

5. Landesgesundheits- konferenz Berlin

7. November 2008

Dokumentation

Eröffnung und Debatte

Eröffnungsbeitrag: Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	3
Fachvortrag: Dr. Günther Jonitz; Präsident der Ärztekammer Berlin	6
Debatte: Veränderungen im (Berliner) Gesundheitswesen im Zuge der Gesundheitsreform	10

Workshops

Workshop 1: Die fachärztliche Versorgung in Berlin im Lichte der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses	23
Workshop 2: Gesundheitsförderung und das Programm Soziale Stadt	26
Workshop 3: Gesundheitspolitik und demografische Entwicklung	30

Debatte: Beitrag der Fachstellen zur Stärkung der Prävention in Berlin

Carola Gold, Leiterin der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung	36
Kerstin Jüngling, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention	39

Die LGK im Jahre 2007/2008 und Ausblick auf die künftige Tätigkeit

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	45
--	----

Anhänge

Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz am 7. November 2008	50
Beschluss Nr. 1 / 2008 (Änderungen der Geschäftsordnung)	50
Beschluss Nr. 2 / 2008 (Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder)	50
Beschluss Nr. 3 / 2008 (Durchführung von Gesundheitsforen)	50
Beschluss Nr. 4 / 2008 (BIGA – Berliner Gemeinschaftsinitiative Gesunde Arbeit)	51
Beschluss Nr. 5 / 2008 (Gesundheitsziel „Gesund altern“)	51
Landesgesundheitskonferenz: Geschäftsordnung	52



Redaktion

Nadja Gowinkowski, Rike Hertwig, Stefan Pospiech,
Stefan Weigand

Satz und Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Herausgeber

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung
im Land Berlin

Fachliche Auskunft

Stefan Pospiech

Druck

A & W Digitaldruck
Uwe Ahrensfeld & Kilian Wolf GbR
Kameruner Str. 57
13351 Berlin
www.aw-digital.de

Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz finanziert. Träger ist Gesundheit
Berlin.

Eröffnung und Debatte

Eröffnungsbeitrag: Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

■ Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur mittlerweile fünften Landesgesundheitskonferenz Berlin. Die Tagung musste wegen der vielen Anmeldungen vom Wissenschaftszentrum Berlin hierher ins Rathaus Schöneberg verlegt werden. Das hohe Interesse ist sicher ein gutes Zeichen für eine erfolgreiche Veranstaltung.



Bei der Tagung im letzten Jahr, der ersten unter meiner Leitung, habe ich u. a. formuliert:

„Als Gesundheitssenatorin habe ich ein großes Interesse daran, dass die LGK ein kompetentes und akzeptiertes Fachgremium ist und vorhandene Qualitäten in Zukunft ausbaut... Ich beabsichtige, die Geschäftsstelle der LGK künftig auszuschreiben und erwarte im Ergebnis eine Optimierung.“

Ich freue mich, Ihnen heute hier einen wichtigen Meilenstein verkünden zu können: Die Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention hat am 1. Juli 2008 ihre Arbeit aufgenommen.

Zugleich haben wir die Finanzierung des Regionalen Knotens für die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter und die Regiestelle für den Gemeindedolmetschdienst gesichert. Zu den wesentlichen Aufgaben der neuen Fachstelle gehören die Geschäftsführung der LGK und die Organisation dieser Veranstaltungen. Für die Feuerprobe und für die zukünftige gemeinsame Arbeit wünsche ich Gesundheit Berlin e.V. als Trägerin der Fachstelle gutes Gelingen.

Mit dem Programm der Landesgesundheitskonferenz 2008 haben wir – das ist in erster Linie der Vorbereitende Ausschuss unter Leitung meines Staatssekretärs – uns für ein anderes Vorgehen als in den Vorjahren entschieden: Die letzten drei Konferenzen waren von der Diskussion um Gesundheitsziele geprägt. Mit der Beschlussfassung über die Gesundheitsziele zur Kindergesundheit im letzten Jahr konnte dieser Diskussionsprozess erfolgreich abgeschlossen werden.

Über die vielfältigen Umsetzungsaktivitäten wird später noch ausführlich berichtet werden. Aber auch ich will darauf kurz eingehen. Dass Kindergesundheit auch ein zentrales Handlungsfeld des Berliner Senates ist, wird nicht zuletzt daran deutlich, dass wir gerade den Entwurf eines Kinderschutzgesetzes diskutieren. Hier werden die Voraussetzungen für die Umsetzung der Beschlüsse von 2007 zum Netzwerk Kinderschutz gesetzlich verankert und damit deutlich verbessert. Die Etablierung des Einladungswesens zu den Vorsorgeuntersuchungen wird gemeinsam mit der Nachverfolgung durch die bezirklichen Gesundheits- und Jugendämter einen wesentlichen Beitrag nicht nur zum Kinderschutz sondern auch zur Verbesserung der Kindergesundheit leisten.

In der Verantwortung meiner Senatsverwaltung werden jährlich die Kindergesundheitsberichte erstellt und veröffentlicht, die regelmäßig auch eine große mediale Resonanz haben. Dies ist erfreulich, weil es hilft, die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für dieses wichtige Thema zu erhöhen.

Viele Bezirke haben ihre Gesundheitskonferenzen zum Thema Kindergesundheit durchgeführt. Auf einigen war ich selbst eingeladen und konnte mich davon überzeugen, mit welchem großem Engagement auf lokaler Ebene die Kindergesundheitsziele der Landesgesundheitskonferenz bearbeitet werden. Dies ist auch die Gelegenheit für mich, den vielen Akteurinnen und Akteuren in Kitas, Bezirksämtern, bei freien Trägern, Gesundheitseinrichtungen und Vereinen dafür herzlich zu danken.

Mit seinen Beschlüssen zur Kita-Beitragsfreiheit hat der Senat die Zugangsbedingungen für den Kita-Besuch weiter verbessert. Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung sind eindeutig: Je mehr und je früher die Kinder in die Kita gehen umso besser sind ihr Gesundheitszustand und ihre Lebenschancen. Das erfolgreiche Programm der Bildungsverwaltung „Gute und gesunde Schule“ soll auf den Kita-Bereich ausgeweitet werden.

Das Bildungsprogramm für die Berliner Kitas, das für alle Kitas den zentralen Rahmen der erzieherischen Arbeit darstellt, enthält wichtige Bausteine zur Umsetzung der Gesundheitsziele, sei es das Sprachlertagebuch oder die Bewegungsaktivitäten.

Gemeinsam mit vielen Partnern auch der LGK – Krankenkassen, Sportvereinen, Unternehmen, Verbraucherorganisationen – werden die Themen Ernährung und Gesundheit in so vielfältigen Projekten behandelt, dass es kaum möglich ist, den Überblick zu behalten.

Der Vorbereitende Ausschuss hat in einer seiner letzten Sitzungen aus drei Stadtteilen in Reinickendorf, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg einen bestimmt, in dem nun konzentriert die Umsetzung der messbaren Ziele erprobt werden wird. Auf die Ergebnisse darf man gespannt sein.

Mit einem Wort: die Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz vom vorigen Jahr werden in vielfältigster Weise umgesetzt.

Neben den beschlossenen Gesundheitszielen für Kinder habe ich mich als Gesundheitssenatorin im Rahmen der Prävention auf den Nichtraucherschutz und die Alkoholprävention insbesondere bei Jugendlichen konzentriert.

In Vorbereitung ist außerdem eine Berliner Initiative für gesunde Arbeit (die BIGA), die im Rahmen der LGK vorbereitet wurde und noch in diesem Jahr gestartet wird.

In der heutigen Veranstaltung soll es in größerer Breite um für Berlin und Deutschland insgesamt wichtige gesundheitspolitische Probleme gehen. In der ersten Debatte werde auch ich zu Veränderungen im Berliner Gesundheitswesen im Zuge der jüngsten Gesundheitsreform Stellung nehmen und damit auch noch einmal darstellen, warum das Land Berlin dieser Reform die Zustimmung verweigert hat. Die anschließenden Workshops zu den Themen fachärztliche Versorgung, Soziale Stadt und demografische Entwicklung sind interdisziplinär und mit Bezirksvertretern konzipiert. Die nunmehr zwei vom Land Berlin finanzierten Fachstellen werden sich anschließend vorstellen und ihren Beitrag zur Stärkung der Prävention zur Diskussion stellen: Der Gesundheitsstaatssekretär wird zum Abschluss über die Tätigkeit der Landesgesundheitskonferenz seit der letzten Tagung berichten und einen Ausblick auf die Zukunft geben. Ich hoffe, dass es mit diesem Programm auch gelingen wird, die künftige Tätigkeit der LGK problembezogen weiterzuentwickeln und ihre öffentliche Ausstrahlung zu erhöhen.

Meine Damen und Herren,

die gesundheitspolitischen Ziele für Berlin – gute gesundheitliche Vorsorge und Versorgung für Alle – sind eingebettet in eine stadtpolitische Gesamtstrategie, die auf sozialen Ausgleich, Integration, Chancengleichheit und wirtschaftliche Stärkung ausgerichtet ist. Zwar ist in Berlin insgesamt ein hohes Niveau der

gesundheitlichen Angebote zu konstatieren – gleichwohl verstärken sich Tendenzen der Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen. Um bestehende Benachteiligungen abbauen zu können, müssen wir unser Handeln v.a. auf diejenigen ausrichten, die vom derzeitigen System der gesundheitlichen Versorgung nicht adäquat erreicht werden bzw. besondere Präventionsangebote benötigen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst bleibt eines der wichtigsten Instrumente zur Umsetzung der staatlichen Gesundheitsziele und zur Verwirklichung eines zeitgemäßen Public Health-Ansatzes. Hier gilt es in erster Linie, die bestehenden Angebote in den Bereichen Suchtprävention, Kinderschutz, Nachteilsausgleich und gesundheitliche Versorgung so zu strukturieren und mit personellen und finanziellen Ressourcen auszustatten, dass sich die Situation in den Bezirken stabilisiert und mittelfristig auch wieder verbessert.

Es ist uns bereits gelungen, die Nachbesetzung freierwerdender Stellen durch Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zu erreichen und so die Personalengpässe etwas zu verringern. Diesen Einstellungskorridor wollen wir erhalten und ausbauen. Die Zielstruktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in Kürze abgeschlossen sein. Schuleingangsuntersuchungen bleiben dabei eine zentrale Aufgabe des ÖGD.

Darüber hinaus ist bereits viel erreicht worden:

- die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung haben ihre Arbeit erfolgreich aufgenommen,
- das Zentrum für sinnesbehinderte Menschen mit der Hörberatungsstelle an den Standorten Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg ist zusammenggeführt,
- die Überführung der bezirklichen Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen in freie Trägerschaft wurde vorgenommen.

All diese Arbeiten wären nicht leistbar gewesen ohne ein ganz großes Engagement der Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitsdienst, denen ich an dieser Stelle meinen Dank ausspreche.

Für jeden Menschen in Berlin sollen die gesundheitlichen Angebote, die er benötigt, erreichbar sein. Dies meint sowohl eine angemessene regionale Verteilung und Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten, als auch die Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Schwerpunktpraxen sowie Spezialambulanzen von Krankenhäusern.

Die regionale Ungleichverteilung der ambulanten Angebote in einigen Facharzt Disziplinen bereitet Grund zur Sorge – deshalb ist dieses Thema heute auch Gegenstand der LGK.

Die Patientenbeauftragte hat in ihrem Tätigkeitsbericht auf zunehmende Beschwerden hingewiesen, auch die Analysen einiger Bezirke deuten darauf hin, dass die Bildung einer einzigen Planungsregion für die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung 2004 zu negativen Konsequenzen führt. Und das liegt nicht nur an der wachsenden Überversorgung von Stadtteilen mit hohem Privatversichertenanteil oder der Zunahme von medizinischen Versorgungszentren. Hier sind die Kassenärztliche Vereinigung und der Zulassungsausschuss gefragt, die Sicherstellung der Versorgung in gleicher Qualität für alle Berlinerinnen und Berliner zu gewährleisten.

Sicher, insgesamt besteht in Berlin – nach den Maßstäben der bundeseinheitlichen Definitionen – keine Unterversorgung. Aber Qualitätsverschlechterungen in einigen Teilräumen sind nicht zu übersehen und müssen uns zum Handeln veranlassen. Sie können versichert sein, dass ich dem nicht tatenlos zusehen werde.

Unmittelbar nach dem Beschluss des Gemeinsamen Ausschusses auf Bundesebene zur Modifizierung der Bedarfsplanung und der Möglichkeit zur Erfassung von unterversorgten Teilräumen habe ich den Landesausschuss um entsprechende Initiativen für Berlin gebeten. Außerdem arbeitet meine Verwaltung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung an einem Projekt zur kleinräumigen und nach Facharzt Disziplinen differenzierten Überblick über die ambulante Versorgung. Dies wird eine wichtige Grundlage sein, um die neue Bedarfsplanungsrichtlinie für Berlin umzusetzen – und um zu einer Entscheidung darüber zu kommen, ob die Festlegung für Berlin als eine Planungsregion korrigiert werden kann.

Ich trete auch ausdrücklich dafür ein, die neuen gesetzlichen Regelungen für spezialisierte ambulante Angebote von Krankenhäusern in Berlin zielgerichtet im Sinne einer besseren Patientenversorgung anzuwenden. Die ALS-Spezialambulanz der Charité hat bereits eine entsprechende Genehmigung von meinem Haus erhalten.

Das in Berlin hoch entwickelte System von Schwerpunktpraxen darf nicht im Streit um die notwendige Finanzierung zerstört werden. Hier appelliere ich nochmals an die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die ab 2009 bestehenden erweiterten Möglichkeiten im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Ich möchte in diesem Zusammenhang ganz deutlich sagen, dass ich den Streit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassen um die Finanzierung der HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen für völlig verfehlt halte und darin eine große Gefahr für die Versorgungssicherheit in Berlin sehe.

Weitere Anforderungen an Veränderungen im Gesundheitsbereich ergeben sich aufgrund des demografischen Wandels. Hier gilt es bestehende gute Angebote, wie die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen auszubauen und die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten im gesamten Stadtgebiet auch regional zu sichern. Ich habe mich dafür eingesetzt, dass der diesjährige Gesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt zur Gesundheit von Menschen ab 50 den wachsenden Herausforderungen Rechnung tragen und damit sicher vielfältige Anregungen zum jeweiligen eigenen Handeln geben wird.

Und um die kurze Betrachtung der gesundheitspolitischen Handlungsfelder für Berlin abzurunden, noch eine Bemerkung zur Krankenhausversorgung: Mit dem Krankenhausplan 2010 werden wir den Weg der qualitativen Weiterentwicklung im Sinne einer Rahmenplanung fortsetzen. Wir wollen den Krankenhäusern mehr wirtschaftlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraum bei der Nutzung von öffentlichen Investitionsmitteln geben. Eine Erhöhung und Vereinfachung der Krankenhausinvestitionen sind dafür nötig. Die von mir erreichte Erhöhung der Krankenhausinvestitionen um je 20 Millionen Euro 2008 und 2009 ist ein schöner Erfolg aber noch nicht ausreichend!

Für eine gute Krankenhausversorgung braucht es Trägervielfalt, hervorragende medizinische Angebote, exzellentes Fachpersonal, mehr Pflegepersonal und – last but not least – auch starke öf-

fentliche Krankenhäuser. Um unnötige Konkurrenzen, die letztlich zulasten der Patienten, der Beschäftigten und der Wirtschaftlichkeit der Unternehmen gehen, zu verringern, müssen die öffentlichen Unternehmen Vivantes und Charité sowohl gestärkt als auch die Kooperation zwischen ihnen verbessert werden.

Seit der letzten Landesgesundheitskonferenz hat sich in Deutschland gesundheitspolitisch Einiges getan. Die Gesundheitsreform der Großen Koalition wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar vorerst abgeschlossen. Gleichzeitig werden die ärztlichen Vergütungen deutlich erhöht und zusätzliche Gelder für die Krankenhäuser bereit gestellt. Trotzdem ist keiner der gesundheitlichen Akteure wirklich zufrieden und niemand hält die jetzt geschaffenen Rahmenbedingungen für zukunftsfest.

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz sind neue Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen eröffnet worden. Das Berliner Modell hat für diese gesetzlichen Neuerungen Pate gestanden und gerade den renommierten Zukunftspreis der Janssen-Cilag-Stiftung für Gesundheitsinnovationen erhalten. Beides gute Gründe, es umfassender zu etablieren.

Das Präventionsgesetz, obwohl im Koalitionsvertrag verankert, wird nicht mehr das Licht der Welt erblicken. Diese Erkenntnis ist besonders schmerzlich, weil die Bereitstellung öffentlicher Gelder für diese wichtige Aufgabe damit weiter der begrenzten finanziellen Leistungsfähigkeit des Landeshaushalts unterliegt. Berlin ist sich seiner Verantwortung hier sehr bewusst und hält gerade deshalb die gesetzliche Regelung für überfällig. Prävention gehört als vierte Säule des Gesundheitssystems in den Leistungskatalog der Krankenkassen und zu den Pflichtaufgaben des Staates.

Und mit diesem Plädoyer für mehr und bessere Prävention bin ich wieder beim Ausgangspunkt und Hauptthema der Landesgesundheitskonferenz angekommen. Bleibt mir nur noch, der heutigen Veranstaltung viel Erfolg zu wünschen und meine Zuversicht auszudrücken, dass sie allen Aktiven auf diesem Feld einen wichtigen Impuls für die weitere Arbeit verleihen wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Fachvortrag: Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

■ Sehr verehrte Frau Senatorin, meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung zu einem Vortrag, der sicherlich einer der schwierigsten in meiner bisherigen Laufbahn ist. Das liegt daran, dass das Gesetz selbst relativ komplex ist und der Hauptautor und Detaillist, der das Gesetz am besten kennt, im Anschluss an meinen Vortrag mit uns zusammen diskutieren wird.

Ich möchte hier deshalb nicht die insgesamt 46 Artikel des GKV-WSG im Einzelnen durchgehen, sondern mich auf die wichtigsten Neuerungen konzentrieren. Ich werde zudem einige Themen mit aufgreifen, die nicht explizit im GKV-WSG, sondern in anderen Gesetzen geregelt sind. Mein roter Faden ist der Blick auf die Zielgruppen, die das GKV-WSG bedient. Das Gesetz hat mit seinen neuen Strukturen, die es schafft, einen erheblichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen.

Zielgruppen sind:

- Patienten und Versicherte;
- Krankenversicherungen (GKV und PKV);
- ambulante, stationäre Leistungserbringer sowie die Leistungserbringer der medikamentösen Versorgung die Regulierungsinstitutionen auf der politischen Ebene.

■ Patienten und Versicherte

Große Auswirkungen auf die Patienten und Versicherten hat die in der Geschichte der Bundesrepublik bislang noch nicht dagewesene Neuerung eines zentral von der Politik festgelegten Krankenversicherungsbeitrags für alle gesetzlich Versicherten von derzeit 15,5 Prozent. Die Versicherten können sich nun nicht mehr nach einer für sie günstigeren Krankenkasse umsehen, denn überall zahlen sie gleich viel. Dabei trifft sie der einheitlich festgelegte Satz unterschiedlich. Wir haben 70 Millionen GKV-Versicherte, 47 Millionen zahlen mit dem Beitragsatz von 15,5 Prozent mehr, 23 Millionen zahlen weniger als vorher. Das bedeutet: Für über die Hälfte der Versicherten wird das Thema „Krankenversicherungsschutz“ erheblich teurer.

Im Gegenzug wurden von der Bundesregierung einige Verbesserungen im Leistungskatalog vorgesehen. So z.B. bei der

- häuslichen Krankenpflege,
- bei der Rehabilitation,
- bei Mütter- bzw. Väter-Kind-Kuren und
- bei Schutzimpfungen, die definitiv Kassenleistungen sind und nicht immer wieder jährlich zäh verhandelt werden müssen.

Allerdings müssen wir auch konstatieren, dass die Versicherten gegebenenfalls mit Zusatzbeiträgen rechnen müssen, wenn die Krankenkasse mit dem Geld, das ihnen die Regierung künftig zubilligt, nicht auskommt.

■ Krankenversicherung, GKV und PKV

Für die Krankenversicherungen ändert sich Erhebliches. Für die PKV gibt es durch die Einführung eines Basistarifs und einer Versicherungspflicht relativ harmlos scheinende Änderungen. Patienten ohne Versicherungsschutz, die früher einmal in einer privaten Krankenversicherung versichert waren, müssen dort unabhängig von ihrem Krankheitszustand wieder aufgenommen werden. Derjenige, der neu in eine private Krankenversicherung einsteigt, muss drei Jahre lang über der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze verdient haben. Das ist aus Sicht der PKV kein unerheblicher Eingriff, da sie die Konditionen, zu denen sie Verträge abschließt nicht mehr selbst bestimmen kann, sondern diese fremdbestimmt vorgegeben sind.

Für die GKV, die gesetzliche Krankenversicherung, ändert sich sicherlich am meisten. Wie schon erwähnt wird seit dem 1. Januar 2009 für die gesetzliche Krankenversicherung ein Einheitsbeitrag auf Bundesregierungsebene festgelegt und in einem Gesundheitsfonds zusammengeführt. Die Gelder aus dem Fonds werden an die Krankenkassen ausgeschüttet, die damit ihre Versicherten versorgen müssen. 80 Prozent der Leistungen, die die Krankenversicherungen auf den Weg bringen, werden somit zentral von diesem Spitzenverband der GKV verwaltet.

Die Verteilung des Geldes innerhalb der Krankenkassen orientiert sich an einem neu eingeführten sogenannten Morbi-RSA (Morbidityrisikostrukturausgleich). Das heißt, dass die Geldzuweisungen an eine gesetzliche Krankenkasse nicht nur davon abhängen, wie viele Versicherte sie hat. Sondern es spielt auch eine Rolle, welchen Krankheitsstatus diese Menschen mitbringen. Das ist grundsätzlich richtig und auch zu begrüßen. Die Frage ist nur, welche fehlsteuernden Anreize durch solche Morbiditätskriterien induziert werden können. Sie wissen, dass nichts im Gesundheitswesen frei von Risiken und Nebenwirkungen ist.

