

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.)

Netzwerke stärken

Landesgesundheitskonferenz in Berlin
26. November 2004

1



Redaktion: Fabian Engelmann
Holger Kilian
Gesundheit Berlin e.V.

Ingo Büscher
*Senatsverwaltung für
Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz*

Satz und Layout: Jenny Kleinwächter
Gesundheit Berlin e.V.

Herausgeber: Senatsverwaltung für
Gesundheit, Soziales
und Verbraucherschutz
Referat II J
Oranienstr. 106
10969 Berlin

Fachliche Auskünfte: Telefon: 030-9028 1320
Telefax: 030-9028 2094
E-Mail: ingo.buescher@sengsv.verwalt-berlin.de
Homepage: www.berlin.de/sengsv/gesundheit/index.html

Inhaltsverzeichnis

Erwartungen an die Landesgesundheitskonferenz aus Sicht der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Heidi Knake-Werner4

Ziele, Perspektiven und Widerstände von Landesgesundheitskonferenzen

Christian von Ferber7

Erfahrungen mit Gesundheitskonferenzen

Birgit Weihrauch14

Entwicklungsphasen bezirklicher Gesundheitskonferenzen von Gesundheitserziehung über Gesundheitsbildung zu Gesundheitsplanung am Beispiel des Bezirkes Wedding beziehungsweise Mitte

Werner Schiffmann18

Koordinierung der Gesundheitsförderung in Berlin

Raimund Geene21

Rolle und Chancen der Landesgesundheitskonferenz aus Sicht der Kostenträger

Rolf D. Müller25

Zusammenfassende Dokumentation der Podiumsdiskussion29

Vitae der Referent(inn)en45

Teilnehmer(innen)47

Erwartungen an die Landesgesundheitskonferenz aus Sicht der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Heidi Knake-Werner

Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich, dass Sie meiner heutigen Einladung zur ersten Landesgesundheitskonferenz in Berlin gefolgt sind.

Wie kaum in einem anderen gesellschaftlichen Bereich verbinden sich mit dem Gesundheitswesen individuelle Erwartungen und soziale Ansprüche; Veränderungen im Gesundheitswesen berühren unmittelbar alle Bürgerinnen und Bürger. Gesundheitsversorgung ist ein öffentliches Gut, dessen beständige wissenschaftsgestützte Fortentwicklung, dessen allgemeine soziale Zugänglichkeit und möglichst effiziente Bereitstellung individuelle Lebenschancen entscheidend beeinflusst. Gesundheitspolitik als ein zentrales Politikfeld für die Lebensqualität der Menschen berührt unmittelbar die soziale Dimension der Stadtpolitik in Berlin. Gesundheitspolitische Ziele und Umsetzungsstrategien bedürfen des breiten demokratischen Diskurses aller Beteiligten.

Veränderungen brauchen eine Richtung. Politik muss sich mit der Zukunft auseinandersetzen und einen Entwicklungskorridor bestimmen, der die eigenen Handlungsmöglichkeiten aufdeckt, Alternativen entwickelt und zur Entscheidung bringt.

Für die Gesundheitspolitik im Land Berlin heißt das auch, die bundesweiten Rahmenbedingungen kritisch zu reflektieren. Vor allem aber muss sie sich daran messen lassen, die Handlungsmöglichkeiten in Berlin zu erkunden und zukunftsfähige Wege zu finden und zu ebenen.

Auf Berliner Landesebene sind das vor allem die Handlungsfelder:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Patientenbeteiligung
- gesundheitlicher Verbraucherschutz,
- Integrierte Patientenversorgung
- Qualifikation des medizinischen Personals
- Forschung und Entwicklung
- Arbeitsplätze und Gesundheitsversorgung

Gestatten Sie mir zu diesen Handlungsfeldern einige Bemerkungen, da ich denke, dass das eine oder andere Handlungsfeld Thema einer Behandlung auf einer der kommenden Landesgesundheitskonferenzen sein sollte:

Patient(inn)enrechte und Patient(inn)enbeteiligung

Dazu gehören:

- Die Stärkung der individuellen Patientenrechte unter anderem durch Verbreitung und Unterstützung von Vorausverfügungen, Verschärfung der Kontrolle jeder Form von Zwangsbehandlungen.
- Die Stärkung institutioneller Partizipation durch eine verbesserte Einbeziehung von Patientenvertretungen und Patientenführern in die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen.
- Die Stärkung der Patientenorientierung in der gesundheitlichen Versorgung als zentralem Anliegen sozialer Medizin und hier vor allem eine klare Ausrichtung der Versorgung auf das Prinzip der „Partizipativen Entscheidungsfindung“.

Am 1. November hat die Berliner Patientenbeauftragte, Frau Karin Stötzner, ihre Tätigkeit aufgenommen. Mit der Einsetzung der Patientenbeauftragten möchte der Berliner Senat die bestehenden umfassenden Angebote zur Beratung und Information vervollständigen und die Belange von Patientinnen und Patienten verstärkt in der Gesundheitspolitik zur Geltung kommen lassen.

Die Patientenbeauftragte wird mich in Fragen beraten, die Patientenbelange betreffen. Gleichzeitig sollen vor allem die Koordinierung und die Vernetzung der vielfältigen Ak-

tivitäten, die es in Berlin zur Patientenorientierung im Gesundheitswesen gibt, unterstützt und weiterentwickelt werden. Die Patientenbeauftragte wird eine Agenda zur „Verbesserung der Situation der Patienten in Berlin“ entwickeln. Diese Agenda soll jährlich fortgeschrieben werden und dient als Arbeitsgrundlage für die Tätigkeit der oder des Beauftragten. Darüber hinaus ist sie oder er Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für Patienteninitiativen und -organisationen als Schnittstelle zur Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Reform des ÖGD

Wir wollen durch eine klare Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf sozial benachteiligte Gruppen und seine stärkere Orientierung auf Gesundheitsförderung und Prävention dessen Beitrag für einen effizienten gesundheitlichen Verbraucherschutz erhöhen. Dies wird vor dem Hintergrund der finanziellen Notlage

Berlins nur gelingen, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst die bisher für therapeutische Dienstleistungen gebundenen Mittel zukünftig weitgehend in diesen Bereich umschichtet.

Die Sicherstellung der notwendigen therapeutischen Dienstleistungen muss zukünftig

von den Systemen und Organisationen gewährleistet werden, die dazu den gesetzlichen Auftrag haben. Eine finanzielle Entlastung dieser eigentlich



zuständigen Systeme und Organisationen durch freiwillige Leistungen des Landes Berlin im Sinne einer öffentlichen Subventionierung kann es zukünftig nicht mehr geben. Dazu zwingt uns allein schon die beim Verfassungsgericht in Karlsruhe anhängige Klage des Landes Berlin auf Bundeshilfen wegen der bekannten Haushaltsnotlage.

Ausbildung

Ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik in Berlin ist es, dass auch in Zukunft eine ausreichende Anzahl von Ausbildungsplätzen sowie eine qualitativ hochwertige Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen angeboten wird. Aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung in Deutschland wird davon ausgegangen, dass der Personalbedarf in den Gesundheitsfachberufen in der Zukunft steigen, andererseits das Angebot an Auszubildenden (ab 2005) jedoch abnehmen wird. Der Wettbewerb einzelner Wirtschaftsbereiche und Branchen um Nachwuchskräfte wird aber zunehmen und damit die Nachwuchsgewinnung für die Gesundheitsfachbereiche eher erschweren.

Mit der Zusammenlegung bestehender Ausbildungsstätten zu Zentral- oder Verbundschulen wird die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Personal- und Betriebskosten angestrebt.

Drogenkonzeption (Suchtprävention)

Neue Wege wollen wir auch in der Suchtprävention gehen. In Berlin fehlte bisher ein kohärentes Gesamtkonzept zur Suchtprävention. Senatsressorts, Bezirke, Jugend- und Gesundheitsämter verfolgen jeweils ihre eigenen Ziele. Suchtprävention verliert sich damit bisher in Einzelaktionen. Die Bezirke kommen ihren Verpflichtungen zur kommunalen Suchtprävention entsprechend dem KJHG in sehr unterschiedlichem Umfang nach. Das Land förderte bisher - unter Vernachlässigung seiner ureigenen Aufgaben - einzelne Projekte vor Ort, allerdings wenig systematisch, eher orientiert an historisch gewachsenen Gegebenheiten.

Wir werden die hier vorhandenen Ressourcen bündeln, um Synergieeffekte

zu erzielen, und eine zentrale Fachstelle zur Suchtprävention aufbauen.

Diese Fachstelle ist gedacht als Einrichtung, die koordiniert und mit zielorientiertem Tätigkeitsspektrum Projekte initiiert, umsetzt und begleitet und so ein Modell zur Optimierung der suchtpräventiven Aktivitäten unter Einbeziehung aller relevanten (personellen) Ressourcen darstellt.

Die Fachstelle soll Entwürfe für eine Gesamtkonzeption der Suchtprävention in Berlin sowie für fachliche Leitlinien und Qualitätsstandards erarbeiten. Natürlich in Kooperation mit anderen Senatsverwaltungen, Bezirken und ausgewählten freien Trägern vor Ort.

Integrierte Versorgungsprojekte

Mit den Initiativen zur Bildung eines trägerübergreifenden regionalen Budgets in der ambulanten psychiatrischen Versorgung (Reinickendorf) und der Verbindung poliklinischer und stationärer Angebote in Buch wurden bereits erste wichtige Schritte zur besseren Vernetzung von Versorgungsstrukturen initiiert.

Wir haben in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Ärztekammer Berlin, den Berufsverbänden der rheumatologisch orientierten Ärzte, der Rheumaliga, den Selbsthilfegruppen und dem Rheumaforschungszentrum für diesen Bereich ein integriertes Versorgungskonzept erarbeitet. Um die mit diesem Konzept verbundenen Chancen für die Versorgung von Rheumakranken tatsächlich auch erreichen zu können, bedarf es einer vertraglichen Regelung zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern zur Umsetzung der vorgeschlagenen Versorgungskette und der dabei zu berücksichtigenden Qualitätsparameter für diese bisher nicht besonders gut versorgte Gruppe chronisch Kranker. Eine der zentralen Herausforderungen ist jedoch der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Sie wissen alle, wie wichtig es ist, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Hierüber besteht inzwischen ein ganz breiter Konsens, der die verschiedenen Professionen ebenso umfasst wie die verschiedenen Gremien

und Parteien auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Dieser Konsens ist ja auch vernünftig ethisch ist in jedem Fall zu fordern, drohende Krankheiten zu verhindern, wenn dazu die Mittel bereitstehen, und ökonomisch ist das Verhindern von Krankheit häufig auch günstiger, als später hohe Behandlungskosten tragen zu müssen.

Im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die im Juni dieses Jahres unter meiner Leitung in Berlin getagt hat, konnten wir diese Haltung unterstreichen. Dort haben wir uns auf eine Bund- / Länder-Arbeitsgruppe verständigt, von der ein gemeinsames Eckpunktepapier für ein Präventionsgesetz erarbeitet wurde. Derzeit befinden wir uns in den letzten Detailverhandlungen für einen Gesetzentwurf, der Anfang nächsten Jahres im Bundestag eingebracht werden wird.

Wir sehen das kommende Präventionsgesetz als wichtige Grundlage für die Etablierung der Gesundheitsförderung und Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen - neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege.

Das Gesetz wird die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und Prävention festlegen, und zwar sowohl hinsichtlich der begrifflichen Abgrenzungen, der Zuständigkeiten und vor allem hinsichtlich der konkreten Projekte, die ab 2005 im Bund, im Land Berlin und in den Berliner Bezirken durchgeführt werden. Hierfür werden Mittel der Sozialversicherungen zusammen geführt und mit den Aktivitäten der anderen Partner vernetzt. Ich bin sicher, dass wir dadurch die Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich verstärken können.

Die Stärkung dieses Handlungsfelds mit Hilfe des Präventionsgesetzes stellt besondere Herausforderungen an alle Akteure. Die Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung sollen zielgerichtet und qualitätsgesichert eingesetzt werden und auf den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft aufbauen. Wir müssen gemeinsam sicherstellen, dass die für die Prävention und Gesundheitsförderung - einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung - zur Verfügung stehenden Mittel

die Menschen in ihrem Lebensumfeld auch tatsächlich erreichen. Es ist deshalb von großer Bedeutung, dass sich Bund und Länder darin einig sind, dass bundesweit einheitliche Vorgaben einzuhalten sind und die Projekte evaluiert werden müssen. Nur so kann garantiert werden, dass die unterschiedlichen Ansätze von Projekten in einem einzigen Handlungsfeld miteinander verglichen und ausgewertet werden können, und so gegebenenfalls auffallende Erfolge in einem Bundesland übertragen werden können auf ein anderes.

Die mit der heutigen Veranstaltung beginnende Reihe von Landesgesundheitskonferenzen kann bereits im Vorfeld des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes dabei helfen,

- alle am Gesundheitsförderungsprozess beteiligten Akteure und ihre gegebenenfalls unterschiedlichen Perspektiven in konsensorientierten Gesprächen zusammenzuführen,
- die anstehenden Entscheidungen bezüglich der Koordination und Zusammenarbeit im Rahmen der Gesundheitsförderung fachlich zu fundieren und
- prioritäre Gesundheitsziele für Berlin zu entwickeln, die als Bezugs- und Evaluationsrahmen für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auf Landes- und bezirklicher Ebene dienen. Die früher erarbeiteten Schwerpunktsetzungen der „Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung und Prävention“ bieten ebenso, wie die Gesundheitsberichterstattung des Landes und einzelner Bezirke und die Ergebnisse des Sozialstrukturatlas Berlin eine gute Grundlage für die anstehende Arbeit.

In den vergangenen Jahren hat sich immer wieder gezeigt - und so steht es auch in den Eckpunkten des Präventionsgesetzes -, dass Gesundheitsförderung in den Lebenswelten stattzufinden hat, und dass diese Setting-Projekte nur gelingen, wenn alle Bereiche - staatliche wie nicht-staatliche - in die Planung und Durchführung dieser Projekte eingebunden sind. Dafür kann und soll die Landesgesund-

heitskonferenz die zentrale Plattform bilden. Wir benötigen dafür aber vor allem auch die Impulse aus den Bezirken, die ja bereits seit vielen Jahren führend in der Gesundheitsförderung tätig sind. Hervorheben möchte ich hier die Aktivitäten derjenigen Bezirke, die sich im Gesunde-Städte-Regioverbund zusammen geschlossen haben.

Solche Struktur stellt sicher, dass die für die Prävention und die Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel die Menschen vor Ort auch tatsächlich erreichen und die länder- und regionenspezifischen Unterschiede bei der Planung gezielt berücksichtigt werden.

Sie sehen, wir fangen in Berlin glücklicherweise nicht bei Null an. Die Bezirke sind bereits seit Jahren zentrale Träger von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung; sie führen schon jetzt in eigener Regie oder gemeinsam mit einzelnen oder mehreren gesetzlichen Krankenkassen und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens - wie beispielsweise der Ärzteschaft, den Wohlfahrtsverbänden oder auch Sportvereinen - mit Erfolg Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung durch. Über diese bereits vorhandenen Strukturen können Projekte und Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung mit Erfolg und bürgernah koordiniert werden.

Meine Damen und Herren, bei der heutigen erste Landesgesundheitskonferenz geht es darum zunächst über die Aufgaben, die Strukturen und die Themenfelder kommender Konferenzen zu beraten. Wir knüpfen damit an eine erfolgreiche Tradition in anderen Bundesländern und Großstädten an, in denen ähnliche Institutionen einen bedeutsamen Beitrag zur Lösung drängender Probleme im Gesundheitsbereich leisten.

Die Erfahrung zeigt, dass viele Probleme ungelöst über lange Zeiten liegen bleiben, weil die damit befassten Organisationen und Institutionen keine gemeinsame Anstrengung unternehmen, zu einer tragfähigen Lösung zu kommen. Tatsächlich stellt sich immer wieder heraus, dass es schon bei der faktischen Beschreibung der Verhältnisse

zu völlig unterschiedlichen Sichtweisen kommt, die jede weitere zielorientierte Diskussion blockieren. Gegenseitige Missverständnisse bis hin zu Verdächtigungen sind dann leicht das Ergebnis und schwächen die Dialogbereitschaft zusätzlich.

Andererseits zeigen weitere Erfahrungen auch, dass diese Blockaden durch eine neutrale und zielorientierte Moderation aufgelöst werden können und über lange Zeit belastende Defizite bereinigt werden können. Die Landesgesundheitskonferenz bietet ein geeignetes Forum, in dem wichtige Probleme aus dem Gesundheitsbereich thematisiert und Verabredungen für Fortschritte in den Problembereichen getroffen werden können.

Die Themenfelder, die ich neben dem Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für die zukünftigen Konferenzen für wichtig halte, hatte ich eingangs schon erwähnt. Dazu zählen vorrangig die mit einer neuen Patientenorientierung zusammenhängenden Fragestellungen wie „Patientenrechte“ und eine stärkere Beteiligung von Patientenvertretern in den wichtigen Entscheidungsgremien, Herstellung von Transparenz der Strukturen und Qualitäten im Gesundheitswesen, die integrierte Patientenversorgung, der Umgang mit den gesundheitlichen Einschränkungen älterer Menschen und Fragen des Gesundheitsschutzes im Alltag und im Betrieb.

Die Landesgesundheitskonferenz sollte daher mindestens halbjährlich tagen, um dieses ehrgeizige Programm erfolgreich zu bewältigen. Diese Sitzungsfrequenz erscheint mir schon deshalb als unabdingbar, da sich nach meiner Ansicht die Diskussionsergebnisse der Landesgesundheitskonferenz auch in den Themenfelder des neuen Ligavertrages „Gesundheit“ widerspiegeln sollten, der im nächsten Jahr abzuschließen ist.

Ich danke Ihnen daher schon jetzt für Ihre aktive Mitarbeit und ihren Input bei dem heute gestarteten Projekt und bin sehr gespannt auf Ihre Rückmeldungen und die weitere Diskussion am heutigen Tage, und in den nächsten Monaten!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Landesgesundheitskonferenzen - Ziele, Perspektiven und Widerstände

Christian von Ferber

Zu welchem Zweck braucht das Gesundheitswesen in Deutschland Landesgesundheitskonferenzen? Diese Frage ist nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch aus wissenschaftlicher Sicht berechtigt. Haben wir nicht bereits einen Überfluss an Organisationen und Interessenverbänden und treffen deren Vertreter sich nicht ständig auf Veranstaltungen zu gemeinsam interessierenden oder gerade aktuellen Themen? Haben wir wirklich einen Mangel an Koordinierungsausschüssen und Beratungsgremien im Gesundheitswesen? Können Gesundheitskonferenzen auf regionaler und Landesebene zu diesem gut organisierten und zum Teil hochkarätig von den Gesundheitswissenschaften unterstützten Meinungsaustausch und zu deren Ergebnissen etwas Originäres und Innovatives beitragen? Eine Landesgesundheitskonferenz muss also mehr bieten können als ein weiteres gesundheitspolitisches Forum. Die Erwartung, dass mit dem in der Vorbereitungsphase der „Eckpunkte“ stehenden Präventionsgesetz eine Landesgesundheitskonferenz die Verteilung der auf die Bundesländer entfallenden Mittel übernehmen könnte, reicht als Begründung sicher nicht aus.

Angesichts dieser bedenkenswerten Fragen ist es verständlich, dass die Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst - gerade auch die in den neuen Bundesländern - sich zum Thema Gesundheitskonferenzen in Zurückhaltung üben. Diese Zurückhaltung gilt es ernst zu nehmen, wenn es darum geht, überzeugende Argumente für die Sinnhaftigkeit von Gesundheitskonferenzen und speziell für eine Landesgesundheitskonferenz zu formulieren.

„Gesundheitskonferenzen“ - Was verbirgt sich hinter diesem Namen?
Legaldefinition „Gesundheitskonferenz“ (§§ 24 und 26 ÖGDG NRW 25. Nov. 1997)

Gesundheitskonferenzen sind ein Angebot des Öffentlichen Gesundheitswe-

sens. Das Angebot richtet sich an die Bürger und an die Vertreter von Organisationen in einer Region: Gemeinde, Kreise, Städte, regionale Zusammenschlüsse oder in einem Bundesland. Gesundheitskonferenzen beraten gemeinsam interessierende Fragen der Gesundheitspolitik mit dem Ziel der Koordinierung und geben bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.

Mit dieser Begriffsbestimmung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (§§ 24 und 26 ÖGDG NRW) unterscheiden sich Gesundheitskonferenzen in zwei wesentlichen Merkmalen von Arbeitsgemeinschaften und Koordinierungsgremien in der Sozialversicherung.

a. Gesundheitskonferenzen richten sich an die Bürger einer Region, nicht allein an die Anspruchsberechtigten eines Sozialversicherungszweiges. Gesundheitskonferenzen haben einen räumlich und politisch definierten Bevölkerungsbezug. In diesem Rahmen tragen sie als ein beratendes Gremium eine konkrete politische Verantwortung. Sie haben Teil an der Politik und sind nicht nur „Akteure“.

b. Gesundheitskonferenzen haben die Freiheit, den Gesundheitsbezug ihrer Beratungen unabhängig von den Beschränkungen zu definieren, die das Sozialgesetzbuch realistischer Weise im Interesse seiner Leistungsverpflichtungen vornehmen muss.

„Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzli-

chen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Altershilfe der Landwirte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit...“ (§ 4 Abs. 2 SGB I).

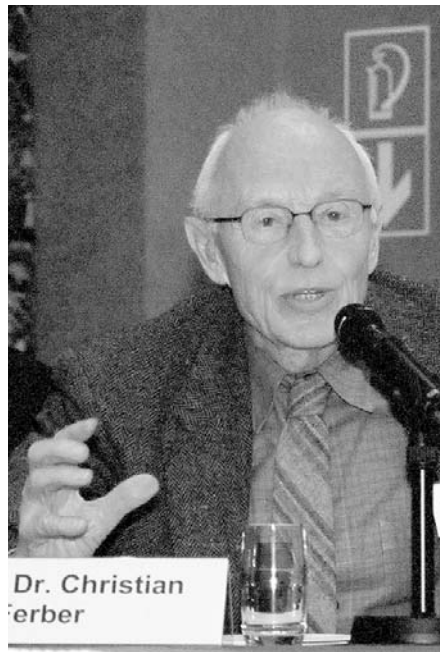
Jedoch steht dieses „Recht“ unter dem Vorbehalt: „Aus ihm können Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder her-

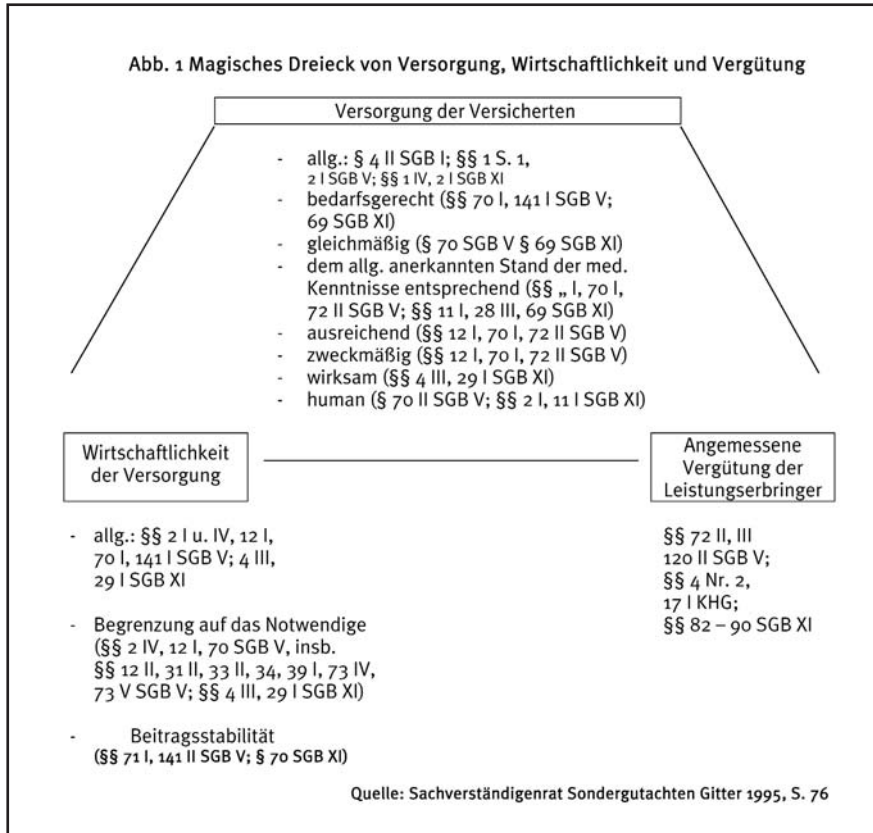
geleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches im einzelnen bestimmt sind“ (§ 2 Abs. 1 SGB I).

Die Gesetzliche Krankenversicherung - so hat Wolfgang Gitter (1) das System in einem Sondergutachten für den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im

Gesundheitswesen charakterisiert - handelt im Rahmen von drei Zielen. Sie erfüllt einen Versorgungsauftrag für die Versicherten, sie hat im öffentlichen Interesse Beitragsstabilität zu gewährleisten und sie muss das angemessene Einkommen der für die Versorgung notwendigen Leistungsträger sichern (s. Abb. 1 auf Seite 8).

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein geschlossenes Versorgungssystem. Ihr Handlungsspielraum, zum Beispiel bereits zur Setzung gesundheitspolitischer Ziele ist durch den Versorgungsauftrag und durch die mit ihm unlöslich verbundene Verpflichtung beschränkt, die miteinander konkurrierenden Versorgungsziele: Versorgung der Versicherten zu Bedingungen der





Sozialpolitik und schließt die für die Gesundheit der Bürger jeweils relevanten Elemente anderer Politikfelder ein. Sie thematisiert zum Beispiel den Gesundheitsbezug der Bildungspolitik, der Stadt - und Regionalplanung und versucht auf diese Politiken Einfluss zu nehmen.

c. Keine Gesundheitskonferenz ohne eine wissenschaftlich unterstützte Vorbereitung der zu behandelnden Themen. Nordrhein-Westfalen unterhält zu diesem Zweck ein eigenes Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, zu dessen Aufgaben auch die Unterstützung der kommunalen Gesundheitsbehörden bei der Erstellung der Gesundheitsberichte zählt. Das Landesinstitut ist Mitglied der Landesgesundheitskonferenz. Bezugswissenschaften der Gesundheitsberichte sind nicht nur die medizinischen Fachwissenschaften oder die Pflegewissenschaft, sondern alle Wissenschaften, die - wie es im Lehrbuchdeutsch heißt - einen „positiven Beitrag zur Gesundheit“ der Bürger anstreben, einen „health gain“ erzielen wollen. Gesundheitswissenschaften sind angewandte Wissenschaften. Ihr Beitrag zur Gesundheit kann in verschiedenen Arbeitsansätzen in Erscheinung treten: „Bekannte und vermeidbare Gesundheitsrisiken tatsächlich vermeidbar machen“, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesundheitlicher Leistungen erhöhen (Qualitätssicherung), die Selbst- und Mitbestimmung der Bürger im Gesundheitswesen, aber auch in Bezug auf gesundheitlich relevante gesellschaftliche Strukturen (Bildungswesen, Arbeitsorganisation) unterstützen.

Zwei Orientierungen der WHO zum Gesundheitsbegriff gewinnen für Gebietskörperschaften wie Bundesländer und Kommunen eine spezifische Bedeutung bei der Planung und Durchführung von Gesundheitskonferenzen: die Verwirklichung des Gleichheitspostulats „Gesundheit für alle“ und das Demokratiegebot. Die Sozialversicherung garan-

Beitragsstabilität und Verpflichtungen gegenüber den Leistungsträgern abzustimmen. Dass diese Abstimmung seit drei Jahrzehnten immer weniger gelingen will, ist Gegenstand permanenter Reformen. Irreführender Weise wird damit in der Öffentlichkeit das Feld „Gesundheitsreform“ besetzt. Ehrlicher wäre es von Reform eines Versorgungsauftrages im System der Sozialversicherung zu sprechen.

Welche Schlussfolgerungen können wir aus der Legaldefinition ableiten?

Gesundheitskonferenzen als Angebot von Kommunen und Bundesländern handeln im Unterschied zum Versorgungssystem der Sozialversicherung in einem offenen politischen System, das durch die Verantwortung von Gebietskörperschaften, Kommune oder Bundesland, für die Gesundheit ihrer Bürger bestimmt ist. Das ist ein offener Horizont, der freilich dem Risiko der Beliebigkeit ausgesetzt ist. Die Wahrnehmung der politischen Verantwort-

ung wird durch zwei Orientierungshilfen erleichtert. Einmal durch zwei programmatische Festlegungen der Weltgesundheitskonferenz zur Gesundheitsförderung und zur Gesundheitspolitik (2). Und zum andern durch Gesundheits- oder Sozialberichte und ihre wissenschaftliche Aufbereitung.

a. Der Gesundheitsbegriff der WHO hebt für die Gesundheitsförderung drei Gesichtspunkte hervor: die Gestaltung Lebenslage der Bürger als Inbegriff gesundheitlicher Chancen und Risiken, die Herstellung der Gleichheit der Gesundheitschancen und die Selbst- und Mitbestimmung der Bürger. Im Rahmen des Grundgesetzes gesehen, konkretisiert der Gesundheitsbegriff der WHO das Gleichheitspostulat und das Demokratiegebot.

b. Gesundheitspolitik im Verständnis der WHO ist ausdrücklich Querschnittspolitik. Gesundheitspolitik ist ein neues Politikfeld neben der

tiert einen gleichen Zugang für ihre Versicherten zu den von ihr im Versorgungsauftrag zu erbringenden Leistungen, nicht die Gleichheit der Gesundheitschancen für alle Bürger.

Das Programm der 70er und 80er Jahre, mit einer Reform der Sozialen Selbstverwaltung eine „Demokratisierung des Sozialstaates“ einzuleiten (3, 4), ist gescheitert. Die aktuelle Reform richtet sich auf die Umsetzung einer gesundheitsökonomischen Managementphilosophie, die den aufbrechenden Konflikt zwischen Versorgungszielen, Beitragsstabilität und Einkommenssicherung der Leistungsträger in Grenzen halten soll. Individuelle und kollektive Patientenrechte, Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen also Realisierung des Demokratiegebots können nur im Rahmen der Gebietskörperschaften verwirklicht werden. Gesundheitskonferenzen auf kommunaler und Landesebene sind ein möglicher Weg, auf dem Erfahrungen gesammelt werden sollten.

