige. Von Seiten des BMG ist ebenso keine offizielle Stellungnahme zu vernehmen.

Von Seiten der Fachverbände greift zumindest die DGE in ihrem Projekt „Qualitätsstandards für die Schulentwicklung“ den in der KiGGS-Studie gezeigten Handlungsbedarf auf und versucht sich an der Etablierung von Qualitätssicherung in der Schulverpflegung.

Zusammenfassend stellt der Forschungsbericht durch seine umfangreiche Beschreibung der Ernährungssituation der Zielgruppe sowie zu Stichprobendesign und Erhebungsmethoden (inklusive einer detaillierten Dokumentation im Anhang) eine solide Grundlage für zukünftige Interventionen in lebensweltorientierten Bereichen dar und ist allein deswegen sehr empfehlenswert für Experten, Netzwerker, Multiplikatoren und Interessierte.

Weitere Informationen:

Forschungsbericht EsKiMo

KiGGS

Wie erfolgreich ist Prävention und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer internationalen Literatursichtung

Burkhard Gusy

Die Notwendigkeit der Vermehrung und Verbesserung von Primärprävention begründen unisono Gesundheitswissenschaftler, doch fehlt derzeit noch ein politisch konsensfähiges und konsistentes Begriffsinventar.

Unbeschadet der ausstehenden Begriffsklärung besteht Einigkeit darüber, dass für zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ein Wirknachweis zu erbringen ist. Dies ist auch im aktuellen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention aus dem November dieses Jahres zu lesen, die Anforderungen zur Qualitätssicherung soll der Nationale Präventionsrat formulieren und geeignete Methoden und Kriterien entwickeln.

Im Vorfeld dieser Entwicklungen hat das Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie (IGKE) in Köln international erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesichtet und deren Übertragbarkeit auf Deutschland geprüft. Eine systematische Literaturanalyse in verschiedenen einschlägigen Datenbanken bildete hierfür die Grundlage. Publikationen aus dem Zeitraum von 1990 bis 2006 wurden gesucht, die in den USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, Frankreich, Niederlande, den skandinavischen Ländern, Österreich und der Schweiz durchgeführt wurden. Diese Staaten wurden auf Grund des mit Deutschland vergleichbaren sozioökonomischen Status ausgewählt. Die Publikationen mussten ferner die Schlüsselwörter Prävention, Gesundheitsförderung und Risikofaktor beinhalten. Auf Grund der Vielzahl an Treffern wurde die Suche nach Risikofaktoren auf Bewegung, Depression und Ernährung eingeschränkt.

Der zur Systematisierung entwickelte Kriterienkatalog basiert auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, berücksichtigt aber ebenso – nach Auffassung der Autoren – die Besonderheiten von Prävention und Gesundheitsförderung. Potenziellen Geldgebern soll dieses Instrument als Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt werden, um bereits im Antragsstadium um Fördermittel den Nutzen und den Wirkungsgrad präventiver Maßnahmen abschätzen zu können. Bewertungsdimensionen dieses Screening Instrumentes sind der Effekt der Maßnahme, die Studien- wie auch die Interventionsqualität. Als Effekte werden neben der globalen Wirksamkeit auch positive Veränderungen in Teilaspekten berücksichtigt (bei verschiedenen Subgruppen oder einzelnen Parametern). Der Grad der Zuverlässigkeit der Studienergebnisse wie z.B. die Darstellung der Randomisierung, die Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe, die Powerberechnung werden als Studienqualität gefasst. Unter der Interventionsqualität ist die Sorgfalt der Maßnahmenplanung subsumiert wie z.B. eine Multiplikatorenschulung, die Berücksichtigung des Kontextes sowie die Kompetenzzuweisung. Der auf der Grundlage bestehender Instrumente weiter entwickelte Dokumentationsbogen bündelt 68 Merkmale.