Zum Thema „fehlsteuernde Anreize“ möchte ich ein kurzes Beispiel aus einem ganz anderen Gebiet geben. Die DRGs, also die Fallpauschalen im Krankenhaus, sind nachgerade eine Fundgrube für finanzielle Fehlanreize, die medizinisch unsinnige Handlungen induzieren. Wenn Sie zum Beispiel eine Frau mit Brustkrebs operieren, entfernen Sie, wie es sich gehört, nur den Tumor und dann den sogenannten Wächterlymphknoten aus der Achselhöhle. So ist es in der medizinischen Wissenschaft üblich. Bei der Rechnungsstellung des Krankenhauses an die Kasse der Patientin gäbe es allerdings Probleme, würde bei der Diagnoseangabe „Brustkrebs“ lediglich die Entfernung nur eines Wächterlymphknotens abgerechnet. Denn, wenn nur ein Lymphknoten entfernt wird, ist das eine ambulante Leistung und die Patientin hat im Krankenhaus nichts verloren. Beim stationären Patienten müssen mindestens zwei Lymphknoten untersucht werden, um die Vorschriften einzuhalten. Für die Genesung und Heilung der Patientin sowie für die entsprechende sorgfältige Arbeit ist das in dem Fall kein Nachteil, weil die Mediziner Umgehungsstrategien kennen, die den Vorschriften genüge tun, den Patienten jedoch nicht schaden. Dennoch sind alle Regelungen, die über Geldströme entscheiden immer potenziell anfällig für Fehlanreize.

Abgesehen von den Anreizen des Morbi-RSA hat der Gesundheitsfonds mit seinem Einheitsbeitrag noch andere Auswirkungen auf die Krankenkassen.

Ein kleiner Exkurs zum Zustandekommen dieses Einheitsbeitragsatzes sei erlaubt.

Diese Folie habe ich von Professor Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik übernehmen dürfen. Neubauer hat be-

Bereits Anfang des Jahres 15,5% prognostiziert!

Studie: Kassenbeitrag steigt 2009 auf 15,5 Prozent

Gesundheitsfonds treibt Beiträge - Ministerium widerspricht Prognose

Auf gesetzlich Krankenversicherte kommen einer Studie zufolge höhere Kosten zu. Das Münchner Institut für Gesundheitsökonomik (IG) rechnet wegen der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 mit einem Beitrag von 15,5 Prozent. Das Ministerium widerspricht.

Viele Kassen werden 2009 die Beiträge erhöhen

07.01.2008 [Archiv]

IG Institut für Gesundheitsökonomik **Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer, 25.10.08**

Dr. Günther Jonitz, November 2008

reits im Januar 2008 darauf hingewiesen, dass sein Institut mit einem Beitrag von 15,5 Prozent rechnet. Das Ministerium hat widersprochen, aber jetzt wissen wir alle, wo der Beitragssatz liegt, nämlich genau da. Wir werden solche Diskussionen sicherlich regelmäßig haben und sie zeigen schon jetzt, wie schwierig es ist, Beitragssätze – die letztendlich betriebswirtschaftlichen und versicherungsmathematischen Überlegungen folgen müssen – politisch festzulegen. Aber zurück zu den Krankenkassen.

Wenn die Krankenkasse mit dem Geld, das ihr vom Staat zugeteilt wird, nicht auskommt, muss sie in einem gesetzlich abgesteckten Rahmen einen individuellen Zusatzbeitrag erheben. Dann muss der Versicherte einen Extrabeitrag an die Krankenkasse zahlen und für all diese Patienten muss die Krankenkasse ein eigenes Konto einrichten und sehen, dass diese auch ihre acht Euro, neun Euro oder zehn Euro zahlen. Abgesehen vom bürokratischen Aufwand, den diese Regelung für die Kassen mit sich bringt, ist sie in ihrer Systematik folgenreich für den Patienten. Das Interessante bei diesem Zusatzbeitrag – wie auch immer er dann berechnet wird – ist, dass diese Mehrkosten nur den Versicherten belasten, zusätzlich zu den 0,9 Prozent Sonderbeitrag, den er ohnehin schon aus eigener Tasche zu bezahlen hat. Ich finde es ein bisschen eigentümlich, dass die Arbeitgeber hier von ihrer sozialen Verantwortung freigestellt werden. Ich bin kein Vertreter des Deutschen Gewerkschaftsbundes, aber ich halte es für unabänderlich, dass gerade die Arbeitgeber eine besondere soziale Verantwortung haben. Man kann die Arbeitgeberbeiträge aus Teilen der GKV nicht herauslassen. In Frankreich liegen diese bei über 80 Prozent. Nur soviel zum Thema Standortdebatte, die ja eng mit diesem Punkt verbunden ist.

■ **Ambulante Versorgung**

Wir verlassen diesen Bereich und wenden uns der ambulanten Versorgung zu.

Wir bekommen für die niedergelassenen Ärzte eine Honorarreform, die Leistungen erstmals nach einem festen Orientierungspunktwert bezahlt. Dieser entspricht erstmals einem festen Eurobetrag, der bundesweit gleich ist. Das ist schön, aber nach

Ambulante Versorgung

ARZTEKAMMER BERLIN

- Honorarreform in Euro und Cent (begrenzt)
- Morbiditätsrisiko m. E. bei den Krankenkassen
- 10% mehr Honorar für Berliner Kassenärzte
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: neue Orga-Formen ärztlicher Tätigkeit (Arzt gleichzeitig im Krankenhaus und in der Praxis)
- **Hausärztliche Versorgung: § 73a (neu) SGB V**
 „Konnten sich nach altem Recht die Kassen verschiedene Vertragspartner (darunter auch die KV) für einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auswählen, so sind sie jetzt **gezwungen**, mit einem Hausarztverband, der das notwendige Organisationsquorum erfüllt, einen Vertrag abzuschließen. Dies ist das genaue Gegenteil vom vielbeschworenen Wettbewerb.“ (D. Tesic, KV Berlin)

Dr. Günther Jonitz, November 2008

wie vor ist das Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich gedeckelt – das heißt, die hierfür zur Verfügung stehende Geldsumme richtet sich nach wie vor nach dem Beitragsaufkommen. Deshalb wird für jeden Arzt eine Obergrenze festgelegt, bis zu der er Leistungen abrechnen kann. Das war bislang schon so und das wird auch in Zukunft so sein. Diese Obergrenze wird immer mal wieder anders berechnet und genannt. Bislang gab es das „Individualbudget“, das zum 1. Januar 2009 vom „arztindividuellen Regelleistungsvolumen“ abgelöst wird. Es berechnet sich jedes Quartal nach der Fallzahl und dem Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals, gewichtet nach dem Alter der Patienten.

Neu ist eine Verlagerung des Morbiditätsrisikos von den Ärzten auf die Kassen. Bislang war es so, dass Ärzte alle Patienten eines Quartals behandeln mussten, auch wenn sie rechnerisch ihr Regelleistungsvolumen schon erreicht hatten. Gab es zum Beispiel eine Grippewelle oder ein anderweitiges Ansteigen der Erkrankungen, wurde den Ärzten das zusätzliche Arbeitsaufkommen nicht vergütet – das Morbiditätsrisiko lag also bei ihnen. Das ändert sich nun:

Es wurden von der KBV zahlreiche Einzelleistungen definiert, die von den Ärzten noch über das Regelleistungsvolumen hinaus abgerechnet werden können.

Der feste Orientierungspunktwert ist ein klar definierter Eurobetrag; der bundesweit gleich ist und nicht mehr wie früher je nach Leistungsmenge floatet.

Bei nachweislichem Ansteigen des Behandlungsbedarfs in einem Quartal (z.B. Grippewellen, andere Epidemien) wird über das der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehende Geldvolumen nachverhandelt.

Mit dieser Verlagerung des Morbiditätsrisikos ist zunächst eine zentrale Forderung der Ärzteschaft erfüllt – man wird sehen, wie sich das Nachverhandeln in der Praxis darstellt.

Rein rechnerisch werden mit dieser Gesundheitsreform rund drei Milliarden Euro zusätzlich für den ambulanten Bereich zur Verfügung gestellt. Rein rechnerisch würde das für die Berliner Kassenärzte knapp sieben Prozent mehr Honorar bedeuten. Allerdings wird dies – je nach Fachgruppe und Praxisgröße – sehr unterschiedlich bei den Ärzten ankommen und möglicherweise auch durch andere Regelungen „aufgefressen“. Letztlich wird man erst Ende des Jahres 2009 wirklich wissen, welche Effekte die Honorarreform für die Niedergelassenen wirklich hat.

Gravierende Änderungen brachte das GKV-WSG übrigens für die Vertragsgestaltung der hausärztlichen Versorgung. Diese Änderungen sind vor allem für die gesetzlichen Krankenkassen von Bedeutung. § 73 b verpflichtet die Kassen dazu, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dabei müssen sie Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Das hat zur Folge, dass eine Krankenkasse nur noch mit dem Verband einen Vertrag zur ambulanten Versorgung abschließen kann, der über 50 Prozent der in dem Land tätigen Hausärzte umfasst.

Damit wird die Vertragsfreiheit der Krankenkassen eingeschränkt. Konnten sie sich früher verschiedene Vertragspartner aussuchen, darunter auch die KV, sind sie jetzt an die Organisation gebunden, die das notwendige Quorum erfüllt. Dies ist das genaue Gegenteil vom viel beschworenen Wettbewerb.

■ Stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Versorgung gibt es einige wenige Veränderungen. Ich möchte darauf hinweisen, dass ich diese hier nur selektiv darstellen kann, aber hoffentlich die wesentlichen Punkte aufzeigen kann.

Aus einem früheren Gesetz gibt es für die Krankenhäuser die Möglichkeit ambulant zu operieren. Diese wurde jetzt erweitert. Nach dem geänderten Paragraphen 116 b haben Kliniken nun das Recht, eigene ambulante Behandlungen für hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf anzubieten. Bislang war § 116 b SGB V als „Vertragsmodell“ ausgestaltet, d.h. um diese Leistungen zu erbringen, bedurfte es eines Vertrages zwischen dem Krankenhaus und einer oder mehrerer Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden. Nun ist das nicht mehr erforderlich. Ein Krankenhaus kann an den Kassen vorbei eine solche Zulassung beim Land beantragen. Frau Senatorin Lomscher hat bereits darauf hingewiesen, dass das nicht ohne Probleme geht. Zwar bringt die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen diesen natürlich erst einmal Vorteile. Doch als zusätzliche Leistungsanbieter drängen die Krankenhäuser nun zu Lasten der GKV auf den ambulanten Markt. Es besteht die Gefahr, dass die Kliniken den hochspezialisierten Facharztpraxen damit das Wasser abgraben – möglich, dass dies sogar mit der Regelung gewollt war.

In dünn versorgten Flächenländern mag der neue Paragraph 116 b sinnvoll sein, in einer Großstadt wie Berlin, in der im ambulanten Bereich eine Vielzahl hochqualifizierter spezialärztlicher Versorgungsangebote, zum Beispiel in der Onkologie, bestehen, ist die Etablierung einer Doppelstruktur durch zusätzliche Angebote der Kliniken gefährlich. Durch vorschnelle Genehmigungen kann der ambulante Bereich hier in erhebliche Bedrängnis kommen. Zudem werden die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser ungedeckelt und zu festen Preisen angeboten werden können, was für die Kliniken einen zusätzlichen Anreiz setzt, in dieses Geschäft mit einzusteigen. Wir werden sehen, wie sich das auswirkt.

Eine weitere für Kliniken erfreuliche Neuerung ist der Wegfall des sogenannten „Sanierungsbeitrags“. Dieses Verfahren, räumte

den Gesetzlichen Krankenkassen seit 2006 das Recht ein, gegenüber Kliniken Rechnerkürzungen in einem gesetzlich festgelegten Rahmen vorzunehmen. Es ist immer wieder toll, mit welchen Argumenten man solche Sanierungsbeiträge, die nur eines sanieren sollten, die Haushalte der Krankenkassen – einführt. Das scheint gewissen jahreszeitlichen Schwankungen zu unterliegen. Und – das Wort „Sanierungsbeitrag“ weckt ja Assoziationen zum Thema „Bauen“ – noch immer fehlt es an einer soliden Finanzierungsgrundlage für die Investitionskosten der Kliniken.

■ Medikamentöse Versorgung

Bei der medikamentösen Versorgung wird es dann wieder etwas schwieriger, da dieser Bereich noch komplexer ist als der Bereich der kassenärztlichen Leistungen.

Es gibt – zurückgehend auf frühere Gesundheitsreformen- seit einigen Jahren Rabattverträge zwischen den Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie. Das hat den Vorteil, dass man die Preise senken kann, aber auch den Nachteil, dass viele Patienten gegen die gleiche Krankheit jedes Quartal ein neues Medikament bekommen, wenn sie Pech haben. Die Therapietreue der Patienten ist dadurch noch schwerer sicherzustellen als ohnehin schon. Die Preisgestaltung ist zumindest in Deutschland nach wie vor nicht eindeutig geregelt, gerade auch für Medikamente, die neu auf den Markt kommen.

Und nun ein kleinerer Dauerbrenner: Der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, bleibt nach wie vor erhalten. Wir zahlen 19 Prozent Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Finanzminister Steinbrück freut sich, denn das sind knapp 5 Milliarden Euro pro Jahr, mit dem das Steuersäckel durch das Geld der Versicherten entlastet wird. Stattdessen zahlt man in Deutschland für Hundefutter und Zeitschriften nur einen reduzierten Mehrwertsteuersatz. Die Frage muss erlaubt sein, warum solche Produkte offenbar für die Grundversorgung der Bevölkerung wichtiger sind als Medikamente?

■ Politische Regulierungsebene BMG und G-BA

Werfen wir kurz noch einen Blick auf die wichtigsten Regulierungsinstitutionen, die im Gesundheitswesen die Entscheidungen treffen. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit sei an zentraler Stelle der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“, kurz G-BA genannt. Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.

Ein neunköpfiger, hauptamtlicher Vorstand bestimmt die Inhalte und das Verfahren der Leistungserbringung. In diesem neunköpfigen, hauptamtlichen Vorstand sind Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung genauso wie der kassenärztlichen Bundesvereinigung, d.h. Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassenvertreter, Krankenhausvertreter. Dies hat zur Konsequenz, dass die Zahnärzte über die Tumorthherapie zu entscheiden haben und die Humanmediziner über die Füllungen im rechten Backenzahn.

Die Entscheidungsfindung ist kompliziert; es finden knapp 600 Sitzungen pro Jahr statt. In knapp 50 Arbeitsgruppen und acht Unterausschüssen ist die Funktion der Bundesärztekammer noch

stärker eingeschränkt worden als das ohnehin schon der Fall war. Da kann man den Leuten gutes Gelingen bei Ihrer Entscheidungsfindung wünschen.

Die dem G-BA übergeordnete Regulierungseinrichtung ist das Bundesministerium für Gesundheit, kurz BMG. Dadurch, dass das BMG durch die Neuregelungen im GKV-WSG einen einheitlichen Beitragssatz und damit die Geldmenge zentral festlegt, die dem Gesundheitswesen (zumindest der Gesetzlichen Krankenversicherung) zur Verfügung steht und gleichzeitig die Rechtsaufsicht über den G-BA führt, der das Leistungsspektrum für die Gesetzliche Krankenversicherung festlegt, haben wir es hier mit einer zentralen Steuerung des Versorgungsgeschehens durch die Politik zu tun.

Wenn z.B. der G-BA entscheidet, dass bestimmte Dinge nicht bezahlt werden sollen, kann dann das BMG im Sinne der Rechtsaufsicht sagen: „Halt, das müssen wir noch mal juristisch prüfen, notfalls auch über einen längeren Zeitraum“. Ich sag's mal polemisch: Wenn der G-BA etwas entscheidet, was dem BMG nicht in den Kram passt, zum Beispiel, für bestimmte Patienten die enterale Ernährung zu bezahlen, dann kommt eine gegenteilige Regelung notfalls ins Gesetz, um diese Entscheidung wieder auszuhebeln. Der Einfluss des BMG ist durch das GKV-WSG weiter gestiegen.

Das Gesundheitssystem wird für Patienten unübersichtlicher, mit großer Sicherheit teurer und die politisch Steuernden wissen noch weniger als vorher, welche Effekte sie am Ende mit den neuen Regelungen erzielen. Für die Krankenversicherungen werden die Gestaltungsspielräume deutlich eingeengt. Die Private Krankenversicherung ist in ihrer Existenz zumindest angebohrt und angenagt. Die Gesetzlichen Krankenkassen sind praktisch entmündigt. Sie werden zu reinen Vertragsmanagementorganisationen.

Und die Regulierungseinrichtungen haben massiv an Einfluss gewonnen. Dahinter steckt ein ziemlich autoritäres Staatsverständnis, das ich so nicht nachvollziehen kann.

■ **Blick hinter die Kulissen und persönliche Bewertung**

Hier sehen Sie ein Papier der SPD aus dem Jahre 1996, in dem die wichtigsten gesundheitspolitischen Zielsetzungen für die näch-

sten Jahre bereits festgelegt wurden: Zum Beispiel heißt es hier: „Unbefristete Fortsetzung der Budgetierung – Globalbudget“. Das bedeutet, dass man die zur Verfügung stehende Geldmenge im System dauerhaft festlegen und staatlich definieren möchte.

„Zerschlagung der KVen“, ein Ziel, das man mit dem neuen § 73 b subtil erreichen kann. Denn wenn zum Beispiel der Hausärzterverband in Bayern sagt, er nehme jetzt die Verantwortung für die hausärztliche Versorgung, dann kriegt er das Geld, das zuvor der KV zugeflossen ist und dieser nun logischerweise fehlt. Damit wird die KV klar in ihren Aktionsmöglichkeiten und in ihrer Verhandlungsposition geschwächt.

Die Öffnung der Krankhäuser für ambulante Leistungen nach Paragraph 116 b bedroht die niedergelassenen Fachärzte. Das

Fazit

SPD-Strategie von 1996 wird erfolgreich umgesetzt

- Institutionalisierung der Patientenversorgung
- Krankenhaus-Multis, Pharma-Multis und MVZ werden gestärkt
- Hoheit über Finanzen und Steuerung beim Staat

Das Gesundheitswesen wird zur Gesundheitswirtschaft.

► ideologisch begründeter Systemwechsel zu einem halbstaatlichen Primärarztssystem.

Dr. Günther Jonitz, November 2008

läuft im Arbeitspapier von 1996 unter römisch III. „Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis.“

Wie gesagt, das Papier ist aus dem Jahre 1996, die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind zumindest namentlich bekannt. Der Akteur, unter dessen Ägide das entstanden ist, ist mittlerweile wieder Parteivorsitzender. Ich will ihm keine bösen Dinge unterstellen. Aber es bleibt jetzt erstmal übrig: Diese Strategie von 1996 wird erfolgreich umgesetzt.

Wir erleben Konzentrationsprozesse bei der Patientenversorgung. Krankenhaus-Multis kaufen sich Kassenarztsitze auf. Pharmafirmen drängen mit Rabatt-Verträgen Konkurrenten aus dem Markt. Medizinische Versorgungszentren gelten als der Weisheit letzter Schluss.

Wir erleben letztendlich nichts weiter als einen Systemwechsel unseres gerade noch bestehenden Gesundheitswesens hin zu einem halbstaatlichen Primärarztssystem. Dieser Systemwechsel ist inhaltlich nicht begründet. Es gibt weltweit keinerlei Belege dafür, dass Primärarztssysteme für die Patienten besser und auch für die Gesellschaft preiswerter sind. Was wir eigentlich brauchen ist eine Reform, die planvoll umgestaltet. Die sich vor allem auch daran orientiert, was für die Versicherten dabei herauskommt und nicht was auf dem Reißbrett gut geht.

Vielen Dank!

Blick hinter die Kulissen

Gesundheitsfonds
I Unbefristete Fortsetzung der Budgetierung (Globalbudget)

Hausärztliche Versorgung § 73 a (neu)
II Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen § 116 b SGB V
III Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis

Pflegeweiterentwicklungsreformgesetz (Gemeindeschwester)
IV "Förderung" der hausärztlichen Versorgung

SPD-Strategie-Papier 1996

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Debatte: Veränderungen im (Berliner) Gesundheitswesen im Zuge der Gesundheitsreform

Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin

Franz Knieps, Bundesministerium für Gesundheit

Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Hermann Schmitt, Barmer Ersatzkasse Berlin-Brandenburg

Moderation: *Hans-Bernhard Henkel-Hoving, G+G Gesundheit und Gesellschaft*



■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Nach diesem Vortrag von Herrn Dr. Jonitz, bitte ich jetzt Herrn Dr. Jonitz, Herrn Knieps, Frau Senatorin Lompscher und Herrn Schmitt auf das Podium. Herr Schmitt ist freundlicherweise heute Morgen eingesprungen, weil seine Kollegin, Frau Leyh, einen Trauerfall in der Familie hat. Er vertritt sie heute als Vorsitzender des Landesausschusses Berlin der Ersatzkassen und spricht für die Krankenkassen.

Das war ein außerordentlich engagierter Vortrag von Herrn Dr. Jonitz und ich möchte trotzdem mit den beiden beginnen, die heute noch nicht zu Wort gekommen sind. Herr Schmitt, der Gesundheitsfonds steht unmittelbar vor der Einführung ab dem 1. Januar 2009. Hilft der Fonds den Berliner Krankenkassen die Gesundheitsversorgung in Berlin besser zu gestalten?