Ziehen wir an dieser Stelle eine Zwischenbilanz.

Erwartungen an Gesundheitskonferenzen

Gesundheitskonferenzen definieren die Position des Öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber dem Gesundheitssystem der Sozialversicherung nicht wie bisher defensiv als Kompensation seiner Schwachstellen, sondern offensiv als gesundheitspolitische Verantwortung der Gebietskörperschaften. Gesundheitskonferenzen sind Bestandteil einer sogenannten „neuen“ Gesundheitspolitik der Kommunen und der Bundesländer (5). Diese neue Gesundheitspolitik versteht sich nicht länger als eine Sparte der Sozialleistungspolitik, sondern zieht Konsequenzen aus wichtigen gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte.

Gesundheit ist neben der Sozialen Sicherheit zu einem eigenen gesellschaftlichen Wert avanciert. Noch im Gesundheitsbericht der Bundesregie-

rung von 1971 findet sich unter den „Grundsätzen der Gesundheitspolitik“ der Satz: „Gesundheit ist aber kein letzter Selbstzweck. Wir leben nicht, um gesund zu sein, sondern wir wollen gesund sein, um zu leben und zu wirken“. Dieser Satz entspricht nicht länger dem in der Bevölkerung vorherrschenden Verständnis. Gesundheit findet heute nicht nur eine hohe Akzeptanz als Ziel und als Maß der Lebensqualität, sondern bewirkt eine starke Sensibilität gegenüber Ungleichheit der Gesundheitschancen. Als ein gesellschaftlich anerkannter Wert aktualisiert der Wert der Gesundheit das Gleichheitspostulat der Demokratie. Ständige Fortschritte in der wissenschaftlichen Erkenntnis der vielfältigen Bedingungen, von denen Gesundheit abhängt, wecken und begründen die Erwartung, dass auf vielen Gebieten ein Mehr an Gesundheit erreichbar ist. Angesichts der Misere der seit mehr als einem Jahrzehnt sich hinschleppenden Reform der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich diese Erwartung der Bürger immer weniger auf das Sozialleistungssystem. Gesundheitskonferenzen gewinnen in der Wahrnehmung vieler Menschen die Chance, als ein Hoffnungsträger zu gelten. Hinzu kommt, dass Gesundheitskonferenzen als Veranstaltungen von Bundesländern und Kommune an der Interessenneutralität des Staates teilhaben. Dies ist in der Politik ein wichtiger Wert, den es angesichts der sich verschärfenden parteipolitischen Gegensätze in der Gesundheitspolitik zu bewahren gilt.

Was können Gesundheitskonferenzen leisten ?

Gesundheitskonferenzen verstehen sich als Instrument einer „neuen“ Gesundheitspolitik von Kommunen und Bundesländern. So offen wie die Programmatik einer „neuen“ Gesundheitspolitik ist auch die Konzeption der Gesundheitskonferenzen. Für deren Ausgestaltung gibt es mehrere Optionen. In Nordrhein-Westfalen, das als erstes Bundesland dieses Feld für die Gesund-

heitspolitik erschlossen hat, gibt es eine mit bemerkenswerter Konsequenz realisierte Lösung. Das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in NRW hat einen Bericht über eine umfassende Evaluation der ersten fünf Jahre der Geltung des ÖGDG herausgegeben (6). In der Einleitung wird sehr anschaulich der Prozess der Konzeptionsentwicklung dargestellt.

Für das Ziel dieser Veranstaltung, Optionen für eine Landesgesundheitskonferenz in Berlin abzuwägen, ist zweierlei sicher hilfreich

- sich mögliche Optionen für die Ausgestaltung von Gesundheitskonferenzen bewusst zu machen und auf diesem Hintergrund
- die Konzeptionsentwicklung in Nordrhein-Westfalen auf ihre Übertragbarkeit auszuwerten.

Welche Optionen bestehen für Gesundheitskonferenzen als Instrument einer „neuen“ Gesundheitspolitik?

Gesundheitskonferenzen sind Gremien zur Politikberatung; sie dienen der Vorbereitung und Planung. Ihr Gegenstand sind gesundheitspolitisch relevante Probleme in Bezug auf

- Bevölkerungsgruppen nach soziodemographischen Merkmalen,
- Epidemiologisch bedeutsame gesundheitliche Risiken oder Krankheiten,
- Gesellschaftliche Ungleichheiten in der Lebenserwartung und in der Erwartung aktiver Lebensjahre,
- Organisation der gesundheitlichen Leistungen hinsichtlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit,
- Ressourcenallokation hinsichtlich Versorgungs- und Gesundheitsziele,
- Bürgerbeteiligung in dem weiten Spektrum von Selbstbestimmung, Selbsthilfe, individuellen und kollektiven Patientenrechten, Patientenmitentscheidung, Partizipation in der Gesundheitspolitik, aktiver Verbraucherschutz,
- Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene und ihre Abstimmung mit der Landespolitik.

Die Aufzählung orientiert sich an den anerkannten gesundheitswissenschaftlichen Arbeitsansätzen. Diese zeigen für gesundheitspolitische Interventionen zum Beispiel die alters- und geschlechtsbezogene oder die epidemiologische Relevanz an und können auf Handlungsbedarf für die Landespolitik hinweisen. Es leuchtet ein, dass diese Themen für sich als Gegenstand der Gesundheitspolitik genommen einander überschneiden und ergänzen. Gleichwohl charakterisieren sie mögliche Schwerpunktsetzungen der Politik und bezeichnen für die Politikberatung unterschiedliche Optionen für den Zugang zur Gesundheitspolitik und für die unausweichliche Priorisierung von Projekten und Maßnahmen.

Ähnliches gilt für die Ergebnisse der Beratung von Gesundheitskonferenzen. Hierfür kann eine Unterscheidung zwischen Ergebniserwartungen erster und zweiter Ordnung hilfreich sein. Gesundheitskonferenzen setzen sich primär zum Ziel zu koordinieren und bei Bedarf Empfehlungen zu geben, deren Adressaten zugleich Mitglieder der Gesundheitskonferenz sind. Diese verpflichten sich selbst. Ob die Koordination und die Empfehlungen erfolgreiche gesundheitspolitische Interventionen auslösen, hängt von weiteren Bedingungen ab, die es erschweren, den Erfolg der Intervention der Landesgesundheitskonferenz zuzurechnen.

Die methodischen Grenzen, die bei einer Zurechnung von Wirkungen zu beachten sind, haben dazu geführt, den Begriff Evaluation nach Kontexten zu spezifizieren. An die Evaluation der Ergebnisse eines Experiments richten sich andere Erwartungen als an die nachträgliche Bewertung politischer oder administrativer Maßnahmen. Die Evaluation einer experimentellen Intervention zum Beispiel der therapeutischen Prüfung eines Arzneimittels setzt voraus, dass diese die Bedingungen ihrer Anwendung definiert und kontrolliert wie zum Beispiel in der experimentellen Epidemiologie. „Externe“ Einflüsse gelten als „confounding factors“.

Für die Evaluation der Implementation eines Programms, zum Beispiel der Einführung einer Leitlinie oder der Verbreitung von Gesundheits- oder Versorgungszielen oder von Empfehlungen einer Gesundheitskonferenz, sind die methodischen Voraussetzungen eines Experiments nicht gegeben. Damit aber entfällt ein Bezugsrahmen für eine stringente Zurechnung von Erfolg oder Scheitern, wie es die Evaluation verlangt.

Erwartungen an die Ergebnisse von Interventionen einer Gesundheitskonferenz sollten sich daher in einem ersten Schritt auf die Erfüllung ihrer originären Aufgaben richten: Koordination, Bedarfsermittlung für Empfehlungen und deren Formulierung. In diesem bescheidenen Sinne können Gesundheitskonferenzen anstreben

- Gesundheits- oder Versorgungsziele und deren Prioritäten zu formulieren,
- Standards für den Mitteleinsatz zur Erreichung von Zielen zu setzen, zum Beispiel Leitlinien, Evaluationen, Patienten- und Kundenorientierung,
- Vereinbarungen zur organisations- und trägerübergreifenden Zusammenarbeit in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungen vorzubereiten und zu treffen,
- die Durchführung von Modellmaßnahmen oder Projekten vorzubereiten, zu planen und zu empfehlen,
- Bedingungen für die Abstimmung von Landes- und kommunaler Gesundheitspolitik zu schaffen.

Ob von den Ergebnissen der Arbeit einer Gesundheitskonferenz weitere Wirkungen ausgehen, ob zum Beispiel die Patientenversorgung sich an den Gesundheits- und Versorgungszielen orientiert und ob dies die Patientenversorgung auch in ihren Ergebnissen verbessert, sind berechtigte Fragen. Sie lassen sich jedoch erst beantworten, wenn die Bedingungen der Implementation der Gesundheits- und Versorgungsziele in die Evaluation einbezogen werden.

Schon die Aufzählungen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, lassen erkennen, dass für den Arbeitsansatz von Gesundheitskonferenzen die Bestimmung der gesundheitspolitischen Relevanz von Schwerpunktthemen und Ergebniserwartungen eine Schlüsselrolle zukommt. Je nachdem, wo der Schwerpunkt für die Arbeit der Gesundheitskonferenz letztendlich gesetzt wird, werden Vorentscheidungen getroffen für

- die gesundheitswissenschaftliche Vorbereitung eines Themas (Fokussierung der Gesundheitsberichterstattung),
- die Zusammensetzung des Teilnehmerkreises,
- die Bildung von Arbeitsgruppen,
- den Anspruch auf Umsetzung von Empfehlungen.

Was folgt aus einem solchen Bezugsrahmen für die Konzeption einer Landesgesundheitskonferenz ?

Gesundheitskonferenzen auf kommunaler und Landesebene erfinden sich nicht selbst. Ihre Einrichtung bedarf eines Konzepts der Instanzen, die für eine gesetzliche Verankerung dieser Instrumente der Politik verantwortlich sind, also des Landtages beziehungsweise des Senats und derjenigen, die an der Vorbereitung beteiligt sind. Dieses Konzept - aber auch das Fehlen eines Konzepts (Formelkompromisse eingeschlossen) - entscheidet letztlich über die gesundheitspolitische Relevanz der Arbeit von Gesundheitskonferenzen. Seine Erarbeitung kann unter Umständen die Einleitung eines mehrjährigen Prozesses bedeuten.

Die Konzeptionsentwicklung in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen hat es fast ein Jahrzehnt (von 1989 - 1997) gedauert, bis ein verabschiedungsreifes Konzept vorlag. Zwar ist dabei zu berücksichtigen, dass in Nordrhein-Westfalen mit der Gesetzesinitiative eine grundlegende Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Kommunen ausgehandelt werden musste. Dennoch

bildeten in diesem Aushandlungsprozess gerade Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsberichterstattung durchaus ein wichtiges Thema. Man sollte daher den Aufwand für die Konzeptionsentwicklung nicht zu gering veranschlagen.

Die Relevanz einer „neuen“ Gesundheitspolitik, die mit Gesundheitskonferenzen vorangebracht werden soll, muss nicht nur gesundheitswissenschaftlich begründet, sondern auch mit Argumenten vertreten werden, die in der Öffentlichkeit überzeugen und es den Gegnern erschweren, eine Gegenposition zu vertreten.

In ihrer Begründung hat die Politik in Nordrhein-Westfalen zwei Schwerpunkte für die Relevanz von Gesundheitskonferenzen gesetzt:

a. Die Unübersichtlichkeit der Organisation des Gesundheitswesens, ihre Bruchstellen und Sektorisierung mindern die Ausschöpfung seines Leistungspotentials. Die Dysfunktionalitäten der Organisation sind aus heutiger Sicht teils nur noch aus ihrer Entstehungsgeschichte verständlich, teils aber werden sie durch die Dynamik einer fortschreitenden Funktions- und Leistungsdifferenzierung vorangetrieben. Beide machen traditionelle Instrumente politischen Handelns wirkungslos. Ungeachtet „umfangreicher gesetzlicher Grundlagen“ für gesundheitspolitische Interventionen „genügt der gesetzliche Rahmen oft nicht, um integriertes, aufeinander abgestimmtes Handeln zu erreichen“. Auf diesem Hintergrund wurde die Landesgesundheitskonferenz „als Anstoß zu einer neuen Kultur gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen ins Leben gerufen“ (www.mfjfg.nrw.de/gesundheit/medizin/konferenz/main.htm). Diese Argumentation verwendet zwei Wahrnehmungsmuster: aus der Sicht der Leistungsträger die Wahrnehmung von Zuständigkeitsgrenzen, die häufig eine erfolgversprechende Arbeit behindern, und

aus der Sicht der Politik die Wirkungslosigkeit eines ihrer wichtigsten Mittel, über Gesetze und Verordnungen die Wirklichkeit zu beeinflussen. Demgegenüber erscheint in der politischen Debatte eine „neue Kultur gemeinsamen Handelns“ durchaus als eine Chance, die man zumindest erproben sollte.

b. Die Beliebigkeit in der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben durch die Gesundheitsämter kann nicht länger hingenommen werden. Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter hat zu einer Unübersichtlichkeit in der Durchführung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes geführt. Einschlägige Untersuchungen kommen seit einem Jahrzehnt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Vielzahl ihrer gesetzlichen Aufgaben die Gesundheitsämter zur Beliebigkeit in der Erfüllung verführt (7). Das Konzept der Gesundheitskonferenzen spannt daher Landesgesundheitskonferenz und kommunale Gesundheitskonferenzen unter Vermittlung des Landesinstituts für das öffentliche Gesundheitswesen zu einer aufeinander abgestimmten Gesundheitspolitik des Landes zusammen. Und damit diese Absicht verwirklicht wird, setzt eine Durchführungsverordnung Standards für kommunale Gesundheitskonferenzen. Ihre Anwendung soll Transparenz herstellen, eine vergleichbare Struktur auf örtlicher Ebene unterstützen und über die gesetzlichen Vorgaben hinaus die Wirksamkeit der Landespolitik verstärken. Die Konzeption setzt sich dabei über den Widerspruch hinweg, dass Gesundheitskonferenzen gleich auf welcher Ebene in ihrem Arbeitsansatz gerade die regionalen Bedürfnisse zum Ausdruck bringen sollen. Mit Friedrich Schiller zu sprechen: Einheitlichkeit und Vielfalt „wohnen“ in der Programmatik einer Landesgesundheitskonferenz „nahe beieinander, doch stoßen sie sich hart im Raume“.

Die nordrhein-westfälische Konzeption der Landesgesundheitskonferenz entbehrt nicht einer inneren Logik in der Stringenz ihrer Umsetzung. Der Erprobung des Konzepts im Vorfeld des Gesetzes diente ein Modellversuch „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, an dem sich 28 Kommunen beteiligt haben. Der Modellversuch hat die Möglichkeiten eines „kommunalen Gesundheitsmanagement“ aufgezeigt - so die Evaluationsberichte zu diesem Modellversuch (8, 9).

Die Setzung der beiden Schwerpunkte: grundlegende Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Stärkung der Landespolitik auf der Ebene der Kommunen stand allerdings einer Beschäftigung der Landesgesundheitskonferenz mit einem breiten Spektrum von gesundheitspolitischen Themen nicht im Wege. Um hier nur einige zur Veranschaulichung zu nennen: Die Landesgesundheitskonferenz hat sich auf zehn Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen verständigt und sie schrittweise ausgearbeitet. Sie hat Entschlüsse zu Themen wie „Gesundheit für Kinder und Jugendliche“, „Gesundheitspolitik in Europa“, „Soziale Lage und Gesundheit“ oder „Zukunft der Heil- und Pflegeberufe“ verabschiedet. (www.mfjfg.nrw.de/gesundheit/medizin/konferenz/main.htm)

Doch eine Landesgesundheitskonferenz steht nicht allein unter der Erwartung, aktuelle gesundheitspolitische Themen öffentlich anzusprechen und eine konsensfähige Meinung dazu zu verabschieden, die zuvor von einem Kreis von Personen eingehend beraten wurde, die nach Kompetenz und Betroffenheit berufen wurden. Landesgesundheitskonferenzen werden je länger desto stärker auch danach beurteilt werden, welche Wirkung ihre Beratungsergebnisse, Entschlüsse und Empfehlungen auf der UmsetzungsEbene erzielen.

Landesgesundheitskonferenzen verfügen über drei Umsetzungswege.

- Die Selbstverpflichtung ihrer Teilnehmer. Für diese Selbstverpflichtung haben Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz eine nicht zu unterschätzende Legitimation.
- Landeseigene Organisationen. Für diesen Umsetzungsweg ist es sicher wichtig, die Beziehungen zwischen Landesgesundheitskonferenz und öffentlichem Gesundheitsdienst zu ordnen und durchlässig zu machen. Doch im Sinne einer Gesundheitspolitik, die sich als Querschnittspolitik versteht, sind weitere Einrichtungen von Bedeutung, auf die das Land zum Beispiel über seine Bildungs- und Sozialpolitik, über Stadtentwicklung und Wohnungspolitik einen unmittelbaren oder mittelbaren Einfluss hat.
- Die Mobilisierung der Bevölkerung. Landesgesundheitskonferenzen können und sollten Initiativen in einer Bürgergesellschaft anregen und unterstützen.

12

Für die Nutzung dieser Umsetzungswege lassen sich durchaus Erfolgsindikatoren benennen, zum Beispiel in welchem Umfang es bei den Empfehlungen zu Selbstverpflichtungen welcher Beteiligten kommt und wie diese eingehalten werden etc.

Für den Arbeitsansatz einer Landesgesundheitskonferenz fällt daher nicht zuletzt der Überlegung eine Schlüsselrolle zu, durch welche Ziele und Themen die breiteste Unterstützung auf der Umsetzungsebene zu erwarten ist. Unter dem Aspekt der Breitenwirkung in der Umsetzung scheint mir in Kenntnis der Gesundheits- und Sozialberichte der Senatsverwaltung (10) ein Programm besonders geeignet zu sein: die Ungleichheit der Lebenserwartung und der aktiven Lebensjahre in Berlin zu verringern beziehungsweise die Gefahr einer zunehmenden Ungleichheit zu bannen. Ein solches Programm ist eine Herausforderung für die Prävention und für die Gesundheitsförderung, aber auch ein Prüfstein für deren Realitätsgehalt.

Untersuchungen, die international vergleichend der Frage nachgehen, in wel-

chem Umfang gesellschaftliche Einflüsse für die Unterschiede in der Lebenserwartung von Bevölkerungen verantwortlich sind, kommen übereinstimmend zu dem überraschenden Ergebnis, dessen gesundheitspolitische Konsequenzen bisher noch kaum ausreichend diskutiert werden (11). Die Sterberaten in einer Bevölkerung, auch nach Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomischen Merkmalen, sind statistisch durchaus kein „träger“ Wert, der sich nur mittelfristig oder langfristig verändert. Tiefgreifende Veränderungen in einem Gesellschafts- und Wirtschaftssystem, die eine Schwelle für die Lebenslage der Bevölkerung überschreiten, können in kurzer Zeit die Sterberate drastisch erhöhen. „Experimente“, die eine Gesellschaft mit sich selbst vornimmt, schlagen sich in einem bisher nicht beobachtetem Umfang in der Sterberate nieder, ohne dass der Umfang dieser Veränderungen auf die Zunahme übertragbarer Krankheiten oder auf schädigende Einflüsse aus der natürlichen Umwelt zurückgeführt werden könnte. So hat der Zusammenbruch des sowjetischen Gesellschafts- und Wirtschaftssystems zu einem dramatischen Anstieg in den Sterberaten in allen Altersgruppen, insbesondere in der der 35- bis 55-Jährigen Männer geführt und die mittlere Lebenserwartung deutlich abgesenkt.

- Welche Schwellen im Gesundheitsbewusstsein der Menschen überschritten werden, um gesundheitliche Veränderungen dieses Ausmaßes auszulösen, ist für die Prävention und die Gesundheitsförderung von einer bis dahin unterschätzten Bedeutung (12).

Die gesundheitliche Lage der Berliner Bevölkerung, für die das Auseinanderklaffen der Lebenserwartung der Wohnbevölkerung in den Berliner Bezirken einen - auch im internationalen Maßstab gesehen - methodisch gut untersuchten Indikator für Interventionen der Landespolitik darstellt, kann als das Ergebnis eines „natürlichen“ gesellschaftlichen Experiments betrachtet werden (13). Die Untersuchung zeigt in Übereinstimmung mit dem Stand der internationalen Forschung, in welchem Umfang Prävention und Gesundheitsförderung erhöhte Sterberaten in Bevölkerungsgruppen senken können.

Ein solches Programm fordert Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik und es wagt einen innovativen Schritt. Nicht der gleiche Zugang zu gesundheitlichen Leistungen, nicht allein Chancengleichheit ist das Ziel, sondern ein mutiger Schritt auf dem Wege zu gleichen Erfolgen für alle in dem was, gesundheitlich erreichbar ist.

Abb. 2 Age-Adjusted Mortality Rates and Life Expectancy, Russia and United States, 1990 and 1994

	Age-Adjusted Mortality Rate			Life Expectancy at Birth		
	1990	1994	Percent Change	1990	1994	Change, y
Russia						
Total	1192.7	1581.6	32.6	69.2	64.1	- 5.2
Male	1688.4	2290.5	26.7	63.8	57.7	- 6.1
Female	892.2	1098.4	23.1	74.4	71.2	- 3.2
United States						
Total	803.4	784.7	- 2.3	75.4	75.7	0.3
Male	1035.3	996.4	- 3.8	71.8	72.4	0.6
Female	628.8	621.8	- 1.1	78.8	79.0	0.2

Francis C. Notzon et al JAMA Vol. 279 (1998) p.795

Dieses „natürliche“ Experiment der Geschichte lehrt zweierlei:

- Sterberaten bei den nicht übertragbaren Krankheiten reagieren sensibel auf Veränderungen in der Lebenslage, dies ist ein neuer Befund.

Gesundheitspolitik ist wie alle Politik auch ein Wagnis und jedes Wagnis lebt von einer Vision !

Literatur

1. Gitter, W. (1995) Gutachten für den Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten.
2. Trojan, A. H. Legewie (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. VAS.
3. Standfest, E. (1977) Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. WSI Studie Nr. 35 Bund Verlag Köln.
4. von Ferber, Chr. (1977) Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? In: Bogs, v. Ferber, infas Soziale Selbstverwaltung Bd. 1 Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Verlag der Ortskrankenkassen. Bonn.
5. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1992) Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW. Notwendigkeiten und Perspektiven. Schlussbericht der Kommission „ÖGD 2000“.
6. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), Bericht über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Evaluation des ÖGD-Gesetzes NRW.
7. Grunow, D. Grunow-Lutter, V. (2000) Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozeß. Juventa Weinheim und München.
8. von dem Knesebeck, O., Zamorra, P., Rugulies R. (1999) Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: B. Badura und J. Siegrist (Hrsg.) Evaluation im Gesundheitswesen. Juventa Weinheim und München S. 163 - 177.
9. Renner, A., Brandenburg, A., von Ferber, Chr. (1999) Zur Evaluation von Gesundheitskonferenzen - eine Pilotstudie. In: (s. Zfr. 8) S. 179 - 200.
10. Meinschmidt, G. et al (1999) Sozialstrukturatlas 1999. Senatsverwaltung Gesundheit Soziales und TU Berlin.
11. von Ferber, Chr. (2004) Ferenc Bojan Memorial Lecture - the meaning of life expectancy for the individual, for Public Health and for Social Security Systems. In: W. Kirch (Ed.) Public Health in Europe. Springer Berlin Heidelberg p 89 - 97.
12. Cockerham W.C. (1997) The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation. In: Journal of Health and Social Behavior 38: 117 - 130.

Erfahrungen mit Gesundheitskonferenzen

Birgit Weihrauch

Sehr geehrter Herr Professor Kleiber,
Frau Senatorin,

zunächst möchte ich mich sehr herzlich für die Einladung zu Ihrer ersten Berliner Landesgesundheitskonferenz bedanken. Ich berichte Ihnen gerne über die Erfahrungen, die wir in Nordrhein-Westfalen gemacht haben. Bei den vielen Vorschusslorbeeren, muss ich ihnen ganz ehrlich sagen, fühle ich mich jetzt etwas unbehaglich, aber ich werde versuchen, ganz pragmatisch und ganz praktisch das darzustellen, was in Nordrhein-Westfalen in all den Jahren passiert ist.

Herr Professor von Ferber, Sie haben wunderbar den ganzen großen Rahmen wissenschaftlich gespannt, so dass ich direkt zu der Frage komme: Wie haben wir in Nordrhein-Westfalen begonnen? Ich möchte Ihnen sowohl zu der Landesgesundheitskonferenz als auch zu den kommunalen Gesundheitskonferenzen etwas über die Hintergründe berichten: Wie ist es zu den Gründungen gekommen, zu den Strukturen und Verfahren, die wir heute haben? Und auch zu der Bedeutung die diese Konferenzen für uns in Nordrhein-Westfalen haben und zu den weiteren Perspektiven. Die Unterüberschrift meines Beitrags habe ich genannt: „Gesundheitskonferenzen als innovative Instrumente für Kommunikation und Management?“ so in etwa würden wir, ganz kurz gefasst, diese Konferenzen sehen.

Die Landesgesundheitskonferenz wurde 1991 gegründet und ich muss ihnen zu dem Hintergrund, nämlich zu der Frage, wie unser Gesundheitswesen aufgestellt ist, wenig sagen. In einem pluralen verwalteten Gesundheitswesen, das Sie alle gut kennen, stellt sich eben Kooperation und Abstimmung nicht von alleine her. Es gibt zunehmenden Wettbewerb, der ja auch gewollt ist und es gibt relativ wenig Transparenz in unserem Gesundheitswesen. So haben wir 1991 mit dem Ziel, zu mehr Konsensus und mehr Koordination im Gesundheitswesen zu kommen, diese Konferenz begründet. Natürlich ging es auch um den umfassenden Informations- und Meinungsaustausch.

Es geht um die Erarbeitung gemeinsamer Grundpositionen und letztlich auch darum, in den Feldern, wo es notwendig ist um das zu erreichen, was Professor von Ferber beschrieben hat, zu einem gemeinschaftlichen Handeln zu kommen. Ich will aber noch etwas sagen über den Ansatz zur Gründung, weil der wirklich sehr interessant war.

Wir haben 1990 den ersten umfassenden Gesundheitsbericht Nordrhein-Westfalens vorgelegt, ich glaube das war der erste große Gesundheitsbericht des neuen Typs in einem Flächenland. Er hat außerordentlich kontroverse Diskussionen ausgelöst, weil besonders die Leistungsanbieter sagen, wir möchten gerne auch zu unserer Meinung gefragt werden. Wir haben uns dann darauf verständigt, dass Gesundheitsberichterstattung staatlich neutral verantwortet werden muss. Damals haben wir aber auch gesagt, wir brauchen tatsächlich eine Landesgesundheitskonferenz um zum einen die Berichterstattung im Vorfeld miteinander zu beraten: Worüber wollen wir berichten, was sind unsere Themen? Zum anderen aber auch wenn Defizite auftauchen, gemeinsam daran zu arbeiten.

Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz sind die Leistungsanbieter, also die Kammern, und zwar Ärztekammern, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Psychotherapeutenkammer. Es sind sämtliche Kostenträger, nicht nur die Krankenkassenverbände, sondern auch die Unfall- und Rentenversicherungsträger. Wir haben die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, die Landschaftsverbände, die bei uns wesentliche Aufgaben in der Psychiatrie

wahrnehmen, die Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen. Ganz besonders wichtig ist, dass die Vertreter der Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz in diese Landesgesundheitskonferenz integriert sind, von Anfang an.

Das war eines der ganz zentralen Themen, die wir für wichtig erachtet haben.

Die Landesgesundheitskonferenz findet jährlich einmal auf Spitzenebene statt. Und in diesen dreizehn Jahren hat es keine Landesgesundheitskonferenz gegeben, zu der nicht immer Minister(innen) und Staatssekretär(innen) sich den ganzen Tag Zeit nehmen. Wir haben in den

letzten Jahren mit einem öffentlichen Teil begonnen, wo wir auch viele Interessierte einladen, mit uns in einer öffentlichen Veranstaltung zu diskutieren. Ganz wichtig aber ist immer der geschlossene Teil, wo dann wirklich gesundheitspolitisch Klartext geredet wird zu den Themen die aktuell anstehen. Wo dann die Spitze der Gesundheitspolitik mit den Spitzenvertretungen der Leistungsanbieterseite und auch der Krankenversichertenseite offen unter Ausschluss der Öffentlichkeit reden kann. Ganz wichtig: Es gibt Arbeitsgremien und das wichtigste Arbeitsgremium ist der vorbereitende Ausschuss. Der ist auf der Geschäftsführungsebene hochkarätig angesiedelt und trifft sich alle sechs bis acht Wochen. Dieser vorbereitende Ausschuss bereitet nicht nur die Landesgesundheitskonferenzen vor sondern er berät und bespricht auch viele andere Themen, die uns im Moment grundsätzlich wichtig sind. Wir haben



ein sehr strukturiertes und gut organisiertes, aber kein formalisiertes Verfahren, es gibt ganz bewusst keine Satzung. Es gibt Schwerpunktthemen, mit denen wir uns befassen. Diese Schwerpunktthemen werden in aller Regel gut vorbereitet, zum Teil durch Gutachten oder auch durch Gesundheitsberichte. Die Schwerpunktthemen, um die wir uns im Moment kümmern, sind das Thema Gesundheitswirtschaft, das Thema Prävention und das Thema Integrierte Versorgung. Alle drei keine Themen, die wir meinten, in einem Jahr abschließen zu können. Wir verabschieden regelmäßig in der Landesgesundheitskonferenz die Entschlüsse und gemeinsamen Entscheidungen und diese werden von den Beteiligten auf dem Wege der Selbstverpflichtung umgesetzt.

Nur ganz kurz zu den Themen und Entschlüssen. Ich will sie hier nicht alle nennen, nur einige die uns ganz besonders wichtig sind. Im Jahre 1994 hat die Landesgesundheitskonferenz darüber beschlossen, dass wir Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen brauchen und verabschieden wollen. Die wurden dann im Jahre 1995 für einen Zeitraum von zehn Jahren verabschiedet, sie laufen jetzt also aus. Ein ganz wichtiges Thema war im Jahre 1996 die Qualitätssicherung: Wie können wir abgestimmt in Nordrhein-Westfalen die Qualitätssicherung voranbringen? Das Papier ist heute so aktuell wie damals. Wir haben 1998 über die Stärkung der Bürger- und Patientenrolle im Gesundheitswesen eine sehr umfassende Entschlüsselung verabschiedet, die eine Grundlage in diesem Bereich geworden ist, weit über die Grenzen Nordrhein-Westfalens hinaus. Ein ganz wichtiges Thema ist die Telematik im Gesundheitswesen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema im Jahre 1999 hat auch dazu geführt, dass wir ein Zentrum für Telematik in Nordrhein-Westfalen gegründet haben. Eine GmbH, in der die Beteiligten des Gesundheitswesens Gesellschafter sind. Die Kassen, die Kammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und gleichzeitig auch die Industriegesellschafter, weil wir gedacht haben, nur so

werden wir auch die Telematik sinnvoll weiterentwickeln können.