Einschlusskriterien für eine Studie in die Begutachtung war das sowohl Maßnahme als auch deren Evaluation publiziert wurden, die durchgeführten Interventionen bei den entsprechenden Zielgruppen direkt erfolgten und eine Wirkung im Verhalten oder körperlichen bzw. psychischen Faktoren ausgewiesen wurde.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach Themen getrennt. Zu Bewegung wurden insgesamt vierzig Studien kodiert, 14 zu Bewegung bei Frauen und Mädchen und 26 zu Bewegung im Betrieb. Sechs Studien wurden schlussendlich genauer betrachtet, von denen zwei positive und die anderen vier gemischte bzw. keine Effekte berichteten. Die Besonderheit der als effektiv eingeschätzten Studien lag in einer multistrategischen Ausrichtung und einer Beteiligung der Zielgruppe (Vorabbefragung) sowie verschiedener Settings (Schule, Familie). Ausschließlich verhaltensbezogene Interventionen zeigten geringe bis gar keine Effekte. Im Handlungsfeld Betrieb und Bewegung erwiesen sich Interventionen zum Treppensteigen

im Betrieb, durch die mit Plakaten geworben wurden, als ineffektiv und sollten nach Empfehlung der Autoren der Studie nicht mehr gefördert werden.

Im Handlungsfeld Depression wurden insgesamt 18 Studien betrachtet, in denen überwiegend kognitiv verhaltenstherapeutisch interveniert wurde, und die im Vergleich zu den anderen Handlungsfeldern hohen Qualitätsstandards entsprachen. Anhaltspunkte sehen die Autoren dafür, dass Aspekte, die in den von ihnen formulierten Qualitätsscores nicht erfasst werden, die Ergebnisse beeinflussen. Trotz der in dieser Literatursichtung sichtbaren Tendenz für einen kognitiv- verhaltenstherapeutischen Ansatz, wird keine Empfehlung zu Gunsten dieser Interventionsstrategie formuliert, sondern weiterer Forschungsbedarf gesehen.

Im Bereich Ernährung wurden 24 Studien betrachtet, die einen homogenen Trend zeigen. Bei Maßnahmen, die auf die Modifikation von Ernährung und Bewegung zielen, zeigte sich ein positiver Effekt in Bezug auf Ernährung, ein negativer hingegen in punkto Bewegung.

Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass ein „gold standard“ für die Konzeption von Präventionsmaßnahmen nicht erkennbar sei. Evaluationen werden zu selten durchgeführt, insofern ist auch die Zahl an Studien, die hohen Qualitätsstandards genügen, klein. Hinzu kommt, dass Ergebnisse nicht verlässlich reproduzierbar seien. Interessant ist ferner die Information, dass es keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen den Effekten und der Qualität von Studien gab.

Dies führt zu der Empfehlung, in Deutschland eine verbindliche Evaluation zu fördernder Interventionen mit einheitlichen Evaluationsstandards vorzuschreiben. Der vom IGKE entwickelte Kriterienkatalog wird von den Autoren für diesen Prozess empfohlen. Gerade aber dies, so darf bereits jetzt schon spekuliert werden, dürfte eine Kontroverse hervorrufen, ob die Autoren tatsächlich wie behauptet die Besonderheiten von Prävention und Gesundheitsförderung ausreichend berücksichtigt haben.

Rückblick und Vorschau auf großkoalitionäre Gesundheitspolitik: Noch Chancen für ein Präventionsgesetz ?

Siegfried Dierke

Ziemlich genau zur Halbzeit dieser Wahlperiode legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referenten-Entwurf für ein Präventionsgesetz vor. Die Hoffnung, dass Gesundheitsförderung und Prävention nun zügig durch eine gesetzliche Regelung gestärkt werden, bleibt indes gering. Die Fronten zwischen Union und SPD verhärten sich. Der Blick zurück auf 2 Jahre Gesundheitspolitik der großen Koalition kann ein wenig Aufschluss darüber geben, was bis zur nächsten Wahl noch möglich sein kann und was nicht.