■ Hermann Schmitt:

Die Krankenkassen sind nicht grundsätzlich glücklich mit dem Fonds. Aber er ist beschlossen und als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben wir das Gesetz umzusetzen. Ob das Gesetz in den nächsten Jahren tatsächlich das bewirkt, was die Politik uns

heute verspricht, werden wir sehen. Die Kassen haben auf jeden Fall in der Summe mehr Geld für die Berliner Versorgung auszugeben, das kann man definitiv sagen. Über 100 Millionen Euro mehr werden die niedergelassenen Ärzte in Berlin bekommen und auch die Krankenhausfinanzierung wird sich deutlich verbessern. Dafür ist der Einheitsbeitrag auch deutlich höher gelegt worden als der momentane durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkassen. Fakt ist aber auch, dass wir mit den Finanzen nicht hinkämen, wenn wir nur Berlin betrachten würden. Das zeigt, dass die große Landeskasse – die gerade schon von Dr. Jonitz beschrieben wurde – die Beiträge zwar optisch senken kann. Wären aber alle Kassen nur für Berlin, müssten wir einen deutlich höheren Beitragssatz erheben als den jetzt festgelegten Einheitsbeitragssatz. Das liegt einfach an den geschichtlichen Entwicklungen dieser Stadt, an den Überversorgungen und Doppelversorgungen, die nach wie vor noch vorhanden sind. Trotzdem bin ich zuversichtlich, dass wir die gesundheitliche Entwicklung der Berliner Bevölkerung nach wie vor auf stabilem, hohem Niveau halten können. Das gelingt allerdings nur, wenn uns die Politik mit den Kassen und mit allen Akteuren im Gesundheitswesen im Rahmen der Selbstverwaltung machen lässt und wir uns vertrauensvoller miteinander beschäftigen. Dies war in der Vergangenheit leider nicht immer der Fall. Und die Senatorin hat gesagt, dass wir, wenn wir bei den Kindern vermehrt die Gesundheitserziehung in den Vordergrund stellen, sukzessive in den nächsten Jahrzehnten eine vielleicht deutlich gesündere Berliner Bevölkerung bekommen, als das jetzt noch der Fall ist.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Vielen Dank. Herr Knieps, die regionalen Handlungsspielräume der Krankenkassen werden durch den bundesweiten Einheitsbeitragssatz doch in einigen Punkten eingeschränkt. Warum traut die Politik der Region nicht mehr Verantwortung zu?

■ Franz Knieps:

Die Kritik, die Herr Dr. Jonitz gebracht hatte, ging in zwei Richtungen: Einerseits sind wir zu marktwirtschaftlich, sprich Gesundheitswirtschaft, und andererseits sind wir zu staatlich. Damit habe ich immer ein bisschen Schwierigkeiten. Überspitzt hat mir mal jemand vorgeworfen, dass ich der letzte Stalinist sei und gleichzeitig von blindem amerikanischen Wettbewerbsglauben. Das passt irgendwie nicht ganz zusammen. Gleichwohl bekenne ich mich dazu, dass der Staat für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens Verantwortung trägt, insbesondere für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Denn in der Vergangenheit war es so, dass für alle Beitragssatzerhöhungen Ulla Schmidt verantwortlich war, während Beitragssatzstabilität häufig von Kassenmanagern verantwortet wurde. Es war ganz klar, dass wir zur Verbesserung der Situation im niedergelassenen Bereich und auch zur Gewährleistung einer adäquaten Krankenhausversorgung höhere Beiträge verlangen mussten. Heute wird so getan, als ob das etwas mit dem Fonds zu tun hätte. Das ist falsch, denn es hat etwas mit der besseren Ausstattung in den Krankenhäusern zu tun.

Darüber, dass wir einen einheitlichen Beitragssatz erhoben haben, kann sich Herr Schmitt als Letzter beschweren. Ist denn das fair? War denn das gerecht, dass ausgerechnet die Ärmsten der Armen in der AOK Berlin oder in der City-BKK mit den höchsten Beitragssatz in der Republik bezahlen mussten? Und die Systeme

AOK oder BKK – das wäre in anderen Systemen auch nicht anders – waren nicht in der Lage, so viel Solidarität aufzubringen, dass die Berlinerinnen und Berliner vergleichbare Beitragssätze wie beispielsweise die Menschen in Brandenburg oder erst recht wie im Westen Deutschland zahlen mussten. Die Politik musste etwas tun. Der Gesundheitsfonds ist nicht beliebt, das ist klar. Denn damit wird dann suggeriert, dass Herr Knieps in der Amtsstube sitzt und den Beitragssatz festsetzt. Das ist jedoch mitnichten so.

Vielmehr haben wir einen Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt, in den Expert/innen für die einzelnen Versorgungsbereiche eingeladen werden und darüber debattieren, wie sich die Entwicklung im nächsten Jahr prognostizieren lässt. Da gab es auf der Einnahmenseite entgegen öffentlicher Aufrufe überhaupt keine Meinungsverschiedenheiten zwischen Ministerium, Bundesversicherungsamt, Krankenkassen und Experten. Auf der Ausgabenseite waren die Krankenkassen der Meinung, 15,5 Prozent seien zu wenig und verlangten 15,8 Prozent. Das heißt, dass die 11,2 Millionen Euro mehr in einem Jahr angeblich zu wenig wären. Das wurde unter anderem damit begründet, dass man höhere Verwaltungsausgaben hätte. Es ist ein bisschen populistisch, wenn ich dann sage: Ihr könnt nicht verlangen, dass in den Krankenhäusern nur die Hälfte der Gehaltserhöhungen aus der dortigen Tarifrunde aus Versichertengeldern bezahlt wird, aber im Bereich Administration mehr. Das will ich auch gar nicht tun.

Vielmehr hatten wir Meinungsverschiedenheiten, was die konkreten Auswirkungen der Honorare von Ärzten und der noch laufenden Krankenhausgesetzgebung angeht. Da sind wir der Meinung, dass wir eher auf der sicheren Seite als diejenigen sind, die höhere Ausgaben prognostiziert haben. Und auch dort werden wir noch gesetzgeberische Schritte unternehmen – das Gesetz ist bereits heute im Bundesrat – um für Stabilität zu sorgen. Im Übrigen ist es in der Pflegeversicherung und auch in der Rentenversicherung üblich, dass eine Regierung einen Beitragssatz festlegt, das ist keine Besonderheit bei der Ausgestaltung dieses Systems. Als Letztes möchte ich sagen, dass sich unter den Bedingungen eines Risikostrukturausgleichs die Autonomie einer Kasse hinsichtlich der Festlegung eines Beitragssatzes zwischen einem Spielraum von 0,1 bis 0,2 Prozentpunkten bewegte. Der Rest war determiniert durch den Risikostrukturausgleich, was im Sinne einer solidarischen Ordnung auch gut so ist.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Das war wieder ein engagiertes Statement von Herrn Knieps. Frau Senatorin Lompscher, Sie haben sich, wenn ich Ihren Vortrag richtig verstanden habe, nach wie vor auf die Fahne geschrieben insbesondere die gesundheitliche Versorgung von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sicherzustellen, im Zweifelsfall auch weiter zu verbessern. Gelingt das unter den Bedingungen des neuen Risikostrukturausgleichs, der die Gelder an der Krankheitsverteilung bei den Krankenkassen ausrichtet, besser? Was erwarten Sie da für Berlin?

■ Senatorin Katrin Lompscher:

Das ist ja die 1-Million Euro-Frage, die Sie mir hier stellen. Ob das gelingen wird, muss sich erweisen. Ich finde den engagierten Beitrag von Herrn Knieps insofern interessant, als er deutlich macht – und das zieht sich durch die Debatten über die Gesund-

heitsreform seit Jahren – dass es primär um die Finanzierung und die Einnahmen und erst im zweiten Schritt um die Aufgaben geht. Gesundheitspolitik, wie ich sie wahrnehme, diskutiert im Wesentlichen über diese unglaubliche Summe, die immer mit 240 Milliarden angegeben wird, die in Deutschland jährlich für Gesundheit aufgewendet wird.

Natürlich besteht eine politische Verantwortung. Ich teile, dass der Staat sich über die Finanzierung der Gesundheitsaufgaben Gedanken machen muss. Aber er muss sich zunächst über die Gesundheitsaufgaben Gedanken machen. Das vermisste ich in den ganzen Diskussionen. Sicherlich gibt es mögliche Verbesserungen, so wird z.B. der Risikostrukturausgleich eine Verbesserung sein. Sicherlich sind wir durch diesen einheitlichen Beitragssatz eine der wenigen Gewinnerregionen. Das ist richtig. Aber nur weil man Profiteur einer Reform ist, muss man die Reform nicht gleich klasse finden. Das ist meiner Meinung nach eine wirklich schwierige Diskussion. Einer der Gründe, warum wir uns hier so engagieren – auch mit den öffentlichen Gesundheitszielen – liegt darin, dass die sozial Benachteiligten bisher keine großen Vorteile gehabt haben.

Das Zuzahlungssystem Mehrwertsteuer war ein schönes Beispiel. Es ist ein absurder Vorgang, dass wir in Deutschland neben Dänemark, Bulgarien und mit Ausnahme Österreichs das einzige Land sind, das den vollen Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel erhebt. Wenn wir uns über Finanzierung des Gesundheitswesens Gedanken machen, möchte ich außerdem darauf hinweisen, dass die Gesundheitsleistungen von Hartz IV-Empfänger/innen strukturell absolut unterfinanziert sind. Denn während der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung gesenkt wird, wird an die Krankenkassen nur die Hälfte dessen überwiesen, was sie für die Versorgung dieser Menschen bräuchten. Auch das läge in der Finanzierungsverantwortung des Staats. Nach meiner Ansicht liegt die staatliche Verantwortung einerseits bei der Aufgabenbestimmung, andererseits bei der finanziellen Absicherung. Ob die jetzt gefundenen Lösungen mein vorhin formuliertes Ziel besser erreichbar machen, da habe ich große Skepsis.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Herr Dr. Jonitz, Sie haben bei einer Ihrer letzten Folien solch schöne Pfeile nach oben und unten gemacht. Da war bei der ambulanten Versorgung ein Pfeil nach unten. Warum? Wenn es doch zehn Prozent mehr Honorar gibt für die Ärzte?

■ Dr. Günther Jonitz:

Da die Perspektiven nach wie vor nicht besser geworden sind. Da die Ärzte/innen im Krankenhaus noch immer unter nicht optimalen Arbeitsbedingungen leidet; die Ärzt/innen, die sich in einer Niederlassung bewegen möchten, nicht wissen, ob sie zwei Jahre nach der Niederlassung das Krankenhaus ein eigenständiges Versorgungszentrum vor die Türe gesetzt bekommen und damit Pleite gehen. Die Strukturen, die bislang die Versorgung im ambulanten Bereich gewährleisten, sind dadurch bedroht, dass den Fachärzt/innen durch die ambulante Öffnung der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Hausarztverträge das Wasser abgegraben wird. Das heißt, dass ganz klare Zeitbomben unterwegs sind, die das Grundgefüge der ambulanten Versorgung in Frage stellen. In einer solch unsicheren Situation Wagnisse einzugehen ist schwierig.

Ich würde aber gerne das aufgreifen wollen, was Frau Senatorin Lompscher gesagt hatte. Es zahlt sich doch gelegentlich aus, wenn man sich mit unverblendetem Sachverstand mit solchen Themen beschäftigt. Das ist ungefähr so, wie wenn wir über die Kosten für ein Haus diskutieren, ohne dass wir uns überhaupt darüber einigen, was das für ein Haus sein soll, wer darin leben und was darin geschehen soll. Ich würde auch gerne mit anregen, dass wir neben den Höhen der Bundespolitik versuchen, auf der Landesebene nicht nur über die Finanzierung und Kosten zu reden – auch wenn das wichtig ist – sondern ganz banal zu schauen, wo wir denn konkrete Zielgruppen sowie konkrete soziale und medizinische Aufgaben haben. Das kann man sicherlich über den Gesundheitsbericht und über die Erfahrungen der Betroffenen stärker eingrenzen. Dann müsste man aber auch gucken – und da bringe ich mich auch gerne als Vertreter der Ärzteschaft ein – wo wir als Doktoren unseren Beitrag zu einer optimierten kurativen Versorgung leisten können. Wir brauchen ein Gesamtkonzept und sollten uns nicht nur an einer einzigen Baustelle verbeißen und gucken, wie die Verantwortung in immer höhere Etagen abwandert. Vielmehr müssen wir gucken, wo wir konkret ein Problem haben und dort einsteigen.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Herr Schmitt, Herr Dr. Jonitz hat es eben angesprochen und Frau Senatorin Lompscher auch: Die Kassen stehen auch für die Versorgungsgestaltung, z.B. im Zulassungsausschuss, in der Verantwortung. Machen sich denn die Kassen in Berlin ausreichend Gedanken darüber, wohin die gesundheitspolitische Versorgungswirklichkeit gehen soll? Werden Sie Ihrer Verantwortung als Kassen, z.B. im Zulassungsausschuss, gerecht?

■ Hermann Schmitt:

Davon muss ich ausgehen. Es ist unsere Pflichtaufgabe, mit den entsprechenden anderen Beteiligten im Gesundheitswesen die Versorgung in jeder Versorgungsregion sicherzustellen. 2004 war das, glaube ich, als Berlin zu einem Planungsbezirk in der ambulanten Versorgung gemacht worden ist. Ob diese Entscheidung aus heutiger Sicht dauerhaft zementiert werden kann, muss man sicherlich kritisch beleuchten. Wir verfolgen das von Jahr zu Jahr, die Wanderungsbewegungen der Ärzte sind erkennbar und es gibt wohl punktuell Bezirke, in dem der eine oder andere Facharzt abzuwandern droht. Darauf werden wir reagieren müssen. Aufgrund der Infrastruktur in Berlin ist es aber noch kein Problem auch innerhalb kürzester Zeit einen Facharzt in einem anderen Kiez aufzusuchen. Das muss man schon ganz nüchtern betrachten. Verglichen mit den Wegen, die die Bevölkerung in der Uckermark zurücklegen muss und den dortigen Versorgungsproblemen, sind die zeitlichen Wege, die hier immer aufgeführt werden, definitiv nicht das Problem. Das muss man zumindest berücksichtigen. Es kann nicht problematisch sein, dass der Versicherte aus dem einen Stadtteil seinen Arzt bzw. seine Ärztin nicht mehr um die Ecke hat und deswegen länger fahren und warten muss. Denn natürlich ist die Anzahl der Ärzt/innen pro Bevölkerung in Berlin deutlich höher als in den anderen Bundesländern.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Jetzt komme ich noch mal von den Zielen zum schnöden Geld. Angesprochen wurde das Thema „halber Mehrwertsteuersatz auf



Arzneimittel“. Warum zahle ich für Hundefutter weniger Mehrwertsteuer als für Arzneimittel? Will daran Frau Ulla Schmidt vielleicht etwas ändern, Herr Knieps?

■ Franz Knieps:

Ulla Schmidt will daran immer etwas ändern, aber sie ist Bundesgesundheitsministerin und nicht Bundesfinanzministerin. Selbst wenn sie Bundesfinanzministerin wäre, müsste sie ein kompliziertes Paket schnüren, das sowohl EU-kompatibel ist als auch mit den Bundesländern abgestimmt wird. Die Position der Ministerin ist hier genauso klar, wie bei ALG II-Empfänger/innen: sie fordert mehr Geld vom Arbeits- bzw. Finanzminister. Aber sie muss sich in eine Kabinettdisziplin einfinden und dort ist nicht alles mit der Brechstange durchsetzbar. Im Übrigen ist auf keiner Folie und in keinem Beitrag erschienen, dass der Staat ab jetzt Jahr für Jahr – anwachsend bis auf 14 Milliarden Euro – 1,5 Milliarden Euro mehr an Steuerzuschüssen in diese gesetzliche Krankenversicherung zahlt. Noch eine Bemerkung zur Finanzierung: Wir haben in Deutschland eine Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern. Für die materielle Gesundheitspolitik ist Ulla Schmidt nicht zuständig, denn sie hat nur die Gesetzgebungskompetenz bzw. die Kompetenz für die Vorbereitung und Administrierung entsprechender Gesetze für den Bereich Sozialversicherung und für den Rahmen in der Krankenhausfinanzierung. Ganz bewusst – und aus meiner Sicht auch richtig – ist es Ländersache, wie die Inhalte der Gesundheitspolitik definiert werden: über Gesundheitsziele; über eine entsprechende programmatische Schwerpunktsetzung der Landesgesundheitsministerien; über die Zusammenarbeit in solchen Gesundheitskonferenzen bis hin zur konkreten Ausgestaltung der Versorgung im ambulanten Bereich durch die Zulassungsausschüsse und im stationären Bereich durch die entsprechende Krankenhausplanung der Länder.

Noch eine Bemerkung, die in das Inhaltliche geht. Ich habe 1990 als Berater von Regine Hildebrandt im Ostteil dieser Stadt verbracht. Ich war sehr angetan von der Organisationsform Poliklinik und habe sehr dafür gekämpft, dass diese Form von Zusammenarbeit auch möglich wird. Günter Jonitz hat ja auch gesagt, dass er das Problem nicht darin sieht, dass es generell die Möglichkeit gibt, sondern in den ökonomischen Anreizen. Aber selbst die ökonomischen Anreize halte ich für richtig, wenn ich in die Zukunft schaue. Die medizinische Entwicklung bedarf immer mehr einer hochspezialisierten Versorgung und riesiger Investitionen in die Technik. Das wird eine Einzel- oder auch Gemeinschaftspraxis nicht mehr leisten können. Die Patientenversorgung bedarf immer mehr der Abstimmung, damit die Patientin nicht von Pontius zu Pilatus geschickt werden muss. Deshalb brauche ich Orga-

nisationsformen, die verschiedene Facharzttrichtungen unter einem Dach vereinen und die idealerweise sogar am Krankenhaus angesiedelt sind. Und deshalb haben wir die Krankenhäuser geöffnet – teilweise für die ambulante Behandlung.

Es sollte auch nicht vergessen werden, dass 70 Prozent der heutigen Medizinstudent/innen weiblich sind und eine andere Vorstellung von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie haben als sie noch der klassische Arzt oder die klassische Ärztin mit 60 Stundenwochen, Wochenenddiensten etc. hatte. Diese Vorstellungen können in einer Einzelpraxis in der Regel wirtschaftlich nicht so umgesetzt werden wie in einem medizinischen Versorgungszentrum. Deshalb halte ich den Trend, in diese Organisationsformen zu investieren, für richtig. Ob dann Gesundheitskonzerne oder Abhängigkeiten von ökonomischen Gesetzen entstehen, die die Medizin einschränken, ist die Diskussion, die wir führen und gegebenenfalls durch begleitende Regulierungen unterbinden müssen.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Frau Senatorin Lompscher, Sie haben schon mit dem Stift gezückt, als Herr Knieps seine ersten Sätze sagte. Ich möchte Ihnen vorher trotzdem noch eine inhaltliche Frage stellen. Immer beim Thema Gesundheitsziele und wenn so ein Prozess beginnt – auch beim Thema Kindergesundheit – frage ich nach der Evaluation, nach der Erfolgskontrolle. Da Sie gesagt hatten, wir müssten uns an Aufgaben und Zielen orientieren: Gibt es denn eine Rückmeldungsschleife bzw. Rückkopplung, die organisiert ist bei dem, was sie beim Thema Kindergesundheit machen?

■ Senatorin Katrin Lompscher:

Einer der Gründe, warum die Diskussion der Ziele so lange gedauert hat, war dass genau die Messbarkeit, die Festlegung der Indikatoren, die Kriterien und die Ausgestaltung des Prozesses Teil dieses Diskussionsprozesses waren. Man hat sich ja nicht drei Jahre lang in die Augen geguckt und sich immer wieder versichert, wie wichtig Kindergesundheit sei, sondern man hat versucht, Ziele zu operationalisieren. Vor diesem Hintergrund bin ich sehr froh darüber, dass wir die Fachstelle haben. Denn ich gehe davon aus, dass es auch Aufgabe der Fachstelle sein wird – indem sie die Geschäftsführung der LGK macht – die Umsetzung der Gesundheitsziele zu begleiten. Zugleich müssen die Partner, die Mitglied der LGK sind, ihr Know-How einbringen, damit eine solche Evaluation gelingt.

An der Stelle, bei der ich den Stift gezückt habe, ging es um das Thema Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern bei der Gesundheitspolitik. Mit meinen nun zwei Jahren Erfahrung bin ich da ein bisschen skeptisch, was die Arbeitsteilung angeht. Richtig ist, dass wir eine Verantwortung im Krankenhausbereich haben. Richtig ist auch, dass sich das Land Berlin seit etwa 2000 schwer tut, diese Verantwortung wahrzunehmen. Das ist auch nicht sehr überraschend, da dies eine relativ einfache Ursache hat: Wir haben nicht so viel Geld, wie wir gerne hätten. Wir haben uns aber auf den Weg gemacht, um krankenhauplanerisch und auch in der Auseinandersetzung mit unserem Finanzminister die Dinge etwas zu verschieben. In allen anderen Feldern der Gesundheitspolitik erlebe ich, dass die Landespolitik gegenüber den starken Körperschaften der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens relativ schwache Karten hat. Das ist vielleicht so gewollt. Aus

meiner Sicht ist es notwendig, diesen Prozess, den wir hier mit der LGK haben, zu nutzen, um tatsächlich regionale, lokale und landesspezifische Gesundheitspolitik und schließlich auch Gesundheitsziele zu bestimmen und sich auf einen gemeinsamen Weg zu machen. Es hat keinen Sinn, wenn ich als Gesundheits-senatorin den Landesausschuss und den Zulassungsausschuss anflehe, Dinge zu tun, dort aber gar keinen Sitz und keine Stimme habe. Ich kann in dieser Hinsicht nichts, aber auch gar nichts Kraft meines Amtes regeln. Die Aufsichtsfunktion über die Körperschaften ist ausschließlich eine Rechtsaufsicht. Natürlich können wir über Dinge sprechen, aber letztlich bin ich in der Situation der Moderatorin, der Bittstellerin.