Wir haben drei ganz wichtige Arbeitsschwerpunkte, die fortlaufend bearbeitet werden. Den einen habe ich genannt, die Gesundheitsberichterstattung. Als zweites das Thema der Gesundheitsziele und das dritte ist unser Projektverbund „Gesundes Land“ und der Gesundheitspreis, den wir im Jahre 1994 gegründet haben. Seither erfolgt jedes Jahr eine Ausschreibung zu bestimmten Schwerpunktthemen und beispielgebende Projekte werden durch eine Jury ausgewählt, die auch aus der Landesgesundheitskonferenz kommt.

Bei den zehn vorrangigen Gesundheitszielen haben wir zum Teil krankheitsbezogene Ziele umgesetzt. Wir haben strukturbezogene Ziele, zum Beispiel für Krankenhausversorgung oder auch für bürgernahe Dienste und wir haben immer Ziele für Forschung, Entwicklung und für Gesundheitsinformation verabschiedet.

Ich möchte Ihnen dies gerne erläutern. Im Mittelpunkt stehen die Gesundheitskonferenzen, weil letzten Endes nur sie dafür sorgen können, dass wir diesen gesundheitspolitischen Regelkreis auch tatsächlich realisieren können. Wenn Sie bei der Gesundheitsberichterstattung anfangen dann geht es darum, Defizite zu definieren und dann daraus Gesundheitsziele und -konzepte zu formulieren, die wir umsetzen, evaluieren und wieder und wieder in die Gesundheitsberichterstattung einmünden lassen. Idealtypisch sollte Gesundheitspolitik so angelegt werden.

Natürlich ist das in der praktischen Umsetzung nicht immer so. Aber ich denke wir haben ein gutes Stück auf diesem Weg zurückgelegt.

Vielleicht kurz zu den Gesundheitszielen, die zehn Jahre sind fast um. Wir bereiten derzeit die Bestandsaufnahme der NRW-Gesundheitsziele für die nächste Landesgesundheitskonferenz im Dezember vor. Dort werden wir ein weiterentwickeltes, neues Zielekonzept zur Abstimmung stellen, wieder mit den Zielen, aber doch deutlich ver-

ändert, weiterentwickelt und neustrukturiert, so dass wir in einem dann fünfjährigen Zeitraum zu der Fortsetzung der Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen kommen werden. Wir werden unter der Überschrift „Kontinuität und Innovation“ an den alten Themen weitgehend festhalten, die aber modernisieren. Wir werden nicht mehr ein Ziel haben „Primäre Gesundheitsversorgung“ oder ein anderes „Krankenhausversorgung“ sondern nur noch eines, und das heißt „Neuorganisation von kooperativem Versorgungsschutz“.

Die Landesgesundheitskonferenz ist im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Dieses Gesetz wurde im November 1997 erlassen und alles das, was wir vorher sechs Jahre lang praktiziert haben, haben wir dann einfach in Gesetzesform gegossen.

Wir haben die Landesgesundheitskonferenz anlässlich ihres zehnjährigen Bestehens im Jahre 2001 von der Universität in Düsseldorf durch Professor Siegrist evaluieren lassen. Ich habe einige Ergebnisse aufgelistet und will Ihnen kurz ein Zitat vorlesen. Die Evaluation fasst hier zusammen, dass nach gegenwärtigem Erkenntnisstand „die Landesgesundheitskonferenz im nationalen Vergleich, bezüglich Institutionalisierung, Qualität und Reichweite der Ergebnisse, sowie Repräsentanz und Engagement der Teilnehmer ein einmaliges und nicht übertroffenes Novum darstellt“. Das heißt aber nicht, dass es aber nicht auch ganz viel gab, wo wir sagen müssen, wir können auch besser. Daran arbeiten wir.

Ich komme jetzt zu den kommunalen Gesundheitskonferenzen. Wir haben uns, nachdem wir gute Erfahrungen mit der Landesgesundheitskonferenz gesammelt hatten, nach ungefähr drei Jahren entschlossen zu sehen, wie wir auf der kommunalen Ebene spiegelbildliche Strukturen entstehen lassen können. Es war völlig klar, dass etwas in den Städten und Kreisen laufen muss und in der Bürgernähe natürlich auch. Die Abstimmungsprozesse waren dort nicht gut organisiert und wir waren seit Beginn der Neunziger Jahre sehr intensiv in der Diskussion, wie unser öffent-

licher Gesundheitsdienst modernisiert und weiterentwickelt werden kann. Und es war uns sehr wichtig, dass auch auf der kommunalen Ebene moderne Instrumente der gesundheitspolitischen Steuerung und der Partizipation gefunden werden.

Das war damals Anlass, mit einem Modellprojekt zu starten, das wir „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ genannt haben. Das war ein riesen Modellprojekt: 28 Städte, die Hälfte der Kommunen in Nordrhein-Westfalen mit etwa neun Millionen Einwohnern, auf drei Jahre angelegt. Mit in Kraft treten waren 1998 nicht nur die Landesgesundheitskonferenzen, sondern auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Seit 1998 gibt es eine flächendeckende Etablierung in allen 54 Städten und Kreisen. Es gibt bei allen Gesundheitsämtern Geschäftsstellen, die Leitung der kommunalen Gesundheitskonferenzen hat in aller Regel die politische Ebene. Sehr oft die Oberbürgermeister oder die Landräte, zum Teil auch die Beigeordneten. Und insgesamt haben wir spiegelbildliche Strukturen zur Landesgesundheitskonferenz entwickelt. Wir haben nicht nur im Rahmen der Modellphase, sondern auch noch weiterhin, dort wo wir das können, die kommunale Ebene sehr in ihrem Handeln unterstützt.

Es gibt Arbeits- und Planungshilfen zu vielen Themen. Dort findet eine Kommune zum Beispiel zum Thema „Hospizbewegung“ oder zum Thema „Kinder- und Jugendgesundheit“ viele Handlungsanleitungen. Nicht zuletzt auch zum Thema „Wie gehe ich mit dem Thema in der Öffentlichkeit um“. Das heißt, sie müssen nicht immer alles selber erfinden. Vor allem bei der Gesundheitsberichterstattung gibt es eine konkrete Unterstützung durch das Landesinstitut, insbesondere bei der Bereitstellung von Daten, aber auch bei der methodischen Beratung. Und wir haben bereits zu Beginn des Modellprojekts alle Geschäftsstellen auch durch ein Intranet elektronisch mitein-

ander verknüpft, so dass der Austausch zwischen den Kommunen sehr gut möglich wurde.

Die Evaluation des ÖGD-Gesetzes begann schon begleitend zum Inkrafttreten des Gesetzes, der Abschlussbericht wurde 2003 vorgelegt. Er hat sehr eindrucksvoll auch die Arbeit der kommunalen Gesundheitskommissionen bestätigt. Wir gehen jetzt mit einer Novelle für das ÖGD-Gesetz in den Landtag, aber das sind sehr kleine redaktionelle Änderungen in der Anpassung. Es gibt keine grundsätzlichen Änderungen und keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf.

Bei der Beziehung zwischen der Landesgesundheitskonferenz und den kommunalen Gesundheitskonferenzen gibt es noch wesentlichen Verbesserungsbedarf. Derzeit bemühen wir uns diese Themen im vorbereitenden Ausschuss und in der Landesgesundheitskonferenz zu thematisieren, aber die Zusammenarbeit müsste eigentlich noch besser sein. Wir haben einmal im Jahr Klausurtagungen für die Geschäftsstellenleiter der kommunalen Gesundheitskonferenzen, dort sind immer auch Vertreter der Landesebene des vorbereitenden Ausschusses und sie diskutieren dann gemeinsam.

Hier nur ein paar Beispiele: Die kommunalen Gesundheitskonferenzen richten Arbeitsgruppen ein und die wählen ihre häufigsten Themen. In der kommunalen Gesundheitskonferenz haben vor allem „Sucht und Drogen“, „Kinder- und Jugendgesundheit“ oder „Altenpflege“ eine große Rolle gespielt. Wir haben in der Evaluation natürlich auch die Frage gestellt: Nutzen eigentlich die Kommunen, die auf Landesebene verabschiedeten Entscheidungen und die Ziele? Fast 80 Prozent der Kommunen nutzen diese Themen intensiv für sich. Die Gesundheitsberichterstattung ist zu einem ganz wichtigen Teil der Maßnahmenentwicklung geworden. Es ist so, dass diese Gesundheitsberichte vorliegen sollten, bevor man sich mit bestimmten Themen befasst. Innerhalb von vier Jahren wurden in den Kommunen insgesamt 158 kommunale Gesundheitsberichte vorgelegt. Das ist

eine beachtliche Zahl.

Ich möchte noch kurz zur Prävention kommen. Das Präventionsgesetz ist angesprochen worden und es soll ja, wie Sie alle wissen, zu einem Tapetenwechsel im Gesundheitswesen führen. Jeder von uns, so glaube ich, hofft darauf, dass es uns gelingt, die Prävention als eine eigenständige Säule gegenüber der Kuration zu stärken. Aus den Eckpunkten ergeben sich auch die Ziele, die ich hier genannt habe. Sie sehen, dass natürlich die Sozialversicherungsträger eingebunden werden. Es sollen Präventionsziele entwickelt werden und auch vorgegeben werden. Um das auf den Punkt zu bringen: Wir werden zukünftig auf Landes- und regionaler Ebene vierzig Prozent der verfügbaren Gesamtmittel zur Verfügung haben, um damit Settingprojekte zu organisieren. Und ich denke, dass eine sehr große Aufgabe vor uns liegt, mit diesen Mitteln eine möglichst sinnvolle Arbeit zu leisten. Wir alle müssen uns gut aufstellen, denn dieses Gesetz wird, so wie es im Moment aussieht, relativ schnell durch die parlamentarischen Gremien gehen und dann auch relativ schnell wirksam werden.

Wenn wir auf der Bundesebene eine Stiftung haben, wird die Landesgesundheitskonferenz sicherlich das Gremium sein, was über Konzepte und grundsätzliche Vorgehensweisen berät. Wir werden sicherlich auch einen Fachausschuss oder eine Facharbeitsgruppe „Prävention“ der Landesgesundheitskonferenz haben, die bei uns im Ministerium eine Geschäftsstelle hat, und es wird ein Entscheidungsgremium geben müssen. Wie das im Einzelnen aussehen wird, darüber werden sicher alle Länder noch sehr intensiv mit den Beteiligten der Selbstverwaltung beraten müssen, weil wir ja auch voraussichtlich gemeinsam eine Rahmenvereinbarung abschließen werden.

Ich möchte zum Schluss kommen. Welche Bedeutung haben die Gesundheitskonferenzen für uns in Nordrhein-Westfalen? Wir haben in Nordrhein-Westfalen eine Kultur gemeinschaftlichen Handelns entwickelt. Es ist wirklich so, dass wir im Land eine von großem ge-

genseitigen Vertrauen getragene Zusammenarbeit entwickelt haben. Ich möchte noch zwei, drei Beispiele nennen. Vor drei Jahren haben wir eine konzertierte Aktion gegen Brustkrebs in Nordrhein-Westfalen gegründet. Es ist sogar gelungen, im Konsens darüber zu entscheiden, dass wir eine Konzentration der Versorgung wollen, dass wir Brustkrebs verhindern wollen, dass wir zukünftig statt 250 operierender Krankenhäuser nur noch 50 wollen. Dieser Konsensus ist nicht nur in der konzertierten Aktion, sondern auch im Krankenhausausschuss einschließlich der Krankenhausträgerseite gefallen. Und das war nur möglich, weil es eben diese Landesgesundheitskonferenz gibt, die auch gewohnt ist, aus einem sehr kontroversen Standpunkt zu einem Konsens zu kommen. Ein weiteres Beispiel habe ich genannt: Die Gründung einer GmbH im Bereich Telematik, wo auch die Beteiligten des Gesundheitswesens Gesellschafter sind. Das ist ein völlig ungewöhnliches Verfahren und wir haben natürlich am Anfang erst mal geguckt, ob das rechtlich alles zulässig ist. Es war zulässig. Und ein weiteres gutes Beispiel: Wir haben unseren Krebsregistergesetzentwurf in den Landtag eingebracht und wollen ein flächendeckendes Krebsregister für Nordrhein-Westfalen etablieren. Die Trägerschaft dieses Krebsregisters wird eine GmbH übernehmen, in der wiederum das selbst verwaltete Gesundheitswesen die Gesellschafter sind.

Schließlich: Die Gesundheitskonferenzen auf Landes- und kommunaler Ebene müssen ja nicht nur für uns sinnvoll sein, sondern es muss letzten Endes ja auch für die Beteiligten einen Grund geben, warum sie seit so vielen Jahren daran teilnehmen. Und ich sage ihnen, es sind wirklich immer alle da. Die Frage ist: Warum? Warum kommen die Beteiligten? Das kann nur daran liegen, dass es einen Mehrwert für alle gibt. Unsere Evaluation der Landesgesundheitskonferenz hat sehr deutlich gezeigt: 80 Prozent der Befragten sagen sie sehen sehr deutlich, dass sie Einfluss auf die Landesgesundheitspolitik nehmen. Und andererseits sehen

die Beteiligten des Gesundheitswesens auch, dass durch die Zusammenarbeit in diesem Gremium sehr viel mehr in den Bereichen möglich ist, wo sie allein die Verantwortung tragen. Zum anderen ist für den Staat das Ganze natürlich deswegen auch ein großer Gewinn, weil wir ja in einem selbstverwalteten Gesundheitswesen, zumindest auf Länderebene, vor allem eine moderierende und koordinierende Funktion wahrnehmen können. Mit diesen Instrumenten können wir auch dort gestalten und steuern, wo wir eigentlich keine rechtlichen Zugriffsmöglichkeiten und Kompetenzen haben. Und für die kommunale Ebene, das ist mir wichtig zu sagen, hat es einen wirklichen Paradigmenwechsel im Bereich der Gesundheitspolitik, der gesundheitspolitischen Steuerung und der Partizipation gegeben. Die Kommunen haben heute ein anderes Verständnis von Gesundheitspolitik als noch vor zehn Jahren.
Herzlichen Dank.

Entwicklungsphasen bezirklicher Gesundheitskonferenzen von Gesundheitserziehung über Gesundheitsbildung zu Gesundheitsplanung am Beispiel des Bezirkes Wedding beziehungsweise Mitte

Werner Schiffmann

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den verschiedenen Phasen bezirklicher Gesundheitskonferenzen in Berlin. Als ich über das Thema nachgedacht habe, überlegte ich, wann wir das erste Mal über Gesundheitskonferenzen diskutiert haben und wann wir die ersten Schritte dazu unternahmen. In welchem Jahr ist das eigentlich passiert?

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung in den 1970er Jahren

Bereits in den 1970er Jahren haben wir uns mit dem Thema Gesundheitskonferenzen auseinandergesetzt. Wir haben uns gefragt, wie man enger zusammenarbeiten kann. Damals war es noch die Fachebene - es ging um das Zusammentreffen verschiedener Fachleute - die sich darüber austauschte, wie ein nachhaltiger Prozess der Gesundheitsförderung gestaltet werden kann. Es hat vor allem eine Diskussion über die Auswirkung von Lebenslagen auf die Gesundheit der Menschen stattgefunden.

In dieser Phase gab es noch keine - in diesem Sinne - angemessene Gesundheitsvorsorge. Die Verbindlichkeiten in diesem Arbeitsbereich und der Einfluss auf die Gesundheitspolitik waren sehr gering. Es wuchs aber die Einsicht in die Notwendigkeit von Kooperationen im Bezirk. Zurückblickend betrachtet, beruhten die Bemühungen in den Bereichen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung auf freiwilligen Bemühungen der Gesundheitsämter. Wenn ich von Gesundheitsämtern spreche, meine ich in erster Linie den Bezirk Wedding (nach der Berliner Bezirksfusion Bezirk Mitte). Prävention, Kooperation und Koordination wurden bereits in den 1970er Jahren als etwas Fortschrittliches angesehen, für das aber eigentlich keine Ressourcen vorhanden waren. Man machte es sozusagen als Kür.

Die 1980er Jahre: Gesundheitsvorsorge und gesundheitliche Bildung

In den 1980er Jahren stand das Thema Bettenreduzierung in Berliner Krankenhäusern auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Frage der Kostensenkung war Schwerpunkt der Diskussion. Wo konnte man Kosten im Gesundheitswesen sparen? Dabei rückten die Zivilisationskrankheiten als wesentlicher Kostenfaktor in den Mittelpunkt der Betrachtung. In dieser Zeit wurde in der Senatsgesundheitsverwaltung ein Konzept zur Selbsthilfeförderung und Vermeidung von Zivilisationskrankheiten entwickelt. Vorgehen war auch die Einrichtung von Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene. Zum ersten Mal war eine Dienststelle, die dann auch in allen anderen Berliner Bezirken eingerichtet wurde, ausschließlich für Prävention zuständig. Zu den Aufgabenfeldern gehörten gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitsinformationen, Kurse, Gesprächsrunden, Veranstaltungen, aber auch Gesundheitstage, Gesundheitsmärkte und Gesundheitskonferenzen. Unsere Hauptzielgruppe waren sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten und Stadtteile, die wir mit unseren Angeboten erreichen konnten. Jährlich besuchten im Wedding mehr als 1000 Menschen Kurse und Informationsveranstaltungen.

Wir haben darüber hinaus 1984 einen Arbeitskreis zur gemeindenahen Gesundheitsfürsorge eingerichtet. Dieser Arbeitskreis war ein freiwilliger Zusammenschluss und kann als ein Vorläufer für die heutigen Gesundheitskonferenzen angesehen werden.

Schwerpunkte des Arbeitskreises waren unter anderen:

- Gemeinsame Erarbeitung von Schwerpunktthemen für jeweils ein halbes Jahr (Suchtprävention, Ernährung, Umweltschutz, Drogen, Unfallprävention HIV und AIDS),
- Verständigung auf ein Thema, das alle Beteiligten in ihren Zuständigkeitsbereich aufnehmen und mit eigenen Mitteln umsetzen,
 - gemeinsame Auswertung und neue Planungen.



Dieser Arbeitskreis hat sich drei bis vier Mal im Jahr getroffen. Mitglieder waren niedergelassene Ärzte, Apotheker und Kollegen von Krankenkassen. Zudem arbeiteten wir auch mit Sportvereinen, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen sowie Jugend- und Senioreneinrichtungen zusammen. Darüber hinaus konnten gesundheitsbezogene Programme der Volkshochschule angeboten werden.

Wichtige Voraussetzungen für das Gelingen dieser Zusammenarbeit waren die gleichberechtigte Stellung und Berücksichtigung der jeweiligen Interessenlagen der Kooperationspartner. Wichtig war uns auch, die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses, das man mit dem Motto „Gesundheitsarbeit für die Weddinger Bevölkerung“ umschreiben könnte, zu fördern. Alle beteiligten Institutionen brachten - je nach Möglichkeit - personelle und materielle Ressourcen ein. Zu dieser Zeit waren eben noch finanzielle und personelle Mittel bei den Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen vorhanden.

Das Bezirksamt übernahm Verantwortung und Moderation für diesen Prozess.

Wir haben uns sehr stark dafür eingesetzt, diesen Prozess am Laufen zu halten. Es gelang uns, die Angebote auf Risikofaktoren und -gruppen auszurichten. Wir konnten einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsangeboten ermöglichen.

Die jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hatten stets einen sehr großen Einfluss auf den Arbeitskreis. Es bestand und besteht also immer ein sehr enger Zusammenhang zwischen dem, was eine Gesundheitskonferenz leisten kann und der gesundheitspolitischen Gesamtlage, in der sie sich befindet. Konkret bedeutet dies, dass sich die finanziellen und personellen Ressourcen auch und gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Verlauf der 1980er Jahre verringert haben. Zudem gab es keine systematische Gesundheitsberichterstattung einschließlich geeigneter Evaluationsmöglichkeiten. Und: Die öffentliche Wahrnehmung und Wertschätzung des ÖGD war und ist gering.

Von den 1990er Jahren bis in die Gegenwart: Rückzug und Verstärkung der Gesundheitsförderung

In den 1990er Jahren wurde unser Handlungsrahmen durch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen weiter eingengt. Eine Verminderung der Aufgaben und des Personals des ÖGD ging mit einer weiteren Reduzierung von Krankenhausbetten einher. Privatisierungs- und Individualisierungsstrategien beschleunigten diese Entwicklung zunehmend.

Die aus heutiger Sicht als positiv zu bewertende Entwicklung der 1980er Jahre wurde durch die Verabschiedung des Gesundheitsdienstgesetzes (1994) unterbrochen. Präventive Kursangebote und Veranstaltungen wurden nun als Aufgaben der Krankenkassen angesehen. Unberücksichtigt blieb dabei allerdings, dass die vom Bezirk erreichten Menschen nicht diejenigen waren, die

für die zunehmend wettbewerbsorientierten Krankenkassen von besonderem Interesse sind. Diese Menschen haben seither und bis heute einen schlechteren Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. Besonders erschütternd ist, dass gerade die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen unter dieser Entwicklung leidet. Die Ergebnisse der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung belegen diesen Befund Jahr für Jahr.

Aber es gab auch positive Entwicklungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Eingerichtet wurden die Plan- und Leitstellen für Gesundheit. Damit war eine Grundlage geschaffen, einen systematischen und fundierten Aufbau von Gesundheitsförderung, -planung und -berichterstattung voran zubringen. Jetzt war es besser als bislang möglich, die Gesundheitslagen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen.

Ein wichtiger Aspekt war, dass wir uns nun verstärkt am Setting-Ansatz orientierten. Es wurden Gesundheitsziele und -pläne für gesundheitsfördernde Maßnahmen in den verschiedenen Settings entwickelt, ausgewertet und evaluiert. Dieser Regelkreis eines integrierten Vorgehens in der Gesundheitsförderung und -planung war der wesentliche qualitative Fortschritt. Dies konnte nur gelingen, weil die Bereiche Gesundheitsberichterstattung, -planung und -förderung in einer Organisationseinheit im Bezirksamt zusammengefasst wurden, die ausschließlich für präventive Aufgaben zuständig war und ist. Dieser Ansatz setzt vor allem auf Kooperation, wenn auch unter denkbar schlechten materiellen Bedingungen. Dies erschwerte die Zusammenarbeit und das Erreichen von Zielen immer mehr.

Die verschiedenen Kooperationsgremien im Bezirk haben seither einen konkreten Gebiets- oder Themenbezug. Im Mittelpunkt stehen sozial schwache Menschen in strukturschwachen Stadt-

teilen. Eine andere Fragestellung beschäftigte uns zunehmend: Wie können wir Gesundheitsangebote so öffnen, dass sie auch für Menschen nichtdeutscher Herkunft zugänglich sind?

Im Rahmen unserer Arbeit haben wir uns auf die Umsetzung des Regelkreislaufes, das heißt auf die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen auf der Basis von Gesundheitsberichten sowie auf die Planung von entsprechenden Maßnahmen konzentriert. Den Setting-Ansatz konnten wir schrittweise verwirklichen, indem wir den Schwerpunkt unserer Gesundheitsarbeit auch weiterhin in enger Zusammenarbeit mit den Quartiersmanagementgebieten auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen legten. Uns ist es gelungen, Angebotsstrukturen in Schulen und Kitas zu schaffen.

Es muss für diesen Zeitraum aber auch konstatiert werden, dass der Begriff „Gesundheitskonferenz“ im Bezirk Wedding (dann Bezirk Mitte) nicht mehr benutzt wurde. Dennoch ist gute inhaltliche Arbeit geleistet worden. Es fanden Treffen zu regionalspezifischen Gesundheitsfragen statt, auch und gerade in Form von regelmäßigen Arbeitskreisen.

2005: Diskussion um ein neues ÖGD-Gesetz - Was folgt daraus für Gesundheitskonferenzen?

Leider müssen wir in den letzten Jahren eine zunehmende Verschlechterung der gesundheitlichen Lage - insbesondere bei Kinder und Jugendlichen - im Bezirk beobachten. Die Zahl der über 65 Jährigen nimmt stetig zu. Ein weiteres Problem, das uns beschäftigt, ist das Thema „Gewalt in der Familie“. Gleichzeitig baut der ÖGD auch weiterhin Personal ab. Bedauernd ist auch, dass betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte die Diskussion dominieren.

Derzeit beraten wir über ein neues ÖGD-Gesetz. Was müsste ein solches Gesetz leisten? Eine Neuorientierung in Richtung New Public Health, auf bezirk-

liche Gesundheitsarbeit sowie auf Prävention und Gesundheitsförderung wäre wünschenswert. Die prioritäre Zielgruppe sollten Kinder und Jugendliche sein.

Leider finden sich die oben genannten Punkte kaum in den vorliegenden Entwürfen. Vielmehr ist aus meiner Sicht ein lediglich fiskalisch-betriebswirtschaftliches und zentralistisches Konstrukt geschaffen worden, das in erster Linie:

- die Verringerung von Produkten und Leistungen vorsieht,
- keine New Public Health orientierten Angebotsstrukturen ermöglicht,
- keinen Bezug zu den „großen“ Gesundheitsproblemen (Zivilisationskrankheiten) herstellt,
- die Gefahr befördert, dass personelle Ressourcen im Bereich Gesundheitsplanung, -berichterstattung, -förderung und Koordination zersplittert werden,
- dazu führt, Prävention und Gesundheitsförderung - wie in den 1970er Jahren - zu einem Anhängsel ohne finanzielle und personelle Ressourcen werden zu lassen,
- den Eindruck entstehen lässt, dass Gesundheitsziele nur als Aufgabe der Hauptverwaltung angesehen werden und damit die Gefahr besteht, dass eine zentralistische Politik stadtteilbezogene Anforderungen an die Gesundheitsarbeit vernachlässigt.

Anforderungen an eine Landesgesundheitskonferenz

Was sind nun die Anforderungen an eine wirksame Landesgesundheitskonferenz? Neben einer klar definierten Aufgabenstellung und Struktur benötigt eine Landesgesundheitskonferenz vor allem politischen Rückhalt. Eine Landesgesundheitskonferenz lebt nicht nur von der Bereitschaft und Fähigkeit ihrer Mitglieder, personelle und finanzielle Ressourcen einzubringen, sondern auch davon, dass diese über Entscheidungskompetenzen verfügen.

Landesgesundheitskonferenzen brauchen ihre Ergänzung auch in bezirklichen Gesundheitskonferenzen. Eine Geschäftsstelle, die sich nicht nur auf die Organisation von Konferenzen beschränkt, ist eine weitere Voraussetzung. Die Geschäftsstelle muss Beschlüsse und Ergebnisse der Landesgesundheitskonferenz verfolgen. Sie muss in die fachliche Arbeit stets einbezogen werden und über Kompetenzen in Steuerung und Evaluation verfügen.

Wie können wir unseren städtischen Lebensraum fit machen? Eine soziale und gesunde Stadt, das ist das Ziel. Die Landesgesundheitskonferenz kann einen wichtigen Beitrag leisten, diesem Ziel näher zu kommen.

Koordinierung der Gesundheitsförderung in Berlin

Im Folgenden möchte ich Ihnen die Struktur von Gesundheit Berlin e.V. erläutern und Ihnen darstellen, welchen Beitrag unsere Landesarbeitsgemeinschaft zur Koordinierung der Gesundheitsförderung in Berlin leistet.

Gesundheit Berlin e.V. hat weit über 100 Mitglieder, sowohl institutionelle Mitglieder als auch Privatpersonen als außerordentliche Mitglieder. Ich schätze, dass auch die überwiegende Zahl der hier im Raum versammelten Mitglieder bei Gesundheit Berlin ist - ob als Einzelperson oder über die Institution. Darunter sind viele Vertreter der öffentlichen Hand und der Wohlfahrtsverbände; die Selbsthilfekontaktstelle als eines der Gründungsmitglieder ist ebenso vertreten wie der Berliner Hebammenverband, die Ärztekammer oder die Psychotherapeutenkammer. Von den Krankenkassen sind auch alle Kassenarten bei Gesundheit Berlin vertreten, wenngleich einige „nur“ als Einzelpersonen. Institutionelle Mitglieder sind hier die Gmünder Ersatzkasse und die Siemens Betriebskrankenkasse. Ich hoffe, viele andere werden diesem Beispiel noch folgen. Auch wissenschaftliche Institutionen sind Mitglied bei Gesundheit Berlin, so zum Beispiel das Berliner Zentrum Public Health, das Institut für psychosoziale Prävention und Gesundheitsforschung von Dieter Kleiber, Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin und viele andere. Der geschäftsführende Vorstand von Gesundheit Berlin besteht seit der Mitgliederversammlung im Oktober 2003 aus den vielleicht wichtigsten Akteuren der Berliner Gesundheitsförderung: Günter Jonitz, Heidi Knake-Werner, Ulrike Maschewsky-Schneider, Rolf D. Müller und als Ehrenvorsitzender Jürgen Hardt - der langjährige Geschäftsführer der Barmer Ersatzkasse in Berlin - sind dabei.

Gesundheitskonferenzen sind eine zentrale Aufgabe unserer Arbeit. In der Satzung von Gesundheit Berlin heißt es: „Zur Verwirklichung der Vereinsziele kann der Verein geeignete Einrichtungen, wie zum Beispiel eine Berliner Gesundheitsförderungskonferenz ent-

wickeln und betreiben sowie sich an solchen beteiligen“.

Gesundheit Berlin bearbeitet eine Vielzahl von Themen: es reicht von Fragen der Gesunden und Sozialen Stadt über verschiedene Setting-Aktivitäten, „Armut und Gesundheit“ - als einen der Schwerpunkte -, „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, „Patienteninformation“ oder die Verbesserung des Zugangs der Berliner Migrantinnen und Migranten zum Gesundheits- und Sozialwesen durch den Aufbau eines Gemeindefeldmetschdienstes.