Vor 2 Jahren legten Union und SPD einen Koalitionsvertrag vor, der auch für den Bereich Gesundheitspolitik ein umfangreiches Maßnahmenpaket umfasste. Schwungvoll begann die neu geschmiedete Allianz zunächst und brachte gleich im Frühjahr 2006 ein Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) auf den Weg, mit dem die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gesenkt und damit die Beitragssätze stabil gehalten werden sollten [↗]. Die Koalition drückte dieses Gesetz trotz massiver Proteste durch. PatientInnen, Versicherte, ÄrztInnen und ApothekerInnen beklagten sich über Bonus-Malus-Regelung und unübersichtliche Festbeträge, Pharmahersteller aus dem Generika-Segment zetern über gewaltige Umsatzrückgänge, doch schon im zweiten Jahr versagt dieses Spargesetz: Über 2 Mrd. Euro werden die Ausgaben der GKV allein für verschreibungspflichtige Medikamente im Jahr 2007 ansteigen.

Aber immerhin: Nach diesem forschen Antritt schafften es die Koalitionäre noch im selben Jahr, sich auf einen Entwurf für eine Gesundheitsreform unter dem Namen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zu einigen und zuvor ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zu verabschieden: Nicht nur die Krankenkassenlandschaft (mit dem neuen „Spitzenverband Bund“, Entschuldungsverpflichtung der Kassen, Gesundheitsfonds, einheitlichem Beitragssatz, Teilkasko-Tarifen oder Zusatzbeitrag mit Kopfpauschale) wurde hier grundlegend neu geregelt, auch für die niedergelassenen ÄrztInnen ergeben sich (mit Euro-Vergütung, dem Recht auf Zweigniederlassungen und Zu- bzw. Abschlägen bei der Vergütung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen) völlig neue Rahmenbedingungen [↗].

Diese wohl umfangreichste Umwandlung im Gesundheitssystem stieß bei den Verbänden und Fachorganisationen größtenteils auf erbitterten Widerstand. Versicherte und PatientInnen spürten bislang außer kleinen Leistungsausweitungen (z.B. bei Eltern-Kind-Kuren) oder leichten Erschwernissen (im Hilfsmittelbereich) vor allem, dass die Beitragssätze mit fast 15% (plus 0,9% Sonderbeitrag) ein Rekordniveau erreichten. Doch die meisten Auswirkungen sind so terminiert, dass sie in dieser Wahlperiode gar nicht mehr greifen werden. Eine schwierige Klippe hat die Koalition allerdings genau in der Wahlkampfzeit zu umschiffen. Weil sich weder die SPD mit dem Einstieg in eine Bürgerversicherung noch die Union mit einem generellen Kopfpauschalenmodell durchsetzen konnten, erwartet uns ab 2009 eine Zwitterlösung: Der Beitragssatz wird dann nämlich von der Bundesregierung einheitlich für alle Kassen festgelegt. Kassen, die aufgrund unwirtschaftlichen Verhaltens - oder aber weil sie viele chronisch Kranke und Multimorbide versichern – damit nicht auskom

men, müssen einen Zusatzbeitrag erheben, der allein von ihren Versicherten ggf. als unsolidarische Kopfpauschale erhoben wird. Schon heute ist klar: Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände werden Druck auf die Politik machen, dass ihr Anteil nicht weit über 6,5 % liegen soll. Für die Versicherten droht damit Ungemach, aber auch für viele der großen Versorgerkassen mit ungünstiger Versichertenstruktur. So hat die Koalition im letzten Winter die Gesundheitsreform trotz einiger Querelen zwar einigermaßen unbeschadet über die Bühne gebracht, sich aber noch einen fetten Stolperstein für die Zukunft aufgehoben.