Ich muss ehrlich sagen, dass das nicht die Form von Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern ist, die ich mir vorstelle. Ich bin auch nicht dafür, dass wir zu einem vollständig staatlich gelenktem Gesundheitswesen zurückkehren, obwohl ich aus früheren Zeiten auch dafür gute Argumente aufbringen könnte. Wofür ich bin ist – und da schließt sich der Kreis – dass wir nicht einnahmenorientiert über die Zukunft des Gesundheitswesens diskutieren, sondern aufgabenorientiert – das muss doch möglich sein. Wenn wir über poliklinische Strukturen reden – medizinische Versorgungszentren ist jetzt die neue Bezeichnung dafür – dann möchte ich vor Blauäugigkeit warnen. Denn in dem Moment, in dem wir wirtschaftlichen Wettbewerb und eben nicht den Wettbewerb um Qualität zu einem Maßstab in der Entwicklung eines Gesundheitswesens machen, werden solche medizinischen Versorgungszentren nicht zwangsläufig gute poliklinische Einheiten sein. Das ist, in der Art und Weise, wie sich das heutzutage entwickelt, nicht intendiert. Aber es ist auch nicht ausgeschlossen. Und in der Hinsicht gebe ich Herrn Knieps Recht. Das ist der Punkt, wo wir uns hier als LGK auf den Weg machen und überlegen können, ob wir in der Lage und bereit sind, für die Berliner Einrichtungen, die sich auf diesem Gebiet herausbilden, bestimmte Vorgaben zu entwickeln. Solche Vorgaben wären wichtig, damit wir nicht im Nachhinein nachsteuern müssen, damit wir nicht bei Ulla Schmidt fragen müssen, ob sie nicht noch einen Paragraphen b, c, d anfügen kann, sondern wir von vorneherein schon im Prinzip absehbare Fehlentwicklungen ausschließen. Ich wünsche mir mehr Gemeinsamkeit jenseits der Frage, wer tatsächlich formal nach Bundesgesetz die Entscheidungsmacht hat.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Herr Dr. Jonitz, ich gebe jetzt einfach den Ball weiter. Das war schon fast eine Steilvorlage von Frau Senatorin Lompscher. Sie sind ein Vertreter einer Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie gehören zu diesem Konglomerat der Menschen, die sich bewegen oder auch mal nicht bewegen. Bewegen Sie sich denn ausreichend als Ärztekammer?

■ Dr. Günther Jonitz:

Wenn Sie eine Stunde Zeit haben, kann ich Ihnen in kleinen Stichpunkten die Akzente darstellen, die wir von Berlin aus gesetzt haben. Ich will jetzt nur zwei Beispiele konkret aufgreifen, wo wir in Berlin als Körperschaft, aber auch nicht alleine, versuchen einen anderen Stil zu pflegen. Das eine Beispiel ist das sog. Berliner Herzinfarktregister. Wir haben es vor einigen Jahren geschafft, gemeinsam mit der Technischen Universität und auch mit politischer Unterstützung der Krankenkassen die wichtigsten Kliniken der Herzinfarktversorgung in Berlin zusammenzuführen.

Diese tauschen sich regelmäßig über ihr Tun und ihre Ergebnisse aus und können schon seit Jahren belegen, dass sie ihre Patienten mit Herzinfarkt jedes Jahr besser behandeln als im Jahr zuvor. Das ist bundesweit in dieser Form einmalig. Das zweite Thema heißt Patientensicherheit. Wir wissen, dass es ein Problem gibt, weil die Medizin komplexer geworden ist und die Patient/innen genauso. Da kann ich jetzt herkommen und mit dem Zeigefinger auf Franz Knieps zeigen, weil er nicht genügend Geld gibt, oder auf die Regierung, weil sie schlechte Politik macht. Ich kann aber auch sagen, dass wir die Alle ins Boot holen. Wir haben von Berlin aus das Thema Patientensicherheit auf den Weg gebracht, gemeinsam mit dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin über den Berliner Gesundheitspreis. Das ist mittlerweile international Vorbild. Wir kriegen nächstes Jahr im März den Weltkongress zu dem Thema nach Berlin.

In Berlin können Sie Beispiele sammeln, die belegen, dass es anders geht. Das hängt nicht nur an der Kammer. Es hängt ganz banal davon ab, ob die Institutionen – und die werden in der Regel von Menschen geleitet – bereit sind, gemeinsam Verantwortung für gemeinsame Themen zu übernehmen. Das ist, glaube ich, die größte Baustelle. Denn bislang spielen wir nur „Schwarzer Peter“: der Eine macht ein Gesetz, die Zweiten bekommen Geld, der Dritte darf es ausgeben, der Vierte hat irgendetwas davon. Was dabei herauskommt, weiß aber keiner. Das ist eine Situation wie in Charlie Chaplins „Modern Times“. Und die letzte Verantwortung bleibt dann beim Doktor, der für alles haftet: für Kosten, Qualität und Schäden in einer Person. Dass der Arzt bzw. die Ärztin dann keine Laune mehr hat, ist völlig nachzuvollziehen.

Der Weg aus diesem Problem heraus wäre, tatsächlich zu gucken, was wir eigentlich konkret zu erledigen haben, wo wir Brennpunkte haben im Bereich der konkreten Versorgung, zunächst medizinisch und auf der nächsten Ebene natürlich auch sozial. Gesundheit und Krankheit ist immer eine Frage des sozialen



Status und der jeweiligen gesellschaftlichen Strömungen. Seit Rudolf Virchow ist das bekannt, und daran hat sich nichts geändert. Und wir müssen eben nur entscheiden, ob wir zusammenarbeiten wollen oder nicht. An der Ärztekammer liegt es nicht.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Es soll auch nicht an Ihnen liegen oder an dem Plenum scheitern, jetzt Fragen stellen zu dürfen. Ich habe sieben Wortmeldungen. Ich würde Sie bitten, Name und Funktion zu nennen.

■ Dusan Tescic (Kassenärztliche Vereinigung):

Ich möchte nichts zur ambulanten Versorgung sagen, dazu haben wir nachher einen anderen Workshop. Aber zunächst zu der Frage hinsichtlich des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes. Herr Knieps, und ich glaube auch Frau Senatorin Lompscher haben gesagt: Es ist doch eigentlich ganz schön, dass die AOK und die BKK-City ihre Beitragssätze in Berlin heruntersinken kann, da das ein Vorteil für die Versicherten sei. Ob das wirklich ein Vorteil für die Versicherten in Berlin ist, muss man in einem größeren Zusammenhang bewerten. Man muss bedenken, dass etwa 40 Prozent der Versicherten in diesen beiden Kassen versichert sind. Diese werden durch die Abführung niedriger Beitragssätze zunächst einen Vorteil haben, aber 60 Prozent werden einen höheren Beitragssatz zahlen. Die Frage ist natürlich, was wir aus dem Gesundheitsfonds in Berlin, gemessen an dem, was wir bisher über Beitragssätze realisiert haben, bekommen. Es gibt ein Gutachten der Professoren Wille und Wasem. In diesem Gutachten, das noch nicht auf Basis der 80 Krankheiten, die im Morbiditätsausgleich berücksichtigt werden, ermittelt wurde, ist festgehalten, dass Berlin in 2009 etwa 260 Millionen Euro weniger haben wird, gegenüber dem, was mit Beitragssätzen realisiert wird. Nehmen wir an, der Morbiditätsausgleich wirkt so, dass tatsächlich noch mehr Geld nach Berlin kommt. Aber diese 260 Millionen Euro Differenz gegenüber dem, was über die Beiträge reingekommen ist und dem, was aus dem Gesundheitsfonds kommt, wird erheblich bleiben. Die Frage ist, wie jetzt die Krankenkassen darauf reagieren, insbesondere die AOK und die BKK. Die kann natürlich sagen, die Versorgungsstruktur, die wir hier haben, kürzen wir: wir können nicht mehr das leisten, was wir bisher gefördert haben. Ich erinnere an AIDS und verschiedene onkologische Versorgungsformen und andere Sachen, weil die Kassen sagen, mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds kommen wir nicht mehr aus.

Das wäre eine Folge. Oder man sagt, dass man Zusatzbeiträge von den Versicherten nimmt mit der Folge, dass sie zwar einen geringeren allgemeinen Beitragssatz zahlen, über diese Zuzahlung aber wieder in die Dimension kommen, die sie früher insgesamt bezahlt haben. Damit wären sie jetzt allerdings voll belastet und nicht anteilsweise über den Arbeitgeber. Umgekehrt ginge auch eine Bonusregelung zugunsten der Arbeitgeber.

Ich glaube, dass sich das, was auf dem Podium so positiv geschildert wurde, insbesondere über die Beitragssatzsenkung für die Primärkassen, gemessen an dem, was der Fonds über Zuweisung und der Struktur, die wir hier in Berlin haben, insgesamt bringt, nicht so positiv auswirken wird. Das wollte ich als einen kritischen Punkt zu diesen positiven Berichten anmerken.

■ **Uwe Slama (Berliner Krankenhausgesellschaft):**

Ich finde die Initiative von Frau Senatorin Lompscher, zu einem solchen Forum einzuladen, hervorragend, weil das eine Möglichkeit bietet, in Berlin bestimmte Dinge auch in einem breiteren Kreis zu diskutieren. Wir werden sicherlich Gelegenheit haben, das im Zuge der Zeit zu vertiefen. Das als Vorbemerkung, vielen Dank für diese Initiative.

Zwei Fragen, einmal an Frau Senatorin Lompscher und dann an Herrn Knieps. Frau Lompscher, Sie hatten in einigen Punkten den investiven Bereich der Krankenhäuser angesprochen. Das herauszuarbeiten, was in Berlin noch kurzfristig möglich war, ist anerkannt, auch Ihre Leistungen für den investiven Bereich. Meine Bitte und Frage wäre, ob Sie einmal über diese Augenblicklichkeit hinaus Ihren Blick in die mittelfristige Perspektive wenden könnten, um eine Einschätzung abzugeben, wie Sie politisch die Möglichkeit in Berlin einschätzen, den investiven Bereich im positiven Sinne zu entwickeln – natürlich auch in Konkurrenz mit anderen Ressorts, insbesondere auch Finanzen. Welche Chancen sehen Sie im politischen Gestaltungssinne?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Knieps. Es ist gar nicht so lange her, dass sich am Brandenburger Tor weit über 100.000 Menschen zusammengefunden haben, um deutlich zu machen, dass der Krankenhausbereich, insbesondere was die Kostensituation betrifft, einer weiteren Unterstützung bedarf. Nicht deswegen, aber im Zusammenhang mit allen diesen Initiativen, ist auch das Bundesministerium für Gesundheit mit einem Reformvorhaben, das zurzeit in der parlamentarischen Beratung ist, initiativ geworden, um eine Entlastung zu schaffen. Jetzt wissen wir alle, insbesondere in Berlin, dass sich weltweit weitere politische Dinge ergeben, die auch ein politisches Handeln auf der Bundesebene erfordern. Meine Bitte und Frage an Sie hinsichtlich des Reformvorhabens lautet – ich glaube heute tagt auch

wieder der Bundesrat in dieser Thematik: Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, dieses Reformvorhaben – denn aus meiner Sicht wird es sich ganz sicher in die ersten Monate des Jahres 2009 hineinziehen – an diesen Klippen vorbeiführen, so dass für den Bereich letztlich etwas Positives verbleibt?

■ **Ingeborg Simon (Vorstand Volkssolidarität Berlin):**

Ich habe zwei Fragen an Herrn Knieps, den man ja sonst nicht so oft zu fassen kriegt.

Auf Anregung von Dr. Jonitz lautet meine erste Frage: Wie sieht die Perspektive für die paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor folgendem Hintergrund aus: Wir haben nicht nur die 0,9 Prozent Sonderbeitrag und nicht nur Rentner/innen, die auch die Pflegeversicherung ganz allein zu bezahlen haben. Wir bekommen jetzt über Steuern zusätzlich Geld ins System, die wesentlich über uns, d.h. über die Arbeitenden erbracht werden. Dies alles auch in Bezug auf die Strukturen in der Selbstverwaltung, bei denen paritätische Besetzung zwischen Unternehmern und abhängig Beschäftigten nach wie vor Gesetz ist. Zugleich vor dem Hintergrund, dass wir in ein Wahlkampffahr eintreten und Frau Schmidt nicht versäumt hat, schon jetzt mit Blick auf 2009 immer wieder ihre persönlichen Forderungen deutlich zu machen: Gehört die paritätische Finanzierung dazu oder nicht?

Meine zweite Frage, die ich ordnungspolitisch hoch gravierend finde, bezieht sich auf den Status Körperschaften in Bezug auf die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch hinsichtlich der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dieser neuen Regelung des Paragraphen 73b Hausärztervertrag ist auch ordnungspolitisch eine – wie ich finde – enorme Weichenstellung realisiert worden, in dem Sinne, dass die kassenärztliche Vereinigung nicht nur theoretisch nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, sondern auch sehr praktisch für die hausärztliche Versorgung öffentlich ausgebremsst wurde, wenn eben der Hausärzterverbund, ein privatwirtschaftlich organisierter Verbund, an seine Stelle tritt. Meine Frage geht dahin: Wir bilden ein neues Monopol in einem privatwirtschaftlichen Rahmen. Wie sieht die derzeitige Bundesregierung und wie sehen insbesondere die derzeit für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen den Status Körperschaft des öffentlichen Rechts sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für die gesetzlichen Krankenkassen in der Perspektive, auch vor dem Hintergrund von EU-Rechtsprechung und EU-Wettbewerbsregeln?

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Das war schon fast ein gesundheitspolitisches Fachseminar. Bevor Herr Knieps jetzt zu einem längeren Vortrag ausholt, würde ich sagen, dass zunächst Frau Senatorin Lompscher zu Wort kommt.

■ **Senatorin Katrin Lompscher:**

Ob es jetzt durch den Gesundheitsfonds 62 Millionen Euro weniger oder 100 Millionen Euro mehr in Berlin sind, diese Antwort überlasse ich gerne Herrn Knieps. Ich habe auch nur gesagt, dass, selbst wenn wir Profiteure sind, noch kein Grund besteht die Reform gut zu finden. Denn ich teile die Auffassung, dass die Aufgabe der Grundprinzipien der Organisation der Kranken-



versicherung in Berlin und in Deutschland – und dazu gehört eben auch die paritätische Finanzierung und Steuerung – ein riesiges Problem ist. Und dieser Gesundheitsfonds hat im Prinzip qua Gesetz die Unterfinanzierung geregelt, weshalb Zusatzbeiträge unausweichlich sind. Die Frage ist nur, ob die vor oder nach der Wahl kommen, und das finde ich unerfreulich.

Aber die Frage, die mir gestellt wurde, betrifft die Chancen für eine politische Ausweitung im Bereich Krankenhausinvestitionen. Ich glaube schon, dass es mir mit der Senatsklausur, die wir Anfang des Jahres hatten, gelungen ist deutlich zu machen, dass wir hier ein riesiges Handlungsfeld haben, und dass das auch ressortübergreifend anerkannt worden ist. Nun kann man sich das Geld nicht selber drucken, dann wären die Dinge einfach. Deshalb glaube ich, dass wir einen erheblichen Konkurrenzkampf um die Investitionsmittel des Landes Berlins haben werden, sich jedoch die Ausgangslage für den Krankenhausbereich deutlich verbessert hat gegenüber den Vorjahren. Davon gehe ich fest aus.

Außerdem gehe ich davon aus, dass wir durch die Umstellung von der Einzelförderung als Grundsatz zu einer Pauschalförderung als Grundsatz die Voraussetzungen für die Krankenhäuser verbessert haben, um auf dieser Grundlage – die ihnen eine gewisse Planungssicherheit schafft – weitere Finanzierungsquellen zu erschließen. Das ist zwar nicht ganz im Sinne des Gesetzgebers, weil wir die Krankenhausinvestitionen vollständig aus Landesmitteln tragen sollen. Aber die Realität ist, wie wir wissen, schon lange eine andere, und die Krankenhäuser sind schon seit Langem gezwungen, auch Eigenmittel oder Drittmittel für Krankenhausinvestitionen aufzuwenden. Wenn es uns gelingt, die öffentlichen Investitionen strukturell auf eine Pauschalförderung umzustellen, die dann über Jahressätze und für Krankenhäuser berechenbarer zur Verfügung steht, ist das ein zweiter Punkt, der die Krankenhausinvestitionen in der Zukunft tendenziell verbessern wird.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Dankeschön. Jetzt kommt der Kurzvortrag von Herrn Knieps:

■ Franz Knieps:

Ich wollte keinen Vortrag halten. Wie immer hat mich Frau Simon auf vermintes Gelände geführt. Die Bundesregierung ist eine Veranstaltung auf Zeit, getragen von einer Koalition, die einen Koalitionsvertrag hat und versucht hat, außer dem Präventionsgesetz das abzuarbeiten, was in diesem Koalitionsvertrag steht. Sie hat keine weitergehenden Überlegungen gemacht, was aus den kassenärztlichen Vereinigungen und aus den Krankenkassen wird. Deshalb kann die Beantwortung der Frage nur die private Auffassung von Franz Knieps sein.

Zum Paragraph 73b hat mir meine Ministerin eigentlich den Mund verboten. Ich darf nicht sagen, dass es das Ergebnis einer politischen Erpressung in einem südlichen Bundesland vor einer prekären Wahl für eine dominierende Partei war. Deshalb werde ich das auch nicht sagen. In der Tat wirft das die Systemfrage bei Krankenversicherungen auf. Ob das eine adäquate und verfassungsrechtlich haltbare Lösung ist, wird glaube ich geklärt werden, wenn das Gesetz in Kraft ist. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Krankenversicherungen oder niedergelassene Ärzte das so stehen lassen werden. Das wird Gegenstand juristischer Aus-

einandersetzungen. Aber die Frage geht in Richtung Parität – und da ist der Zug zur Erhaltung der reinen Parität längst abgefahren. Und zwar nicht mit der Reform, sondern mit der Reform, wo wir gesagt haben, statt Leistungsausgrenzungen machen wir 2009 einen neuen Zusatzbeitrag der Versicherten. Seitdem kann von Parität nicht mehr die Rede sein, auch vor dem Hintergrund, dass Leistungen ausgegrenzt worden sind und Zuzahlungen erhöht worden sind. Ob Politik – in welchen Gestaltungsformen und Zusammensetzungen auch immer – daraus die Konsequenz zieht, dort Selbstverwaltungsstrukturen, möglicherweise sogar die Rechtsform zu verändern, kann ich derzeit nicht abschätzen.

Ich würde folgenden Bedarf sehen, Selbstverwaltungsstrukturen zu ändern: Für mich muss die Selbstverwaltung zum einen in Richtung Kontrolle der Vorstände effizienter werden, zum anderen muss sie aber stärker von der Partizipation der Nutzer/innen geprägt sein. Ich persönlich bin Mitglied einer AOK und habe ein Problem damit, dass der Deutsche Gewerkschaftsbund für mich bestimmt, wer dort meine Repräsentanten sind. Ich würde möglicherweise die Listen DGB wählen, aber ich hätte gerne die Freiheit wählen zu können. Deshalb, glaube ich, dass wir in den Bestimmungen zur Sozialversicherungswahl einiges ändern müssen, damit sich möglicherweise auch die Zusammensetzung ändert, ohne irgendwelchen Tarnorganisationen den Weg in die Selbstverwaltung zu öffnen.

Die Parität der Finanzierung ist für mich dann eine nachrangige Frage, wenn wir auch mal darüber reden, wovon die Beiträge erhoben werden. Ich finde es hoch ungerecht, dass es eine Beitragsbemessungsgrenze gibt, jedenfalls auf dem heutigen Niveau. Ich finde es hoch ungerecht, dass Einkunftsarten unterschiedlich behandelt werden. Für mich ist in der Zielrichtung we-



niger wichtig, ob Arbeitgeber wieder voll in die Parität kommen, sondern, dass von ganz anderen Einkunftsarten auch Beiträge erhoben werden und wenn das faktisch schwierig oder unmöglich ist, dass dann die Steuer dort einen wesentlich größeren Finanzierungsbestandteil einnimmt.

Wie ist die Perspektive für die Krankenhäuser? Die Ministerin hat zugesagt – und das ist durch den Kabinettsbeschluss auch abge-

sichert – dass es für Krankenhäuser gegenüber der Ausgaben für 2008 3 bis 3,5 Milliarden Euro mehr geben wird. Die Zusage steht und ist auch im Gesundheitsfonds im Schätzerkreis eingespeist. Das Gesetz wird so formuliert werden und mit großer Sicherheit eine Mehrheit finden, dass diese 3,5 Milliarden Euro gewährleistet bleiben. Wir haben aber auch eine Reihe von sehr technischen Problemen, etwa das Ende der Konvergenzphase sowie einige andere Dingen, die erst jetzt auf den Tisch gekommen sind. Wir müssen deshalb noch mal an einzelnen Punkte arbeiten, aber die große Zusage steht.

Noch eine Anmerkung zum Fonds. Herr Tesic hat zu Recht darauf hingewiesen, dass das Gutachten der Professoren Wille und Wasem den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich noch nicht berücksichtigen konnte. Nach den letzten Zahlen des Bundesversicherungsamtes von Anfang dieser Woche erleidet Berlin keine Verluste und es fließt kein Geld ab. Demnach ist Berlin von einer solchen Konvergenzregelung – die vor einem plötzlichen Mittelabfluss in der Höhe von 260 Millionen Euro geschützt hätte und nur 100 Millionen im ersten Schritt gegeben hätte – nicht betroffen.