Ich hatte eingangs bereits kurz erwähnt, dass wir umfassendes Informationsmaterial erstellt haben. So haben wir bislang bereits 18 Bände der Buchreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“ herausgegeben, mit dem wir aktuelle Informationen und Diskussionsbeiträge liefern sowie wichtige Unterlagen zur Fort- und Weiterbildung bereit stellen. Über unsere Zeitschrift Info-Dienst - die verbreitete Auflage liegt inzwischen bei 4.500 Exemplaren - machen wir zudem eine breite Fachöffentlichkeit auf Ansätze und Neuigkeiten in der Gesundheitsförderung aufmerksam.

Ein spezielles Problem von Gesundheit Berlin ist, dass die Berliner Haushaltslage enorm angespannt ist. Die finanzielle Basis unserer Aktivitäten erschließt sich daher vor allem über überregionale Zuwendungsgeber und Bundesthemen. Ein Beispiel ist der als studentische Public Health Initiative entstandene Kongress „Armut und Ge-

sundheit“, der inzwischen zu einem Bundeskongress mit über tausend Teilnehmer(innen) jährlich geworden ist. Der Kongress wird dementsprechend auch wesentlich aus Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie den Bundesverbänden der Krankenkassen und weiteren Bundesinstitutionen finanziert. Der diesjährige Kongress findet übrigens - die

meisten von Ihnen wissen das ja bereits - in einer Woche statt. Wir haben auch bundesweite Kooperationsprojekte wie zum Beispiel das Projekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Dieses Projekt führen wir quasi als „Hauptstadt-Dependence“ der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderungen durch, maßgeblich finanziert durch

Mittel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des BKK Bundesverbandes. Hier vernetzen wir bundesweit die Ansätze zur regionalen Koordinierung der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter. Dieses Kooperationsprojekt definiert sich im Wesentlichen über vier Teilprojekte: Die Basis bildet eine Online-Datenbank, in der Projekte der Gesundheitsförderung zusammengefasst sind. Zur Ergänzung haben wir eine Internetdatenbank aufgebaut, die die Diskussion über die Gesundheitsförderung in Deutschland bündelt. Mit der Entwicklung von Qualitätskriterien für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung als drittem Baustein und dem Aufbau von Knoten zur regionalen Koordinierung fügt sich das Projekt zu einer tragfähigen Gesamt-



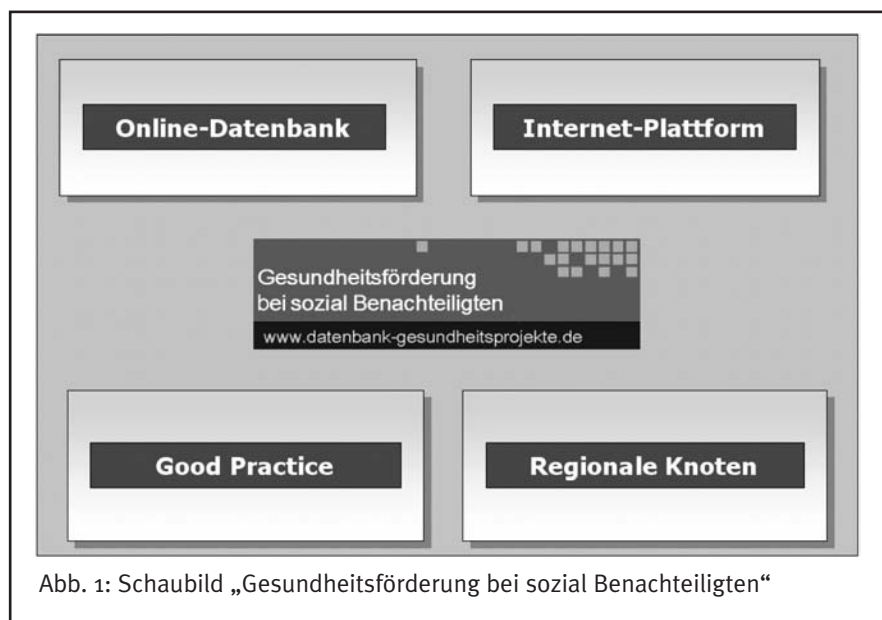


Abb. 1: Schaubild „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

struktur.

Über unsere Datenbank sind aktuell 2675 Angebote recherchierbar. Es bietet zudem die Möglichkeit, direkt auf die Internetseiten der Angebote zu gelangen. Das Projekt stellt dadurch - bundesweit erstmalig - umfassend Transparenz her über die vielfältigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Aus Berlin sind über 500 Projekte in der Datenbank eingetragen.

Im Rahmen des Moduls Good Practice bemühen wir uns um eine partizipative Entwicklung von Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung. Wir gehen dabei davon aus, dass die neuen gesetzlichen Bestimmungen einen Entwicklungsauftrag darstellen: bekannt ist das Ziel der „gesunden Lebenswelten“ und einzelne, gute Erfahrungen zur Umsetzung, insbesondere aus dem Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie dies aber auch auf außerbetriebliche Settings übertragen werden kann und wie insbesondere die sozial benachteiligten Zielgruppen erreicht und einbezogen werden können, ist bislang weitgehend offen. Wichtig ist dabei im Moment vor allen, voneinander zu lernen, welche guten (und schlechten!) Erfahrungen es mit den

Zielgruppen und in der praktischen Arbeit gibt. Wir haben hier im Rahmen der beratenden Arbeitskreise Kriterien entwickelt, nach denen wir solche Erfahrungen abfragen und auswerten. Wir fragen zum Beispiel ab, welche Formen der aktiven Einbeziehung der Zielgruppe bestehen, was zum Empowerment und zur strukturellen Stärkung der Zielgruppen beigetragen werden kann oder auch inwieweit die Projekte bereits Erfahrungen mit Qualitätsmanagement besitzen. Die Ergebnisse einzelner Auswertungen und insbesondere Erfahrungen der guten Praxis machen wir anderen Akteuren bekannt. Die derzeit zehn regionalen Knoten, die wir in verschiedenen Bundesländern entwickelt haben, arbeiten daran mit. Besonders intensiv ist die Kooperation von Berlin zu Brandenburg. Hier arbeiten wir besonders eng zusammen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen und der Brandenburgischen Landesstelle gegen Suchtgefahren.

Allen Finanzflüssen zum Trotz sind wir natürlich auch und vor allem in Berlin präsent. Dies zeigt sich unter anderem in unseren Arbeitskreisen, in denen die wesentliche fachliche Arbeit - meist Berlin-bezogen - geleistet wird. Die (stellvertretenden) Arbeitskreisspre-

cher(innen), die alle ehrenamtlich tätig sind, leisten hier eine ganz wichtige und grundsätzliche Arbeit.

Ich möchte aber auch Bezug darauf nehmen, dass einige Bereiche - auch im Rahmen der Diskussion um die BAGP, von der Dieter Kleiber und Heidi Knake-Werner schon gesprochen haben - aufgegriffen wurden. So entstanden die Arbeitskreise „Bewegung und Ernährung“ und „Prävention von Kinderunfällen“ unmittelbar aus den entsprechenden Arbeitszusammenhängen der BAGP: Die entsprechenden Vorarbeiten wurden im Rahmen der neugebildeten Arbeitskreise bei Gesundheit Berlin weitergeführt. Eine Anregung von mir wäre, die Bündelung des fachlichen Austausches bei Gesundheit Berlin in dieser Form weiter zu führen: Auch die Aktivitäten, die im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz ermittelt und bearbeitet werden, sollten sich bei Gesundheit Berlin, der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, widerspiegeln sowie weiterentwickelt und vertieft werden.

Ein anderer Punkt ist die Diskussion, die Herr Prof. von Ferber und Frau Dr. Weihrauch angeregt haben: Was ist denn eigentlich Gesundheitsförderung? Wie und woran orientiert sich die Praxis der Gesundheitsförderung? Ich würde ganz deutlich sagen, dass Gesundheitsförderung nicht auf Primärprävention reduziert sein sollte. Im Moment verschwimmen diese Begriffe sehr stark. Nach den vorliegenden Gesetzesentwürfen nehme ich an, dass die unterschiedlichen Handlungsebenen im Rahmen des Bundespräventionsgesetzes deutlich abgegrenzt werden. Gesundheitsförderung wird dann eine Querschnittsaufgabe für alle Gesundheitssicherungssysteme darstellen. Es wird daher auch weiterhin Aufgabe von Gesundheit Berlin sein, sich nicht auf Primärprävention zu beschränken, sondern durchaus auch in Handlungsfeldern der rehabilitativen, pflegerischen, präventiven und kurativen Versorgung tätig zu sein.

Ein Beispiel, wie einer solchen Querschnittanforderung begegnet werden kann, zeigt unser Projekt „patienteninfo-berlin.de“. Sie sehen hier die Startseite des Internetauftrittes:

„patienteninfo-berlin.de“ profitiert aus der Praxis und unterstützt diese auch gleichermaßen. Wir arbeiten etwa mit Patientenführer(innen) aus Berliner Krankenhäusern zusammen. Nach

Ich denke, in den dreieinhalb Jahren seit Projektbeginn hat „patienteninfo-berlin.de“ bewiesen, dass diese Methode der konzentrierten Kooperation eine Schlüsselstrategie zur erfolgreichen Implementierung einer innovativen Maßnahme sein kann. „patienteninfo-berlin.de“ ist sicherlich von den bundesweit nach § 65b SGB V geförderten Projekten eines der am Erfolgreichsten, um die Rückmeldungen der Förderer und der wissenschaftlichen Evaluation in aller gebotenen Bescheidenheit benennen zu dürfen.

Nun möchte ich noch kurz die Modellprojekte der Primärprävention erwähnen, die wir im Rahmen von Quartiersmanagement-Aktivitäten oder auch in Kooperation mit dem BKK Bundesverband im Programm „Mehr Gesundheit für Alle“ durchführen. Wir haben hier beispielsweise Internet-Gruppen zur Gesundheitsinformation von Migrant(inn)en sowie Aussiedlern aufgebaut oder auch ein sogenanntes Kiezkochbuch unter Mitarbeit von türkischsprachigen Frauen sowie unter Anleitung einer Ernährungswissenschaftlerin und einer muttersprachigen Gesundheitsförderin entwickelt. Wir haben dabei den Schwerpunkt darauf gelegt, wie in der türkischen Küche fettarm gekocht werden kann. Dieses Modellprojekt konnte inzwischen in mehrere Berliner Bezirke - zunächst wurde das Projekt nur im Wedding durchgeführt - exportiert werden.

Gesundheitsförderung in einem breiten Verständnis betreibt unserer Gemeindedolmetschdienst, der inzwischen insgesamt 75 Migrant(inn)en in 14 verschiedenen Sprachen zu Sprachmittler(innen) für gesundheitliche und soziale Einsatzfelder ausgebildet hat. Wir haben hier allerdings erhebliche Probleme, die Dolmetscher(innen) in die Praxiseinsätze zu vermitteln. Zwar belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien und bittere Erfahrungen in den Krankenhäusern und in den Sozialeinrichtungen, dass es einen erheblichen Bedarf für Sprachmittlung gibt. Dennoch gibt es bislang noch zu wenige Abrufe. Wir hoffen, dieser Problematik durch weitere Öffentlichkeitsarbeit und



Abb. 2: Startseite des Internetportals von „patienteninfo-berlin.de“

Hinter all diesen Unterpunkten befinden sich zahlreiche einzelne Informationen, die weiter angeklickt werden können. Aber nun denken Sie bitte nicht, dass wir, respektive die Projektmitarbeiter(innen), diese ganzen Informationen allesamt selbst beigesteuert haben. „patienteninfo-berlin.de“ ist vielmehr ein Netzwerk von vielen Kooperationspartnern, die dort eingebunden sind und selber die Informationen einspeisen. Dies geschieht zum Beispiel über Internetforen, über real stattfindende Diskussionen (Anfragen, Online-Consulting) - hier stellen sie die Beantwortung der vielen Anfragen immer wieder in die Datenbank ein, damit diese sich ständig erweitert. „patienteninfo-berlin.de“ basiert nicht auf individuellem Expertenwissen - wer sollte auch alle Fragen richtig und angemessen beantworten können? -, sondern als Abbild der Praxis, die dies bei einer gleichzeitigen engen wissenschaftlichen Begleitung kontinuierlich weiterentwickelt.

Landeskrankenhausesgesetz gibt es an allen Krankenhäusern solche Patientenführer(innen). Sie werden nur häufig allein gelassen, bislang fehlte ihnen ein systematischer Zugang zu Gesundheitsinformationen. Wir bieten diesen Zugang und schulen die Patientenführer dafür. Wir treffen uns regelmäßig in Arbeitskreisen und bilden damit eine Struktur ab, dass nicht nur derjenige, der internetkundig ist, sich informieren kann, sondern dass auch vor Ort - etwa in Berliner Krankenhäusern - Unterstützungsstrukturen geschaffen werden. Patientenführer(innen) erhalten eine Grundlage, auf der sie Patienten besser beraten können. Wir machen dabei aber auch weitere Vor-Ort-Angebote. Ich möchte beispielhaft unser seit einem guten Jahr laufendes Kooperationsprojekt mit dem Vivantes Krankenhaus am Urban erwähnen. Wir sind drei mal in der Woche am Urban-Krankenhaus vor Ort und beraten Patient(inn)en dort deutsch- und türkischsprachig.

einen noch komfortableren Vermittlungsservice schrittweise abzubauen und die Nachfrage nach Dolmetschleistungen zu erhöhen.

Als weiteres, BKK-gefördertes Projekt möchte ich die „Kiezdetektive“ erwähnen. Hier handelt es sich um ein primärpräventives Projekt, das vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt wurde. Kinder erkunden dabei ihren Kiez und ermitteln Probleme, aber auch Schätze. Sie arbeiten gemeinsam mit den Bezirkspolitiker(inne)n daran, Missstände im Kiez zu beheben und ihn positiv weiterzuentwickeln. Das Projekt stammt aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf und wurde in Friedrichshain-Kreuzberg weiterentwickelt. Wir arbeiten jetzt daran, den Ansatz der „Kiezdetektive“ durch Projektdokumentation und Praxisleitfaden grundsätzlich aufzubereiten, damit es auch in anderen Regionen durchführbar ist.

Ein weiteres Modellprojekt ist die „Recherche zur Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen“, die wir im Auftrag des Kreuzberger Quartiersmanagements durchgeführt haben. Hier haben wir Kinder und Jugendliche befragt und versucht, einen aktivierenden Prozess anzustoßen, um die Ernährungssituation konkret zu verbessern. Mit Erfolg: An einer betroffenen Schule wurde eine Kantine eingerichtet, die gesundes Essen anbietet.

Eingangs habe ich über unsere Datenbank gesprochen. Diese hat einen Vorläufer in Berlin: Wir haben im Jahr 2002 eine Vollerhebung zu Angeboten der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche durchgeführt (Kilian/Geene 2002). Die Daten sind nicht mehr ganz aktuell, die Befunde scheinen jedoch weiterhin zutreffend. Es hat sich dabei unter anderem gezeigt, dass im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg die meisten Angebote der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche durchgeführt werden. Gerade in Friedrichshain-Kreuzberg, die Sozialstrukturdaten belegen dies, scheint der Bedarf an solchen Angeboten am höch-

sten zu sein. Im Gegensatz dazu finden sich in Neukölln leider relativ wenige Angebote. Insgesamt haben sich berlinweit 580 Anbieter zurückgemeldet. Die Projekte wurden gebeten, sich selber einzustufen, ob sie ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen ohne gesundheitliche Probleme arbeiten. Das wäre dann klassische primäre Prävention. Von Sekundär- und Tertiärprävention kann gesprochen werden, wenn ausschließlich mit belasteten Jugendlichen gearbeitet wird. In beiden Bereichen gibt es viele Angebote.

Auf die Frage, aus welchem Grund das jeweilige Projekt geschaffen wurde, erhielten wir zumeist die Antwort, dass es einen entsprechenden Bedarf gebe. Hier zeigt sich ein gewisses Defizit in der systematischen Planung. Zu dieser sind die Projektanbieter jedoch durchaus bereit, wie sich auch beim Thema Qualitätssicherung zeigt. Bei unserer Abfrage konnten wir feststellen, dass eine große Bereitschaft zur Qualitätssicherung und Evaluation besteht. Praktisch muss jedoch relativiert werden, dass sich etwa 85 Prozent der Angebote auf Selbstevaluation beschränken. Grundsätzlich aber existieren gute Voraussetzungen in Berlin, um Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zukünftig systematischer einzubeziehen. Dass geht auch aus unseren Fragen nach Vernetzung und Austausch hervor: Hier liegt insgesamt eine sehr hohe Bereitschaft zur Koordinierung und Unterstützung vor. Das Interesse, mit anderen Gesundheitsförderern zusammen zu arbeiten, ist sehr groß. Gesundheitskonferenzen können und sollten einen wichtigen Beitrag zu diesem Austausch und zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Berlin leisten. Bezüglich der Frage nach der Finanzierung der Projekte muss ich darauf verweisen, dass die Erhebung bereits zwei Jahre alt ist und sich in den letzten Jahren die Finanzierungsgrundlagen möglicherweise verändert haben.

Ich möchte es bei dieser kurzen stichwortartigen Wiedergabe unserer Kindererhebung belassen und auf die

ausführliche Veröffentlichung verweisen, die bei uns zum Selbstkostenpreis (5,- Euro) erhältlich ist.

Einen kleinen Ausblick kann ich jetzt noch unmittelbar bieten. Wir haben nämlich in Kooperation mit dem Institut für Prävention und Gesundheitsförderung der Universität Duisburg-Essen einen regionalen Knoten Berlin aufgebaut. Mit dem regionalen Knoten Berlin, an dem unsere Kollegin Dagmar Siewerts arbeitet, wollen wir Good Practice-Beispiele zur Nachahmung darstellen, die Vernetzung der Akteure verstärken und insgesamt die Transparenz verbessern. Für das Jahr 2005 hat sich der Knoten den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“ gesetzt. Hier wird ein eigener Arbeitskreis aufgebaut und es werden Informationen, Praxiserfahrungen und Tipps zum Thema zusammen getragen.

Um mein Anliegen abschließend in drei kurze Sätze zusammenzufassen: Es bestehen viele verschiedene Aktivitäten der Gesundheitsförderung in Berlin - nicht nur im Bereich der Primärprävention. Ich würde mir wünschen und mich freuen, wenn diese Aktivitäten über eine Berliner Landesgesundheitskonferenz weiter aufgegriffen und verstärkt werden. Wir sind gespannt auf diesen Prozess und gerne bereit zur Zusammenarbeit und Unterstützung.

Rolle und Chancen der Landesgesundheitskonferenz aus Sicht der Kostenträger

Rolf D. Müller

Ich möchte Ihnen, verehrte Senatorin, die Glückwünsche dazu überbringen, dass es Ihnen heute gelungen ist, die Gesundheitskonferenz auf den Weg zu bringen und dass Sie mit Ihrer Begrüßung und mit Ihrer Zielrichtung, die Sie uns nahe gebracht haben, uns gleichzeitig dahingehend informiert haben, dass die Landesgesundheitskonferenz eine feste Institution in Berlin werden soll. Ich habe von Ihnen als Veranstalter die Aufgabe übertragen bekommen, die Rolle und die Chancen der Landesgesundheitskonferenz aus der Sicht der Kostenträger zu referieren. Dabei ist es natürlich klar, dass man sich bei einem solchen Auftrag zunächst einmal fragt: „Wie gehst du da vor? Wählst du einen systematischen Einstieg oder aber versuchst du das mit vielen praktischen Beispielen zu begleiten?“ Ich habe mich dafür entschieden, auf die Systematik zurückzugreifen, nicht zuletzt deshalb, weil Sie am Vormittag bereits unterschiedliche Betrachtungsweisen kennen gelernt und damit bereits Hinweise bekommen haben, wie sich die Praxis darstellt. Und ich habe nicht vor, eine Werbeveranstaltung für eine einzelne Krankenkasse zu machen. So eine Veranstaltung wäre dafür zwar sehr wohl geeignet, aber ich glaube, fair wäre dies nicht.

Ich habe den Beitrag in sechs Bereiche gegliedert. Zum einen möchte ich durchaus noch mal auf die Gedankengänge von Frau Weihrauch eingehen: Wie sind denn die Zuständigkeiten für Gesundheit auf Bund-Länderebene

verteilt? Dann - sehr entscheidend für die Frage, wie wir miteinander arbeiten wollen - der zweite Aspekt: „Was wissen wir über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Berliner Bevölkerung?“ Davon abgeleitet, will ich einige Gedanken hinsichtlich der Frage vortragen: „Welche Chancen bietet eine Landesgesundheitskonferenz?“, um daraus wiederum die Gedanken zu entwickeln, wie einerseits eine Landesgesundheitskonferenz erfolgreich wird, und welche Rolle sie andererseits in Berlin einnehmen kann?“ Und ich denke, es gehört auch zur Ehrlichkeit und zur Wahrheit dazu, zu sagen, wo die Grenzen der Landesgesundheitskonferenz sind. Damit, das

nehme ich als Ergebnis schon vorweg, nicht der Eindruck entsteht, dass wir hier demokratisch bestimmte Dinge realisieren können, die sich dann unmittelbar in der Praxis abzeichnen.

Lassen Sie sich durch das nächste Schaubild nicht erschrecken. Ich möchte es aber trotzdem einblenden, weil es die vielfältigen Situationen zeigt, die im Gesundheitswesen geregelt sind. Dies beginnt mit dem Grundgesetz. Aus dem Grundgesetz

heraus ergeben sich die Zuständigkeiten der Bundesgesetzgebung, aber auch die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung. Ich gehe gar nicht auf die einzelnen Punkte ein, sondern wollte nur Ihren Blick dafür schärfen, dass wir im Grunde genommen von der Sache her schon alleine durch die Reglementierung in unserer Republik eine Reihe von Rahmenbedingungen zu beachten haben, die die Spielräume innerhalb der faktischen Ausgestaltung von Zielen der Gesundheitspolitik mit beeinflussen und zum Teil auch Restriktionen mit einschließen.

Wenn Sie dann noch ein Stückchen weiter blicken, muss man auch die Wirklichkeit in Berlin abbilden und deutlich machen, dass wir natürlich in Berlin eine ganze Reihe von gesetzgeberischen Tätigkeiten schon abgeschlossen haben. Und die Frage wird zu stellen sein, wie wir mit den bereits in Kraft getretenen Gesetzen umgehen, auch hinsichtlich der Überlegung, wie sie dann auch für den Benutzer entsprechend freundlicher gestaltet werden können. Und nicht zuletzt ist es wichtig, auch die politischen Überlegungen der Koalitionsvereinbarung aufzugreifen. Denn hinsichtlich der Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in dieser Stadt ist natürlich mindestens für diese Legislaturperiode klar, dass es gesundheitspolitische Zielsetzungen der Koalitionsfraktionen gibt, die sich auf unterschiedlichen Themenfeldern bewegen. Zum einen in der Krankenhauspolitik, zum anderen in der ambulanten Versorgung, zum dritten in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Patientenorientierung und in den Patientenrechten. Und wenn Sie sagen, dass dies alles selbstverständlich sei, stimme ich Ihnen zu. Doch gerade weil es selbstverständlich ist, müssen wir uns von vornherein auch darüber im Klaren sein, dass bei all den Fragen, die dann auch zur Beantwortung anstehen, diese Überlegungen mitberücksichtigt werden sollten, um keine falschen Erwartungshaltungen darüber aufkommen zu lassen, wie man in der Landesgesundheitskonferenz am Ende erfolgreich bestimmte Ergebnisse erzielt.

Ich habe den Beitrag von Frau Weihrauch heute Vormittag so aufgenommen, dass auch sie auf diesen Aspekt nachhaltig hingewiesen hat, weil nur unter Einbeziehung dieses Aspektes vernünftige Ergebnisse erzielt werden können. Es reicht nun mal nicht aus, wenn man hinsichtlich der Themenfelder nur die Betrachtungsweise der eigenen Zuständigkeiten einblendet, sondern wir haben darüber hinaus noch andere Teilbereiche, die unmittelbar oder mittelbar Auswirkungen auf die Gesundheitsthemen haben. Da gibt



es zum Beispiel die Linie, die im Zusammenhang mit Schule, Jugend und Sport eine Rolle spielt. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist heute insbesondere von der Frau Senatorin sehr intensiv dargestellt worden. Dies auch hinsichtlich des Wandels in den Erwartungen und in den Dienstleistungen, so dass auch diese Aufgaben bei einer entsprechenden Bearbeitung für die Zukunft mit aufgegriffen werden müssen, um erfolgreich zu sein.

Ich habe die heutige Veranstaltung so verstanden, und dies war ja auch den einführenden Statements der Senatorin klar zu entnehmen, dass wir heute die Grundlage bilden, um die entsprechenden Überlegungen für die weiteren Entwicklungen mit zu tätigen und auf den Weg zu bringen. Wir haben in diesem Zusammenhang natürlich auch Institutionen, die ohne Wenn und Aber in die Landesgesundheitskonferenz mit eingebracht werden müssen, weil ohne diese Institutionen ein Veränderungsprozess nicht auf den Weg gebracht werden kann. Gerade deshalb habe ich ausdrücklich auch noch einmal die Institutionen, die nach meiner Einschätzung eine Rolle spielen, in meine Darstellung mit eingebunden.

Sie werden überrascht sein, dass ich die Arbeitslosenversicherung mit aufgeführt habe (siehe Folie). Für mich ist es ein großer Mangel, dass im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz die Frage, wie sich die Situation von Menschen in Arbeitslosigkeit darstellt, nicht mit abgebildet worden ist. Wenn man einen vernetzten Ansatz wünscht und nicht einen isolierten Ansatz anstrebt, hätte man dies in der Gesamtbeurteilung politisch und zwar ordnungspolitisch aufgreifen müssen. Und dies nicht nur, weil ich die Rolle der Krankenversicherung einnehme. Selbstverständlich sind natürlich die gesetzlichen Krankenkassen mit beteiligt, sowie auch die gesetzlichen Rentenversicherungen, die Unfallversicherungen und die soziale Pflegeversicherung. Aber für mich ist ganz entscheidend - und dies wird auch für die Zukunft notwendigerweise mit zu beantworten

sein - wie die Träger der Sozialhilfe, bislang ja noch durch das Bundessozialhilfegesetz und ab 1.1.2005 durch das SGB XII geregelt, mit in die Betrachtung eingebunden werden. Nicht zuletzt deshalb, weil wir offenkundig sichtbar in der Gesellschaft einen großen Anteil von Menschen haben, die in diesem Zusammenhang auch der Unterstützung der Gesellschaft bedürfen.

Ich gehe davon aus, dass wir im Grunde genommen, bei einer wirklich vernetzten Lösungssituation auch mit darüber nachzudenken haben, wie wir dies operativ und in konkreten Lösungsansätzen unmittelbar umsetzen. Klar ist, dass der Dialog nur mit den Partnern geführt werden kann, die für die Patienten wahrnehmbar Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Und ich habe ausdrücklich hier nicht „Leistungserbringer“ geschrieben, sondern habe bewusst das Wort „Leistungspartner“ genommen, weil ein Paradigmenwechsel auch nur dann eintritt, wenn das Selbstverständnis auch auf Seiten der Leistungspartner, die auch so im SGB V bezeichnet sind, tatsächlich stattfindet.

Dazu gehört es, dass wir die Ärzte und die Zahnärzte - jeweils vertreten durch die entsprechenden Berufsorganisationen wie die kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise die Ärztekammern - einbinden, dass die Apotheker angesprochen werden müssen und dass auch die Krankenhausträger und Rehabilitationseinrichtungen zugegen sind. Wir haben dies heute durch die Präsenz der entsprechenden Persönlichkeiten hier wahrnehmen können. Vor allen Dingen zu benennen ist aber auch der Bereich der Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen, der nicht zuletzt wegen des demografischen Aufbaus unserer Gesellschaft künftig eine deutlich stärkere Bedeutung haben wird, weil sich der Ansatz der Pflege, auch unter Berücksichtigung der Morbiditätssituation, nachhaltig verändern wird. Selbstverständlich sind natürlich auch die Wohlfahrtsverbände mit angesprochen, die heute auch mit zugegen sind. Und im Grunde genommen sind die Patienten die wichtigsten Persön-

lichkeiten, die man mit berücksichtigen muss. Denn um sie geht es, wenn wir uns darüber unterhalten, wie Gesundheit künftig realisiert und ausgestaltet werden soll. Die Patienten sind hierbei durch die Selbsthilfeorganisationen, durch den Verbraucherschutz und die Patientenbeauftragte repräsentiert.

Und dabei möchte ich ganz gerne noch einen kleinen Ausflug machen: Man kann über die Wirkung des GMG sehr unterschiedlicher Meinung sein, aber eines ist mit Sicherheit festzustellen: Das GMG hat nicht nur kostendämpfende Wirkung entfaltet, sondern es hat auch neue Gestaltungsspielräume eröffnet. Und bezogen auf die Frage der Patienten ist erstmals auch gesetzlich festgelegt worden, dass Patienten Mitgestaltungs- und Mitbestimmungsrechte haben. Dies wird einerseits im Gemeinsamen Bundesausschuss deutlich. Aber darüber hinaus auch durch die Patientenbeauftragte, die nach dem Gesetz auf der Bundesebene vorgesehen ist. Und gestatten Sie mir, Frau Senatorin, dass ich Ihnen zum zweiten Mal Glückwünsche ausspreche, weil das Land Berlin als erstes Bundesland seit dem 1.11. diesen Jahres eine Patientenbeauftragte bestellt hat, die heute unter uns weilt. Und auch der Patientenbeauftragten Frau Stötzner spreche ich meine herzlichen Glückwünsche aus. Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches Wirken im Interesse der Patienten. Die Unterstützung unseres Hauses bei ihrer Arbeit kann ich Ihnen zusichern. Ich gehe davon aus, dass entsprechend auch die anderen Häuser Ihre Arbeit mitgestaltend unterstützen werden.