Nach diesem großen Kraftakt lehnte sich das BMG jedoch nicht zurück, sondern legte gleich nach: Die Gesundheitsreform war noch nicht vom Bundespräsidenten unterschrieben, da wurden ein Gewebegesetz und ein DAMA-Errichtungsgesetz ins Parlament eingebracht [↗]. Nun allerdings war die Bereitschaft zu Kompromissen zwischen Union und SPD schon aufgebraucht. Beim Gewebegesetz wurden nach heftiger Kritik von Verbänden und Opposition sowie massiven Zerwürfnissen innerhalb des Regierungslagers weite Teile der Neuregelungen wieder geändert, die industriefreundlichen Pläne zur Errichtung einer Arzneimittel-Agentur wurde nach einem halben Jahr sogar gänzlich beerdigt. Zum Opfer fiel aber auch eine Stärkung der Pharmakovigilanz, also der Arzneimittelüberwachung nach ihrer Zulassung.

Ganz so peinlich wollte die Koalition beim Thema Pflege aber nicht dastehen. Doch auch für diesen Bereich, der aufgrund z.T. katastrophaler Nöte und Unterfinanzierung dringlichst reformiert werden müsste, durfte das BMG nur ein Mini-Reförmchen vorlegen. Auf der Finanzierungsseite konnten sich die Koalitionäre nicht auf eine grundlegende Neuordnung einigen. Die Leistungen sollen in manchen Pflegestufen gar nicht und in den anderen so geringfügig angehoben werden, dass noch nicht einmal der Kaufkraftverlust der letzten Jahre seit der Einführung der Pflegeversicherung ausgeglichen wird. Die von allen Parteien geforderte Aufnahme von Menschen mit dementiellen Erkrankungen soll nun angeblich erfolgen, aber wenn für 2008 durchschnittlich gerade 0,76 Cent pro Tag und Person vorgesehen sind, kann davon nicht ernsthaft die Rede sein. Die geplanten qualitativen Verbesserungen sind ebenfalls nicht ausreichend finanziert [↗], und einige wurden nach koalitionsinternem Streit wieder herausgenommen, wie z.B. der bezahlte Pflegeurlaub von 10 Tagen. Das Verhandlungsklima innerhalb der Koalition ist mittlerweile recht rau geworden, das Resultat sind gegenseitige Blockaden anstatt notwendiger mutigerer Schritte.

Das zeigt sich z.B. auch bei der Heroinbehandlung von Schwerstabhängigen. Nach erfolgreichem Abschluss der Modellprojekte setzten sich Fachverbände, Kommunen, alle Oppositionsfraktionen [↗] und mittlerweile auch der Bundesrat mit einer Gesetzesinitiative für die Übernahme der Diamorphinbehandlung von Opiatabhängigen in die Regelversorgung ein. SPD-GesundheitspolitikerInnen stimmen diesem Anliegen inhaltlich zu, doch wegen der rigorosen Ablehnung aus den Reihen der Unionsfraktion ist es mehr als wahrscheinlich, dass die große Koalition auch hier nicht zum Akteur wird, sondern zum Hemmschuh. Und das bei einem Thema, wo gesamtgesellschaftlich und auch in den Reihen der Politik ein dringlicher Handlungsbedarf gesehen wird und eine breite politische Mehrheit für diese Neuregelung bestehen würde.

Vergleichbares deutet sich beim Thema Gendiagnostik an. Die Bündnisgrünen haben einen Gesetzentwurf zur Regelung genetischer Untersuchungen beim Menschen eingebracht. Die Debatte darum zeigte zum wiederholten Male die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes auf, gleichzeitig aber wurden auch hier große Differenzen zwischen Union und SPD offenbart [↗]. So ist zu befürchten, dass das Versprechen aus dem Koalitionsvertrag nicht umgesetzt wird und das Feld genetischer Untersuchungen beim Menschen weiterhin auf eine gesetzliche Regelung harren muss.