■ **Klaus Ehrenheim (Sozialwerk Berlin / Kompetenznetz Für das Alter / Landessenorenbeirat):**

Das Thema Senior/innen interessiert mich besonders. Es wäre schön, wenn Frau Senatorin Lompscher, Herr Dr. Jonitz und auch Herr Knieps aus der Sicht des Bundesgesundheitsministeriums etwas dazu sagen würden. Ich wüsste gern, ob Sie es für richtig halten, dass die Frage der Alterskrankheiten, der Geriatrie, bei der Ausbildung der Mediziner keine Rolle spielt? Diese wird zwar angeboten, ist aber leider kein Prüfungsfach. Meine zweite Frage ist, ob Sie es für richtig oder wie ich für änderungsbedürftig halten, dass wir in Berlin – in der Technischen Universität, Freien Universität und Humboldtuniversität – keinen Lehrstuhl für Geriatrie haben? Als dritten Punkt finde ich es auch wichtig, dass sich unsere Hausärzt/innen in Berlin auf diesem Gebiet weiterbilden. Wir haben – wenn überhaupt – zu wenige Möglichkeiten für Hausärzt/innen, sich auf diesem Gebiet weiterzubilden. Danke schön.

■ **Karin Stötzner (Patientenbeauftragte des Landes Berlin):**

Bei aller Kritik im Einzelnen, nämlich, dass doch häufig sozial schwache und einkommensschwache Personengruppen zunehmend mehr belastet werden, habe ich großen Respekt davor, wie die Politik versucht, Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich zu regeln, sowie vor dem Versuch der Politik, die Balance hinzubekommen, medizinischen Fortschritt auf den Weg zu bringen und trotzdem eine Finanzierbarkeit des Systems zu erhalten. Dennoch werden diese Rahmenbedingungen gesetzt und die Selbstverwaltung versucht sie dementsprechend umzusetzen. Da mir aber diese Regelungen durch die Selbstverwaltung in vielen Punkten nicht transparent sind, lautet meine ganz konkrete Frage an die Berliner Akteure in der Selbstverwaltung: Wie werden diese neuen Möglichkeiten – dass zusätzliche Mittel in die Krankenhäuser und zusätzliche Mittel in die Honorierung der Ärzt/innen fließen können – so umgesetzt, dass die Probleme, die wir in der Versorgung in Berlin haben, tatsächlich aufgegriffen werden? Wir diskutieren nachher die fachärztliche Versorgung, die in der Stadt ungleichmäßig verteilt ist. Wir haben aber auch

große Probleme mit der ärztlichen Versorgung in Heimen. Deswegen die ganz konkrete Frage: Spielen diese Defizite, die jetzt in der Selbstverwaltung in der Umsetzung dieser neuen Vorgaben geführt werden und die wir in den Diskussionen ganz konkret benennen können, eine Rolle?

Schließlich eine Anmerkung an die Politik. Ich finde es wunderbar, dass wir dieses Forum endlich haben und diese Dinge für Berlin öffentlich und laut ansprechen können. Ich finde es ebenso wunderbar, dass wir in diese Gremien hinein, die bisher hinter den Türen bestimmte Dinge umgesetzt haben, auch ein bisschen Druck machen können. So haben wir die Gelegenheit zu fragen, wie z.B. die Prioritäten gesetzt werden, damit die Probleme, die wir hier haben, auch tatsächlich umgesetzt werden.

■ **Johannes Spatz (Forum Rauchfrei):**

Als wir vor vielen Jahren die ersten Gesundheitskonferenzen in Berlin durchgeführt haben, hatten wir gesagt, dass wir die Mächtigen – die Kassen und Ärztevertreter/innen – im Gesundheitswesen dabei haben müssen, um sie für die Themen der Prävention zu interessieren. Wenn man sich das heute anschaut, muss man zugeben, dass die Kassen und Ärzt/innen das Rennen gemacht und ihre Themen durchgesetzt haben, nämlich die kurative Medizin. Deswegen muss es erlaubt sein, hier ein Thema anzusprechen, über das man nach gesundheitswissenschaftlichen Aussagen sagt, dass es die wichtigste Einzelursache für Krankheit und Tod ist und verantwortlich für zwei Drittel der Unterschiede der Lebenserwartungen zwischen Arm und Reich. Aus diesem Grunde spreche ich hier über die Tabakprävention und über ein Thema, das im Augenblick sehr aktiv diskutiert wird in Berlin. Nämlich die Frage, ob man die Menschen vor Passivrauch in der Gastronomie schützen sollte, ob dieses Forum hier auch fordert, dass wir für eine totale rauchfreie Gastronomie in Berlin haben und diese Forderungen nach außen trägt? Meine Frage an Sie ist, ob Sie sich dem auch anschließen können?

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Jetzt habe ich auf meiner Liste erst einmal die Punkte Geriatrie und den Lehrstuhl, dann kommen die Selbstverwalter dran und schließlich geht es um das Rauchverbot.

Frau Senatorin Lompscher, bitte zum Thema Lehrstuhl an der Humboldt- Uni.

■ **Senatorin Katrin Lompscher:**

Die Politik muss sich an dieser Stelle – und das sage ich auch ganz deutlich – auf das verlassen, was ihr von den Expertinnen und Experten auf diesem Gebiet geraten und empfohlen wird. Richtig, wir haben Möglichkeiten, Prüfungsordnungen, Weiterbildungsordnungen usw. zu entwickeln. Wir sind aber darauf angewiesen, dass uns von denen zugearbeitet wird, die auf dem Gebiet besser Bescheid wissen. Insofern bin ich über die Frage in diesem Forum dankbar und werde sie aufgreifen, um die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen, die über diese Dinge mehr wissen, anzufragen. Fakt ist – und insofern ist die Frage fast nur rhetorisch gewesen – dass demografischer Wandel nicht nur heißt, dass wir einen zunehmenden Anteil älterer Bevölkerung haben werden. Demografischer Wandel heißt auch, dass wir länger leben und dadurch andere Krankheitsbilder die zweite Lebensphase bestimmen werden. Trotzdem ist das gesundheits-

politische Ziel, gesund zu altern. Wenn ich allein auf dieser abstrakten Ebene argumentiere, spräche viel dafür, Alterskrankheiten zum Prüfungsfach zu machen, einen Lehrstuhl einzurichten und die Weiterbildung auf diesen Themen zu verbessern. Trotzdem möchte ich mich gerne auf die Expertise von Herrn Dr. Jonitz und Anderen verlassen können.

■ Dr. Günther Jonitz:

Was die Approbationsordnung angeht, müssen Sie, Herr Knieps, sich äußern. Da steht leider sehr viel drin, bei dem man später als klinisch tätiger Doktor das Gefühl hat, man könnte es auch zugunsten anderer Themen umschichten. In der Weiterbildung haben wir nicht nur in der Ärztekammer in Berlin einen eigenen Arbeitskreis Geriatrie. Ich freue mich auch, dass die Vertreter der geriatrischen Abteilungen und Kliniken, die wir in Berlin haben, sehr konstruktiv arbeiten. Wir haben auch eine Professorin für diesen Bereich, die im Evangelischen Zentrum in Wedding arbeitet und dort aktiv ist. Wir beschäftigen uns mittlerweile auf unterschiedlichen Ebenen und schwerpunktmäßig gerade mit dem Thema Pharmakotherapie im Alter. Das ist ein Thema, das nicht nur ein Mal im Jahr von der Arzneimittelkommission diskutiert wurde, sondern auch regelmäßig aufgegriffen wird. Wir bemühen uns auch in Kooperation mit den Hausärzt/innen entsprechende Angebote zu machen. Dort tun wir das, was in unseren Kräften als Kammer steht. Aber auch hier haben Sie dann wieder die übliche Frage, welcher Stuhl denn eigentlich zuständig ist. Ich nehme den Ball gerne auf. Anhand des Jahresgesundheitsberichtes des Senats und der Betroffenen selber sollte man sich wirklich einmal Gedanken machen, wo wir tatsächlich noch Lücken haben, die wir entsprechend schließen können.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Mit dem Engagement der Selbstverwaltung fängt jetzt vielleicht am besten Herr Schmitt an. Zur Approbation können Sie, Herr Knieps, gleich noch etwas sagen.

■ Hermann Schmitt:

Selbstverständlich sind in diesen Tagen und schon seit Wochen die Berlin spezifischen Besonderheiten bei der Geldverteilung und der damit zu lösenden Probleme Hauptthema der Selbstverwaltung. Es ist aber, wie Sie sich vorstellen können, nicht einfach, wenn es um die Verteilung von Geld geht. Sämtliche Problembereiche, Stichwort Rheuma, Stichwort HIV – um nur zwei stadtbekannt Themen anzusprechen – sind in der Diskussion, insbesondere mit der KV, wobei alle Kassen gefordert sind, das Geld erstmals kassenartenübergreifend zu verteilen. Auch die Honorarverteilung innerhalb der Ärzteschaft wird neu geregelt. Das ist eine Baustelle, wo alle Beteiligten bis zum 15.11 formal ihre Hausaufgaben gemacht haben müssten und das ist in wenigen Tagen. Dabei zeichnet sich schon in anderen Bundesländern ab, dass sich die Selbstverwaltung nicht einigen wird über den einen oder anderen Punkt der Verteilung des Geldes und dann Schiedsämter entsprechend Regularien treffen müssen. Das kann auch in Berlin durchaus möglich sein und ist genau der Knackpunkt.

Wenn sich die Selbstverwaltung, wie sie es auch schon über Jahre bewiesen hat, nicht mehr einigt, wird die Politik irgendwann zu Recht sagen, dass sie dieses Hauen und Stechen untereinander

leid sei und greift schließlich durch Ersatzmaßnahmen ein. Wir sind eigentlich alle selbst gefordert und auch daran schuld, wenn wir es nicht schaffen, ordentliche Lösungen hinzubekommen und die Politik eingreift. Ich kann zumindest nur zusichern, dass die Probleme – und das war ja ihre Frage – den Beteiligten in diesen Beratungsgremien hinlänglich bekannt sind und kein Problem ausgeklammert wird. Ob es allerdings immer zur Zufriedenheit der jeweiligen Gruppe gelöst wird, kann ich Ihnen hier und heute wirklich noch nicht versprechen. Denn das ist ein laufendes Verhandlungsgeschäft, das im Moment fast Tag und Nacht geht.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Jetzt habe ich das Stichwort Approbationsordnung. Herr Dr. Jonitz war noch eine Antwort schuldig. Frau Senatorin Lompscher schließlich noch zum Thema Nichtraucherchutz.

■ Franz Knieps:

Es macht zwar im Haus eine Kollegin, aber ich weiß, dass das eines der schwierigsten Probleme überhaupt ist, weil man weitgehend Konsens mit der medizinischen Wissenschaft und der medizinischen Praxis bekommen muss. Da gibt es ein Hauen und Stechen um entsprechende Forderungen. In unserem Hause liegen dafür große Sympathien vor und wir haben den Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen beauftragt, altersbedingte Veränderungen im Versorgungssystem in Deutschland zu analysieren und entsprechende Vorschläge für die Politik zu machen. Das Gutachten wird im nächsten Jahr erwartet. Mitglied dieses Sachverständigenrats ist im Übrigen ein Fakultätsmitglied der Charité, Frau Prof. Kulmey, die sich schwerpunktmäßig auf die Gerontologie spezialisiert hat. Herr Dr. Jonitz hat bereits darauf aufmerksam gemacht, dass ein weiteres Fakultätsmitglied, Frau Steinhagen-Tiessen, einen Lehrstuhl für Geriatrie an der Charité inne hat. Von daher ist das Fach hier in Berlin prinzipiell verankert. Schon in Ihrem Statement haben Sie, Herr Ehrenheim, erwähnt, dass dieser Bereich weiter ausgebaut werden muss, wir insbesondere Zusatzqualifikationen für alle Arztgruppen haben müssen und uns nicht nur ein entsprechend qualifizierter Facharzt oder eine Fachärztin aus der Bredouille hilft. Die Hausärzt/innen, die Internisten und andere müssen entsprechend qualifiziert sein. Die Praxen und Krankenhausabläufe müssen auf ältere Menschen ausgerichtet und das gesamte System auf den demografischen Wandel einstellt sein. Deshalb ist meine persönliche Meinung, dass wir nicht allzu sehr auf den entsprechenden Facharzt schauen sollten, sondern auf die Gesamtqualifizierung des Systems der Tätigen im System, damit sich diese mit den altersspezifischen Erkrankungen und den altersspezifischen Bedürfnissen der Menschen auseinandersetzen. Natürlich muss man auch den Forschungsfokus stärker auf altersbedingte, insbesondere demenziell bedingte, Erkrankungen richten. Das macht die Politik auch, wir haben einen Sonderforschungsbereich mit 60 Millionen Euro nur für diesen Bereich aufgelegt. Wenn man sich zudem ansieht, was wir in diesem Bereich an Geld ausgeben, dann stehen wir beispielsweise im Vergleich zu Frankreich ganz gut da.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Herr Dr. Jonitz hat das Wort.



■ Dr. Günther Jonitz:

Ich bin noch ein Wort zu meiner Zurückhaltung beim Thema Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) schuldig. Ich muss Ihnen, Frau Stötzner, soweit widersprechen, dass dort eben nicht die Ärzt/innen, die Zahnärzt/innen und die Krankenkassen drinsitzen. Da sitzen die Kassenärzt/innen und die Kassenzahnärzt/innen drin. Und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist, nach Aussagen des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, für das Geschäft zuständig. Für die Inhalte der Berufsausübung – und zwar völlig ungeachtet, ob der/die Arzt/Ärztin als Kassenarzt/-ärztin, als Krankenhausarzt/-ärztin oder als Privatarzt/-ärztin arbeitet – ist die Ärztekammer zuständig und diese ist in dem Gremium nicht vorgesehen. Der zweite Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass dieses Gremium sachlich orientierte und wissenschaftlich begründete Beschlüsse fassen soll. Ich darf an einen Beschluss zur Mindestmengenregelung bei Kniegelenksendoprothesen erinnern, der alte Leute betrifft. Dort wurde aufgrund des – entschuldigen Sie – grassierenden Wahnsinns von Leuten, die sich nicht mit der konkreten Materie befasst haben, festgelegt, dass die Qualität dort besser wäre, wo viel gemacht wird. Hauptsache viel, das ist immer gut. Wenn man aber ein Gutachten erstellt mit der Frage, gibt es eine Grundmenge, nach dem Motto wer mehr als eine bestimmte Menge an Operationen im Jahr macht, ist besser und wer weniger macht, ist schlechter, dann kommt ein solches Gutachten zu der Aussage, dass es keine solche Schwelle gibt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, dass eine Mindestmenge eingeführt wird. Das bedeutet in der Konsequenz, dass eine Abteilung, die schon 18 Kniegelenke operiert hat, ihr aber noch zwei Operationen bis zum Jahresende 2008 fehlen, im Extremfall in regionalen Altersheimen nachfragt, wer vielleicht noch eine Endoprothese braucht, um diese dann noch vor Weihnachten segensreicherweise zu bestellen. Entschuldigung, da bin ich nach wie vor noch nicht lang genug in der Politik, um mich wegen solcher Geschichten emotional und neutral zu verhalten. Das ist Körperverletzung auf einer gesetzlichen Grundlage. Der dritte Kritikpunkt am G-BA: der G-BA ist leider keine Führungseinrichtung. Der G-BA hat es bis zum heutigen Tage unterlassen,

die Länderebenen, die tatsächlich konkret die Arbeit im Sinne der Qualitätssicherung machen, mit ins Boot zu holen. Der G-BA administriert und reguliert und arbeitet im Notfall mit Ersatzvorlagen, spricht mit Kontrolle, Zwang, Sanktion. Genau diese Ebene müssen wir dringend verlassen, damit das funktioniert. Da sehe ich aber derzeit noch keine Lösung, allerdings konkreten Anzeichen dafür, dass es besser wird. Ich kann es nur wünschen und die Mitarbeit anbieten.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Wir biegen langsam in die Schlusskurve ein. Frau Senatorin Lompscher wollte noch etwas zum Thema Nichtrauchererschutz sagen.

■ Senatorin Katrin Lompscher:

Ich kann mich zu diesem Thema tatsächlich kurz fassen. Ja, ich bin für eine rauchfreie Gastronomie, ja ich bin für rauchfreie Arbeitsplätze und nein, wir werden keine rauchfreie Gastronomie haben in Berlin, weil sich das Parlament dieser Auffassung nicht anschließen wird. Das ist der Stand der Dinge. Im Übrigen möchte ich darauf hinweisen, dass – bei allen Diskussionen um die Gesundheitsgefahren des Rauchens – diese ausführlich dargelegt sind. Die Gesundheitsberichte, die wir machen, zeigen uns, dass das Thema Rauchen zu Hause im elterlichen Umfeld genauso wichtig ist. Natürlich können wir jetzt aber nicht so weit gehen und sagen, dass wir das Rauchen zu Hause verbieten. Vielmehr müssen wir die Verhältnisprävention so weiterentwickeln, dass dem Rauchen die Grundlage entzogen wird. Da ich glaube, dass das neben den gesetzlichen Bestimmungen sehr ausschlaggebend ist, bin ich sehr dafür, dass man einen erneuten Anlauf wählt. Hätten wir uns auf Bundesebene durchsetzen können, die Arbeitsstättenverordnung um einen kleinen Absatz zu erweitern, gäbe es diese Debatte nicht.

Da dies aber nicht der Fall ist, bin ich dafür, über das Thema Nichtrauchererschutz nicht nur bezogen auf die Gastronomie zu reden.

■ Hans-Bernhard Henkel-Hoving:

Jetzt gibt es noch drei Wortmeldungen.

■ Silvia-Reetta Deppermann (Deutscher Verband für Physiotherapie):

Ich komme vom deutschen Verband für Physiotherapie. Wir vertreten bundesweit ca. 32.000 Mitglieder. In meiner Arbeit als Vorstand hier in Berlin bin ich inzwischen keine Freundin der Selbstverwaltung mehr. Ich will Ihnen auch gerne erklären warum. Wir haben 13 Jahre lang um bessere Bezahlung von Physiotherapeut/innen in dieser Stadt gekämpft. Das Endergebnis für dieses Jahr war die Grundlohnsumme. Das sind 0,89 Prozent. Wir haben heute schon viel über Geld und Geldverteilung geredet. Ärzte und Krankenhäuser haben sich mit 10 Prozent, weit entfernt von der Grundlohnsumme, durchgesetzt. Wir leben in der Hauptstadt des wiedervereinigten Deutschlands. Die Wiedervereinigung ist dieses Jahr 18 alt geworden, volljährig. Aber wir haben in dieser Stadt bei den Physiotherapeut/innen ein nach wie vor getrenntes Preisgefüge, was eine Differenz zwischen Ost- und Westberlin von 23 Prozent aufweist. Das finde ich nach 18 Jahren Wiedervereinigung unglaublich. Sie verstehen meinen Är-

ger. Nun meine Frage zunächst an Alle. Ich würde Sie bitten hintereinander weg eine Stellungnahme abzugeben, wie viel Ihnen die Handarbeit eines hochqualifizierten Physiotherapeuten bzw. einer Physiotherapeutin für 30 Minuten wert wäre? Ich spreche damit die manuelle Lymphdrainage an. Sie sprachen heute Morgen in Ihrem Vortrag die Mamma ablatio an. Gerade bei diesen Operationen hat sich die Nachbehandlung mit der manuellen Lymphdrainage auch wissenschaftlich absolut etabliert. Diese Handarbeit ist auf 30 Minuten festgelegt – egal ob ein oder zwei Lymphknoten entfernt worden sind. Das bedeutet, dass dort wirklich jemand, der vorher eine teure Weiterbildung gemacht hat, 30 Minuten am Patienten bzw. der Patientin sitzen muss. Wir sind in Berlin inzwischen so weit, dass wir eine wirkliche Gefahr darin sehen, dass die Versorgung dieser Versicherten langfristig gefährdet ist. Denn der Preis, der augenblicklich dafür bezahlt wird, ist alles Andere als wirtschaftlich. Deshalb meine erste Frage an Alle: Wie viel ist Ihnen diese Handarbeit wert? Meine zweite Frage lautet: Wie sehen Sie die Perspektive, wie lange müssen wir Heilmittelerbringer, insbesondere wir Physiotherapeut/innen in Berlin, warten, um diese desolaten Zustände – 23 Prozent in der Hauptposition Krankengymnastik – endlich vom Tisch zu haben und auch dort Grund haben Einigkeit zu feiern?

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Die Machtfrage und die Ost-West-Frage. Jetzt Herr Albers.

■ **Wolfgang Albers (Gesundheitspolitischer Sprecher der Linkspartei im Abgeordnetenhaus):**

Ich wollte nur eine ganz kurze Bemerkung zu der Frage von Herrn Slama von der Krankenhausgesellschaft machen. Stichwort: Perspektive Investition. Ich glaube, dass es wichtig ist, Folgendes vor diesem Gremium zu sagen. Von den etwa 90 Millionen Euro, die wir zurzeit für die Investition im Jahr zur Verfügung haben, zahlen wir alleine 33 Millionen Euro für Schulden, die wir aus den 1990er Jahren haben, so dass im Grunde genommen nur noch ein Volumen von 60 Millionen übrig ist. Insofern ist diese Summe von 20 Millionen, die wir zusätzlich erreicht haben, ein ungeheurer Aufwuchs von fast einem Drittel. Zugleich werden dafür sorgen müssen – und sind politisch auch in der Verpflichtung – dass diese 33 Millionen, die jetzt jährlich noch für die Kredite rausgehen, ab 2014 tatsächlich wieder für Berliner Krankenhausinvestitionen zur Verfügung stehen.

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Jetzt noch die letzte Wortmeldung, die ich zeitlich zulassen kann. Bitteschön.