Wenn wir jedoch über Patienten reden, meine sehr verehrten Damen und Herren, möchte ich trotzdem noch einmal ein klein wenig in die gesetzlichen Rahmenbedingungen gehen. Herr Professor von Ferber hat heute morgen aus dem Blickwinkel des SGB klar gesagt, wie sich die Rechte im Grunde genommen darstellen. Ich möchte an dieser Stelle nicht nur die Rechte des Patienten ansprechen, sondern auch eine entscheidende Frage aufwerfen. Denn wenn wir uns über die Ergebnisse der

Landesgesundheitskonferenz austauschen oder diese anstreben, müssen wir uns auch fragen, wie wir die Betroffenen zu Beteiligten machen können. Hierbei sind natürlich die Regelungen des SGB I nicht ganz auszublenden. Wir haben einerseits eine Verpflichtung gegenüber den Patienten, aber auf der anderen Seite müssen wir auch in der kommunikativen Darstellung klar herausarbeiten, dass auch die Mitwirkungsrechte des Patienten in dem jeweiligen Leistungsansatz mit zu realisieren sind. Ohne die Beteiligung des Patienten werden auch die entsprechenden Ziele nicht erreichbar sein. Die Überlegungen, die wir hier vortragen und die wir umsetzen möchten, werden nicht erfolgreich sein, wenn die Patienten sich weigern, diese anzunehmen. Der zweite Punkt bezieht sich auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung. Wir haben einen Paradigmenwechsel und Wandel in den allgemeinen Gesundheitsproblemen, worauf auch Herr Professor Kleiber in der Pressekonzferenz hingewiesen hat. In meiner Darstellung habe ich Ihnen dieses einmal unspezifisch skizziert, ohne dass Anspruch auf Vollständigkeit besteht. Dies ist ein Problem, das wir in der gesundheitspolitischen Situation in der gesamten Bundesrepublik wiederfinden.

Die eigentlichen Herausforderungen für unsere Landesgesundheitskonferenz werden jedoch die speziellen Gesundheitsprobleme sein, die sich in Berlin wiederfinden und abbilden. Und lassen Sie mich bitte, bevor ich auf die einzelnen Zielgruppen eingehe, die Rahmenbedingungen in Erinnerung rufen, die nun mal atypisch sind im Vergleich zum Rest der Bundesrepublik. Wir haben in Berlin eine sehr komplizierte Gesellschafts- und Sozialstruktur. Und zwar einerseits durch die Tatsache, dass hier wie in keinem anderen Ballungszentrum die Probleme einer Großstadt, Ost und West, und der Prozess der Vereinigung der Stadt aufeinander stoßen, mit all den gesundheitspolitischen Implikationen, die sich daraus ergeben können. Wir haben zum Zweiten einen Wandel in der Arbeits-

welt und den Verlust des tradierten Arbeitsplatzangebotes, das in dieser Stadt vorhanden war und das diese Stadt und damit auch die Menschen geprägt hat. Und zum Dritten haben wir einen Anteil von Migranten, wie er sich wohl kaum in einem anderen Verdichtungsraum in dieser Größe wiederfindet.

Dies sind zusätzliche Herausforderungen, wie sie in einem Flächenstaat in dieser Konzentration überhaupt nicht erkennbar sind. Diese zusätzlichen Voraussetzungen machen es nicht möglich, dass man bestimmte Dinge eins zu eins adaptieren kann, auch wenn sie sich woanders möglicherweise als hilfreich erwiesen haben.

Hiervon abgeleitet, möchte ich Sie auf ein paar Punkte hinweisen, von denen ich sage, dass wir sie als Gesundheitsprobleme durchleuchten müssen wie zum Beispiel spezielle Zielgruppen bei Kindern und Jugendlichen, die kranken Arbeitslosen und die sozialen Brennpunkte. Herr Schiffmann hat heute morgen in seinem Beitrag schon Hinweise gegeben, wie man beispielsweise aus der Betrachtungsweise des Bezirks darauf antwortet. Wir haben Settings in Schulen und in problematischen sozialen Brennpunkten.

Zusätzlich haben wir traditionell in Berlin - ohne dass das begründbar ist und übrigens nicht nur in der Neuzeit, sondern ich habe mir die Mühe gemacht, den Krankenstand in der Vorkriegszeit auch zu untersuchen - einen signifikant höheren Krankheitsstand, oder wie man heute sagt, Arbeitsunfähigkeitsstand als im Rest der Republik. Dies findet sich übrigens in der Verwaltung deutlicher als in den Betrieben. Hier muss man die Fragen stellen, woher das kommt. Wenn man neue Arbeitsplätze in Berlin ansiedeln will, scheint es nicht zuletzt deshalb wichtig zu sein, an dieser Thematik zu arbeiten. Denn dies ist auch ein Standortfaktor. An solchen Zahlen orientiert sich ein möglicher Investor.

Des weiteren möchte ich das Thema der Gesundheitsstruktur aufgreifen. Ich möchte dies auch deshalb ansprechen, weil möglicherweise in den Beiträgen

der Eindruck entstehen könnte, dass wir uns in der Landesgesundheitskonferenz künftig nur über Prävention unterhalten. Frau Weihrauch hat ausdrücklich und sehr praxisnah mit Beispielen unterstrichen und darauf hingewiesen, dass eine Landesgesundheitskonferenz mehr bieten muss. Deshalb hab ich ausdrücklich diesen ganzen Bereich mit in die Betrachtung einbezogen und gleichzeitig gesagt, dass daraus abgeleitet die Angebotsstruktur, die Struktur von besseren Ergebnisqualitäten und die Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung mit zu berücksichtigen ist. Wir können feststellen, dass es generelle Probleme in der Frage der Gesundheitsversorgung gibt, aber ich möchte bewusst auf die speziellen Probleme der Gesundheitsversorgung in Berlin eingehen. Ich möchte deutlich machen, dass wir nicht zuletzt auch aus Gründen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens die offenen Fragen im Krankenhausbereich angehen müssen. Für die Patienten ist wichtig, dass die Versorgungssituation patientenorientiert entwickelt wird und nicht nur im Sinne des Vorhaltens von Hochleistungsmedizin. Und vor allen Dingen, dass wir ein partielles Überangebot nicht nur im Bereich des Krankenhauswesens, sondern auch in anderen Bereichen haben.

Nun gibt es bereits existierende Handlungsfelder. Wir haben bezogen auf die strukturierten Behandlungsprogramme zwischenzeitlich die Situation, dass wir hier in Berlin für drei Krankheitsbilder, und das sind die drei, die bislang nach den entsprechenden Regelungen des Bundesrechts bedient werden können, auch entsprechende Verträge haben. Und diesmal sage ich ausdrücklich, dass wir uns in Berlin hinsichtlich der Frage, ob wir Verbesserungen bei der Brustkrebsbehandlung realisiert haben, sehen lassen können - und das noch vor Nordrhein-Westfalen. Und dies, weil wir noch vor Nordrhein-Westfalen die Brustkrebsbehandlung verdichtet haben, indem wir die Behandlung konzentriert haben und weil wir uns vor allen Dingen vorgenommen haben, die Strukturqualität sehr, sehr

hoch zu bewerten, damit nicht jedes Krankenhaus eine entsprechende Behandlung durchführen kann.

Zudem sind wir stark in der onkologischen Versorgung, meine sehr verehrten Damen und Herren. Wir haben hier den Umkehransatz. Das bedeutet, dass wir den Menschen die Entscheidung offen lassen können, ob im Palliativstadium die Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wird oder ob durch eine entsprechende ambulante Versorgung die Begleitung bis zum Tod im häuslichen Umfeld stattfinden kann. Übrigens eine Situation, die Sie im Rest der Republik in dieser Intensität überhaupt nicht finden. Und auch so etwas finde ich, gehört dazu, wenn wir uns darüber unterhalten, wie man eine menschliche Versorgung im Gesundheitswesen entsprechend realisiert. Die anderen Punkte sind im Grunde genommen angesprochen worden und auch nach meinem Dafürhalten besteht ein darüber hinausgehender Bedarf an Koordination.

Was sind die Chancen der Landesgesundheitskonferenz? Die Identifikation von Gesundheitsproblemen in Berlin im Konsens aller Beteiligten. Wir müssen daraus abgeleitet gemeinsame Prioritäten finden und wir müssen eine bessere Koordination und Kooperation im Problemlösungsbereich auf den Weg bringen. Dazu ist es wichtig, dass eine klare Analyse und eine klare Datenbasis besteht und dies möchte ich an dieser Stelle nochmals positiv hervorheben, was vorhin schon an den statistischen Zahlen im Beitrag von Professor von Ferber deutlich wurde. Es ist eine bemerkenswerte Situation, dass wir in Berlin eine sehr dezidierte Gesundheitsberichterstattung haben. Zusätzlich haben wir beispielsweise in dem Spezialband 2003 zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin eine hochdifferenzierte Aufgliederung, um festzustellen, wo die eigentlichen Problembereiche liegen. Und an dieser Stelle macht es dann auch Sinn, die entsprechenden Lösungsansätze voranzutreiben.

Wie sieht das Umfeld aus? Wir müssten im Grunde genommen klar festlegen, dass das, was auf der Bundesebene bereits geregelt ist, nicht noch einmal aufgegriffen wird. Welche Ziele und welche Aufgaben soll die Landesgesundheitskonferenz im Ergebnis bewältigen? Die sogenannte Zieldefinition „Erhebung aller Handlungsfelder“. Zunächst einmal sind Zielfelder zu definieren und daran anschließend eine Ausarbeitung von Problemlösungsansätzen, um dann die entsprechenden Ziele im Sinne einer Ergebnisorientierung zu erreichen.

In anderen Bundesländern können wir feststellen, dass neben Nordrhein-Westfalen lediglich das Land Sachsen-Anhalt zwei Landesgesundheitskonferenzen ohne eine entsprechende Schwerpunktbildung auf den Weg gebracht hat. Es wird sicherlich der Fall sein, dass weitere Bundesländer diesen Weg beschreiten. Gegenwärtig sind wir jedoch an der Spitze, nicht nur bei der Idee, sondern auch bei der Realisierung von Landesgesundheitskonferenzen. Lassen Sie mich aber einen wichtigen Hinweis geben. Wir müssen klar sehen, was mit anderen großen Konferenzen passiert ist. Was uns nicht passieren sollte, ist das Schicksal, das die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gehabt hat. Hoch komplexe Aufgabenstellungen, Problemdefinitionen, die unterschiedlicher Art gewesen sind, divergierende Zielbestimmungen und Entwicklung von unterschiedlichen Lösungsansätzen waren ihr Ergebnis. Das Schicksal der Konzertierte Aktion ist in der Zwischenzeit, dass es diese als Institution nicht mehr gibt.

Die Rolle und die Aufgabenstellung der Landesgesundheitskonferenz ist, und damit möchte ich langsam zum Schluss kommen, Gesundheits- und Versorgungsziele zu konzentrieren. Abgeleitet aus den Schritten, die ich mit Ihnen bis hierher gegangen bin, sollen Gesundheits- und Versorgungsziele priorisiert werden. Nicht alles auf einmal, sondern die wichtigsten Punkte müssen zuerst angefasst werden.

Abschließend möchte ich zu den Grenzen der Landesgesundheitskonferenz kommen. Um die Handlungsfähigkeit der Landesgesundheitskonferenz zu gewährleisten, darf sie sich nicht mit Aufgaben überfrachten. Die Ergebnisse der Landesgesundheitskonferenz sind Anregungen für die Gesundheitspolitik des Landes und sollten daher auch ernst genommen werden. Die Zielvorstellungen für die Gesundheitspolitik sind abschließend aber durch den Senat festzulegen, weil dort der ordnungspolitische Rahmen angesiedelt ist.

Und, meine sehr verehrten Damen und Herren, das Land Berlin hat sich ja im Bereich der innovativen Überlegungen bereits comittet. Der Senatsbeschluss vom 7.9.2004 hat die Initiative „Gesundheitsregion Berlin“ auf den Weg gebracht. Frau Senatorin, ich denke, die Landesgesundheitskonferenz muss diesen Prozess, der zum Teil von anderen Zielvorstellungen bestimmt ist, inhaltlich und auch perspektivisch mit begleiten. Und ich wünsche Ihnen ein erfolgreiche Weiterentwicklung, Frau Senatorin, damit das, was wir heute auf den Weg bringen, auch Bestand hat und eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, vor allen Dingen bei den Patientinnen und Patienten erreicht.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

Zusammenfassende Dokumentation der Podiumsdiskussion

Moderation

Prof. Dr. Dieter Kleiber,

Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung,
Freie Universität Berlin

Teilnehmer(innen)

Dr. Hermann Schulte-Sasse,

Staatssekretär, Senatsverwaltung für
Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Elke Krüger,

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Rolf D. Müller,

AOK Berlin

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider,

Berliner Zentrum Public Health,
Gesundheit Berlin e.V.

Kerstin Bauer,

Bezirksstadträtin für Gesundheit und
Soziales, Friedrichshain-Kreuzberg

Prof. Dr. Vittoria Braun,

Ärztammer Berlin

Prof. Dr. Christian von Ferber,

Universität Düsseldorf

Dr. Raimund Geene,

Gesundheit Berlin e.V.

Hermann Schulte-Sasse

Die Landesgesundheitskonferenz scheint ein gut geeignetes Instrument zu sein, hier in Berlin nahezu zu allen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern Fortschritte zu organisieren. Das heißt insbesondere, dass die Themenvielfalt so breit ist, dass sie über das wichtige Themenfeld der Gesundheitsförderung und Prävention hinaus gehen sollte. Weitere Schlussfolgerung: Wir brauchen, um aus dem Instrument der Landesgesundheitskonferenz ein wirksames Instrument in diesem Sinne zu machen eine hohe Verbindlichkeit und hohe Qualität in der Themenvorbereitung. Drittens: Wir brauchen, damit dies dann auch wirklich abläuft und in den Konsequenzen der einzelnen Veranstaltungen Verbindlichkeit erfährt, eine hochrangige Vertretung der zentralen Akteure in der Landesgesundheitskonferenz. Die Landesgesundheitskonferenz sollte nach dem nordrhein-westfälischen Modell sogenannte „geborene Mitglieder“ haben. Diese geborenen Mitglieder sollten die wesentlichen Akteure im Gesundheitsfeld widerspiegeln, dazu zählen natürlich die Kammern, das ist eben die KV, dazu zählen natürlich die Kostenträger. Dazu zählt aber wohl auch der freigemeinnützige Teil, also vor allem die Wohlfahrtsverbände, dazu zählt der Bereich des gewerkschaftlich organisierten Sektors, also DGB, auch der Bereich der Unternehmer. Um jetzt die wichtigsten zu nennen. Aber natürlich sollten je nach Themenstellung auch weitere Akteure, die nicht geborene Mitglieder sind, einbezogen werden. Das sind die Schlussfolgerungen, die ich vor allem auch aus den hier vorgetragenen Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen gezogen habe. Die Gefahr, wenn man es anders machen würde, sehe ich vor allem darin, dass wir nur eine neue weitere Plattform installieren würden mit einer doch relativ großen Unverbindlichkeit der Schlussfolgerungen und das muss natürlich in jedem Falle verhindert werden. Und ich glaube, Frau Weihs hat das auch sehr überzeugend dargestellt, dass nur auf Grund einer sehr

stringenten Vorbereitung und Diskussionsführung in der Landesgesundheitskonferenz der enorme, für mich nahezu sensationelle Erfolg gewährleistet werden konnte, dass auch zehn Jahre nach Gründung der Landesgesundheitskonferenz wirklich die Spitzenleute für die einzelnen Bereiche immer noch zu den Sitzungen kommen. Und dass sie nicht ihre Stellvertreter schicken, dann kommt der Abteilungsleiter, dann kommt nur noch der Referatsleiter und so pendelt sich das von der Repräsentanz her langsam nach unten. Damit gerät man dann natürlich in immer größere Unverbindlichkeiten.

Heute Vormittag hatten wir die Diskussion ein klein wenig angerissen über die Frage: Geht das überhaupt alles ohne jeglichen materiellen und personellen Input? Ich glaube, das ist ein Thema mit dem wir uns ganz sicher werden beschäftigen müssen. Die Erfahrungen der letzten Jahre, glaube ich, zwingen uns diese Frage geradezu auf.

Christian von Ferber

Ich würde meinen, die Äußerungen des Staatssekretärs haben wiedergegeben, dass Konsens denkbar ist. Ich vermisse die Themen, die nicht so leicht konsensfähig sind. Mir sind zwei Dinge aufgefallen, die man diskutieren sollte, wobei es hier latente und offensichtliche Konflikte gibt. Das eine: Wir haben uns hier mit dem beschäftigt was eine Landesgesundheitskonferenz kann und was sie will, nämlich eine stärkere Einheitlichkeit der Landespolitik. Aber wir haben zugleich gesehen, dass es eine ganze Reihe von Initiativen gibt, die sich eher erfreulich darstellen und wo hintergründig doch deutlich wurde, dass dieses Verhältnis zwischen Landesgesundheitskonferenz der Zentrale und den Initiativen noch Brüche aufweist, die nicht nur im Bereich der Finanzierung liegen. Man kann es so sagen: Auf der einen Seite will man mit der Landespolitik die Vielfalt fördern, auf der anderen Seite will man auch die Einheitlichkeit der Landespolitik wahren. Hier gibt es auch in Nordrhein-Westfalen aus meiner Sicht Konflikte. Und hier meine ich, dass das Verhältnis

zwischen der Landesgesundheitskonferenz, bezirklichen Gesundheitskonferenzen und den vielen Initiativen die entstanden sind, noch einer Erklärung bedarf. Und ich meine schon, es ist auch Aufgabe der Landesgesundheitskonferenz, diese Frage anzugehen. Das zweite, was deutlich geworden ist: Die enge Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Das liegt nicht nur an den hervorragenden Vorarbeiten, die hier geleistet worden sind, dennoch vermisse ich bei dieser Thematik zwei Perspektiven. Das eine ist, dass die Programmverschiebung beginnt einschließlich der Frage: Wie stellen Sie sich zu diesem Aspekt von sozialer Lage und Gesundheit? Und das andere was auch nicht angesprochen wurde, ist die Frage der wirtschaftlichen Entwicklung. Wir lügen uns etwas in die Tasche wenn wir meinen, dass die goldenen 1960er, 1970er und 1980er Jahre hinsichtlich der Konjunktur wiederkehren. Womit wir uns auseinandersetzen müssen sind die Folgen der zunehmenden Globalisierung, dass die Wirtschafts- und die Landespolitik unseres Landes immer weniger Einfluss hat, sie immer mehr ein Getriebener ist, als jemand der handeln kann. Was zu bedenken ist, sind die sozialen Folgen dieses Prozesses. Und da genügt es nicht, dass auch die Arbeitslosenversicherung hier einzubeziehen ist. Was in den großen Städten von den Politikern mit Sorge betrachtet wird, ist das Absinken einzelner Viertel in die Slums und die Slumorientierung und damit eigentlich die Unwirklichkeit der Städte. Ich erinnere an das, was die kommunalen Politiker vor einigen Jahren über die Situation der Städte und Gemeinden gesagt haben. Dieses Problem unter dem Aspekt Gesundheit und soziale Lage gehört in einer Großstadt wie Berlin heute der Globalisierung in einer Zeit, wo wir aus den verschiedensten Gründen mit wirtschaftlich declining expectations leben müssen. Das ist, glaube ich, eine Frage, die für eine Landesgesundheitskonferenz gerade in einer mittelfristigen Perspektive von großer Bedeutung ist. Danke schön.

Vittoria Braun

Mein Name ist Vittoria Braun. Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin und vertrete den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Charité. Ich habe mit ganz großem Interesse diesen Vormittag verfolgt und für uns als Allgemeinärzte festgestellt, dass wir hier sehr wohl im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz auch einen Platz einnehmen müssen. Denn schließlich sind wir diejenigen, die einen niedrigschwelligem Kontakt zu unseren Patienten haben, wir sind diejenigen, die unselektiert eine sehr große Patientenschar betreuen und ich denke, dass unsere Potenzen, die wir hinsichtlich der Prävention haben, noch lange nicht ausreichend ausgefahren sind. Ich habe Anfang der 1980er Jahre im Rahmen der Promotion festgestellt, dass ungefähr fünf bis zehn Prozent der Aufgaben der Allgemeinärzte präventiv sind - anders als in der ehemaligen DDR. Und das ist bis zum heutigen Tag letztendlich so geblieben. Und da spreche ich nicht nur von der primären Prävention sondern auch von der sekundären Prävention und bis hinein zur Rehabilitation. Dazu müssen Ärzte

müssen und wo ich denke, dass die Aufgabe des Hausarztes auch weiterhin nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in der Weiterbildung zum Facharzt und in der Fortbildung in diesem Maße ganz deutlich optimiert werden muss.

Elke Krüger

Zunächst herzlichen Dank, dass wir heute auf der Konferenz die Dokumentation der Konferenz vorgefunden haben, die 1999 stattgefunden hat. Wir haben uns schon damals für die Definition von Gesundheit und die Initiierung einer Landesgesundheitskonferenz eingesetzt. Insofern wird es Sie nicht erstaunen, wenn ich heute die weitere Zusammenarbeit und Mitarbeit bei der Landesgesundheitskonferenz anbiete. Wir haben als DPW in Nordrhein-Westfalen mit der Teilnahme an der Landesgesundheitskonferenz ausgesprochen gute Erfahrungen gemacht und ich hoffe, das wird sich hier in Berlin auch widerspiegeln. Ich habe eine gewisse Skepsis bei der Themenvielfalt wie sie heute genannt wurde und ich denke alle Gesprächspartner haben das schon angesprochen. Nachdem ich durch den sehr positiven Bericht von Frau



auch ausreichend befähigt werden und wir haben seit ein bis zwei Jahren in der Charité jetzt nicht nur im Rahmen des Reformstudienganges, sondern auch im Regelstudiengang einen Kommunikationsfähigkeitsprozess angestoßen, indem wir mit Simulationspatienten und in Kleingruppen von Studenten üben, gesundheitsorientierte Gesprächsführung zu realisieren. Das sind Anfänge, die aber bestimmt noch in größerem Umfang erweitert werden

Weihrauch heute morgen richtig Lust bekommen habe mitzuarbeiten, hat mich eben wieder der Beitrag von Professor von Ferber etwas irritiert. Denn die ganze Frage der sozioökonomischen Entwicklung auf einer Landesgesundheitskonferenz zu beraten ist aus meiner Sicht höchst ambitioniert und kaum zu leisten. Aus der Erfahrung des Paritätischen heraus, die wir ja sehr stark in die junge, soziale Bewegung

aufgenommen haben, kann ich nur sagen: beginnen. Lasst uns modellhaft etwas anfangen, lasst uns Erfahrungen damit machen und lasst uns dann darüber streiten wie wir das geschäftsordnungsmäßig im Sinne von Projektmanagement festlegen. Und insofern wäre meine dringende Bitte: Wir haben ja hier auf dem Programm als Schlüsselpunkt stehen: Gründung einer Initiativengruppe, einer Begleitungsgruppe. Ich wäre sehr dran interessiert, dass wir konkret beginnen, dass wir hier in der folgenden Diskussion überlegen, wer in diese Landesgesundheitskonferenzen eintreten soll. Denn ich denke, alle die hier sitzen, stellen sich die Frage: Wie können wir uns beteiligen? Wie können wir uns einbringen und mit welchem Thema können wir uns zunächst einbringen? Das ist das Thema, das heute noch nicht ausreichend besprochen wurde.

Kerstin Bauer

Ich bin ganz erfreut darüber, dass es die Landesgesundheitskonferenz endlich gibt und ich kann gut nachvollziehen, was Frau Krüger gesagt hat. Nämlich: Lass uns beginnen damit. Das war eine der Schwierigkeiten. Ich konnte leider heute Vormittag nicht bei Ihnen sein, weil mein Bezirksamt heute seine Personalversammlung durchgeführt hat und sie können sich vorstellen, wie viel sich zur Zeit bewegt, vor allem in meinem Bereich, im Bereich Soziales und Gesundheit. Natürlich gibt es in der ganzen Thematik sehr viel Umstrukturierung, Reformen in den sozialen Sicherungssystemen. Und das haben wir auch wieder gefunden. Das ist etwas was mich bewegt, und insofern finde ich die Debatte um die Sozialstruktur wichtig, die in diesem Jahr begonnen wurde. Meine Erwartungshaltung an die Landesgesundheitskonferenz ist, dass wir hier Impulse bekommen, dass es eine stärkere Vernetzung gibt. Dass die Themen „Soziale Stadt“ sowie „Arbeit und Gesundheit“ sich hier wiederfinden. Mein Bezirk vertritt mit Kreuzberg einen Ost-West-Bezirk, der nach und nach zusammenwächst, vor allem

im Problem Migration in all seinen vielfältigen Aspekten. Und heute ist schon mal das Thema Dolmetschdienst angesprochen worden. Da sind solche Fragen von Vernetzung unglaublich wichtig. Dass ein Bezirk nicht alleine etwas schaffen kann und dass wir uns sozusagen von diesem Expertentum des „Sich-Durchwurschtelns“ verabschieden mit einer Landesgesundheitskonferenz, was in den Bezirken auch teilweise mit eigenen Gesundheitskonferenzen stattfindet. Ein Thema, das uns auf Bezirksebene bewegt, ist das Thema „Kindergesundheit“. Wir haben deshalb in Friedrichshain-Kreuzberg eine Kindergesundheitskonferenz durchgeführt. Ein weiteres Thema ist die Reform des ÖGD. Hier wünsche ich mir auch Impulse von der Landesgesundheitskonferenz, unter anderem zu der Fragestellung, welche Ziele wir hier verfolgen. Insofern bin ich ganz glücklich, dass diese Landesgesundheitskonferenz gestartet ist und ich bin sehr neugierig und natürlich auch bereit, weiter mitzuarbeiten. Und mich in diese Themen einzubringen, denn natürlich kann Friedrichshain-Kreuzberg sehr viel an Themen und Vorschlägen mitbringen, ohne die Gesundheitskonferenz zu überfrachten.

Ulrike Maschewsky-Schneider

Ich unterstütze den Vorschlag von Gesundheit Berlin und ich möchte mich den Vorrednerinnen und Vorrednern anschließen: Ich finde das eine ganz tolle Sache, dass wir heute hier diese Veranstaltung haben, die dann, wie ich hoffe, glücklich mit der Gründung einer Landesgesundheitskonferenz enden wird. Ich denke, dass es eine große gesundheitspolitische Chance für Berlin ist und ich freue mich, dass wir damit heute beginnen.

Ich möchte einen Punkt herausgreifen, den vorhin Herr von Ferber angesprochen hat. Ganz wesentlich scheint es mir doch, dass das, was wir an Aktivitäten, Initiativen und Netzwerken haben, auch aktiv eingeht und aktiv genutzt wird. Ich glaube, da kann ich auch im Namen von Gesundheit Berlin e.V. sprechen, die ich ja nicht allein hier vertre-

te. Herr Müller, ich fand es sehr beeindruckend, wie Sie sich engagieren, wie Sie sich aus Ihrer Arbeit heraus für eine Landesgesundheitskonferenz geäußert haben, und dass auch das große Themenfeld, welches bearbeitet werden muss aufgefächert haben. Es ist glaube ich, sehr deutlich geworden, dass es am Anfang nicht ganz so glatt gegangen ist. Das Thema der Landesgesundheitskonferenz ist Gesundheitsförderung und Prävention, und ich finde es auch sehr gut, dass der Rahmen sehr viel breiter gesteckt ist. Nichts desto trotz haben wir in einem bestimmten Bereich angefangen und da bietet sich der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an. Dort stehen wichtige Themen im Raum, die man, glaube ich, in nächster Zeit anpacken sollte. Diese wurden genannt: „Kinder und Jugendliche“, „Alte Menschen“, sind sehr wichtig. Und dann halte ich auch „social diversity“ für einen sehr wichtigen Punkt. Ich kann das nicht richtig übersetzen. Das heißt etwa soziale Unterschiede nicht nur als Querschnittsdimension, also zum Beispiel soziale Ungleichheit der Genderbeziehungen: Was brauchen Männer, was brauchen Frauen? Was brauchen Jungen, was brauchen Mädchen? Dass man sich hier wirklich zwei, drei Themen holt, wo man sagt da fängt man an und da macht man jetzt auch sehr schnell Nägel mit Köpfen. Und dann vielleicht noch in meiner anderen Rolle als Public Health-Wissenschaftlerin: Es ist gerade in den ersten Beiträgen heute noch mal sehr deutlich geworden, dass man im Sinne dieses Action-Cycle, also Handlungskreis, Handlungsablauf, dass die Abschätzung der aktuellen gesundheitlichen Lage und der gesundheitlichen Versorgungssituation wichtig ist, um Gesundheit mit zu definieren. Dass die Aktivitäten, auch die Umsetzungsstrategien wissenschaftlich identifiziert sein sollen und müssen und dass die Ergebnisse auch zu evaluieren sind. Da spielt ja natürlich Public Health auch eine große Rolle, und ich hoffe, dass auch der Public Health-Studiengang weiterhin bestehen bleibt in den nächsten Jahren. Wir werden dann diejenigen

sein, die hier die Leute ausbilden, die Berlin unterstützten können, auch diese evaluativen Aufgaben mit zu übernehmen.

Raimund Geene

Es ist schon ein paar Jahre her, dass ich am Institut von Ulrike Maschewsky meine Magisterarbeit geschrieben habe, zufällig zum Thema „Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz?“ Manchmal sieht man den Zufall der Zeit. Die Antwort lautete: Ja. War ja auch nicht anders zu erwarten. Damals hatte ich mich zu dem Thema mit 23 verschiedenen Gesundheits- oder anderen Abstimmungskonferenzen im Bundesgebiet beschäftigt, Nordrhein-Westfalen war natürlich auch dabei. Und ich musste feststellen, dass es dann weniger darum ging, dass die formelle Findung der Mitglieder oder ähnliches von großer Bedeutung in der Landesgesundheitskonferenz war, sondern eher andere Themen. Es musste zum Beispiel eine hohe wissenschaftliche, politische und kommunikative Fachlichkeit mit eingehen und das hat auch mit einem weiteren Punkt zu tun. Ein ganz entscheidender Faktor von Gesundheitskonferenzen, aber auch von anderen Gremien wie beispielsweise des Berliner Stadtforums, war die Präsenz der politischen Leitung. Die Präsenz der politischen Leitung und auch der anderen zentralen Akteure. Wie schon gesagt Herr Müller, die Senatorin war ja den ganzen Tag bei uns. Der entscheidende Punkt war, dass die entsprechende Spannung bei den Gesundheitskonferenzen da war, die dann auch insgesamt zu dieser hohen Fachlichkeit und mit der hohen inneren Bindung zu dem Ergebnis geführt haben. Und da muss ich nach dem heutigen Tag sagen, dass Sie sich hier so viel Zeit genommen und sich so intensiv auf die Diskussionen eingelassen haben, da bin ich Ihnen sehr dankbar und auch sehr zuversichtlich. Und eine andere Sache hatte ich damals auch schon, ein bisschen nach Nordrhein-Westfalen schielend, gemacht. Johannes Spatz hat das ja auch schon angesprochen,

dass es vielleicht eine ganz gute Idee ist, die man auch verfolgen sollte: Die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen spiegeln die Landesgesundheitskonferenz. Das finde ich eine sehr interessante Sache, weil damit beide faktisch quasi auch eine Art von Feedback-Schleife haben. Sowohl die Landesgesundheitskonferenz, insofern sie bei den Realitäten gelandet ist, bei den bezirklichen Realitäten, als auch umgekehrt. Und in dem Sinne, denke ich auch, dass man überlegen sollte, ob man die Plan- und Leitstellen, gerade im Rahmen der ÖGD-Reform, nicht auch auf Senatsebene etabliert. In Berlin hat jeder Bezirk eine Plan- und Leitstelle für Gesundheit. Nur der Senat nicht.