Bleibt abschließend der Blick auf die versprochene Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Bei diesem Thema erfolgt inzwischen ein offener Schlagabtausch zwischen den Koalitionspartnern. Auf die vom BMG im Herbst vorgelegten Eckpunkte für ein Präventionsgesetz konterte die Union mit eigenen Vorschlägen. Ende November veröffentlichte das Ministerium einen Referenten-Entwurf und ging darin an einigen Punkten auf CDU/CSU zu. Doch statt hierin eine Botschaft zu einem konstruktiven Vorgehen zu sehen, zeigten sich UnionspolitikerInnen empört. Wenn der Streit inzwischen derart offen und unversöhnlich ausgetragen wird, ist es eher unwahrscheinlich, dass sich die rot-schwarze Gesundheitspolitik beim Thema Präventionsgesetz noch als ausreichend konfliktfähig erweisen wird, um eine Regelung zu beschließen, die insbesondere die Gesundheitschancen für sozial Benachteiligte verbessern hilft. Der vorgelegte

halbherzige Entwurf hätte die erforderliche Substanz ohnehin nicht [↗]. Lediglich die Sozialversicherungen sollen demnach die Präventionsausgaben schultern, zudem wird die Arbeitslosenversicherung dabei ausgenommen, kritisiert zum Beispiel der Sachverständige Prof. Rolf Rosenbrock [↗]. Eher düstere Aussichten für die kommenden Jahre.

Weitere Informationen

WSI-Mitteilungen 07/2007 [↗]

Kurz vorgestellt

Lauterbach, K.W., Stock, S. & Brunner, H. (2006). *Gesundheitsökonomie*. Bern: Huber

In Zeiten knapper werdender Mittel im bundesdeutschen Gesundheitswesen erlangen ökonomische Betrachtungen eine immer größere Bedeutung. Wer die anhaltenden Diskussionen um Kostenentwicklungen und Reformbemühungen verstehen und kritisch begleiten will, benötigt zumindest grundlegende Einsichten in das Spannungsfeld von Gesundheit und Ökonomie.

In diesem Sinne wendet sich das 2006 erschienene Lehrbuch Gesundheitsökonomie, unter anderem herausgegeben von dem derzeit sicherlich profiliertesten Gesundheitsökonomen und -politiker Karl Lauterbach, vor allem an Praktiker des Gesundheitswesens ohne wirtschaftswissenschaftliche Vorkenntnisse.

Das Buch gliedert sich in vier große Teile. Im ersten Abschnitt „Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen“ wird ein weiter Bogen vom Gesundheitsbegriff bis zu Gerechtigkeitsüberlegungen in der Gesundheitsökonomie und grundlegenden ethischen Theorien im Bereich des Gesundheitswesens gespannt. Der zweite Teil über die „Ökonomischen Grundlagen des Gesundheitssystems“ bietet einen ausführlichen Einblick in die Organisation des bundesdeutschen Gesundheitssystems, von Kosten- und Finanzierungsaspekten über das Krankenversicherungssystem bis zur ambulanten, stationären und Arzneimittelversorgung. Aktuelle Diskussionen um Probleme und Reformansätze werden hier aufgenommen, Standpunkte skizziert und kompetent bewertet. Gesundheitssystemvergleiche sind ein wichtiges Instrument der Gesundheitsökonomie. Im dritten Abschnitt „Vergleiche von Gesundheitssystemen“ werden Zweck und methodische Grundlagen solcher Vergleiche erläutert, und paradigmatische Gesundheitssysteme verschiedener Länder vorgestellt (jedoch nicht verglichen). Auch der vierte Abschnitt widmet sich den Methoden der Gesundheitsökonomie. „Methoden der gesundheitsökonomischen Bewertung“ sind ökonomische Evaluationen medizinischer Maßnahmen mittels Entscheidungs- und Wirtschaftlichkeitsanalysen, die in diesem Abschnitt näher erläutert und durch weitere Informationen zur Bedeutung der Lebensqualität für die Gesundheitsökonomie ergänzt werden. Durch seinen breiten Fokus, den unvoreingenommenen Blick und die Fülle an Informationen kann dieses Werk eine Bereicherung für jeden darstellen, der ob aus eigenem Interesse oder gezwungenermaßen mehr über die ökonomischen Grundlagen des Gesundheitswesens erfahren will. Der Lehrbuchcharakter wird durch ein klare Gliederung der Inhalte und Kontrollfragen am Ende jedes Kapitels betont. Das Buch gibt dem Leser das notwendige Rüstzeug an die Hand, um sich kompetent in die Reformdiskussionen einmischen, oder diese zumindest besser nachvollziehen zu können.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg) (2007). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (2., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.