■ **Christiane Droste (Gender +):**

Ich berate die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming. Ich habe nur eine kurze Anmerkung aus der Beobachtung des ersten Teils dieser Veranstaltung. Es ist eher der Wunsch, das Augenmerk verstärkt auf eine Differenz zu lenken, die es meines Erachtens in der Gesundheitsversorgung gibt und die in der heutigen Diskussion, zumindest noch nicht explizit, beachtet wurde. Dem Einen oder der Anderen von Ihnen mag aufgefallen sein, dass die Senatorin von Berlinern und Berlinerinnen sprach, dass Herr Knieps von Patienten und Patientinnen sprach und von der

mehrheitlich weiblichen Struktur der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner gesprochen wurde. Gender bedeutet die Beachtung sowohl des biologischen und sozialen Geschlechts als auch der kulturellen Differenz. Der Bereich gesundheitliche Versorgung hat ganz wesentliche Anteile daran, auch um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Das betrifft die Bereiche Symptomatik, Diagnostik, Versorgung sowie die Arbeitssituation der in der gesundheitlichen Versorgung Arbeitenden, insbesondere die Führungspositionen der gesundheitlichen Versorgung in den Krankenhäusern. Es geht mir dabei nicht um Rhetorik, sondern um qualitative Veränderungen. Deshalb möchte ich darauf hinweisen, dass das Land Berlin begonnen hat, diesen Prozess auch massiv umzusetzen: So gibt es Ansätze in der Gesundheitsberichterstattung. Sie werden den letzten Gesundheitsbericht wahrgenommen haben, in dem bereits nach Geschlecht differenziert wird; die Arbeit der Fachstellen beginnt sich damit auseinander zu setzen; in die Arbeit der Landgesundheitskonferenz wird zukünftig die Genderperspektive stärker einfließen und auch die Kassen haben begonnen, sich damit auseinander zu setzen; es gibt einen Männergesundheitsbericht einer, ich glaube, Brandenburgischen Krankenkasse. Ich möchte einfach an Sie Alle appellieren, dass dieser Aspekt auch in der Diskussion – dort, wo er bereits bearbeitet wird – explizit gemacht wird, da es nicht nur eine rhetorische, sondern auch einen inhaltliche Frage ist.

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Herzlichen Dank für den Hinweis. Ich würde jetzt vorschlagen, dass wir von rechts nach links vorgehen, Frau Senatorin Lomp-scher dann aber als Hausherrin das Schlusswort hat. Ich habe jetzt innerlich das Thema „Was ist uns Physiotherapie wert?“ notiert, aber auch „Emanzipation von nicht-ärztlichen Heilberufen“ und den „Ost-West- -Konflikt“ in Anführungszeichen.

■ **Hermann Schmitt:**

Hinsichtlich der Ost-West-Problematik muss ich gestehen, dass ich mit der Frage, ob diese noch in Berlin existiert, überfordert bin. Das muss ich klären. Die Frage hätte ich Ihnen jetzt nicht beantworten können, halte das aber – wie Sie selbst sagen – mittlerweile nach der Dauer der Einheit auch bundesweit für überholt. Denn der einheitliche Beitragssatz zeigt auch den Weg, dass wir einheitlich die Einnahmen haben. Deshalb müsste das auch schnellstens gelöst werden.

Zu der Frage, wie hoch ich Ihre halbe Stunde bewerte, kann ich nur sagen, dass ich die jetzigen Tarife nicht kennen. Aber ich glaube auch nicht, dass ich so hoch gehen kann, wie bei einer sog. Handwerkerstunde, auch wenn Sie Handwerk machen. Aber wenn ich die halbe Stunde mit 20 Euro anzusetzen, hoffe ich, dass ich nicht sehr daneben liege aus Kassensicht. Dass wir aus Ihrer Sicht im Moment zu wenig bezahlen, kann ich nachvollziehen. Aber ohne in die Tiefe zu gehen, würde ich sagen, dass die halbe Stunde für eine solche Arbeit schon mit 20 Euro bewertet werden sollte. Ob wir diese dann zahlen, lasse ich offen.

■ **Franz Knieps:**

Es wurde zu Recht gesagt, dass die Macht um die Institutionenfrage gestellt wird. Diese werde ich nicht dadurch beantworten, dass ich einen Betrag, den ich in keiner Weise schätzen

kann, in die Diskussion einwerfe. Ich wollte nur darauf aufmerksam machen, dass wir im laufenden Krankenhausgesetzgebungsverfahren eine Schiedsstellenregelung für Heilmittel einführen werden, damit kein vertragsloser Zustand kommen und nicht unendlich verhandelt werden kann, sondern dass es immer Konfliktlösungen gibt. Selbstverständlich halte ich eine unterschiedliche Behandlung – ob sie in Lichtenberg oder Zehlendorf ausgeführt wird – für nicht mehr adäquat. Da kann ich mich nur dem Kollegen von den Krankenkassen anschließen.

Zum Thema Gender. Es ist nicht nur eine gesellschaftspolitische Verpflichtung, sondern wir haben das SGB V geändert und haben ausdrücklich für alle Akteure, für Kassen wie Leistungserbringer, gesetzlich normiert, dass diese Aspekte zu beachten sind. Damit ist es nicht mehr in das Belieben der Einzelnen gestellt, ob sie dieses tun oder nicht.

■ **Dr. Günther Jonitz:**

Ich habe selbst in den drei Monaten vor meinem Studium erlebt, wie segensreich es ist, mit Händen und Verstand Patienten gerade zu biegen und nicht mehr dem orthopädischen Chirurgen überlassen zu müssen. Ich will jetzt auch nicht mit dem Honorar für einen Hausarzt kommen, der 16 Euro für einen Hausarztbesuch bekommt oder für eine Stunde Physiotherapie, wenn wer Glück hat, einen Umsatz von 40 Euro macht. Wir haben generell das Problem im Gesundheitswesen, dass viel zu viel Geld bei den Einrichtungen liegen bleibt, die den Menschen oder Patienten gar nicht sehen. Diesen Prozess müssen wir grundsätzlich umdrehen. Die unmittelbare Versorgung kranker Menschen muss richtig teuer werden und richtig segensreich. Wie haben wir das im ärztlichen Dienst hinbekommen? Im KV-Bereich haben ein Teil der West-Ärzeschaft auf einen Teil ihrer Honorare oder Honorarerhöhungen zugunsten der Ost-Kollegen verzichtet; im stationären Bereich genau das Gleiche. Der Marburger Bund hat einen Tarifabschluss gemacht, der – ich sage es ganz offen – den Westberliner Kolleg/innen eben keine Einkommenszuwächse zugebilligt hatte, dafür die Ost-Ärzt/innen auf Westniveau angeglichen hat. Das bedeutet, dass etwas getan worden ist. Wie das dann konkret läuft, d.h. welche Interessensgruppe welche Interessen durchsetzen, würde ich auch gerne verstehen. Die Hebammen haben es geschafft.

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Frau Senatorin Lompscher, Sie haben das Schlusswort.

■ **Senatorin Katrin Lompscher:**

Es ging ja nicht nur um die Ungleichbezahlung, es ging auch – wenn ich das richtig verstehe – um die Unterbezahlung in bestimmten Heilberufen. Diese Berufsgruppen sind elementar, damit wir das, worüber wir hier immer reden, nämlich eine gesunde Bevölkerung, gesunde Berlinerinnen und Berliner, auch erreichen. Insofern denke ich, dass es extrem wichtig ist, auch auf dieses Thema hinzuweisen. Wenn wir über die aktuellen Tarifstreitigkeiten im Krankenhausbereich reden: Im Marburger Bund wird die Seite der Seite Ärzt/innen vertreten, es gibt in den Krankenhäusern aber auch das Pflegepersonal. Es scheint mir unstrittig, dass dort große Lücken klaffen und es außerordentlich ungerecht ist. Deshalb bin ich auch dankbar für diesen Hinweis.

Das hier ist tatsächlich ein öffentliches gesundheitspolitisches

Forum, in dem wichtige Themen angesprochen werden, die uns politisch zu interessieren haben.

Da Sie das konkretisiert haben in Richtung der Primärkassen, AOK und City-BKK, werde ich Herrn Schmitt nicht alleine lassen, sondern selbst auch fragen. Gender und Gesundheit interessiert mich auch. Für mich ist wichtig, dass wir nicht nur im SGB V einen Paragraphen und im Gesundheitsbericht genderdifferenzierte Daten haben. Vielmehr sollten wir uns angucken, was die Angleichung von Lebenslagen in bestimmten Dingen konkret heißt. Da könnte ich jetzt wieder auf das Rauchen zurückkommen. Die Angleichung in diesem Gebiet führt dazu, dass bestimmte Krankheitsbilder bei Frauen unglaublich aufholen, was im Sinne der Gesundheitspolitik nicht besonders erfreulich ist. Wir sehen trotzdem signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten und bei der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen. Mein Appell zu diesen Fragen wäre, uns der Ansätze, die wir eigentlich schon wissen, verstärkter zu bedienen und zwar jeder in dem Bereich, in dem er tätig ist. Denn wir haben im Prinzip die Erkenntnis über die sowohl biologischen und sozialen als auch kulturellen Unterschiede im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner. Was wir noch nicht haben, ist tatsächlich die konkrete Schlussfolgerung daraus. Daran weiter zu arbeiten, ist sicherlich ein außerordentlich notwendiger und dringlicher Appell.

Danke für die aus meiner Sicht wirklich sehr anregende und breite Diskussion. Ich bin sehr froh, dass diese ersten zwei Stunden gezeigt haben, dass es wahrscheinlich keine falsche Entscheidung, war diesen Auftakt der LGK gesundheitspolitisch so breit zu öffnen. Ich bin außerdem froh darüber, dass es auf dieser Grundlage auch gelungen ist, so renommierte Referent/innen zu gewinnen und Sie selber anzuregen, an der Diskussion ausführlich teilzunehmen.

■ **Hans-Bernhard Henkel-Hoving:**

Herzlichen Dank.



Workshops

Workshop 1: Die fachärztliche Versorgung in Berlin im Lichte der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Podium:

Harald Möhlmann, AOK Berlin

Michael Räßler-Wolf, Bezirksstadtrat Gesundheit Lichtenberg

Martina Schmiedhöfer, Bezirksstadträtin Gesundheit Charlottenburg/Wilmersdorf

Dusan Tesic, Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Moderation: *Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin*

Die ärztliche Versorgung in Berlin wird durchaus kontrovers diskutiert. Eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte konnte mit den Maßnahmen der Bedarfsplanung bisher nur bedingt erreicht werden. Im Tätigkeitsbericht der Patientenbeauftragten wird darauf hingewiesen, dass in Teilen der Bevölkerung ein Ungleichgewicht in der fachärztlichen Versorgung sowie lange Wartezeiten wahrgenommen werden. Die Tatsache, dass Berlin ein einziger Versorgungsbereich für niedergelassene Ärzte sei, wirke sich insbesondere nachteilig für die Berliner Ostbezirke und Bezirke mit einer schwachen Einkommensstruktur aus, wie es in dem Bericht weiter heißt.

Im Mittelpunkt des von Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin, moderierten Workshops standen folgende Leitfragen:

- Hat Berlin ein Problem mit der fachärztlichen Versorgung?
- In welchen Bereichen gibt es Unter- bzw. Überversorgung?
- Ist die jetzige Regelung zur Bedarfsplanung ausreichend um eine ungleiche räumliche Verteilung der Ärzte in Berlin, mit den damit verbunden Versorgungsproblemen, auszugleichen?

- Welche Maßnahmen/Regelungen müssten getroffen werden, um Allokationsproblemen in der fach- und vertragsärztlichen Versorgung entgegenzuwirken?

■ Fachärztliche Versorgung im Bezirk – Bericht aus Berlin Lichtenberg

Michael Räßler-Wolf, Bezirksstadtrat für Gesundheit aus Berlin Lichtenberg, berichtete zur fachärztlichen Versorgung in seinem Bezirk. In Lichtenberg leben 250 000 Menschen. Jeder dritte davon ist 55 Jahre und älter, so dass 80 000 Menschen aufgrund ihres Alters häufiger einen Arzt aufsuchen. Er berichtete auch, dass es in Lichtenberg immer weniger Ärzte gebe. Aus Daten der Kassenärztlichen Vereinigung lässt sich ableiten, dass innerhalb von vier Jahren zwar 40 Ärzte neu in den Bezirk gekommen sind, jedoch 67 Ärzte den Bezirk verlassen haben, so dass unterm Strich 27 Ärzte weniger im Bezirk sind.

Insbesondere bei Hausärzten (weniger zwölf), bei Neurologen (weniger sechs), bei Augenärzten (weniger sechs) gab es Abwanderungen von Fachärzten aus Lichtenberg. Dem gegenüber stehen auch einige Zuwächse: so sind 2008 sind zwei Orthopäden mehr in Lichtenberg als noch fünf Jahre zuvor. Die Zahlen zum Versorgungsgrad für den Bezirk sprächen zunächst eine beruhigende Sprache. Im Durchschnitt und nach Versorgungsrichtwerten aus den 70er Jahren scheint es genügend Ärzte zu geben.

Wie aber sieht die Realität aus? Räßler-Wolf berichtete dazu, dass in Lichtenberg eine Umfrage in den Krankenhäusern, bei Ärzten und bei den Lichtenbergern selbst durchgeführt wurde. Diese ergab, dass in der Rettungsstelle des Lichtenberger KEH die Zahl der Notaufnahmen von 6.900 (2005) auf 8.500 (2007) gestiegen ist. Gründe hierfür seien auch, dass Patienten nach Überweisung häufig keinen Termin bekämen. Wenn Patienten zwar einen Termin bekommen hätten, jedoch erst nach vielen Wochen Wartezeit – dann verbringen sie lieber vier Stunden in der Notaufnahme als dass sie vier Wochen auf einen Termin warten.

Ähnlich sähe der Alltag im Oskar-Ziethen-Krankenhaus aus: besonders zum Quartalsende kommen Patienten mit Symptomen, die keine direkten Notfälle sind – weil sie keinen Termin bekommen haben oder die Praxis geschlossen war.

Wie sieht es bei den Ärzten aus? Im Rahmen der Umfrage wurden Augenärzte befragt. Die Anrufer haben sich als „Neu-Lichtenberger“ ausgegeben, 17 von 18 Lichtenberger Praxen angerufen, über diffuse Beschwerden geklagt und um einen Termin gebeten. Das Ergebnis war:

acht Praxen nehmen keine neuen Patienten auf, bei den verbleibenden neun Praxen betrug die Wartezeit auf einen Termin vier bis acht Wochen.

Der Gesundheitsstadtrat berichtete, dass bei ihm Leute anrufen, die händeringend einen Hausarzt suchen. Ihn erreichen zudem Beschwerden über lange Wartezeiten für Arzttermine und in den Arztzimmern selbst. Auch in Gesundheitskonferenzen, im Seniorenbeirat, in Leserbriefen machen die Lichtenberger ihrem Ärger Luft. Daraus schließt der Gesundheitsstadtrat, dass sich die gute rechnerische Versorgung oft nicht in der Wirklichkeit bestätigt.

Im Bezirksamt wurde durch den Gesundheitsstadtrat daraufhin ein Regionaler Ärzteatlas erstellt, der Antwort auf Frage liefern soll, ob es unterhalb des Bezirksdurchschnitts einen lokalen Versorgungsbedarf gibt. Als Goldene Regel setzte er den Maßstab, dass ein Arzt in der Nähe sein sollt, wenn er gebraucht werde. Deshalb will er weg vom Durchschnitt. Der Regionale Ärzteatlas umfasst fünf Stadtteile mit je 25 000 bis 65 000 Einwohnern. Dabei zeige sich schnell, dass es sich für manche Gebiete eher um einen Ärzte-Mangel-Atlas handele, da sich dort weit und breit keine Fachärzte fanden. Zehnmal haben wir in den Stadtteilen eine Facharztversorgung unter 50 Prozent feststellen müssen. Räßler-Wolf benannte hier drei Beispiele: in Lichtenberg-Süd gibt es keinen einzigen Urologen (null Prozent), in Lichtenberg-Mitte gibt es einen einzigen Hautarzt – für 65.000 Menschen (32 Prozent), und in Hohenschönhausen Nord gibt es zwei Orthopäden, jeder versorgt 29.000 Menschen (46 Prozent). Das sei nicht nur realistische, sondern auch belegte lokale Unterversorgung. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung habe diesen Ärzte-Mangel-Atlas im August erhalten, ebenso die Senatsverwaltung für Gesundheit und es gab Signale, dass sich die KV im Gemeinsamen Landesausschuss mit der lokalen Unterversorgung befassen wird.

Bis dahin werde ein absurdes Krisenmanagement des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt, damit Arzttermine für Lichtenberger gefunden werden.

Der Gesundheitsstadtrat sprach sich für eine bessere regionale Verteilung der Fach- und Hausärzte aus, ein höheres Budget für Ärzte in lokal unterversorgten Gebieten sowie die Begrenzung der Wartezeiten auf maximal 14 Tage.

■ Ein anderes Bild: Bericht aus Charlottenburg

Eine ganz andere Perspektive stellt sich in den Berichten der Gesundheitsstadträtin Martina Schmiedhofer aus Charlottenburg dar. Hier gibt es weniger Unterversorgung, als vielmehr Tendenzen einer Sättigung der Ansiedlung von Fachärzten:

In Charlottenburg-Wilmersdorf gibt es eine rechnerische Arztdichte, die in der Bundesrepublik schon ziemlich einmalig sein

dürfte: mit den 341 psychologischen Psychotherapeuten gibt es 1355 Niederlassungen auf etwa 315.000 Einwohnerinnen und Einwohner, das ist eine Quote von 1 : 232, ohne die Psychotherapeuten 1 : 302, dabei dürfte die Gruppe der privat Versicherten bei ca. 15 Prozent liegen. Auffällig ist die Anzahl der MVZ (Medizinische Versorgungszentren *die Redaktion*) – Plätze, die Charlottenburg-Wilmersdorf durch Wegzug aus anderen Bezirken dazugewonnen hat: mit jetzt elf (+ sieben) haben wir die höchste Dichte.

Was bedeutet das: Viele Ärzte gehen in wirtschaftlich attraktivere Bezirke mit mehr privat Versicherten. Im KV-Blatt 10/08 wird eine Untersuchung zitiert, nach der der Anteil der länger als zwei Stunden Wartenden sich auf 4 Prozent verdoppelt hat zu 2006. Bei der Terminvergabe ist der Anteil derjenigen, die bis zu drei Wochen und länger warten müssen innerhalb von zwei Jahren von 16 auf 28 Prozent gestiegen.

Im statistischen Durchschnitt ist die Versorgung berlinweit gut und rein technisch betrachtet wäre durch Nutzung der innerstädtisch guten Verkehrsverbindungen ein Besuch in anderen Bezirken kein Problem: mit der U 7 ist man/frau in 20 Minuten von Neukölln in der Wilmersdorfer Strasse, wo sich nach der Verschönerung des Einkaufsareals die Ärzte nahezu drängeln. Die psychologische Hemmung, das Gefühl des Nicht-erwünschenseins, die Beschwerne bei einkommensarmen Menschen niederschwellig Haus- und Kinderärzte aufsuchen zu können, hat natürlich ihre Auswirkungen auf die Nachfrage. Dies lässt sich damit erklären, dass ansonsten ja die in Neukölln und Kreuzberg verbliebenen Ärztinnen und Ärzte bequem die Bürger aus Charlottenburg-Wilmersdorf in ihren Praxen empfangen könnten.

Anders als Kollege Räßler-Wolf habe ich in meinen zwölf Jahren als Gesundheitsstadträtin noch niemals auch nur eine einzige Beschwerde über zu lange Wartezeiten oder fehlende Fachärzte im Bezirk erhalten. Ein Versorgungsmangel war noch nie Thema.

Im Fazit hier würde ich es – gegen die primären Bezirksinteressen – begrüßen, wenn es gelänge wieder bezirkliche Planungsbereiche festzusetzen, die wenigstens einen weiteren Exodus unterbinden würden. Übrigens auch im Interesse der Umzug planenden Ärzte, denn irgendwann ist auch in Charlottenburg-Wilmersdorf eine „Sättigung“ erreicht und dann beginnt der Konkurrenzkampf um die Patienten, um die Wirtschaftlichkeit zu erhalten. Das ist weder im Interesse der Gesundheit der Berlinerinnen und Berliner noch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dieser Verantwortung muss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sich stellen!

■ Die Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung KV Berlin vertritt vor allem die Interessen der niedergelassenen Ärzte sowie Psychologischen Psychotherapeuten in der Hauptstadt. Sie ist Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und zu ihren Aufgaben gehört es, die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen und die Rechte, Pflichten und wirtschaftlichen Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten. Die Sicht auf die Fragestellungen des Workshops wurde durch Dusan Tesic, Geschäftsführer der Berliner KV dargestellt:

Die Problemstellung ist die gefühlte Benachteiligung insbesondere der Ostbezirke und Neukölln hinsichtlich ihrer Ausstattung mit

Arztpraxen, insbesondere bei bestimmten Facharztgruppen. In dem Vortrag wurde dargestellt, dass gemessen an bundesweiten Bedarfsplanungsrichtlinien trotz der Verringerung von Arztpraxen in keinem

Berliner Bezirk von einer Unterversorgung gesprochen werden kann. Erst recht gibt es keine Unterversorgung in Berlin insgesamt, wobei Berlin als ein Planungsbezirk rechtlich die einzige Bezugsbasis ist und nicht die zwölf Bezirke. Erst kürzlich hat der Gesetzgeber verankert, dass es eine lokale Unterversorgung in einem an sich nicht unterversorgten Bereich geben kann. Auf Basis der dazu von Bundesausschuss festgelegten Richtlinie hat der Landesausschuss Krankenkassen-Ärzte in Berlin zu prüfen, ob eine lokale Unterversorgung besteht und was zu tun ist. Der Landesausschuss hat dieses Thema auf seiner Agenda und wird (wann ist offen) sich zu dieser Frage positionieren.

■ Perspektive einer Krankenkasse auf die fachärztliche Versorgung

Eine Position aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch Harald Möhlmann, AOK Berlin folgendermaßen zusammengefasst:

Aktuell wird in Berlin eine Debatte um die Lage der Versorgung der Berliner Bürger durch niedergelassene Ärzte geführt – mit vielfältigen Aspekten und zum Teil irritierenden Richtungen.