Und abschließend möchte ich noch etwas Grundsätzliches zum Arbeitsprozess sagen, da stimme ich Rolf-Dieter Müller ausdrücklich zu: Man sollte sich hier nicht zu viel vornehmen, aber eine hohe Fachlichkeit einbinden. Und ich habe auch einen Vorschlag dafür, was man sich vornehmen sollte. Man sollte einerseits die Frage der Primärprävention ganz verstärkt behandeln. Das sind auch die Anforderungen aus dem Präventionsgesetz. Das hat mit der demografischen und sozialen Entwicklung zu tun, die hier einen dringenden Bedarf schafft. Und man sollte insgesamt das Thema der Gesundheitsförderung voranbringen, also der gesamten gesundheitsfördernden Orientierung und der Gesundheitssicherungsdienste. Diesen Aspekt sollte man auch in anderer Weise noch mal viel stärker miteinbeziehen.

Dieter Kleiber

Wenn wir jetzt eine Art Zwischenresümee machen wollten: Das wäre für alle Referentinnen und Referenten und auch für diejenigen auf dem Podium: Wir brauchen die Landesgesundheitskonferenz, wir wollen aktiv mitarbeiten und wir finden, das ist eine wichtige Initiative, die jetzt gestartet ist. Aber bei Herrn Geene habe ich im Hintergrund ein bisschen herausgehört, man braucht auch langen Atem dafür. Denn

man braucht möglicherweise in Berlin immer verschiedene Anläufe, wie man so was auf den Weg bringt. Mich persönlich bewegen deshalb zwei Fragen: Die erste ist, die habe ich heute morgen schon gestellt, was könnte eigentlich nach fünf Jahren ein Kriterium sein, nach dem man urteilt, ob dieses Unternehmen ein erfolgreiches Unternehmen war? Ich glaube, diese Frage müssen wir möglichst früh beantworten, um dann nicht hinterher einfach zu sagen: Wir waren aktiv, wir haben etwas gemacht, aber wir wissen nicht, ob das mit der Verbesserung der gesundheitlichen Lage, oder der Stabilisierung oder der Beseitigung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit, zu tun hat. Evaluationskriterien benötigen wir auch. Und das zweite ist, es bewegt mich weiterhin stark, nach der spezifischen Geschichte, die wir im Land Berlin mit Vorläufervarianten des Versuches der Etablierung von Landesgesundheitskonferenzen gehabt haben: Wie stellen wir sicher, dass es keine Eintagsfliege wird, sondern dass es tatsächlich zu einer kontinuierlichen Aufgabe anhand definierter Kriterien erfolgsorientiert weitergeführt und zu einer Aufgabe wird, die auch im Land das Bewusstsein darüber entstehen lässt, dass es sich lohnt, sich hier zu engagieren.

Hermann Schulte-Sasse

Frau Weihrauch hat ja in diesem Zusammenhang vieles sehr Bedenkenswertes vorgetragen. Ein Punkt, der mich bei meiner eigenen politischen Erfahrung persönlich sehr stark angesprochen hat, jetzt nicht nur hier in Berlin, sondern der sich auch in frühen Ämtern sehr exakt widerspiegelt, hat sich quasi in allen Teilen ihres Vortrags niedergeschlagen. Da war zu lesen, der Staat hat zukünftig viel stärker als bisher erforderlich Koordinations- und Moderationsaufgaben zu übernehmen. Das folgt ja der Einsicht, dass in unserem sehr zergliederten System der deutschen Gesellschaft, was Zuständigkeiten, Steuerungsverantwortungen angeht, die Dinge immer komplizierter werden und immer mehr auf die lange

Bank geschoben werden. Ich sehe da einen ganz wesentlichen Vorteil: Die Landesgesundheitskonferenz ist sozusagen die institutionelle Plattform, die es überhaupt erst möglich macht, dass man in einer transparenten, vernünftigen Breite über Koordination arbeiten kann und auch eben moderiert. Das ist schon mal ein ganz wichtiger Punkt. Das zweite: Sie haben nach den Kriterien für den Erfolg gefragt. Für mich sind das erkennbar zwei Kriterien, die für mich nach Ablauf von zwei, drei Jahren entscheidend wären. Die erste Frage ist rein formal. Wird es uns gelingen, auch in drei Jahren noch die hohe Repräsentanz auf der hierarchischen Ebene, sozusagen der einzelnen Organisationen oder Institutionen zu behalten? Das heißt, kommen die Vorstände oder die Vorsitzenden überhaupt noch zu den Sitzungen? Wenn sie nicht kommen, wäre das ein Beleg dafür, dass wir abgesackt wären auf die Ebene des Teekreises. Und dann müsste man zumindest fragen, will man das auch weitermachen. Also eine ritualisierte Veranstaltung, die ihren Auftrag nicht mehr erfüllt, das wäre das Allerletzte, das ich mir wünschen würde. Das zweite Kriterium für die Messung des Erfolgs kann man nur qualitativ beantworten. Ich meine die Frage: Haben Sie Probleme? Was sind die Probleme, die wir hier über lange Zeit vor uns herschleppen, sind die überhaupt einer Lösung nahe gebracht oder vielleicht sogar gelöst worden? Das hat natürlich etwas damit zu tun, inwieweit es gelingt, in diesem Gremium auch das Prinzip der Selbstverpflichtung, auch das hat Frau Weihrauch sehr stark hervorgehoben, der Teilnehmer an der Landesgesundheitskonferenz zum Tragen zu bringen. Also ich glaube uns ist ja allen klar, dass wir die Landesgesundheitskonferenz nicht als Gremium etablieren können, wo Mehrheitsentscheidungen getroffen werden, mit Verpflichtungscharakter für alle dort Beteiligten. Das kann es nicht sein. Sondern die Landesgesundheitskonferenz ist ein Gremium, in dem alle Beteiligten gemeinsam in Verantwortung treten, jeder Themenbereich, der eine mal

mehr und der andere weniger. Und das verteilt sich dann je nach Thema. Aber jeder mit der Bereitschaft, dann am Ende dieser Tagung auch mit hoher Selbstverpflichtung hinauszugehen und etwas zu bewegen. Und das wird sich dann eben zeigen, entweder wir schaffen das, was Frau Weihrauch „neue Kultur des Vertrauens und der Zusammenarbeit“ genannt hat, wir schaffen das oder wir schaffen das nicht. Und das werden wir vermutlich in drei Jahren in beiden Punkten sehen, sowohl was die Frage der Teilnahme, also der Hierarchie angeht, und auch im Hinblick auf die Bewertung. Trägt die Selbstverpflichtung wirklich oder trägt sie nicht? Von daher bin ich mal ganz optimistisch, dass hier deutlich geworden ist, dass das kein Selbstläufer wird. Wir brauchen hier eine hoch qualifizierte Vorbereitung, wir brauchen auch eine hoch qualifizierte Nachbereitung. Die Selbstverpflichtung muss sozusagen auch im Hinblick auf die Zeitschiene, also im Hinblick auf messbare Parameter, am Ende einer Veranstaltung definiert sein. Und dann werden wir das sehen, wie das weiter geht. Zumindest ich bin da ganz optimistisch.

Vertreter (Waldkrankenhaus Spandau)

Hier kommt ein Beitrag aus Spandau. Ich habe eine kurze Anmerkung zu der ersten Diskussionsrunde von Ihnen. Ich halte einfach eine entsprechende Bodenverbundenheit einer Landesgesundheitskonferenz für einen ganz, ganz wichtigen Faktor. Insofern finde ich es wichtig, dass genug Personen aus den verschiedenen Bereichen eingebunden sind, die sich ohnehin mit Prävention, Patientenkontakt und mit Problembereichen beschäftigen, um die sich die Landesgesundheitskonferenz auch kümmern will. Und da will ich einfach ein paar Bereiche nennen. Ich würde einfach wichtig finden, dass ein Vertreter der Patienten als geborenes Mitglied der Landesgesundheitskonferenz mit einbezogen wird. Die Allgemeinmedizin natürlich. Die Kinder- und Jugendmedizin, aber auch die Psychia-

trie sollen unbedingt vertreten sein. Ich danke Ihnen.

Karin Bergdoll (Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen)

Mein Name ist Karin Bergdoll. Ich arbeite in der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen und dort in der Frauenabteilung und bin unter anderem zuständig für Frauengesundheitspolitik. Ich möchte mich zuerst einmal meinen pragmatischen Kolleginnen anschließen, wir Frauen sind halt so. Und schlage auch vor, dass wir möglichst bald mit der Konstituierung und der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz beginnen. Als Zweites können Sie sich sicher schon denken, schließe ich mich Ulrike Maschewsky-Schneider an. Und ich wollte auch vorher schon sagen, dass ich der Überzeugung bin, dass alle Themenproblematiken die die Landesgesundheitskonferenz aufweist, bearbeitet und umgesetzt den Gender-Aspekt beinhalten müssten. Es wird, meiner Meinung nach keinen Erfolg geben ohne die Geschlechtsspezifik von gesundheitlichen Angeboten immer in Auge zu behalten. Und das haben Sie ja schon gesagt und der Podiumsleiter angesprochen: Auch die Evaluation, die Qualitätssicherung muss immer auch unter dem Gesichtspunkt der Genderspezifik stattfinden. Das wäre das erste Kriterium, das ich vorzuschlagen hätte.

Ingeborg Simon MdB (PDS-Fraktion)

Gesundheitspolitikerin, PDS-Fraktion, ich habe eine Anmerkung und habe auch noch mal eine Frage, speziell an Herrn Dr. von Ferber. Es ist ja heute sehr deutlich geworden, und ich denke, das ist für Menschen, die gesundheitspolitisch arbeiten, ja auch keine Überraschung, dass die Formulierung von Gesundheitszielen auf der Basis klarer Gesundheitsberichterstattung eine ganz wesentliche Voraussetzung darstellt und sie so etwas wie ein roter Faden für eine Handlungsanweisung und Schwerpunktbildung sein können. Ich weiß, dass in NRW ja im ganz We-

sentlichen der Beginn der Landesgesundheitskonferenz mit der Formulierung der Gesundheitsziele in der WHO zu tun hatte und dass NRW sich dann mit den ersten zehn Zielen etwas genauer beschäftigt hat. Und ich hatte damals auch alle verfügbaren Dokumentationen dazu gelesen und gelernt, was Frau Dr. Weihrauch bestätigt hat und was ich fast schwer nachvollziehbar und schwer glaubhaft finde, aber die Praxis hat es ja offenbar wirklich mehrfach bestätigt, dass Landesgesundheitskonferenzen dahingehend Lernprozesse durchlaufen können, dass man bei einer klaren und eindeutigen Zielorientierung widerstreitende und widersprechende Interessensgruppen tatsächlich auf eine relativ einheitliche Linie verpflichten kann. Leider zwingen uns Auseinandersetzungen, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu wählen. Und als Gewerkschaftsfunktionärin sage ich mal, erlebe ich das auch in dem Verhältnis zwischen Einzelgewerkschaften und deutschem Gewerkschaftsbund, dass man sich letztlich immer mit einem sehr unbefriedenden Ergebnis zufrieden geben muss, weil das der kleinste gemeinsame Nenner ist. Meine konkrete Frage an Herrn Dr. Ferber: Gibt es, oder gab es diese Gefahr, oder ist die im Rahmen eines langen Lernprozesses ausgeräumt worden, dass bei der verbindlichen Verpflichtung auf bestimmte Gesundheitsziele durch die wesentlichen Akteure letztlich ein Konsens auf einem sehr niedrigen Niveau hinten rauskommt, der praktisch dieses ursprünglich hoch gesteckte Ziel nur in abgespeckter oder in sehr differenzierter Form erreicht? Oder ist dieses Ziel vorher so verbindlich für alle formuliert, dass der Prozess halt so lange dauert, bis man sich auf einem hohen und auch angemessenen wissenschaftlichen Niveau dann auf dieses gemeinsame Ziel verständigen kann? Das würde mich einfach aus der Praxiserfahrung, die wir ganz offenbar in NRW auch haben, interessieren.

Christian von Ferber

Es gilt beides für Nordrhein-Westfalen. Sowohl dass man sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt hat, wie aber auch auf einen echten Kompromiss. Die entscheidende Frage ist nicht nur die Einigung in der Gesundheitskonferenz, sondern auch, wie später umgesetzt wird. Bei den Gesundheitszielen in Nordrhein-Westfalen, ging es ja um die Versorgung chronisch kranker Menschen. Zum Beispiel hat sich die Versorgung von Diabetespatienten und Brustkrebspatienten verbessert. Waren es die DMP-Programme oder der Beschluss der Landesgesundheitskonferenz? Bei bestimmten Gesundheitszielen, die ja auch in hohem Maße auf die Mitarbeit der Bevölkerung angewiesen sind, ist dies schwierig festzustellen. Die Mitarbeit in der Bevölkerung selbst ist fraglich. Ich habe vor Kurzem sehr genau die Entwicklungen in den USA untersucht: Wodurch ist der Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität in den Altersgruppen von 30 bis 50 Jahren bewirkt worden? War es die bessere Versorgung, waren es die Gesundheitsförderungsprogramme oder war es die Entwicklung der Bevölkerung selbst? Und das Ergebnis war: Wir können das nicht sagen. Mit diesem Problem müssen wir leben. Andererseits zu sagen, ja dann brauchen wir keine Gesundheitskonferenzen wäre auch wiederum verkehrt. Weil Gesundheitskonferenzen ja sehr stark die Bedeutung haben, ein Problem in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Sie haben ja gefragt, nach welchen Kriterien kann der Erfolg beurteilt werden, dann würde ich nach fünf Jahren fragen: Hat die Bevölkerung wahrgenommen, dass es eine Landesgesundheitskonferenz gibt? Gibt es Aspekte wo die Bevölkerung sagt, ja das weiß ich, ich habe von der Landesgesundheitskonferenz gehört und ich kann auch in meinem Alltag sehen, dass sich da etwas verbessert hat. Das könnte man nach fünf Jahren machen. Die anderen Fragen, die Sie gestellt haben, Herr Kleiber, hat man in Nordrhein-Westfalen untersucht. Man hat die Mitglieder der Landesgesundheits-

konferenz befragt, und da waren 80 Prozent damit zufrieden. Daraus kann man schließen, wir haben eine hohe Zustimmung. Und ich würde schon meinen, das sollte ein Erfolgskriterium sein, das beispielsweise eine Befragung der Mitglieder von Bezirkskonferenzen hier in Berlin ergeben würde: Ja, die Landesgesundheitskonferenz hat uns in der eigenen Arbeit unterstützt, wir haben das wahrgenommen und wir wünschen auch weiterhin eine Zusammenarbeit. Das wäre ein mögliches Kriterium, was man nach fünf Jahren abfragen kann. Inhaltliche Ziele scheitern an der Fünfjahresgrenze. Aber ein Gesichtspunkt scheint mir sehr wichtig zu sein: Sichtbarkeiten in der Bevölkerung und die Frage der Bürgerbeteiligung. Wenn Landesgesundheitskonferenzen diesen Anspruch erheben, dann könnte man in fünf Jahren Bürger und Initiativen fragen: Wenn die sagen würden: Ja, die Landesgesundheitskonferenz hat uns geholfen, das waren wichtige Vorarbeiten, sie haben uns unterstützt, dann wäre das ein Erfolgsprojekt.

Gerd Rosinski (Deutsche Rheumaliga)

Die Landesgesundheitskonferenz ist aus meiner Sicht ein Mittel zur Erreichung von Zielen, das ist ja deutlich geworden. Und die Frage ist die Strategie, die verfolgt wird, das ist mir heute noch nicht ganz klar geworden. Auch die Frage, wer legt diese fest, da gibt es einige Vorschläge: Der klarste war aus meiner Sicht der Vortrag von Herrn Müller von der AOK, der auch auf die Entscheidungen des Senates eingegangen ist. Und da finden sich ja einige Vorstellungen. Also die Frage ist, wie kommt man zu einer Strategie und sicherlich ist ein wichtiger Teil davon die Analyse des Ist-Zustandes. Denn wir haben in Berlin eine vielfältige Anzahl an Gesprächskreisen, an Informationen, Daten, an verschiedenen Gruppierungen, Konferenzen, wo man vielleicht überlegen könnte, dass eine Zusammenführung nicht nur Ressourcen einspart, weil vieles vielleicht auch doppelt läuft, sondern vielleicht auch hinsichtlich der strategischen Fragestellungen

ein Stück weiterbringt. Ich möchte an der Stelle erinnern, dass uns unter anderem das Konzept chronisch Kranker vom Paritätischen Wohlfahrtsverband vorliegt. Denn wir müssen auch sehen, neben allen Bemühungen in der Gesundheitsförderung, dass wir mit immer weniger Ressourcen durchaus größere Probleme in der Krankheitsversorgung bewältigen müssen. Auch diesen Aspekt müssen wir sehen und können uns nicht nur auf einige Felder beschränken. Und als letzte Fragestellung ist für mich ganz entscheidend mitzunehmen: Wie soll denn die Beteiligung verschiedener Gruppierungen erreicht werden, also auch der Bürgerbeteiligung und der Selbsthilfe. Wann wird in welchem Zeitraum wer angesprochen? Es wäre schon wichtig, dass man da wenigstens in einem gewissen Zeithorizont liegt. Nicht alle Fragen können wir heute klären.

Hermann Schulte-Sasse

Ich bin Herrn Rosinski sehr dankbar, dass er das Thema der vielfältigen, nebeneinander herlaufenden Initiativen zur Lösung von Problemen hier angesprochen hat, das entspricht exakt meiner eigenen Erfahrung. Wenn ich alleine die durch mich meistens auch initiierten Gesprächskreise zu verschiedenen Problemen überschaue, dann hat man da einfach eine natürliche Grenze. Und es ist völlig ausgeschlossen, dass auf diesem Wege die drängenden Probleme dieser Stadt zu lösen

heitskonferenz hier auch eine institutionelle Bündelung der verschiedenen Initiativen und Gruppen. Das Thema, wie geht man in einer sektorierten Gesundheitsversorgung mit dem Problem chronisch Kranker um, kann man und muss man natürlich hier auf der Plattform einer Landesgesundheitskonferenz thematisieren und hier müssen natürlich auch alle Aspekte, die Herr Professor von Ferber im ersten Wortbeitrag genannt hat, wesentliche Bestandteile der Diskussion sein. Ich glaube, ich habe Herrn Professor von Ferber auch so verstanden, dass dies sozusagen die Folie ist, die man immer wieder zu Grunde legen muss, wenn man die einzelnen Probleme diskutiert: Demografischer Wandel, soziale Lage und Gesundheit, der Zusammenhang mit Problemen der wirtschaftlichen Entwicklung, Verelendung und so weiter. Diese begrifflichen Felder der gesundheitlichen Problemlage, die müssen dort diskutiert werden. Die Frage der Beteiligung. Das ist für mich eine ganz zentrale Frage. Ich hoffe es gelingt uns, dass wir die Arbeitsfähigkeit dieses Gremiums Landesgesundheitskonferenz nicht gefährden durch eine unübersehbar große Beteiligung von Organisationen und Personen. Insoweit muss man sich, glaube ich, realistischere Weise von dem Anspruch verabschieden, dass alle die zu irgendeinem Thema, das behandelt wird etwas sagen könnten, auch an der Sitzung teilnehmen. Das wird nicht gehen. Ich fand den Hinweis von Frau Wehrauch

nämlich ihre Tagung zweiteilen: Einen offenen Teil haben und einen geschlossenen Teil haben. Den offenen Teil vorweg, wo die Diskussion in einem sehr viel breiteren Rahmen geschehen kann, wo also auch viel mehr Organisationen und Einzelpersonen ihre Ansichten vortragen können. Aber wo dann anschließend in einem sehr viel kleineren Rahmen, nämlich dem der geborenen Mitglieder, dem geschlossenen Teil, sozusagen der Nachdiskussion dann der Versuch einer Konsensfindung mit Selbstverpflichtungscharakter der Beteiligten entsteht. Im Hinblick auf die Patientenvertreter sollten wir uns darauf verständigen, dass eine Organisation grundsätzlich, egal welche Fragen behandelt werden, eine Vertretung hat, quasi als geborenes Mitglied definiert ist und die auch dann an dem geschlossenen Teil teilnimmt. Und dass wir die anderen, die zu dieser konkreten Problematik vielleicht sehr viel stärker und unmittelbarer betroffen sind, einladen für den offenen Teil. Also das müssen wir einfach sauber organisieren. Wenn wir hier nicht klare standardisierte Antworten haben, dann geraten wir in den Sumpf der Auseinandersetzung: Ist denn die richtige Seite oder sind denn die richtigen Organisationen eingeladen worden oder nicht? Dadurch untergraben wir die Legitimität der Landesgesundheitskonferenz in der allgemeinen Wahrnehmung. Von daher glaube ich, sollte man da auch von vorneherein realistisch und verfahrensorientiert denken.



wären. Also insoweit bin ich nicht nur sehr damit einverstanden, sondern erwarte geradezu von der Landesgesund-

heute morgen sehr, sehr interessant, wie die in Nordrhein-Westfalen pragmatisch damit umgehen, indem sie

Ulrika Zabel (Caritas-Migrationsdienst)

Zabel vom Caritas-Migrationsdienst hier in dieser Stadt. Mich drängt es jetzt ein bisschen, in die Praxis rein zu gucken weil ich denke, wir haben die Probleme genannt, die in dieser Stadt ganz auffällig sind und dass es dringend notwendig ist, dass wir zur Tat schreiten. Es ist der ungleiche Zugang zu medizinischen Leistungen und Leistungen im allgemeinen Gesundheitsdienst genannt worden. Und wir haben die große Gruppe von Ihnen genannt

bekommen Herr Müller, bei Ihnen habe ich am deutlichsten die große Gruppe der Arbeitslosen und dann die große Gruppe der Migranten vernommen. Wenn wir in die Praxis gehen, könnte dabei ein Schwerpunkt die Primärprävention sein und es ist auch hier die Frage aufgeworfen worden: Wie können Ärzte etwa die Fähigkeit bekommen, die Primärprävention an diese sozialen Gruppen zu vermitteln und wie kommen die Gruppen an die Informationen über die Angebote? Und es ist weiterhin eine Frage gestellt worden: Was könnten Kriterien sein, die wir dann in fünf Jahren messen könnten? Und dann kann ich einfach nur sagen, dass wir vielleicht mal gucken, was die Unter-, Fehl- und Überversorgung angeht. Und alle drei Kriterien sind in den genannten Gruppen vorhanden.

Vittoria Braun

Schon als Frau Weihrauch ihren Vortrag hielt, habe ich immer wieder gedacht: Es ist ja enorm, was Sie da alles machen, aber was ist wirklich zum Schluss messbar dabei herausgekommen? Dazu bin ich vielleicht zu sehr Allgemeinärztin und ich höre auch immer wieder bei den Frauen, dass wir doch möglichst schnell Taten folgen lassen sollten. Nach meiner Auffassung würde es mir persönlich nicht reichen, wenn wir in fünf Jahren hier beisammensitzen und wir sind noch in einer ähnlichen Konstellation und wir haben immer noch das Problem über das wir reden. Und wir können nicht zumindest in einem kleineren, ganz detaillierten bestimmten Bereich sagen, das haben wir verbessert. Wenn jemand wissenschaftliche Arbeiten macht, dann reicht einem in der Regel ein Zeitraum von ein bis zwei Jahren, um die Wirksamkeit von Interventionen zu überprüfen. Deswegen meine ich: Wieso könnte man sich nicht so ein Problemfeld wie es hier verschiedentlich anklang herausgreifen? Es ist beispielsweise eine bedrückende Situation, dass 13- bis 17-jährige Mädchen aus sozial gefährdeten Haushalten schon stärker rauchen als ihre männliche Altersgenossen. Warum kann man sich nicht so ein klei-

neres Gebiet herausuchen, da sind viele von uns auf verschiedenen Ebenen, die sich in einer, nennen wir es Initiativgruppe, zusammensetzen könnten. Die sowohl in Schulen als auch in Ausbildungsstätten und in Universitäten versuchen könnten, Zielkriterien als solche zu beschreiben. Das würde mir sehr am Herzen liegen und ich glaube, dass da gerade Arztpraxen der Allgemeinmedizin ganz viele Potenzen haben. Wenn ich meine Tätigkeit selbst betrachte, dann ist es so, dass ich erst mit Leuten über das Rauchen zu reden anfangen, wenn die mit Herzschmerzen zu mir kommen, oder was weiß ich, wenn sie dick sind und Diabetes haben. Wenn 14- bis 18-jährige Mädchen zu mir kommen, dann nehme ich das vielleicht wahr und sage vielleicht einen lapidaren Satz dazu. Aber mich dann differenziert und qualifiziert diesen Mädchen zuzuwenden und hier auch Prävention anzuwenden, das geschieht in der Regel nicht. Und da sind ganz viele ungenutzte Möglichkeiten und ich denke, die sollten wir nicht weitere fünf Jahre verfließen lassen.

Publikumsbeitrag

Die Idee, die Sie gerade vorgetragen haben möchte ich gerne aufgreifen, Frau Professor Braun. Zunächst ist klar, dass so ein Versorgungsangebot natürlich auch bei den Ärzten angesiedelt sein muss. Meine Idee geht ganz anders. Menschen sollten möglichst gar nicht erst in die Situation kommen, also müssen wir mit dem Prozess, auch Gesundheit zu lernen, wesentlich früher anfangen. Normalerweise müsste das ja in der Familie funktionieren. Wir haben heute schon Gründe dafür gehört, warum das in den Familien nicht funktioniert. Also müssen wir fragen: In welchen anderen sozialen Gruppen können wir denn solch einen Prozess in Gang setzen? Und dieser Prozess ist nach meiner festen Überzeugung nicht nur beim Rauchen, sondern auch bei der Ernährung bereits in den Kindertagesstätten auf den Weg zu bringen, weil gleichsam dort auch im sozialen Umfeld der Lernprozess Spaß macht. Und nicht nur der erhobene Zei-

finger im Mittelpunkt des Erziehungsprozesses stattfindet. Ich glaube, wir müssen im Grunde mit diesen Anleitungen an die Frage von Prävention so herangehen, wie wir das tradiert bisher gemacht haben. Das bedeutet natürlich einen Paradigmenwechsel, den so eine Landesgesundheitskonferenz durch eine etwas breiter angelegte Betrachtungsweise auch von vorneherein mit berücksichtigt. Und es bleibt dann dabei, dass wir im Prinzip immer nur unzulängliche Lösungen anbieten. Das reicht aber nicht aus. Aber ich hatte mich zu einem ganz anderen Punkt gemeldet, aufgreifend die Frage von Frau Simon, die an Herrn Professor von Ferber gestellt worden ist. Die Frage: Wie ist das mit der Kausalität von Ergebnissen von Landesgesundheitskonferenzen oder anderer Interventionen? Ich glaube, da müssen wir die Dinge organisatorisch ein Stück anders auf den Weg bringen. Wir werden hinterher nicht feststellen können, ob ein DMP-Programm ursächlich dafür ist, dass wir weniger Amputationen bei Diabeteskranken haben oder ob die Landesgesundheitskonferenz dafür maßgebend ist. Wir müssen in beiden Bereichen die Sensibilität erhöhen, indem wir in dem Prozess des DMP-Verfahrens nicht nur Struktur-, sondern auch Ergebnisqualität messen. Sie wissen das ja aus Ihrer praktischen Tätigkeit, Frau Professor Braun, ganz genau. Und dies muss übertragen werden in unsere Landesgesundheitskonferenz, damit Menschen wissen, es gibt solche Versorgungsangebote, die kann ich in Anspruch nehmen und habe dann im Grunde genommen eine andere Form der Versorgung als das bisher auch in der unmittelbaren Krankheitssituation erlebt worden ist. Und da hat man dann die Möglichkeit, nicht nur zu fragen: Ist das Ergebnis der Landesgesundheitskonferenz oder ist es das Ergebnis des DMP? Sondern es ist ein Ergebnis, das wir insgesamt gesehen mit unterschiedlichen Instrumenten in die Wirklichkeit umgesetzt haben, um eine wirkliche Verbesserung bei der Aufgabensituation tatsächlich zu erreichen?