Knapp drei Jahre nach der Erstauflage ist nun das Lehrbuch „Prävention und Gesundheitsförderung“ in einer überarbeiteten Version erschienen. Diese ist 400 Seiten stark und damit gegenüber der Erstauflage um 120 Seiten ergänzt. Kapitel 1 bündelt die Grundlagen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung dem ein Überblick über gesundheitsbezogene Förderungsmöglichkeiten in verschiedenen Lebensabschnitten folgt (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, und das Alter). Kapitel 3 enthält Präventionsansätze bei epidemiologisch relevanten Störungen und Krankheiten, Kapitel 4 die jeweiligen fachspezifischen Perspektiven. Abgerundet wird die Themenvielfalt durch Zielgruppen und Settings der Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Umsetzung durch die Politik.

Die Darstellung der Begrifflichkeiten in Kapitel 1 hilft dem Leser Prävention und Gesundheitsförderung zu konturieren und in historischer Perspektive zu entschlüsseln. In der Grundlegung führen die Autoren den Leser behutsam an die verschiedenen Aspekte der Konzeptualisierung und Operationalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung und unterstützen die Bemühungen des Lesers bei der Entschlüsselung beider Begriffe.

Mit der entwicklungsorientierten Darstellung von Prävention und Gesundheitsförderung strukturieren die Autoren die lebensaltersspezifischen Herausforderungen dieser Interventionsstrategien, in denen das Kinder- und Jugendalter vom Interventionszeitpunkt her besonders günstig ist. Obwohl das Erwachsenenalter

der längste Lebensabschnitt ist, sind Interventionskonzepte in diesem Lebensabschnitt gering konturiert. Hier gilt es individuelles Risikoverhalten zu modifizieren, der Betrieb und die Familie sind als Setting für Interventionen benannt, wobei die Familie in der derzeitigen Interventionspraxis bislang kaum eine Rolle spielt.

In Kapitel 4 wird die fachspezifische Prävention ins Visier genommen. Anders als die interdisziplinäre Entwicklung des Fachs Gesundheitswissenschaften vermuten ließe, sind hier ausschließlich medizinische Teildisziplinen vertreten, psychosoziale Perspektiven hingegen gar nicht erwähnt.

Kapitel 5 nennt Familien, Schulen, Betriebe, Städte und Gemeinden als Settings für Prävention und Gesundheitsförderung, als Zielgruppen werden Frauen und Männer sowie Migranten hervorgehoben. Schnabel plädiert in seinem einführenden Beitrag für eine zeitgleiche Intervention in verschiedenen Settings um einen maximalen Präventionsnutzen zu erzielen.

Das Buch ist sicherlich die umfassendste und aktuellste Darstellung zu Prävention und Gesundheitsförderung. Als Einführung in die Thematik ist es für Neueinsteiger unterschiedlicher Fachdisziplinen gut geeignet. Die Publikation ist lesefreundlich gestaltet durch die Hervorhebung wichtiger Aspekte, am Ende eines jeden Kapitels werden Prüfungsfragen und Leseempfehlungen gegeben. Dies unterstreicht den Lehrbuchcharakter dieses Buches, für das wir uns in der dritten Auflage eine Öffnung gegenüber nichtmedizinischen Themen und Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung wünschen würden.

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.März 2008

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