Einerseits ist es seit längerem bekannt und kaum bestritten, dass die (fach-)ärztliche Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen durch erhebliche Defizite geprägt ist. Systematische Lösungsansätze bieten hier bisher nur das von mehreren Organisationen getragene „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ und die gleichgelagerte, von IKK Brandenburg und Berlin, Bahn-BKK und AOK Berlin den Pflegeeinrichtungen und den Ärzten angebotene Vertragslösung „careplus – Medizinisch betreute Pflege“.

Andererseits ist – was die allgemeine Versorgung angeht – Berlin durch eine der höchsten Arztdichten der Bundesrepublik gekennzeichnet. Eine Zunahme der Versorgungsdichte bei Vertragsärzten und Psychotherapeuten von ca. 10 Prozent im Zeitraum 2000 – 2007 bestätigt dieses Bild. Dementsprechend zeigt auch keines der festgelegten Kriterien eine Unterversorgung für Berlin an. Allerdings gibt es Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Berliner Stadtteilen. Hieraus – bei den vergleichsweise kurzen Wegen und der räumlichen Nähe Berlins – eine Unterversorgung abzuleiten, ist angesichts der Versorgungsdichte Berlins gegenüber (den Teilen von) anderen Bundesländern wie z. B. Mecklenburg-Vorpommern oder Bayern ein sehr gewagter Schritt.

In jedem Fall ist es jedoch die Aufgabe zu klären, ob Versorgungsprobleme vorliegen und wodurch diese verursacht sind. Hier wird dann sicherlich auch zu bedenken sein, ob nicht manches durch eine effizientere Verteilung des ärztlichen Honorars verbessert werden kann.

■ Diskussion

In der anschließenden Diskussion berichteten Teilnehmende des Workshops über die Situation in weiteren Bezirken. So ist vor allem in Neukölln, Teilen des Bezirks Mitte und aus Marzahn-Hellersdorf über Unterversorgung in verschiedenen Bereichen

der fachärztlichen Versorgung berichtet worden. Im Bezirk Mitte zum Beispiel sei insgesamt eine Überversorgung festzustellen, jedoch zeige sich in Teilen des Bezirks wie z.B. Wedding ein ganz anderes Bild.

In Marzahn Hellersdorf gäbe es derzeit keinen Kinder- und Jugendpsychiater und auch an Kinder- und Jugendtherapeuten mangle es. Es zeige sich hier auch, dass die Menschen aus Marzahn-Nord nicht nach Lichtenberg ausweichen, um dort einen Arzt aufzusuchen. Insbesondere sozial benachteiligte Menschen würden aus Kostengründen nicht in andere Bezirke fahren, um dort fachärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Im Workshop wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Dabei ging es vor allem um die Entwicklung sinnvoller Bezugsregionen für die Zulassung von Fachärzten, um hier ein besseres Steuerungsinstrument zu haben. Dies müsse im Landesausschuss der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung diskutiert werden. Als weitere Möglichkeit wurde die Einführung von Sicherstellungszuschlägen vorgeschlagen, welche die Bezirke attraktiver machen sollen. Die Feststellung lokaler Unterversorgung sowie die Diskussion entsprechender Strategien werden nun vom gemeinsamen Landesausschuss erwartet.

Workshop 2: Gesundheitsförderung und das Programm Soziale Stadt

Podium:

Phillip Mühlberg, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung

Dagmar Pohle, Bezirksbürgermeisterin Marzahn-Hellersdorf

Brita Wauer, L.I.S.T.

Theodor Winters, S.T.E.R.N., AK der Quartiersbeauftragten

Moderation: *Stefan Bräunling, Regionaler Knoten Berlin*

„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Stefan Bräunling vom Regionalen Knoten Berlin führt als Moderator in das Thema des Workshops ein. Bräunling schickt voraus, dass seit einiger Zeit das Bestreben, die Arbeit in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ intensiver als bisher auch auf Gesundheitsförderung auszurichten, im Bereich der Gesundheitsförderung auf die verstärkte Bereitschaft zur Umsetzung sozialräumlicher Ansätze trifft. Zwischen beiden Bereichen besteht eine große inhaltliche wie konzeptionelle Nähe, was die Orientierung auf Sozialräume/Settings und die Partizipation der Bewohner/innen betrifft. Zwar kommt dem Thema Gesundheit in den Quartiersgebieten bisher zumeist nur ein nachgeordneter Stellenwert zu, dennoch gewinnt Gesundheitsförderung laut dem Statusbericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom Juli 2008 zunehmend an Gewicht. Zur besseren Integration der Gesundheitsförderung in die integrierte Stadtteilentwicklung ist es laut BMG erforderlich, dass sich alle entsprechenden Akteure im Stadtteil – Gesundheitsamt, Krankenkassen, Ärzt/innen, Hebammen und Selbsthilfegruppen – verstärkt im Programm „Soziale Stadt“ engagieren. Vom BMG wird zudem die Einrichtung einer „Koordinierungsstelle Gesundheit“ beim Quartiersmanagement vorgeschlagen. Als ‚Kristallisationskern‘ könnte eine solche Stelle sowohl die Vernetzung im Stadtteil befördern wie eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie entwickeln als auch konkret Projekte initiieren und unterstützen.

Auch der Leitfaden Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) widmet im Jahr 2008 dem Setting Kommune/Stadtteil ein eigenes Kapitel. Die GKV formuliert darin ihre Erwartungen an die Kommunen, die mit Projekten guter Praxis im Rahmen der „Gesunde Städte“- oder „Soziale Stadt“-Bewegung ihrer Verantwortung für bessere Lebensbedingungen gerecht werden sollen.

Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende, im Workshop zu diskutierende Fragen: Wie kann die Umsetzung dieser Vorgaben in Berlin aussehen? Was wären Bedingungen für die Umsetzung auf Landesebene, in den Bezirken und in den Quartiersgebieten? Wie können die Bereiche Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung erfolgreich zusammen arbeiten? Was und wen brauchen die Akteure?

■ Gesundheit als eigenständiges Ziel: Die Sicht der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung

Phillip Mühlberg von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung erkennt in der Diskussion um Gesundheitsförderung und das

Programm „Soziale Stadt“ ein Definitionsproblem. Gesundheit ist Mühlberg zufolge schon von Beginn an ein wesentlicher Bereich im Gesamtkonzept der „Sozialen Stadt“ und des Berliner Quartiersmanagements und ist angesichts der lebensweltlichen Orientierung fester Bestandteil der Quartiersarbeit. Als Beleg zieht Mühlberg die Fülle von unterschiedlichen Projekten heran, die Gesundheitsaspekte tangieren, auch wenn sie nicht explizit als Gesundheitsprojekt konzipiert wurden. Das Thema Gesundheit stößt Mühlberg zufolge innerhalb der Bevölkerung auf vitales Interesse und bietet somit angesichts der Orientierung der Quartiersmanagements auf Partizipation und Empowerment einen Ansatzpunkt, um die Bürger/innen anzusprechen und in den „Soziale Stadt“-Prozess ein zu beziehen.

Obwohl Gesundheit als eigenständiges Ziel im Kanon der „Sozialen Stadt“ bereits seit mindestens neun Jahren verankert ist, so ist derzeit doch ein Annäherungsprozess zwischen Gesundheitsförderung und „Soziale Stadt“-Programm zu verzeichnen. Als Beispiel für diesen strukturellen Schulterschluss kann die Aufnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung als explizitem Förderbestand in die Verwaltungsvorschrift Städtebauförderung ab dem Jahr 2009 genannt werden. Die formalen Bedingungen hinken allerdings häufig der gelebten Alltagspraxis hinterher, da die Integration von Gesundheitsförderung aufgrund der lebensweltlichen Orientierung der Quartiersmanagements wie erwähnt bereits vor Aufnahme in den Förderkatalog praktiziert wurde.

In den Gebieten der „Sozialen Stadt“ sollen die nachteiligen Folgen der Konzentration sozialer Benachteiligung gelindert werden, und zwar mit einem Konzept der solidarischen Stadt. Die Kriterien, an denen sich der Handlungsbedarf für die jeweiligen Gebiete ablesen lässt, sind die Arbeitslosenquote, der Anteil von Sozialhilfe-Empfänger/innen sowie der Anteil der Migrant/innen.

Zwei Projekte verdeutlichen, wie die Integration des Themas Gesundheit in das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ auf der lokalen Ebene funktioniert:

Vor einigen Jahren bildete sich in Kreuzberg die Initiative „Mütter ohne Grenzen“, um gegen den Missbrauch ihrer Kinder als Drogenkurier aktiv zu werden. Die engagierten Frauen griffen zur Selbsthilfe und vertrieben die Dealer/innen in einer nächtlichen Aktion, bewaffnet nur mit Taschenlampen. Diese Initiative wurde vom Quartiersmanagement aufgegriffen und Hilfe zur Selbsthilfe, etwa in Form von Multiplikatorenschulungen, geleistet. Auf den ersten Blick erscheint das Engagement von „Mütter ohne Grenzen“ nicht als klassisches Gesundheitsthema. Doch einerseits konnte mittels des durch die Initiative ermöglichten Tabubruchs erstmals Fragen des Umgangs mit Drogen und Drogensucht in der migrantischen Community gestellt werden. Andererseits bot die Initiative einen Ansatzpunkt, um das professionalisierte Wissen der Mehrheitsgesellschaft über Suchtprävention auch in diese Community einfließen zu lassen. Der lebensweltliche Ansatz des Quartiersmanagements konnte somit einen Impuls aus der Bevölkerung aufgreifen und verstärken und somit selbstorganisierte Aktivitäten vor Ort nutzen und verstetigen.

Einen anderen Ansatz verfolgt das Mentorenprojekt „Nightingale“ des Stadtteilmanagements Wassertorplatz: Schüler/innen der Otto-Wels-Grundschule und Pädagogik-Studierende der FU Berlin machen gemeinsam Unternehmungen, um die Stadt mit all

ihren Möglichkeiten zu entdecken. Die Kinder, die ansonsten stark auf ihre Familie, ihre Clique und ihren Kiez bezogen leben, entwickeln über ihre/n Mentor/in eine vorher nicht gekannte Mobilität. Berlin wird als Stadtraum erfahrbar gemacht, die Schüler/innen erschließen sich Angebote, z.B. in Sportvereinen, die für sie vorher nicht zugänglich waren. Zwar steht bei „Nightingale“ Gesundheit nicht im Fokus, doch durch das mentoren-gestützte Empowerment werden auch Aspekte aus dem Bereich Gesundheit, etwa Bewegung und Ernährung, gefördert.

■ Die hohe Bedeutung von Kooperationen: Bezirkliche Erfahrungen

Im Anschluss an Herrn Mühlberg berichtet Dagmar Pohle, Bezirksbürgermeisterin für Gesundheit Marzahn-Hellersdorf, von den Erfahrungen des Bezirks mit der Projektentwicklung und der Integration lokaler Partner. Der fusionierte Bezirk Marzahn-Hellersdorf ist seit dem Jahr 2000 Mitglied im „Gesunde Städte“-Netzwerk, als Einzelbezirke sind Hellersdorf bzw. Marzahn allerdings bereits 1996 bzw. 1997 dem Netzwerk beigetreten. Seit dieser Zeit findet im Bezirk eine intensive Beschäftigung mit der Frage, wie eine ressortübergreifende Gesundheitspolitik unter Einbindung sowohl der verschiedenen Fachverwaltungen als auch der Bürgerinnen und Bürger gelingen kann, statt. Ein beispielhafter Ausdruck dieses Prozesses sind die bezirklichen Gesundheitskonferenzen.

Der Bezirk kooperiert laut Frau Pohle mit einer Vielzahl von Partnern aus verschiedenen Bereichen, mit denen gemeinsam Projekte entwickelt werden. Insbesondere in den Quartiersgebieten des „Soziale Stadt“-Programms liegt ein Schwerpunkt auf der Vernetzung der lokalen Akteure und dem Aufbau lokaler Kooperationen mit den öffentlichen Verwaltungen. In einer Großstadt wie Berlin, wo einerseits im Maßstab eines Bundeslandes operiert, andererseits auf kommunaler Ebene gearbeitet wird, gestaltet sich die Einbeziehung von Partnern in solche Projekte und die entsprechende Vermittlungsarbeit mit Kooperationspartnern und Finanziers nicht immer ganz einfach.

Vor diesem Hintergrund hat es sich bewährt, bezirkliche Projekte sozialraumorientiert umzusetzen und in einzelnen Stadtteilen Aktivist/innen zu finden, die diese Projekte gezielt vorantreiben. Da die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung seit Beginn gegendert und sozialraumorientiert arbeitet, sind entsprechende Entwicklungen, etwa hinsichtlich der Gesundheit der Schulkinder, nach Sozialräumen aufgeschlüsselt nach zu vollziehen. Der dadurch erkennbare Rückgang der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen veranlasste den Bezirk zur Beteiligung an der BZgA-Aktion „Ich geh zur U! Und du?“. Während 2005 nur ein Stadtteil an der U-Aktion teilnahm, waren es in 2008 schon alle neun Stadtteile. Ein besonderer Fokus der Aktion liegt auf den Quartiersgebieten, da hier durch die bereits bestehende Vernetzung von Kitas, Kinderärzten und Tagesmütter gute Ansprachemöglichkeiten gegeben waren. Vor allem viele junge Eltern sind erreichbar, die im Gefolge der Ansprache nicht allein zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen motiviert, sondern darüber hinaus auch zu einer weitergehenden Beschäftigung mit gesundheitlichen Fragen angeregt werden können.

Die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung sind äußerst komplex, der Bezirk bietet in diesen Bereichen vielfältige

Angebote an. Beispielhaft erwähnt Frau Pohle das Programm des Kindersommers, das bereits das vierte Jahr in Folge in allen Stadtteilen entsprechende Angebote für Spiel und Sport bereit hält. Die Angebote werden mit vielen Partnern, die auch finanzielle Unterstützung bereit stellen, organisiert. Vor allem sozial benachteiligte Kinder, deren Familien keine Ressourcen für auswärtigen Urlaub haben, können so Angebote, die gesunde Ernährung einschließen und Bewegungsanreize setzen, wahrnehmen.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildet die gesundheitliche Situation von Haushalten in schwieriger finanzieller Lage. Zu diesem Schwerpunkt wurden Angebote wie das Elterntaining, Babysitter-Kurse, erlebnisorientierte Freizeitprojekte für Familien und eine psychosoziale Beratung, die Fragen der Ernährung und Bewegung einschließt, in den Quartieren umgesetzt. Daneben wurden in Kitas selbst Angebote entwickelt, aber auch vielfach Kooperationsprojekte wie etwa „Bewegte Grundschule“ in Zusammenarbeit mit dem Kinderzirkus Cabuwazi realisiert. Kinder und Eltern erhalten durch die Projekte Impulse zur eigenen Aktivierung und bleiben so im Idealfall auch nach Auslauf der Förderung einzelner Projekte weiterhin in Bewegung. Die entsprechenden Angebote firmieren nicht immer explizit unter dem Banner der Prävention, dennoch werden hier wichtige Beiträge zu Prävention und Gesundheitsförderung geleistet.

Immer wieder stellt sich für den Bezirk die Frage nach der Akquise geeigneter Partner in den Quartieren. Dieses Thema sollte Frau Pohle zufolge von den Senatsverwaltungen, auch im Rahmen der Arbeit der LGK-Arbeit, aufgegriffen werden. Gerade auch weil es für Bezirke anstrengend ist, wieder und wieder neue Finanzierungsarten zu suchen und etwa bei den Kassen Gelder zu akquirieren, die oft nur konjunkturabhängig bewilligt werden. Wünschenswert wäre es laut Frau Pohle, auch über das Soziale Stadt-Programm kontinuierlicher auf Kontakte zurückgreifen zu können, um dauerhafte Finanzierungen zu bewerkstelligen. Gerade wenn abstrakte Zielsetzungen der Gesundheitsförderung auf kleine Sozialräume wie den Kiez heruntergebrochen werden sollen, gestaltet sich die Umsetzung von Vernetzung und Kooperation mit geeigneten Partnern ausgesprochen schwierig.

■ Koordinierung tut Not: Die Arbeit der Quartiersmanagements im Wedding

Brita Wauer, Geschäftsführerin der L.I.S.T. GmbH, einem Träger von vier Quartiersmanagements im Ortsteil Wedding, berichtet von ihren Erfahrungen im Wedding. Der Wedding hat einen Anteil von 30 Prozent staatsbürgerlich Nichtdeutschen und eine Arbeitslosenquote von 25 Prozent, das durchschnittliche Einkommen beträgt 725 Euro. In der Gesundheitsstatistik rangiert der Bezirk Mitte stadtweit auf den letzten Rängen bei der vorzeitigen Sterblichkeit, bei Diabetes, bei Tuberkulose, bei Lungenkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen.

Die Konzentration benachteiligter Haushalte mit hohen Anteilen an Arbeitslosen, Empfänger/innen von Sozialhilfe oder anderen Transferleistungen, Migrant/innenfamilien und Alleinerziehenden in „Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf“, also den Stadtteilen, die über das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ gefördert werden, verdeutlicht, dass hier Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert für die Entwicklung des Stadtteiles einnehmen müssten. Trotzdem kommt dem Handlungsfeld Gesundheit bisher

noch eine geringe Relevanz in der Programmumsetzung des „Soziale Stadt“-Programms zu. Dies ergab eine Studie des DIFU im Rahmen der Programmauswertung. In allen Gebieten der vier Quartiersmanagements von L.I.S.T. existieren bereits verschiedene Projektansätze zur Gesundheitsförderung. Gesundheit zeigt sich immer mehr auch vor Ort und im Alltag als Querschnittsthema von sozialer Strukturverbesserung. Die Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit in der QM-Arbeit sind vielfältig. Die Vermittlung von Gesundheitsbewusstsein als grundlegende Aufgabe ist verbunden mit einer Bildungs- und Aktivierungsherausforderung, die mittels Synergienbildung zu bewältigen ist. Daher ist der Schwerpunkt der bisherigen Arbeit von L.I.S.T. die Vernetzung von Handlungsfeldern unter der Überschrift Gesundheitsförderung. Hierzu gehören Projekte der Wohnumfeldverbesserung, Beschäftigungsförderung, Integration, Öffentlichkeitsarbeit und Bildung.

In den QM-Gebieten existieren vielfältige, meistens kleinteilige geförderte Einzelprojekte und Initiativen, die ein breites Feld von Regelinstitutionen wie Kitas, Schulen, Sportvereine, Freizeitstätten sowie bürgerschaftliche Initiativgruppen abdecken. Die Bedarfe zur Gesundheitsförderung beziehen sich vor allem auf die Bereiche Bewegung, Ernährung, Bewusstseinsförderung und gesundheitliche Aufklärung. Die Implementierung von gezielten Bewegungsangeboten für bewegungsunmotivierte Kinder und Jugendliche in Schulen, Kitas, Freizeitstätten und bei Sportvereinen ist dabei ein deutlicher Schwerpunkt.

Bisher ist es allerdings nach Aussagen von Frau Wauer noch nicht ausreichend gelungen, selbst tragende Strukturen in der Gesundheitsförderung zu schaffen. Neben Grundfinanzierungen fehlen vor allem Steuerungsmechanismen, die diese Strukturen aufbauen und pflegen. Von Kooperationspartnern wie dem Landessportbund Berlin, dem Bund türkischer Mediziner, der Adipositas-Beratungsstelle der Charité oder dem Netzwerk Bewegungsförderung des Bezirks Mitte ist bekannt, dass ausgearbeitete und erprobte Konzepte, Logistik, Fortbildungsressourcen und weitere Kooperationen vorliegen. Es fehlt jedoch die Steuerung von integriertem lokalem Handeln als Gewähr für die Erreichung der anvisierten Zielgruppen, für die Implementierung der Projektansätze in gegebene Regelstrukturen und damit für eine nachhaltige Wirksamkeit. Das kann das QM mit seinen begrenzten Ressourcen und umfassenden Auftrag nicht allein leisten.

Daher sollte die gegebene Vernetzung und alltägliche Kooperation der QM auf der lokalen Ebene stärker genutzt werden. Sie bietet die Gewähr für das Erreichen der Zielinstitutionen und Zielgruppen wie für die Gewinnung weiterer Infrastrukturakteure vor Ort. Das Thema sollte nicht neu in die Gebiete hinein getragen werden, vielmehr sollten Ideen, Maßnahmen und vorliegende Lokal-Expertisen in ein planvolles, synergetisches und damit wirksames Handlungskonzept einfließen. Mit gebündelten Mitteln könnte ein Modellvorhaben angeschoben werden, das dieses Handeln erprobt und dokumentiert.

■ Ziele sind

- gesundheitsorientierte Verhaltensänderungen bei Bevölkerungsgruppen mit gering ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein

- Bewegungs- und Ernährungsförderung im Zusammenwirken von Institutionen und Gruppen im lokalen Setting
- die Durchführung einer Kampagne, die Gesundheitsbewusstsein und Bewegung als „Gute-Laune-Thema“ vermittelt
- die Entwicklung der Netzwerke unter dem Aspekt der MultiplikatorInnen-Vernetzung
- die Implementierung von Bewegungs- und Ernährungskompetenz in gegebene Infrastruktureinrichtungen (Kitas, Schule, Jugendfreizeiteinrichtungen)
- die Gewinnung örtlicher Sportvereine für die Angliederung von Gesundheitssportsparten.

Zur Erreichung dieser Ziele bedarf es einer abgestimmten Vorgehensweise und Steuerung der relevanten Akteure. Diese Koordinierung müsste entsprechend den Programmstrukturen auf Senatsebene initiiert und vor Ort umgesetzt werden.