Johannes Spatz (Gesundheit 21)

Vielen Dank, Frau Professor Braun, Sie haben mir aus dem Herzen gesprochen. Ich denke auch, dass man Ziele, vor allem Strukturziele, relativ kurzfristig erreichen kann. Wie wir zum Beispiel durch eine Kampagne und eine Gesundheitskonferenz im letzten Herbst in Steglitz-Zehlendorf erreicht haben, dass in den Kitas ab November nicht mehr geraucht werden soll. Frau Brauer hat diesen Antrag gestellt und dieser ist mit großer Mehrheit angenommen worden. Übertragen auf eine Landesgesundheitskonferenz bedeutet das, dass man sich als Teil einer Kampagne versteht, dass man Vorarbeit macht, aber hinterher die Arbeit damit nicht aufhört, sondern erst anfängt. Öffentlichkeitsarbeit sollte gemacht werden, Partner gesucht und bis zum Abgeordnetenhaus gegangen werden. An die Politiker sollte appelliert oder sie sollten gegebenenfalls auch besänftigt werden. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass zum Beispiel das Ziel festgelegt wird, dass im nächsten Jahr erreicht werden sollte, dass in Berliner Krankenhäusern nicht mehr geraucht wird. Dieses liegt eigentlich vor uns, aber es fehlt noch ein Stück zur Umsetzung. Eine Landesgesundheitskonferenz könnte einen Schub in diese Richtung bewirken. Ein weiteres Thema wäre die Suchtprävention, wie auch schon von Herrn von Ferber am Beispiel von Herne als lohnendes Thema beschrieben wurde. Herr Huber hat gefordert, dass er nur die Spitzenleute auf dem Podium einer Landesgesundheitskonferenz haben möchte. Dies steht im krassen Gegensatz zu den Forderungen, dass die Betroffenen, die Bürger, die Patienten beteiligt sein müssen, um erfolgreich zu sein. Diese Gruppen sind die Betroffenen. Eine Landesgesundheitskonferenz sollte nicht auf ihrem Rücken, sondern mit ihnen zusammen gemacht werden. Eine Patientenbeauftragte, wie hier geplant, kann das leider nicht wettmachen. Ich denke, dass dies auch nicht ihre Funktion dabei sein sollte. Ich vermisse hier dieses lebhaftes Chaos, das durch Patientenverbände und ähnliches entsteht. Diese ganzen

lebhaften Menschen sind hier wahrscheinlich gar nicht erst eingeladen worden. Man könnte zum Beispiel die Überlegung aufnehmen eine „fifty-fifty“ Verteilung herzustellen: 50 Prozent aus der Gruppe der Betroffenen und 50 Prozent von den Finanziers und Verantwortlichen für die Durchführung. Als dritter Punkt sollte eine Landesgesundheitskonferenz, von der festgelegt worden ist, dass es sie gibt, trotzdem gesetzlich verankert werden, beziehungsweise verbindlich ins neue ÖDG-Gesetz geschrieben werden. Nicht nur auf der Bezirksebene, sondern auch auf Berlin-Ebene sollte es nicht nur als Kann-Leistung sondern als Muss-Leistung gefasst werden. Zudem muss es einen Zusammenhang zwischen den Bezirken und der Landesgesundheitskonferenz geben. Abschließend möchte ich noch sagen, dass das Entscheidende ist, was dabei herauskommt. Und dies bedeutet wiederum, dass wir etwas wie eine Landesplan- und Leitstelle in der Senatsverwaltung brauchen, die das Monitoring macht. Die einzelnen Schritte nachverfolgt und schaut, was daraus geworden ist. Die aber auch noch mal einen An Schub gibt und eventuell über eine spätere Stiftung Geld einfließen lassen kann. Wenn dies nicht gezielt und geplant gemacht wird, kann es nicht erfolgreich sein.

Gerd Ludescher (Schlosspark-Klinik)

Ich habe mir Gedanken über die Institutionalisierung einer Gesundheitskonferenz gemacht. Bei aller Sympathie, die ich für Sie habe, aber in zehn Jahren werden etliche von Ihnen nicht mehr Verantwortungsträger bei diesen geborenen Mitgliedern sein. Und ich stelle auch ganz offen die Frage, wie diese Landesgesundheitskonferenz so bedeutsam und wichtig gemacht werden kann, dass es für jeden zukünftigen Senator oder Kassenvorstand ein Fauxpas wäre, wenn er diese Konferenz ignoriert. Und in Vielem kann ich Herrn Spatz, meinem Vorredner, beipflichten. Es ist wichtig zu institutionalisieren und zu überlegen, was sich gesetzlich machen lässt: Lässt sich eine zentrale

Stelle einrichten? Aber wenn das nicht unten an der Basis ankommt, dann lebt die Sache nicht.

Wir werden irgendwie abgewählt, gewählt, abgewählt aber die Bürgerschaft bleibt. Und wenn es nicht relevant ist für die Bürger, dann wird es nicht weiterleben. Auch wenn jetzt ein Vorstand abgewählt ist oder ein neuer da sitzt. Ich glaube man könnte das Problem verbinden; Kampagne und Konferenz, so dass zwischen zwei Konferenzen immer eine Kampagne läuft. Und ich habe bewusst eine Frage gestellt, die auch Frau Weihrauch hatte. Was für Ergebnisse hat es denn bisher gegeben? Ich stimme Ihnen bei, dass man nicht immer Kausalität herausfinden kann, aber zumindest fehlt eine Korrelation. Und diese Korrelation müssen wir auf den Tisch legen. Unsere Bürger werden sich nur dafür interessieren, wenn sie nicht fünf Jahre auf Ergebnisse warten müssen, sondern wenn man ihnen sagen kann, die Kitas sind rauchfrei geworden. Letztes Jahr hatte diese Landesgesundheitskonferenz darüber befunden und hat es als Kampagne gestartet. Es muss also kurzfristige, greifbare Ergebnisse geben. Ob sie jetzt kausal oder in Korrelation stehen, ist nebensächlich. Nur dann wird sich das als populär erweisen und wird dann auch weitergehen und das unabhängig davon, wer jetzt im Senat sitzt, welche Couleur der Senat hat oder wer die und die Kasse leitet. Ich glaube, das ist wichtig. Die Bürgerschaft muss mit ins Boot.

Dieter Kleiber

Ich stimme Ihnen persönlich und inhaltlich zu. Ich glaube, die vierte Säule, die es über ein Präventionsgesetz aufzubauen gilt, wird nur dann dick genug, beziehungsweise stabil genug sein, wenn es den Akteuren gelingt, auch den Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen. Das ist keine kurzfristige Aufgabe, sondern die Säule braucht eine gewisse Zeit, bis sie gebaut werden kann und dann braucht sie eine gewisse Stabilität, damit sie überhaupt stabil stehen bleiben kann. Aber ich bin mit

Ihnen völlig einig, dass man solche operationalen Zielkriterien benötigt und ich glaube, wir sind uns auch auf dem Podium hierüber einig.

Kerstin Bauer

Es gab jetzt drei Beiträge, die sehr dafür geworben und dafür gesprochen haben, dass es eine Rückbindung zu den Bezirken gibt und zu dem was wir vielleicht in den Bezirken an eigenen Konferenzen gestalten können. Ich glaube, dass wir in den Bezirken sehr viel eher in der Lage sind, Bürgerbeteiligungen oder Beteiligungen von Akteuren, beziehungsweise von Betroffenen zu organisieren, ohne dass wir unsere eigenen Konferenzen damit überfrachten, als es vielleicht im Rahmen einer Landesgesundheitskonferenz zielführend wäre. Damit will ich nicht sagen, dass es nicht auch hier notwendig ist. Aber ich glaube, dass das ein guter und wichtiger Punkt für die bezirkliche Ebene ist, weil sie eben auch ein bisschen näher dran ist an den Problemen. Und auf der anderen Seite brauchen wir als Bezirke, das hat Herr Spatz ja auch schon sehr deutlich gemacht, auch diese Landesgesundheitskonferenz, weil wir bestimmte Dinge eben nicht können. Und insofern finde ich diese Rückwirkung sehr, sehr wichtig. Ich würde auch unbedingt dafür plädieren, die Konferenz sowohl auf der Landesebene, als auch auf der Bezirksebene in die Neugestaltung des ÖGD aufzunehmen. Und was die Frage betrifft, wie erfolgreich eine Landesgesundheitskonferenz denn eigentlich sein kann, also auch eine bezirkliche Gesundheitskonferenz. Das hängt ja auch ganz entscheidend davon ab, wie ernst wir uns selbst nehmen und wie wir uns als Akteure einbringen. Ich glaube auch davon, wie kritikfähig wir in dem Prozess sind, denn wenn wir uns eingestehen, dass wir an einem bestimmten Punkt in die falsche Richtung marschieren und dort korrigieren, dann ist es sicherlich möglich nach fünf Jahren eine erfolgreiche Landesgesundheitskonferenz zu konstatieren.

Hermann Schulte-Sasse

Ja, ich kann da nahtlos anschließen. Ich glaube auch, dass die sehr grundsätzlich sehr berechtigte Forderung nach möglichst intensiver Beteiligung der - jetzt in Klammern oder in Anführungsstrichen - „Basis“. Da ist als Lösung wirklich die bezirkliche Ebene die richti-



ge Ebene, auch was die Breite angeht. Im Hinblick auf die Landesgesundheitskonferenz muss man sich schlichtweg die Frage stellen, was will man, was erwartet man? Und die Antwort auf diese Frage hängt natürlich davon ab, welche wesentlichen Barrieren bisher in der bisherigen Realität aus der Vergangenheit dafür gesorgt haben, dass bestimmte Probleme nicht gelöst werden. Und das Problem, das ich zumindest sehe ist, dass diejenigen, die in unserem System, in unserer Gesellschaft auch auf Dauer zentrale Verantwortung haben, untereinander selber Schwierigkeiten haben, sich zu verabreden, bestimmte Probleme in gemeinsamer Verantwortung auch zu lösen. Das hat Frau Weihrauch auch sehr gut dargestellt. Und das ist ja geradezu auch der Charme und das was für mich erfolgsversprechend ist an dem nordrhein-westfälischen Modell der Ausgestaltung der Landesgesundheitskonferenz. Ich will nur noch mal auf folgendes hinweisen, dass geborene Mitglieder natürlich nicht Personen sind, sondern Funktionsträger. Das heißt, wenn einer von uns hier auf dem Podium nicht mehr ist, dann wird es mit einer neuen Person besetzt, die wieder nahtlos in die Rolle einsteigt, wenn die Funktion dann noch weiter existiert. Also nachdem, was wir uns überlegt haben, kommen

wir auf circa 25 geborene Mitglieder. Ich weiß nicht, wie Ihre Erfahrungen sind, aber meine Erfahrungen sind, dass das schon hart an der Grenze der Arbeitsfähigkeit ist. Ich bin sicher, die meisten werden mir zustimmen, dass es eine herkulische Aufgabe ist sich bei 25 Leuten an einem Tisch bei einem be-

stimmten Themenkomplex auf eine gemeinsame Grundlage festzulegen. Diesen Kreis mit einem basisdemokratischen Verständnis gegebenenfalls dann noch ausweiten zu wollen, heißt, von der Landesgesundheitskonferenz, außer einer Plattform zur Selbstdarstellung möglichst vieler, nichts mehr erwarten zu wollen. Und das wäre die Ritualisierung eines Instruments. Ich sag mal ganz offen, wir haben sehr lange Vorlaufdiskussionen bei uns in der Senatsverwaltung für Gesundheit gehabt: Es gab hier unterschiedliche Positionen. Ich selber gehörte zu denjenigen, die zu Beginn sehr skeptisch waren. Und erst nachdem das Modell oder dieses Instrument sich immer mehr profilierte und immer klarer wurde, was es kann und was es soll, habe ich meine eigene skeptische Meinung gewandelt und bin zu einem inzwischen überzeugten Vertreter und Anhänger dieses Prozesses geworden. Aber das setzt voraus, dass die Arbeitsfähigkeit, die Möglichkeit, dass damit auch was erreicht wird, auch etwas das gemessen werden kann, auch nicht gefährdet wird. Und das hat leider eben vor allem mit der Zahl der Personen, die an einem Tisch sitzen und auch sitzen dürfen zu tun, wo nicht jedes Mal neu diskutiert werden muss, ob da auch die richtigen sitzen. Das wäre tödlich. Stel-

len Sie sich das mal vor, wir würden jedes Mal neu die Legitimation des Kreises diskutieren, der dann hinterher im geschlossenen Teil der Landesgesundheitskonferenz was entscheiden soll. Dann können wir diese ganzen Bemühungen gleich begraben. Und deshalb muss die Frage der möglichst breiten Einbeziehung anders gelöst werden. Zwei Antworten gab es bereits. Erstens das Beispiel Nordrhein-Westfalens mit einem ersten offenen Teil und einem zweiten geschlossenen. Dies halte ich für eine gute Idee für die Landesgesundheitskonferenz. Die zweite Antwort auf das Problem war, eine Arbeitsteilung zu machen, nämlich anders zu verfahren auf der Linie der bezirklichen Gesundheitskonferenzen, als auf der Ebene der Landesgesundheitskonferenzen. Ich glaube, dann können wir dieses schwierige, aber wichtige Problem auch vernünftig lösen.

Ulrike Maschewsky-Schneider

Ich würde Ihnen zustimmen, man braucht so eine Stufenregelung. Aber ich glaube, dass es zur Landesgesundheitskonferenz auch dazu gehört, noch mal systematisch darüber nachzudenken, welche Mechanismen man einbaut und was man auch dann bereit ist zu transportieren. Und wir haben ja auch schon ein paar Ideen dazu entwickelt. Aber ich glaube, ohne so ein Organisationsmodell geht es sicher nicht. Von Herrn von Ferber wurde gesagt, dass es wichtig sei, was beim Bürger und der Bürgerin ankommt und bei denjenigen, die in der Praxis die Umsetzung machen. Potenzielle Indikatoren sind zum Beispiel: Diese Kitas, diese Schulen, diese Krankenhäuser sind rauchfrei. Und ich glaube, da sollte man wirklich ganz gezielt überlegen, wie man das macht. Das ist ja nicht nur, dass man mitreden will, sondern dass für die, für die man steht, auch was passiert. Darum ist das so wichtig. Dazu gehört eben auch Öffentlichkeit, Rechenschaftslegung und dazu gehören auch Kampagnen, wenn man landesweit Beachtung finden muss. Es wird hier immer von der Senatsebene gesprochen und von der Bezirksebene, man

muss sich aber noch mal klar darüber werden, dass die wesentlichen Akteure im Bereich der Gesundheitssicherung auch mit am Tisch sitzen müssen. Ich möchte das noch mal betonen, damit es nicht untergeht: Das ist nicht nur die staatliche Ebene. Dann noch ein weiterer Punkt: Wie kann man die Umsetzung von Gesundheitszielen evaluieren? Auch NRW hat Struktur- und Prozessindikatoren, zum Beispiel Krankenhäuser, in denen nicht mehr geraucht wird. Denn das ist keine klinische oder epidemiologische Studie die man macht, sondern das ist Qualität, ein Prozess. Und auch da wird man sich in gemeinsamer Arbeit von Wissenschaft und Politik noch Gedanken machen müssen, wie man das konkret rüber bringen wird. Und schließlich noch mal zurück zu dem Punkt, möglichst bald konkrete Dinge zu identifizieren. Oder haben wir genug identifiziert? Ich kann nur noch einmal sagen, was ich auch im Sommer auf einer Veranstaltung gesagt habe: Es gibt gerade im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung ganz viel Vorarbeit. Herr Geene hat zum Beispiel auch schon lange und sehr gut mit Gesundheit Berlin e.V. aktiv gearbeitet, da gibt es nämlich Akteure, die auf der Umsetzungslinie ganz konkret arbeiten. Ich glaube, da kann man wirklich sehr schnell auf etwas aufbauen, was schon da ist, wo vieles schon, auch schriftlich, formuliert ist und wo schon Maßnahmen und Strategien angedacht und formuliert sind. Man kann auch mal auf die Gesundheitsziele schauen, wo einige Ziele so formuliert sind, dass man das für Berlin, auch für die Umsetzung nutzen kann. Es sind viele Maßnahmen da, die wir relativ schnell umsetzen können.

Christian von Ferber

Wir haben den Vorschlag von Frau Weihrauch aufgenommen, einen öffentlichen und nicht öffentlichen Teil. Ich habe eine solche Landesgesundheitskonferenz mitgemacht und habe festgestellt, dass im öffentlichen Teil auch wieder alle Funktionsträger sprachen. Also insofern war der öffentliche

Teil mehr eine Art der Selbstdarstellung der Funktionsträger und hinterher wurden die Entscheidungen getroffen. Das bringt uns in der Frage der Bürgerbeteiligung nicht weiter. Einerseits müsste es schon eine Verpflichtung geben, dass bei Fragen, wo nicht der Verband oder die Organisation betroffen ist, die Funktionsträger als Bürger agieren und nur ihrem Gewissen unterworfen sind. Also so eine Art Kodex müsste es sein, wir wissen, dass das in den Parlamenten schwer durchzusetzen ist. Das ist ein Problem. Ich halte dieses Modell öffentlicher/nichtöffentlicher Teil vor diesem Hintergrund - ich kann das nur für meine Landesgesundheitskonferenz beobachten - für nicht mehr weiterführbar. Wir haben sehr sorgfältig die Themen der Gesundheitskonferenz vorbereitet. Das kann man natürlich sehr gut in einer Gemeinde machen, in dem wir alle Personen zu geborenen Mitgliedern dieser Gesundheitskonferenz erklärt haben und sie um ihre Meinung gebeten haben. Aus der Nähe einer Stadt heraus kann man wirklich relevante Schlüsselpersonen befragen und mit ihnen Vorkonferenzen abhalten, um damit die Gesundheitskonferenz vorzubereiten. Wir haben im Rahmen der Gesundheitskonferenz für eine Stadt ungefähr 100 Personen einbezogen. Warum alle diese Bürger? Wir haben die Leute gefragt, was machen sie da? Und das Überraschende war, dass ein Großteil nicht die jeweilige Funktionsbezeichnung bekannt gab, sondern sagte „ich bin als Bürger oder auch als Betroffener da“. Denn wenn wir zwischen den Leistungsanbietern und Finanziers, Patienten und Kunden unterscheiden, dann muss man sehen, dass die Kunden die Bevölkerung sind. Die Funktionsträger sind nur ein kleiner Teil, der irgendwelche Organisationen vertritt. Im Rahmen der Befragung kam heraus, dass sich die Hälfte der Leute nicht nur in Funktion ihres Berufes, sondern auch als Bürger und als Betroffene verstand. Und wer hat nicht in seiner Umgebung jemanden, der von Demenz betroffen ist? Hier spricht der Mensch über die Fragen von menschlichen Bindungen. Er spricht nicht als Vertreter des Wohlfahrtsverbandes, der

Krankenkasse oder irgend einer anderen Profession, sondern hier spricht er als Betroffener oder Bürger. Wenn wir diese Offenheit in den Gesundheitskonferenzen nicht herstellen können, dann wird das Ganze ein weiteres Koordinationsgremium von uns.

Heinrich Beuscher (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz)

Ich möchte nun noch mal auf den Begriff, der schon ein paar Mal angesprochen wurde, Verbindlichkeit zurück kommen. Und Verbindlichkeit hat ja was zu tun mit Verantwortung. Hat auch was zu tun mit Zuständigkeiten, und hat auch was zu tun mit Durchsetzungsfähigkeit. Ich denke, für die Landesgesundheitskonferenz in Gründung können wir sie ja schon nennen, oder auch für die Elefantenrunde, können wir sie vielleicht auch nennen, ist es sehr wichtig, dass gerade dieser Bereich insgesamt sehr gut gestärkt wird. Herr Schulte-Sasse hat eben in der Frage der gesetzlichen Grundlagen und Verbindlichkeiten sofort gesagt, selbstverständlich, das kann man auch verteilen. Es gehört sich ganz einfach in einem solchen Prozess, dass wir in dem Regelwerk, das für uns verbindlich ist, eine entsprechende Formulierung stehen haben, die uns auch zum Handeln legitimiert. Ich denke aber, dass es sehr wichtig ist, das bei den anderen Partnern der Landesgesundheitskonferenz gleiche Prozesse in Gang gesetzt werden. Ich weiß aus langer, langer Erfahrung im Bereich Strukturentwicklung im Gesundheitswesen, wie wichtig es ist, die richtigen Grundlagen zu haben, um dann zu einer guten Zusammenarbeit zu gelangen. Wie schwierig haben wir es heute allein in unserem Haus mit unserer Partnerabteilung Sozialhilfe am gleichen zu wirken? Wenn ich mir überlege, dass Kostenträger dabei sind, dass staatliche Verantwortung dabei ist, kommunale Verantwortung dabei ist, aber auch viele andere. Dann denke ich, dass man von Anfang an genau sagen muss, o.k., wir sind

nicht nur freiwillig dabei, sondern wir machen das auch so und so verbindlich für uns und setzen das dann auch in den Bereichen durch, für den wir Verantwortung tragen. Das so als ein Gedanke, vielleicht auch zunächst mal für den Gründungsprozess. Ich möchte als zweiten Gedanken nochmals auf die aus meiner Sicht ganz überragende Bedeutung der bezirklichen Seiten zurück kommen. Frau Bauer hat es eben schon leise angedeutet. Ich glaube, dass die Landesgesundheitskonferenz sehr gut daran tut, von Anfang an ihr Verhältnis zu den bezirklichen Gesundheitskonferenzen zu klären. Wie steht das eine zu dem anderen? Ich glaube, ein zentrales Thema, ich würde es sogar so hoch hängen, dass ich sagen würde, nach fünf Jahren wäre dies ein Kriterium zur Beurteilung. Wie wirken Landesgesundheitskonferenz und bezirkliche Gesundheitskonferenzen als ein Kriterium für die Effektivität der Landesgesundheitskonferenz zusammen?

Karin Stötzner (Patientenbeauftragte des Landes Berlin)

Ich wundere mich über diese Veranstaltung und über ihren Verlauf. Es sieht ein bisschen so aus, als ob es in Berlin gar keinen Vorlauf im Rahmen dieser Diskussion gegeben hätte. Wir brauchen jetzt dringend eine Landesgesundheitskonferenz, damit wir die notwendigen Ziele umsetzen können. Wir sind auf Kooperation angewiesen und auf eine Plattform, die sich verbindlich darauf einigt, diese Ziele umzusetzen. Aber was mich wundert ist, dass es offensichtlich ein Konzept in der Schublade gibt und wir in einer Phase der Diskussion, in der schon fast zwei Drittel der Teilnehmer verschwunden und auch relevante Akteure nicht mehr da sind, noch immer nicht wissen, wie das Konzept aussieht. Deswegen meine Bitte und mein Vorschlag: Können wir nicht mal sagen, was angedacht ist, damit wir eben darüber diskutieren können? Es wurde in dieser Stadt schon so viel Vorarbeit geleistet, es gab ein Gremium, das sich darauf geeinigt hat, dass wir bei den prioritären Gesund-

heitsthemen der Kinder- und Jugendgesundheit anfangen. Bitte, lasst uns doch endlich mal zu Potte kommen! Wenn es so ist, Herr Schulte-Sasse, dass es eine Idee gibt, die gestaltet werden kann, dann möchte ich das jetzt mal hören, damit wir darauf Bezug nehmen können. Und als Patientenbeauftragte und als jemand, der mit den Selbsthilfeorganisationen seit Jahrzehnten zusammen arbeitet, bin ich natürlich dafür, dass es so was gibt wie Bänke. Und das müssten meines Erachtens folgende Bänke sein: Die öffentliche Seite, die Politik, die Bezirke und der Bereich Öffentliche Gesundheit, die Kostenträger, die Leistungspartner und die Patienten. Und diese müssen gleichberechtigte Partner sein, analog zum Modell des gemeinsamen Bundesausschusses, wo die Sozialselbstverwaltungen gleichberechtigte Bänke und die Patienten jetzt eine entsprechend gleich große Zahl an Plätzen haben. Ein solches Modell sollte hier in Berlin auch umgesetzt werden.

Carola Gold (Gesundheit Berlin e.V.)

Also ich kann es nachvollziehen, dass die Diskussion so läuft. Weil gerade wir in Berlin ja auch schon so viele Anläufe gehabt haben, und weil wir auch um die Schwierigkeiten dieser Prozesse wissen. Wir wissen, wie schwierig es ist, obwohl es schon eine Vielzahl von Vorarbeiten gibt, eine Bündelung zu erreichen. Ich glaube das prägt auch diese Diskussion. Und ich kann es auch nachvollziehen, dass als Kriterium genannt wird, in fünf Jahren sollen immer noch die relevanten Entscheidungsträger in der Landesgesundheitskonferenz beteiligt sein und sich nicht schon verabschiedet haben. Das sind, glaube ich, ganz nachvollziehbare Wünsche und ich bin Dieter Kleiber sehr dankbar für diese Frage, was wir in fünf Jahren haben wollen. Wir haben die Punkte zusammengetragen, dass die Entscheidungsträger sich nicht verabschieden sollen, dass die Menschen etwas von den Prozessen merken sollen. Es soll etwas Abrechenbares herauskommen, es müssen nicht massenhaft Ziele sein. Und ich möchte eine Sache ergänzen,

mit der mir Herr von Ferber aus dem Herzen gesprochen hat. Da ist auf der einen Seite eine Einheitlichkeit, eine Verständigung über Ziele und auf der anderen Seite eine Methodik der Vielfalt, die wir in Berlin haben. Wir tun uns schwer damit, dieser Vielfalt einen Raum zu geben. Es wurde viel darüber gesagt, dass das eine Frage der Bürgerbeteiligung ist. Das bedeutet aber auch, Formen zu schaffen, in denen sich die Projektvielfalt auch wiederfindet. Und ich glaube, dass Frau Weihrauch auch den dazu nötigen Hinweis gegeben hat. Sie hat gesagt, zu einer Landesgesundheitskonferenz gehört nicht nur das Gremium. Dazu gehört auch ein professioneller Umgang mit dem Gremium, dazu gehört eine Berichterstattung, dazu gehört die Verständigung über Ziele. Dazu gibt es Vorarbeiten in Berlin. Ich glaube, wir können auch mit dieser Veranstaltung sehr zufrieden sein, weil sie uns viele Informationen gegeben hat.

Norbert Koch-Malunat (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz)

Ich wollte nur eine kurze Anmerkung bezüglich der Ressourcen machen. Die historischen Vorläufer hier in Berlin - zum Beispiel die damalige BAGP - sind auch an nicht geklärten finanziellen Problemen gescheitert oder haben nicht das gebracht, was man ursprünglich am Anfang mit großem Engagement versucht hatte anzustoßen. Und daher insofern nun meine Frage: Inwieweit ist es möglich, dass die Frage der finanziellen Ressourcen unter dem Dach des zu erwartenden bundesweiten Präventionsgesetzes im Zusammenhang mit der Rahmenvereinbarung für Berlin eine Rolle spielt? Das ist wichtig, damit diese Initiative nicht das gleiche Schicksal erleidet, wie die anderen Versuche.

Herbert Dürrwächter (Sportgesundheitspark Berlin)

Ich begrüße die Landesgesundheitskonferenz grundsätzlich sehr, wobei ich aber auch der Ansicht bin, dass man sie

nicht überfrachten sollte. Ich bin der Meinung, dass gerade jetzt, wo doch ein gewisser Umbruch im Denken stattfindet, es nötig ist, dass hier neue Anfänge für Berlin gemacht werden, neue Initiativen im Bereich Gesundheitsförderung - Prävention als wirklich großes Generalthema. Ich bin der Ansicht, dass jeder Bürger, unabhängig von Alter, Geschlecht, vom sozialen Status, Einkommen oder Wohnlage, die Möglichkeit vorfinden müsste - und dass ist ein bisschen Utopie - richtiges gesundheitliches Verhalten zu erlernen und zu betreiben. Das sollte ein generelles Ziel sein, worauf einfach alle hinarbeiten sollten. Und wir wissen ganz genau, dass die Lebensverhältnisse in den letzten 50 Jahren sich für alle Bürger so grundlegend verändert haben, vor allem auch für Kinder und Jugendliche. Wir wissen um diese Probleme Bewegungsmangel, das heißt fehlende körperliche Aktivität und Sport, falsche Ernährung, Rauchen, Alkohol. All diese Dinge bilden nach meiner Ansicht den entscheidenden Ansatzpunkt für entsprechende Maßnahmen. Zwei Dinge sind da ganz wichtig: Wir müssen bei unseren Kindern und Jugendlichen anfangen. Das heißt, wir müssen in Kindergärten entsprechende Voraussetzungen schaffen, das Personal schulen und auch in den Schulen Möglichkeiten schaffen, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten wie als Schulfach erlernt werden. Deshalb ist es notwendig, dass auch andere Sektoren und Ressorts wie Bildung, Stadtentwicklung und Umwelt, Wirtschaft und Sport präsent sind in dieser Landesgesundheitskonferenz. Abschließend möchte ich hier die Frage stellen, in wieweit Gesundheit Berlin e.V. eine Rolle im Rahmen dieser Konferenz spielen kann.

Dieter Kleiber

Wir hatten keine Stimme, die gesagt hat, eine Landesgesundheitskonferenz ist eine schlechte Sache. Mit anderen Worten: Wir sollten wirklich starten. Oder für diejenigen, die sich etwas kritisch geäußert haben, anders ausgedrückt: Wir sollten die Startversuche und die Erfahrungen, die wir gemacht



haben, nutzen, um jetzt richtig durchzustarten. Wenn das Ganze zu einer vierten Säule im Gesundheitssystem werden soll, dann ist für mich jedenfalls klar: Die kann nur stabil sein, wenn sie nicht allzu dünn ist. Gleichzeitig haben wir gesehen, dass man es zielorientiert und ergebnisorientiert machen muss. Wir müssen die Ressourcen im Land bündeln, nutzen und entsprechende Beteiligungsverfahren sicherstellen, und wir sollten die Gesundheitskonferenz nicht überfrachten.

Hermann Schulte-Sasse

Um gleich eine offenbar verbreitete Erwartung zu korrigieren: Ein fertiges Konzept - so und nicht anders - gibt es nicht. Das Interessante ist, egal was wir machen, dass ich aus den verschiedenen Bereichen immer wieder angesprochen werde, wir hätten doch schon ein Konzept in der Schublade. Aus meiner Sicht ist es eine Selbstverständlichkeit, dass man sich vor einer Veranstaltung wie der heutigen intensiv überlegt, was überhaupt Sinn macht. Man hat natürlich Erwartungen und im Hinblick auf die Erwartungen versucht man auch, die Bedingungen, die man selber sieht, zu definieren. Insoweit hat man zumindest in diesem Bereich eine mehr oder weniger ausdifferenzierte Vorstellung, wie das gelingen könnte. Aber natürlich ist zu dieser Veranstaltung, die wir heute durchgeführt haben, von unserer Seite schon von vornherein gesagt wor-

den, dass hier Anregungen oder Erfahrungen präsentiert und formuliert werden, die ausgesprochen hilfreich sind. Und ich sag mal, was hier zum Schluss auch sehr deutlich geworden ist: Wie kriegt man das Spannungsverhältnis zwischen möglichst breiter Beteiligung, was ja auch ein Element der Legitimation von solchen Gremien ist, und Wirkungsfähigkeit hin? Auch im Zusammenhang mit dem Begriff der Selbstverpflichtung der wesentlichen Akteure, bei denen die Geld haben oder den gesetzlichen Auftrag für diese Zuständigkeit: Wie kriegt man diesen Bogen eigentlich hin? Das ist ein Thema, das zu Beginn heute Morgen noch ein ziemlich offenes Thema war. Ich glaube, dass eine Reihe ganz interessanter Anregungen gegeben wurden. Was ich da an interessanten Anregungen gehört habe, ist eben schon formuliert worden. Das möchte ich gar nicht wiederholen. Aber ich glaube, dass ein Punkt ganz wichtig ist, dass man da eine Kurzzeitentscheidung treffen muss. Ich habe es heute Nachmittag hier auf der Podiumsdiskussion so verstanden: Es gibt zwei alternative grundsätzliche Modelle von dem, was eine Gesundheitskonferenz sein kann. Das eine ist eine Plattform für möglichst viele Interessierte und Beteiligte, und Herr von Ferber hat ein solches Modell ja auch hier ausgeführt. Er hat gesagt, das seien 100 Leute, wo dann die jeweils Beteiligten, wenn sie denn auch noch privat oder beruflich den institutionellen Bezug haben, nicht als Vertreter dieser Institution auftauchen, sondern als Bürger. Das ist natürlich eine Art Landesgesundheitskonferenz, die auch ihre Zwecke verfolgen kann und das erfolgreich. Aber das wäre ein anderer Charakter der Landesgesundheitskonferenz, als das, was wir hier für Berlin, sowohl in der Vorbereitung, als auch in der heutigen Diskussion verstehen. Ich habe in den drei Jahren, die ich jetzt in Berlin bin, folgende Feststellung gemacht: Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten, die die verschiedenen Bereiche haben, nicht nur die Kostenträger, sondern auch die Leistungsträger, staatliche und nichtstaat-

liche, auch die Initiativen vor Ort, kommt es zu einer ziemlich komplexen und komplizierten Situation. Vieles, was eigentlich für mich auf der Hand liegt, was unmittelbar wünschenswert wäre für Berlin oder für Teile in Berlin, kommt nicht zustande, weil es keine Kultur, und das setzt in der Regel ja auch eine Struktur voraus, gibt, die überhaupt die Leute zusammenbringt. Es sind ja einige im Raum, die sich schon zu Wort gemeldet haben, die darüber ein Lied singen können. Die haben mich seit drei Jahren immer wieder angesprochen: "Du, als Repräsentant des Staates, hilf uns doch und tu doch!". Obwohl der Staat in diesen Fällen aufgrund der sehr geteilten, sehr verschiedenen Verantwortung, und auch Handlungsmöglichkeiten gar nichts tun kann, außer dass er moderiert und einlädt. Und dass er, wenn Selbstverpflichtung und grundsätzliche Bereitschaft zum gemeinsamen Handeln da ist, auch koordiniert. Das ist nicht wenig. Das ist bei dem, was wir an Problemlagen in unserer Gesellschaft haben, nach meinem Verständnis sogar ausgesprochen viel. Ich glaube sogar, dass das zukünftig eine der zentralen Aufgaben staatlichen Handelns ist. Das setzt dann aber voraus, dass in diesen Konfliktfällen nicht 100 Leute sondern lösungszielorientierte Runden mit Entscheidungsträgern tätig werden, was Professor von Ferber ja heute sehr kritisch diskutiert hatte. Er hat gesagt, das ist eine neue Plattform der Gesundheitsgesellschaft. Ja, da würde ich sagen: Genau das ist es! Aber das ist eine Form, die es bisher so gar nicht gegeben hat, die wir aber dringend brauchen, weil ein Teil der Probleme, und zwar ziemlich großer Probleme, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen, deshalb existieren, weil wir genau so eine Plattform bisher auch nicht hatten. Und in diesem Spannungsfeld wäre meine erste Entscheidung für mich persönlich, das es die zweite Form ist, die wir brauchen und die wir auch wollen müssen. Das schließt ja nicht aus, dass diese andere Form, oder das andere Verständnis von Landesgesundheitskonferenzen auch seine Berechti-

gung hat, auch wünschenswert ist. Ob man dann dafür denselben Begriff nehmen müsste oder einen anderen wählen sollte, das überlasse ich lieber den Anderen, das kann man machen. Ja, darüber könnten wir zum Beispiel noch einmal mit Gesundheit Berlin e.V. reden. Wäre das nicht eine parallele, davon losgelöste Veranstaltung, wo wir uns auch überlegen sollten, ob das nicht auch in der Verantwortung der Trägerschaft von Gesundheit Berlin e.V. liegt? Wir müssen dann darüber reden, wie man so etwas hinkriegt, unter welchen Voraussetzungen. Also das will ich gar nicht in Abrede stellen, dass dieses andere Modell auch einen Sinn hat. Das würde aber, und das ist für mich jetzt auch ein wichtiges Ergebnis der Debatte heute Nachmittag, für diese andere, also die Form von Landesgesundheitskonferenzen, die ich für notwendig und richtig halte, die Frage aufwerfen, wie kriegen wir eine möglichst breite Beteiligung derjenigen hin, die hier einzubinden sind, weil sie was zu sagen haben? Wie kriegen wir das hin, ohne dass wir dabei die Unverbindlichkeiten institutionalisieren? Diese Frage muss gelöst werden. Da haben wir auch ein paar Dinge angesprochen. Jemand hat den Hinweis gegeben, dass es das in Nordrhein-Westfalen offenbar auch gibt: so genannte Arbeitsausschüsse, die in Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenzen tagen. Ich glaube, das ist ganz wichtig. Frau Weihrauch hat ja auch gesagt, dass eine qualifizierte, sehr anspruchsvolle Vorbereitung entscheidend und zentral für den Erfolg ist. Da sind die Arbeitsausschüsse zur Vorbereitung natürlich von enormer Bedeutung. Arbeitsausschüsse kann man dann auch anders zusammensetzen und arbeiten lassen, als die Landesgesundheitskonferenz als Plenarveranstaltung selbst, wo zielorientiert entschieden wird. Das sind jetzt Überlegungen, die für mich heute neu waren und die wir jedenfalls in den nächsten Tagen bei uns im Hause weiter prüfen. Ich war eben leider nicht dabei, als Herr Müller seinen Vortrag gehalten hat. Aber ich hatte Ihnen ja auch in der Pressekonferenz gesagt:

Wenn ich das richtig verstanden habe, hat Herr Müller sehr darauf Wert gelegt, dass erstens jeder in seiner Verantwortung steht, die auch nicht relativiert werden kann, auch nicht verteilt werden kann auf andere Schultern. Das ist wichtig. Und zweitens darf der Staat sich aus seiner eigenen Verantwortung nicht heraus stellen, muss dann ebenfalls in zentraler Verantwortung bleiben. Diese Aussagen teile ich, und von daher meine ich auch, dass das Projekt der Landesgesundheitskonferenz ein staatlich dirigiertes und in staatlicher Verantwortung stehendes Koordinations- und Moderationsinstrument bleiben muss. Das heißt also auch, dass die Senatorin als oberste politisch Verantwortliche auf der staatlichen Seite hier eine herausragende Rolle zu spielen hat, einladen muss, selber an den Sitzungen teilnehmen und die Sitzungen auch moderieren muss. Sie muss auch die Agenda für die einzelnen Tagungen wesentlich selber bestimmen, natürlich in Absprache mit den anderen Beteiligten. Aber man kann das nicht

Ärzttekammer, zweitens der Berliner Arbeitgeberverband, vor allem die Industrie- und Handelskammern, die stehen uns da als wichtige Partner zur Seite, die Berliner Krankenhausgesellschaft, dann natürlich die Bezirke, der Deutsche Gewerkschaftsbund, freie Träger, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkassen natürlich, Landessportbund, SEKIS, Senatsverwaltung für Jugend, Bildung, Sport, soweit die Themensetzung dieses nahe legt. Wenn es eine Themensetzung ist, die gar nicht in diesen Bereich hineingeht, dann wäre das zumindest für diese Sitzung verzichtbar. Dann natürlich die Wohlfahrtsverbände und Gesundheit Berlin e.V.. Das sind diejenigen, von denen wir meinen, dass sie sozusagen geborene Mitglieder und Institutionen sind und dann natürlich auch immer auf höchster Ebene dort vertreten werden sollen. Da werden jetzt viele auch zu Recht sagen: „Da fehlen wir aber!“ Aber da ist jetzt die Begründung, die wir eben schon gehört haben. Meine Antwort darauf ist: Da

zusagen die nichtöffentliche Veranstaltung. Aber es steht keiner auf, weil es sowieso schon vorher der geschlossene Kreis war. Ein Flächenstaat hat da vermutlich mit sehr viel mehr Problemen als ein Stadtstaat zu kämpfen und da haben wir es vermutlich einfacher als Nordrhein-Westfalen. Ich bin mir ziemlich sicher, dass das was bringt, dass dann Leute, Institutionen, Individuen, die an den Themen interessiert sind, auch zu dem öffentlichen Teil kommen, und ihre persönliche Perspektive in die Diskussion reinbringen. Also da hoffe ich doch, dass wir dann in diesem Punkt positivere Erfahrungen machen werden, als das in Nordrhein-Westfalen möglicherweise der Fall ist. So, die nächste Frage, die für uns natürlich wichtig ist: Was sollte denn für die erste Landesgesundheitskonferenz, die dann wirklich als Arbeitsgesundheitskonferenz einberufen werden müsste, das Hauptthema sein? Und da sage ich mal, es liegt auf der Hand, dass hier Gesundheitsförderung und Prävention für die erste Arbeitssitzung ein Hauptthema sein sollte, und zwar etwa deshalb, weil wir jetzt kurz vor der Verabschiedung des Präventionsgesetzes stehen. Im Präventionsgesetz ist geregelt, oder wird geregelt, dass die Länder, die Landesregierungen vor allem natürlich für die Strukturbildung auf Länderseite in der Verantwortung stehen. Und hier liegt ein großes Interesse, dass wir diese Frage möglichst in einem breiten Rahmen, wie ihn die Landesgesundheitskonferenz bieten könnte, diskutieren. Aber auch da sag ich noch mal: Das Präventionsgesetz hat nicht zum Ziel, finanzielle Mittel der Sozialversicherungssysteme, der allgemeinen Verfügbarkeit und den allgemeinen Zugriff zur Verfügung zu stellen. Sondern da sind schon sehr klare Bedingungen und Regeln definiert, und den Sozialversicherungssystemen kommt auch in dem Bereich, der nicht unmittelbar über die einzelnen Kranken- oder Sozialversicherungsträger selber, sondern in gemeinsamen, übergreifenden Projekten läuft, eine entscheidende Rolle zu. Also von daher steht das nicht zur allgemeinen Entscheidung, sondern auch hier



zur Abstimmungsfrage machen, weil nämlich schon bei der Festsetzung der Agenda die Festsetzung der Prioritäten eine zentrale Frage ist, die je nach Interessenslage oder Sichtwinkel gegebenenfalls unterschiedlich beantwortet wird. Also hier muss es ja eine klare Entscheidung geben, wer das denn dann macht. Ich lese mal vor, was wir uns im Hinblick auf die geborenen Mitglieder gedacht haben. Das ist etwas, was vor dem Hintergrund der Kenntnis, die wir von Nordrhein-Westfalen haben, bei uns als durchaus sinnvoll gesehen wurde: Erstens natürlich die

fehlt nicht nur eine Organisation, sondern wahrscheinlich 20, 30, 40 Organisationen, wenn man sich es genau anschaut. Aber da sind wir wieder bei der Frage der Arbeitsfähigkeit. Und da gebe ich Ihnen noch mal mit auf den Weg, darüber nachzudenken, ob dieses nordrhein-westfälische Modell mit der Teilung nicht doch Sinn macht. Auch wenn Herr Professor von Ferber das ja vorhin despektierlich kommentiert hat: Na ja, wer nimmt denn daran teil, das sind sowieso dieselben, die erst mal formal öffentlich diskutieren. Dann machen Sie die Tür zu und es beginnt so

44

gibt es wieder Überzeugungsarbeit durch starke Argumente zu leisten, durch sehr plausible Argumentation, und das kann man in einer Landesgesundheitskonferenz hervorragend organisieren und durchführen. Dann zur Frage der zur Geschäftsstelle. Aus dem was ich jetzt gesagt habe geht ja schon hervor: Wenn das Projekt über das ich jetzt rede, erfolgreich sein soll, brauchen wir dafür eine klare Verantwortlichkeit im Hinblick auf die Geschäftsführung. Das ist ein Instrument auf staatlicher Seite zur verbesserten Koordination und Vernetzung aller Aktivitäten, die wir in der Stadt haben. Das muss natürlich auf staatlicher Seite garantiert werden, das ist gar keine Frage. Ich habe Frau Weihrauch eben in der Pause gefragt: Was habt ihr denn da an Stellen? Ich sag mal, was sie gesagt hat, das hat sie ja hier in der Breite gar nicht vorgetragen. Das sind zwei Stellen, die aber nicht ausschließlich für diese Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden. Das ist eine unter vielen Aufgaben von Frau Weihrauch selber, der Abteilungsleiterin des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums und einer zweiten Person, einer Mitarbeiterin, die dieses auch als eine unter vielen Aufgaben macht. So, und wir haben heute gesehen, das scheint ein absolutes Erfolgsprojekt zu sein! Ich sage jetzt nicht, daran sollen wir uns orientieren. Ich argumentiere damit nur deshalb, weil ich glaube, dass die Frage der Ressourcenausstattung eine gefährliche Frage ist, weil sie nämlich einen formalen Aspekt zu Beginn stellt, und damit möglicherweise die Wirkung und die inhaltlichen Fragen, die hier natürlich wesentlich sind, sehr nachrangig macht. Frau Weihrauch sagte, das Entscheidende in Nordrhein-Westfalen ist, wen man noch einbinden kann in die Vorbereitung, in die Arbeitsausschüsse. Und dass da nicht nur die anderen drin sind, ist ein wesentlicher Bestandteil in der Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenzen selber. Das ist eine Entlastung sowohl von Frau Weihrauch als auch bezüglich der Mitarbeiterinnen, die das mit ihr machen. Also es gibt kein eigenes Referat und es gibt auch keinen ei-

genständigen Mitarbeiter in Nordrhein-Westfalen, der die Landesgesundheitskonferenzgeschäftsführung oder die Geschäftsstelle macht. So, für mich ist völlig klar, es ist unsere Verpflichtung auf der ministeriellen Ebene, dass wir die Fragen der Geschäftsführung und der Vorbereitung so organisieren, dass wir hier nicht letztendlich Veranstaltungen haben, von denen wir sagen: bringt nichts, war nicht vernünftig vorbereitet. Das wäre tödlich. Ja, also das ist eine Verantwortung der wir uns selber annehmen müssen und wo wir selber garantieren müssen, das kriegen wir hin. Und ich sage auch mal ganz offen, ich glaube, dass das auch eine machbare Lösung ist im Hinblick auf Entscheidungen, auf Klarstellungsentscheidungen. Wir werden einen Vorschlag, oder eine Konsequenz aus der heutigen Tagung, auch aus den vielen Argumenten, die hier vorgetragen worden sind, ziehen. So eine Art Geschäftsordnung, wie das Handling dieser Konferenz dann eigentlich aussehen sollte. Wir werden den heute hier an der Diskussion Beteiligten das natürlich zusenden, auch mit der Bitte, eigene Vorschläge dazu zu unterbreiten. Wir werden auch in absehbarer Zeit, absehbare Zeit heißt für mich spätestens Ende des ersten Quartals oder Anfang des zweiten Quartals nächsten Jahres, zu einer ersten richtigen Arbeitslandesgesundheitskonferenz einberufen. Wir werden hier vermutlich die Themen Gesundheitsförderung und Prävention als erstes Hauptthema diskutieren. Und wir werden uns dann in dieser Sitzung auch darüber verständigen müssen, was denn die Themen für die nachfolgenden Sitzungen sein sollen, das sind ja heute eine ganze Reihe von Themenvorschlägen bereits angesprochen worden und Nordrhein-Westfalen hat ja selber gezeigt, wie breit die Palette ist. So, unterm Strich, mein Gefühl nach der heutigen Sitzung: Ich zumindest habe wahrgenommen, dass die Skepsis, die der eine oder andere jetzt in dieser Debatte im Hinblick auf die Breite der Beteiligung vorgetragen hat, dass das der eigentliche Dissens war. Es wird allgemein die Haltung oder die

Meinung getragen, dass die Landesgesundheitskonferenz ein vernünftiges Instrument für die Berliner Gesundheitspolitik ist, ein durchaus viel versprechendes Instrument, aber eins mit hohem Anspruch. Und es ist eines, wo wir sehr genau auch in kürzeren Zeiten schauen sollten, wie entwickelt sich das, wo sind gegebenenfalls Schwächen. Es ist zu vermeiden, dass wir eine Neuaufnahme eines Versuches haben, der dann scheitern sollte, wenn sich die Leute in der Tat verweigern. Also das muss auf jeden Fall vermieden werden. Und das würde für mich bedeuten, dass wir spätestens nach der zweiten Landesgesundheitskonferenz eine Zwischenbilanz ziehen sollten. Dass man an der einen oder anderen Stelle auf der Basis der Erfahrungen, die wir zwischenzeitlich hier gemacht haben, doch noch mal was modifiziert. So, das wäre die Vorstellung, die, wie gesagt, nicht als Plan, den ich mitgebracht habe, in der Schublade schlummerte, sondern ein Ergebnis der Schlussfolgerungen zu den vorgetragenen Konzepten und Argumenten ist, die zu dem selben Ergebnis gekommen sind.

Vitae der Referent(inn)en

Geene, Raimund

Geboren 1963, Dr. rer. pol., MPH.
Geschäftsführer von Gesundheit Berlin e. V., Lehrbeauftragter am Otto-Suhr-Institut und am Institut für psychosoziale Prävention und Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin.

Publikationen:

Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main 2000;
Geene, Raimund, AIDS-Politik, Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main 2000.
Geene, Raimund/Gold, Carola/Hans, Christian (Hg.), Armut macht Krank, Berlin 2001

Kontakt:

Gesundheit Berlin e.V.,
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030-44319060, Fax 030-44319063
Mail: geene@gesundheitberlin.de
www.gesundheitberlin.de

Kleiber, Dieter

Geboren 1950, Univ.-Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psych.
Diplom (1974) und Promotion (1976) an der WWU Münster; Habilitation (1989) an der FU Berlin; Professor für Psychologie; Wiss. Leiter des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung an der FU Berlin und des dort realisierten interdisziplinären, postgradualen Studienganges "Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung". Dekan des Fachbereichs Erziehungswissenschaft und Psychologie. Mitglied im Nationalen Aids-Beirat; Consultant für die WHO, Mitglied im Suchtbeirat für Berlin.
Interessen-, Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsforschung: Sozialepidemiologie, Gesundheitspsychologie, Versorgungsforschung, Klinische Psychologie u. Psychotherapie

(Verhaltenstherapie), sexualwissenschaftliche Forschung, sozialwissenschaftliche AIDS- und Drogenforschung, psychosoziale Gesundheitsforschung, Stress-, Burnout- und Coping-Forschung.

Publikationen: etwa 300 Buch- und Zeitschriftenbeiträge zu o.g. Gebieten; Bücher u.a.:

HIV-Needle-Sharing-Sex: Eine sozial-epidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten (1996). (mit Pant, A.; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 69a, Nomos Verlagsgesellschaft).
Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken (mit Soellner, R. (1998). Weinheim: Juventa Verlag);
Auswirkungen des Cannabiskonsums (1998) (mit Kovar). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft;
Gesundheitsziele und Strategien der Gesundheitsförderung für Berlin (2001).

Kontakt:

Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung,
Habelschwerdter Allee 45,
17195 Berlin,
Tel. 030-8385729, Fax 030-8386625
Mail: Kleiber@zedat.fu-berlin.de
www.ipg.psychologie.fu-berlin.de

Knake-Werner, Heidi

Geboren 1943, Dr., Diplomsozialwirtin
Studium an der Universität Göttingen, Abschluss 1969 als Diplomsozialwirtin; wissenschaftliche Tätigkeit an den Universitäten Oldenburg und Bremen, Promotion an der Universität Oldenburg; wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Familien-, Bildungs- und Industriesoziologie,
seit 1969 Mitglied in der GEW und ÖTV,

seit 1968 Politisches Engagement, 1970 bis 1981 zahlreiche Funktionen in der SPD u.a. im Stadtrat von Oldenburg, Parteiaustritt, Mitgliedschaft in der DKP bis zum Austritt 1989.

Seit 1990 Engagement in der PDS, Mitglied im Präsidium und Bundesvorstand, Mitarbeiterin der PDS-Gruppe im Bundestag.

Seit 1994 Mitglied des Bundestages, 1994 bis 1998 stellvertretende Vorsitzende der Gruppe der PDS.

1998 bis Oktober 2000 stellvertretende Fraktionsvorsitzende der PDS-Fraktion, stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung. Ab Oktober 2000 Erste Parlamentarische Geschäftsführerin der PDS-Fraktion.

Vorsitzende der Deutsch-Portugiesischen Parlamentariergruppe des Deutschen Bundestages.

17. Januar 2002: Wahl zur Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Kontakt:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,
Oranienstr. 106, 10969 Berlin
Tel. 030-90280
www.berlin.de/sengsv/index.html

Müller, Rolf D.

Geboren 1943,
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse.
Beginn der beruflichen Laufbahn bei der AOK Wuppertal, Erwerb beruflicher Qualifikationen bei der AOK Hannover und beim AOK-Landesverband Baden-Württemberg, 1. und 2. Verwaltungsprüfung, Krankenkassenfachwirt, in mehr als zwanzigjähriger Verbandsarbeit hat er verantwortlich an Strategien zur Markt- und Dienstleistungsorientierung der AOK gearbeitet und vor allem neue Serviceangebote entwickelt sowie deren Markteinführung realisiert,

Mitarbeit in verschiedenen Gremien wie in Bundes- und Landesministerien, bei den Sozialpartnern sowie bei Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens in Entwicklungsländern, ab August 1990 war er maßgeblich am Aufbau der AOK Dresden beteiligt, den AOK-Landesverband Sachsen hat Herr Rolf D. Müller in der Funktion eines Errichtungsgeschäftsführers aufgebaut, 1991 stellvertretender Geschäftsführer der AOK Berlin.

1995 wählte ihn die Selbstverwaltung zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes, im August 1996 zum Alleinvorstand der größten Krankenkasse Berlins.

1998 wurde Herr Rolf D. Müller zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt.

Kontakt:

AOK Berlin,
Wilhelmstr. 1, 10957 Berlin,
Tel.: 030-25312178,
Fax: 030-25312929
www.aok.de

Weihrauch, Birgit

Dr.
Ärztin - Sozialmedizinerin,
Ltd. Medizinalrätin,
Stellv. Leiterin der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Kontakt:

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
www.mgsff.nrw.de

Ferber, Christian von

Geboren 1926,
Soziologe und Gesundheitswissenschaftler.

Lehr- und Forschungstätigkeit als Soziologe an den Universitäten in Göttingen, Hannover, Bielefeld und als Gesundheitswissenschaftler in Düsseldorf und Köln.

Erfahrungen in gesundheitspolitischer Beratung als Mitglied in folgenden Kommissionen: „Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung“, „Humanisierung des Arbeitslebens“, „Projektgruppe Sozialpolitik und Selbstverwaltung beim WSI des DGB“, „Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB Bundesvorstand“, „Kommission ÖGD 2000“ (NRW).

Erfahrungen in Projektgruppen zur Entwicklung und Umsetzung von Schlüsselkonzepten zur Modernisierung der Versorgung : „arbeitsbedingte Erkrankungen“, „Gesundheitszirkel in Betrieben und Schulen“, „Kommunale Gesundheitskonferenzen“, „Strukturierte Pharmakotherapie zirkel für Hausärzte“, „Leitlinien zur Pharmakotherapie zirkeln“.

Kontakt:

Prof. Dr. phil. Christian von Ferber,
Auf dem Ufer 7, 40593 Düsseldorf,
Mail: c.vonFerber@uni-duesseldorf.de

anschließend 1 Jahr Berufspraktikum als Sozialarbeiter,
1973-1979 Studium der Erwachsenenbildung an der Freien Universität Berlin, Diplom-Abschluss,
1974-1981 Berufstätigkeit als Sozialarbeiter im Bezirksamt Wedding,
1981-1993 Leiter der Gesundheitsberatung für Erwachsene im Bezirksamt Wedding,
1993-2001 Leiter der Planungs- und Leitstelle im Bezirksamt Wedding,
seit 2001 Leiter der Plan- und Leitstelle Gesundheit im Bezirksamt Mitte.

Kontakt:

Bezirksamt Mitte,
Plan- und Leitstelle Gesundheit,
Müllerstr. 146/147, 13341 Berlin,
Tel.: 030-2009423

Schiffmann, Werner

Geboren 1948,
Berufsausbildung zum Industrie-Kaufmann, Daimler-Benz AG Stuttgart
Berufstätigkeit als Industrie-Kaufmann, Daimler-Benz AG Berlin,
1970-1973 Studium an der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit, Abschluss 1973,

Teilnehmer(innen)

Teilnehmer(innen)	Institution
Ahrens, Manuel	Unfallkasse Berlin
Albrecht, Detlef	Diakonie Verband ev. Krankenhäuser u. Pflegeeinrichtungen
Apel, Dr. Birgit	Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Bauer, Kerstin	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg
Berg, Elke	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Bergdoll, Karin	Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen
Beuscher, Heinrich	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Biker, Reinhard	Zahnärztekammer Berlin
Blesing, Thomas	Bezirksamt Neukölln
Borchardt, Dr. Gudrun	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin - Brandenburg
Braun, Prof. Dr. Vittoria	Ärztekammer Berlin
Brockmeyer, Jürgen	Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Berlin e.V.
Buch, Dr. Angelika	Bezirksamt Treptow-Köpenick
Büscher, Ingo	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Dahns, Christian	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport
Dobler, Jens	Gesundheit Berlin e.V.
Dr. Beyer	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf
Duman, Tülin	Gesundheit Berlin e.V.
Dürrwächter, Dr. Herbert	Gesundheit Berlin e.V.
Eberle, Ben	Interkulturelles Zentrum für Gesundheitsförderung und Prävention
Eljaschewitz, Dr. Josef	Jüdische Gemeinde zu Berlin
Engelmann, Fabian	Gesundheit Berlin e.V.
Ertmer, Nadine	Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
Ferber, Prof. Dr. Christian von	Universität Düsseldorf
Freiberg, Michael	Bezirksamt Neukölln
Führ, Friedrich	Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.
Garay, Natascha	Bayouma-Haus
Geene, Dr. Raimund	Gesundheit Berlin e.V.
Geisel, Andreas	Bezirksamt Lichtenberg
Gleissner, Thomas	Caritas Verband, Erzbistum Berlin e.V.
Goen, Carola	Bezirksamt Pankow, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Gold, Carola	Gesundheit Berlin e.V.
Grande, Stefan	Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin

Teilnehmer(innen)	Institution
Grundhewer, Dr. Herbert	
Grunst, Michael	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Halkow, Anja	Gesundheit Berlin e.V.
Harnisch, Gundra	Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Hempel, Ulrike	Ärztekammer Berlin
Hennecke, Katharina	Bezirksamt Lichtenberg, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Hinsen, Ludger	IHK Berlin
Hörning-Pfeffer, Dr. Annemarie	Bezirksamt Neukölln, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Hurek, Roland	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Jochum, Dr. Frank	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Kardorff, Prof. Dr. Ernst von	HU-Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften
Kilian, Holger	Gesundheit Berlin e.V.
Kleiber, Prof. Dr. Dieter	FU-Berlin, Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Knake-Werner, Dr. Heidi	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Koch-Malunat, Norbert	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Koller, Elfriede	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Kostner, Silvia	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Krüger, Elke	Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin
Krüger, Heike	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Laase, Peter	Bezirksamt Neukölln Charlottenburg-Wilmersdorf, Plan- und Leitstelle
Lange, Dr. Michael	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Lehmann MdA, Rainer Michael	Berliner Abgeordnetenhaus, FDP-Fraktion
Lehmann, Johannes	Bezirksamt Pankow
Libercka, Lothar	Gesundheit Berlin e.V.
Lindh, Dr. Gerald	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Löhnert, Dr. Eberhard	Der Paritätische, Landesverband Berlin e.V.
Luber, Prof. Dr. Eva	Hochschule Magdeburg-Stendal
Ludescher, Dr. Dr. Gerd	Schlosspark-Klinik, Gesundheitszentrum
Lund, Dr. Harald	Bezirksamt Spandau, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Markau, Katrin	Büro der Patientenbeauftragten
Martens, Michael	LABAS e. V.
Maschewsky-Schneider, Prof. Dr. Ulrike	Berliner Zentrum Public Health
Meier-Obi, Brigitte	SEKIS

Teilnehmer(innen)	Institution
Meinlschmidt, Prof. Dr. Gerhard	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Mey, Sven-Göran	VdAK, Landesverband Berlin
Meyer, Albert	Jüdische Gemeinde zu Berlin
Moncorps, Kerstin	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, Plan und Leitstelle
Morawski, Klaus	Bezirksamt Neukölln
Müller, Rolf D.	AOK Berlin
Mutter-Struppek, Heide	Bezirksamt Neukölln, Plan- und Leitstelle Gesundheit
Nippe, Manfred	Landessportbund Berlin
Obermayer, Gerhard	Siemens Betriebskrankenkasse
Pape MdA, Andreas	Berliner Abgeordnetenhaus, SPD Fraktion
Papies-Winkler, Ingrid	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg
Pohle, Dagmar	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Räßler, Michael	Bezirksamt Lichtenberg
Reschke, Peter-Christian	Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
Richter, Christian	Bezirksamt Spandau
Richter-Reichhelm, Dr. Manfred	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Rosinsky, Gerd	Deutsche Rheuma-Liga e.V.
Roßberg, Dr. Christine	Volkssolidarität, Landesverband Berlin
Rossi, Dr. Hildegard	Gesundheit Berlin e.V.
Rücker, Petra	Interkulturelles Zentrum für Gesundheitsförderung und Prävention
Rudolf, Heike	Gesundheitszentrum an der Park-Klinik Weißensee
Schäfer, Wolfgang	Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Schiffmann, Werner	Bezirksamt Mitte, Plan- und Leitstelle
Schmahl, Martin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Schmedding, Karin	Barmer Ersatzkasse
Schulte-Sasse, Dr. Hermann	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Schumann, Angelika	Barmer Ersatzkasse
Siewerts, Dagmar	Gesundheit Berlin e.V.
Simon MdA, Ingeborg	Berliner Abgeordnetenhaus, PDS Fraktion
Sommer, Dr. Dieter	Gesundheit Berlin e.V.
Sommerschuh	DAK Berlin
Spatz, Johannes	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf, Gesundheit 21
Spitzner, Iris	IKK Brandenburg und Berlin
Standke, Hans Joachim	VIVANTES - Netzwerk für Gesundheit GmbH

Teilnehmer(innen)	Institution
Stephan, Dr. Werner	EJF-Lazarus gAG
Stötzner, Karin	SEKIS
Tacke, Wolf-Dietrich	Müttergenesungswerk, Landesausschuss Berlin-Brandenburg
Tesic, Dusan	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Trommer, Dr. Heinz	Gesundheit Berlin e.V.
Vahlefeld, Ines	Bezirksamt Treptow-Köpenick
Weihrauch, Dr. Birgit	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
Wittorf, Carsten	ManCheck Berlin