■ Bürgerbeteiligung als zentraler Baustein: Erfahrungen der Quartiersbeauftragten

Theodor Winters, Geschäftsführer von S.T.E.R.N. und Sprecher des AK der Quartiersbeauftragten, weist auf die angesichts des enormen Aufgabenspektrums und der begrenzten Ressourcen permanent drohende Gefahr der Überfrachtung der Quartiersmanagements hin. In den im Jahr 2005 vom Berliner Regioverbund des Gesunde Städte-Netzwerks vorgelegten Leitlinien sind die relevanten Aufgaben und Anforderungen für eine „Gesunde Stadt“ Berlin festgehalten. Gesundheitsförderung ist den Leitlinien zufolge als Querschnittsaufgabe, die ressortübergreifend und mit lebhafter Bürgerbeteiligung anzugehen ist, zu verstehen. Wirksame Beiträge für die Entwicklung zur „Sozialen Stadt“ müssten in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Umwelt, Wirtschaft, Stadtentwicklung und Bildungspolitik konzeptualisiert werden. Die Anforderungen sind damit klar gesteckt, aber zugleich auch das Problem umrissen: Wie und vor allem von wem sind wirksame Beiträge zur Gesundheitsförderung zu leisten? Man kann fragen, was das Quartiersmanagement hier beiträgt, muss Herrn Winters zufolge aber auch umgekehrt die Frage stellen, was die einzelnen Fachressorts für Gesundheitsförderung auf der lokalen Ebene leisten.

Im Moment sollen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zwei der wichtigsten Probleme der letzten 40 Jahre gelöst werden. Die beiden Problemfelder sind die Integration von Migrant/innen sowie die Frage der Bildungschancen und -qualität. Beide Fragen sind vor dem Hintergrund einer zunehmenden gesellschaftlichen Spaltung zu betrachten. Die Probleme konkretisieren sich auf lokaler Ebene und sollen von den Quartiersmanagements aufgegriffen werden. Angesichts begrenzter Ressourcen können die Quartiersmanagements vorwiegend vorhandene Initiativen aufgreifen, unterstützen, vernetzen. Sie können laut Herrn Winters Querschnittsarbeiter, Manager der Veränderung sein, aber es übersteigt ihre Kapazitäten, alle relevanten Prozesse selbst zu initiieren und zu tragen.

Allgemeines Ziel der Quartiersmanagements ist die Entwicklung der Gebiete zu intakten Nachbarschaften, die sich selbst tragen und sich nicht länger in Abhängigkeit von den Quartiersmanagements befinden. Dieses Ziel ist keine von außen herangetragene Mittelschichtsvision, sondern soll über Hilfe zur Selbsthilfe

erreicht werden. Die Gebiete sollen sich aus sich selbst heraus entwickeln, doch können die seit Jahrzehnten bestehenden, tiefgreifenden Strukturprobleme nicht binnen vier oder fünf Jahren gelöst werden. Es bedarf der strategischen Konzentration auf Schwerpunktfelder, die prioritär angegangen werden und in welche die anderen Themen als Querschnitt aufgenommen werden.

Diese beiden Schwerpunkte sind für S.T.E.R.N. die Themen Bildung und (Wohn-)Umfeld. Die bestehende Stigmatisierung der Quartiersgebiete, die sich vor allem an Äußerlichkeiten aufhängt, muss überwunden werden. Die Gebiete sollen einen anderen optischen Eindruck vermitteln. Der Bereich der Gesundheit kann auf zwei Wegen dauerhaft in die Arbeit der Quartiersmanagements integriert werden:

- Alle bereits vorhandenen Initiativen der Gesundheitsförderung sollten aufgegriffen und unterstützt werden, um Projekte zu entwickeln, die im Resultat einen selbsttragenden Prozess erreichen. Zentrale Bedeutung kommt der Verstetigung der Initiativen zu.
- Das Thema Gesundheit sollte in die schulische und außerschulische Bildung eingebettet werden, um – gerade durch die dadurch ermöglichte Förderung der Kindergesundheit – eine langfristige Arbeit zu ermöglichen.

Angesichts der Vielzahl von Projekten in den Quartieren gewinnen nach Aussage von Herrn Winters Monitoring und Evaluation zunehmend an Bedeutung. Dabei ist es notwendig, Ziele zu setzen, überprüfbare Kriterien zu formulieren und den Erfolg zu kontrollieren. Im Falle von Misserfolgen müssen, auch angesichts des hohen Mitteleinsatzes, andere Strategien zur Zielerreichung formuliert werden. Ein weiterer zentraler Eckpfeiler der Arbeit im Quartier ist die Bürgerbeteiligung. Die Bürgerjürs entscheiden weitgehend autonom über Projektanträge, daher können Themen wie Gesundheitsförderung nicht von oben verordnet werden. Für Gesundheit muss daher im Sinne der lokalen Demokratie bei den Jürs aktiv geworben werden – nur so ist eine breite und nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in den Quartieren möglich.

■ Wunsch nach Kontinuität und Nachhaltigkeit: Eindrücke aus der Diskussion

In der anschließenden Diskussion wird von Dagmar Pohle die Fragen aufgeworfen, wie eine dauerhafte Partnervermittlung an die Bezirke gelingen kann und wo die bevorzugten Felder liegen, in denen Handlungsbedarf und Handlungspotentiale bestehen für Berlin. Herr Mühlberg weist darauf hin, dass die Frage, wie man zu einer grundlegenden Privilegierung der Unterprivilegierten gelangen und diese sozialstrukturell verankern kann, von hoher Bedeutung ist. Ein solcher soziostruktureller Eingriff kann nur gelingen, wenn Kompetenzen etwa des Finanz- und Umweltressorts genutzt werden, um bessere Bedingungen in den Quartieren zu schaffen. Die Schwierigkeit besteht darin, die eng gesteckten Ressortgrenzen zu überwinden. Daher bedarf es einer verstärkten sozialräumlichen Orientierung, die auch von den anderen Verwaltungen umgesetzt werden muss. Um den Aspekt der Gesundheit weiter zu stärken, müssten Kooperationen mit neuen Partnern, z. B. den Kassen, entwickelt werden. Daraus könnten sich gemeinsame Gesundheitsprojekte entwickeln.

Stefan Bräunling stellt die Frage in den Raum, wie die Menschen

im Kiez für Gesundheit zu begeistern sind. Frau Wauer sieht als Knackpunkt die Art und Weise, wie man die Bürger/innen für Gesundheitsthemen anspricht. Nicht trockene Wissensvermittlung, sondern die Verbindung mit Spaß und Aktion, wie sich etwa in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung anbietet, führen laut Frau Wauer hier zum Erfolg. Eine gesundheitsorientierte Verhaltensorientierung in der Bevölkerung muss also in Verbindung gebracht werden mit positiven Themen.

Carola Gold (Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung) unterstreicht, dass Gesundheitsförderung nicht nur aus kurzfristigen Interventionen durch Projekte besteht, sondern dass darüber hinaus die Frage nach Strukturen und Ressourcen gestellt werden muss. Einzelne Projekte können Frau Gold zufolge nicht ausreichend nachhaltig und qualitätsorientiert arbeiten, hierzu müssen die Rahmenbedingungen im Stadtteil verändert werden. Ansonsten werden sozial Benachteiligte nicht erreicht. Entsprechende Ansatzpunkte sind in den Quartieren vorhanden, eine langfristig angelegte Transformation kann aber nur durch Partizipation und systematische Einbeziehung der Zielgruppe gelingen. Das bedeutet, die Zielgruppe muss in die Identifizierung des Themas und die Gestaltung ihrer Lebenswelt einbezogen sein. Dabei kann es nicht darum gehen, die Quartiersräte umzumünzen, sondern um die Frage, wie die Bedingungen in den Quartieren verbessert und Strukturen verstetigt werden können.

Workshop 3: Gesundheitspolitik und demografische Entwicklung

Podium:

Lothar Eck, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales

Dr. Josefine Heusinger, Institut für gerontologische Forschung in Berlin

Barbara Loth, Bezirksstadträtin Gesundheit Steglitz-Zehlendorf

Regina Saeger, Berliner Seniorenbeirat

Moderation: *Dr. Susanne Kümpers*, Wissenschaftszentrum Berlin

Einleitend stellte die Moderatorin Dr. Susanne Kümpers vom Wissenschaftszentrum Berlin den Hintergrund des Workshops dar. Betrachtet man die Prognosen zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung wird deutlich, welche Relevanz das Thema Gesundheit im Alter bekommen wird. In der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2050 wird von einem Anstieg der Lebenserwartung für Frauen von heute 81 auf 85 Jahre, bei Männern von 75 auf statistische 80 Jahre ausgegangen. Dabei wird sich der Anteil der ab 60-Jährigen von heute unter 25 Prozent bis zum Jahr 2050 auf 36,7 Prozent erhöhen. Im gleichen Zeitraum soll sich die Anzahl der Hochbetagten (> 80 Jahre) sogar verdreifachen. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat die Auswirkungen des demografischen Wandels analysiert:

- Bis 2030 ist eine starke Zunahme der Anzahl hochbetagter pflege- und sozialhilfebedürftiger Menschen in Berlin zu erwarten.
- Bei Fortführung der jetzigen Regelung droht eine Kostenlücke nicht nur in der Pflegeversicherung, sondern es dürfte ein dynamischer Kostenanstieg für Pflegeleistungen für den Sozialhilfeträger folgen.

Gleichzeitig betrifft die steigende Lebenserwartung nicht alle Bevölkerungsschichten im gleichen Maße. Soziale Determinanten wie Einkommen und Bildung haben einen erheblichen Einfluss auf die absolute Lebenserwartung sowie die Lebenserwartung in guter Gesundheit. So stellen sich chronische Krankheiten und Behinderungen bei Menschen aus dem unteren Einkommensfünftel durchschnittlich sieben Jahre früher im Leben ein als bei Menschen aus dem obersten Fünftel. Sozial Benachteiligte sollten daher besonders im Fokus gesundheitsförderlichen Handelns stehen, wie die Moderatorin Dr. Kümpers einleitend anmerkte.

■ Gesund alt werden: Potenziale und Herausforderungen

Dr. Josefine Heusinger vom Institut für gerontologische Forschung in Berlin hob in ihrem Statement zunächst die spezifischen Gefährdungen hervor, die im Alter durch z.B. dementielle Erkrankungen oder Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer, chronischer Krankheiten auftreten können.

Hieraus ergeben sich spezifische Anforderungen, die alle Akteure und Handlungsfelder des Gesundheitswesens berühren:

- Die fachärztliche Versorgung, z.B. hinsichtlich der wohnortnahen Versorgung oder der Versorgung in Pflegeheimen
- Die Krankenhäuser, die sich sowohl bei der Betreuung als auch in Bezug auf altersspezifische Erkrankungen auf diese Zielgruppe ausrichten müssen
- Die Nachsorge, um auch angesichts schwerer Erkrankungen die selbständige Lebensführung wieder herzustellen
- Die Prävention, z.B. durch die Sturzprophylaxe. Stürze im Alter sind oft folgenschwer, verursachen Pflegebedürftigkeit und können zum Tod führen. Zugleich gibt es relativ einfache, kostengünstige und bewährte Möglichkeiten, Stürzen vorzubeugen, insbesondere durch körperliche Aktivität und Training.

Dr. Heusinger wies in ihrem Beitrag ausdrücklich darauf hin, wie wichtig und wirksam Prävention auch und gerade im Alter ist. Es sei vielfach belegt, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur lohnen, weil Gesundheit im Alter Lebensqualität bedeutet, sondern auch, weil durch Krankheit und Pflegebedarf im Alter erhebliche und teils vermeidbare Kosten entstehen.

Gerade die Gesundheitsförderung hat, basierend auf dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Potenzial auch bei bereits vorliegenden Einschränkungen vorhandene Ressourcen zu mobilisieren. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit. In das Blickfeld der Gesundheitsförderung fallen daher Aspekte wie die Sicherung der sozialen Teilhabe, des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten der körperlichen Aktivität, der Ernährung, Stressbewältigung etc. Aber auch eine gesunde Lebensumwelt, die altersgerechte Gestaltung des Wohnraumes und die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit bedarfsgerechter Angebote der ambulanten und stationären Versorgung.

■ Zielgruppe: Sozial benachteiligte Menschen

Dr. Heusinger weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass angesichts der zu erwartenden Zunahme der Altersarmut es wichtig sei, gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die den höchsten Bedarf haben aber oft nicht von Angeboten oder Informationen erreicht werden oder diese wahrnehmen, zu berücksichtigen. Für diese Zielgruppen bedarf es spezifischer Angebote. Dies gelte auch für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten, wo sprachliche Barrieren oft die Inanspruchnahme von Angeboten erschweren. Wichtig sei, die Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Angeboten von Anfang an einzubeziehen. Effektive und wirksame Gesundheitsförderung und Prävention müssten sowohl den verschiedenen Gruppen älterer Männer und Frauen (das Alter ist die heterogenste Lebensphase!) als auch ihren Lebenswelten Rechnung tragen. Für die meisten alten Menschen sind der Stadtteil und das Wohnquartier die wichtigste Lebenswelt. In Berlin und seinen Bezirken sind deshalb in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Älteren und Alten, vor allem in den Stadtteilen und Bezirken selbst, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies betrifft verschiedene Handlungs- und Themenfelder, wie

Dr. Heusinger darlegte:

- Die bessere Vernetzung der in diesem Handlungsfeld Aktiven, um Schnittstellenprobleme zu beseitigen, Versorgungslücken aufzudecken und zu schließen. Als notwendig erachtet sie die Schaffung geeigneter Netzwerke und Gremien in Politik und Verwaltung auf regionaler- und Landesebene.
- Es ist notwendig neutrale Beratungsangebote und zugehende Informationen (z.B. durch präventive Hausbesuche) für alle sicherstellen. Hier ist auch die Transparenz über die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeangeboten, und zwar vor allem hinsichtlich des Schutzes der Würde und der selbstbestimmten Alltagsgestaltung und Teilhabe der versorgten alten Menschen hinzuzurechnen.
- Es bedarf kreativer Zugänge zu schwer erreichbaren Zielgruppen
- Um zielgerichtet und bedarfsgerecht zu agieren, muss als Basis eine aktuelle Datengrundlage über die gesundheitliche, soziale Situation vorliegen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen müssen in die Fläche gebracht und genutzt werden.

Dr. Heusinger betont, dass angesichts der von ihr dargestellten Herausforderungen aber auch vorhandenen Potenzialen es eine notwendige und lohnende Aufgabe wäre, mit allen Beteiligten und Zuständigen sowie den Alten selbst Gesundheitsziele für Ältere in Berlin zu formulieren.

■ „Herausforderungen und Handlungskonzepte auf bezirklicher Ebene“

Barbara Loth, Bezirksstadträtin für Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr in Steglitz-Zehlendorf unterstrich in ihrem Beitrag den dringenden Handlungsbedarf, den sie anhand von Zahlen aus ihrem Bezirk verdeutlichte:

Schon die kleinräumige Bevölkerungsprognose bis 2020, die bis heute für die Bezirke die Grundlage für Aussagen zur demographischen Entwicklung bildet, zeigt, dass in dem Beobachtungszeitraum (2002-2020) zwar die Gesamtbevölkerung des Bezirkes nahezu stabil bleiben wird, sich aber die Anzahl alter Menschen über 65 Jahre von ca. 56.000 auf ca. 75.000 erhöht, was einem Anstieg von ca. 33 Prozent entspricht. Die Anzahl der Hochbetagten (75 Jahre und älter) wird mit über 39.000 Personen im Prognosejahr die höchste im Bezirksvergleich sein. Nach der hier zitierten Bevölkerungsprognose werden sowohl absolut als auch prozentual im Jahr 2020 in Steglitz-Zehlendorf mehr alte Menschen leben, als in jedem anderen Stadtbezirk. Gleichzeitig befinden sich in dem Bezirk ca. 1/5 aller vollstationären Pflegeeinrichtungen von Berlin was zur Folge hätte, dass bei einer linearen Fortschreibung der Aufwendung für die bezirkliche Altenhilfe bis 2020 die personellen und finanziellen Mittel etwa um 1/3 ihres gegenwärtigen Volumens erhöht werden müssten. Als Reaktion auf die Entwicklung hatte die Bezirksverordnetenversammlung am 21. Februar 2007 einstimmig beschlossen, den Sozialatlas Steglitz-Zehlendorf fortzuschreiben und damit einen bedarfsorientierten und in die Zukunft gerichteten Altenplan zu entwickeln, der sich nicht auf eine Bestandsanalyse vorhandener Einrichtungen und Angebote beschränkt, sondern versucht, die Bedürfnislage der einzelnen Altersgruppen und damit insbesondere der

heute 50–64-jährigen zu eruieren. Barbara Loth hebt hervor, dass elementar ist, bei zukünftigen Planungen zu berücksichtigen, welche Vorstellung gerade diese bevölkerungsstarke Altersgruppe hinsichtlich der Gestaltung ihres Alters hat. Dazu läuft im Bezirk gerade eine Untersuchung unter Beteiligung örtlicher Experten, Praktiker aber eben auch die Zielgruppen. Die Untersuchung basiert auf 20.000 Fragebögen, die an die über 50 Jahre alten Menschen im Bezirk verteilt worden sind.

■ Identifizierung von Entwicklungstendenzen

Die umfängliche Befragung soll eine Grundlage dafür bilden, Entwicklungstendenzen zu identifizieren und mit den an der Versorgung älterer Menschen im Bezirk beteiligten Institutionen und Akteuren diskutieren zu können, mit dem Ziel, die Angebote dem sich veränderten Bedarf anzupassen. Beispielhaft erwähnt Barbara Loth, dass erste Auswertungen darauf hindeuten, dass sich der Bedarf an altersgerechter Wohnungsanpassung und flexiblen Versorgungsleistungen im Wohnbereich gegenüber einer Versorgung in speziellen Wohn- oder Pflegeeinrichtungen erhöhen wird. Um den innerbezirklichen Diskussionsprozess schon während der Untersuchungsphase zu intensivieren, werden in gewissen Zeitabständen Verbände, Institutionen und Interessenvertretungen zu Expertengesprächen eingeladen wie z.B. die bezirkliche Seniorenvertretung, die Freiwilligenagentur, das Kompetenzzentrum für kultursensible Altenhilfe, die Koordinierungsstelle Rund um das Alter, Vertreter des Verbundes für Altenhilfe und Gerontopsychiatrie und andere mehr.

Damit soll ein Einstieg in eine noch stärker vernetzte bezirkliche Arbeit auf dem hier zur Diskussion stehenden Sektor geschaffen werden. Denn es muss nach Auswertung der Erhebungen darum gehen, Handlungsempfehlungen für die öffentliche Verwaltung aber auch für private Dienstleister und Investoren, insbesondere aus den Bereichen Bauen und Wohnen, ambulante und stationäre Pflege, kulturelle und kultursensible Freizeit- und Beratungsangebote sowie für die Freiwilligenarbeit zu geben. Darauf aufbauend gilt es, die Altenplanung in einem bezirklichen Verbund stetig fortzuschreiben und regelmäßig im Sinne eines Qualitätsmanagements den Erreichungsgrad in Bezug auf die Umsetzung von Planungszielen zu überprüfen. Auch wird es notwendig sein durch Nacherhebung immer wieder die Vorgaben an den aktuellen bzw. an den prognostizierten Bedarf anzupassen, wobei ich sicher nicht betonen muss, dass die hieraus abzuleitenden Maßnahmen mit entsprechenden Aktivitäten auf der Landesebene verknüpft sein müssen.

■ Resümee

Zusammenfassend weist Barbara Loth auf einige aus ihrer Sicht zentrale Punkte hin:

Im Lichte der demographischen Entwicklung hält sie es für dringend erforderlich, dass sich die Landesgesundheitskonferenz noch stärker als bisher mit der Frage auseinandersetzt, wie die Aktivitäten auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung und dabei insbesondere der Herz-Kreislauf-Prävention so intensiviert, vernetzt und publik gemacht werden können, dass alle Schichten der Bevölkerung erreicht werden.

Für eine Stadt wie Berlin, wird sich das Problem, wie eine steigende Zahl von Demenzkranken adäquat versorgt werden soll,

nicht allein durch das entsprechende Förderprogramm der Bundesregierung lösen lassen. Hier bedarf es an der Schnittstelle zwischen Gerontopsychiatrie und ambulanter sowie stationärer Pflege erhebliche Anstrengungen, um zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen zu können.

Ähnliches gilt, wenn auch vielleicht nicht in dieser Dimension, für die Hilfsangebote für Menschen mit einer Depression im Alter.

Nicht zuletzt muss angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen mit einem Migrationshintergrund noch stärker als bisher dafür Sorge getragen werden, dass Planungen von und Angeboten auch an die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst werden. Abschließend betont Barbara Loth, dass angesichts einer zu erwartenden starken Zunahme von sozialhilfebedürftigen Menschen und aus der Kenntnis heraus, dass die Möglichkeit ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben im Alter zu führen, stark bildungsabhängig ist, die sozialen Determinanten wie Einkommen und Bildung und damit die Frage nach den notwendigen Ressourcen nicht aus den Augen verloren werden dürfen.

■ Herausforderungen und Handlungskonzepte auf Landesebene aus Sicht der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales – Zur Umsetzung einer modernen, auf die Erfordernisse des demografischen Wandels abgestimmten Pflegepolitik

Lothar Eck, Senatsverwaltung Integration, Arbeit und Soziales unterstrich auch nochmals die Folgen des demografischen Wandels, die berlinspezifisch neben der Überalterung die signifikant steigende Singularisierung sowie die Multiethnizität sind. Der Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft muss dem entstehenden Hilfe- und Pflegebedarf und der Frage nach den Versorgungserfordernissen und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen, aber auch der spezifischen Vorsorge für ältere Menschen erheblich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Der demographische Wandel muss durch das Land Berlin nicht nur „mitgegangen“, sondern im Hinblick auf die Gesundheits- und Pflegestrukturen aktiv vorbereitet werden.

Da die Mehrzahl der älteren pflegebedürftigen Menschen solange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung wohnen bleiben möchte und der Gesetzgeber der häuslichen Versorgung Vorrang gegeben hat, ergibt sich sozialpolitisch die Notwendigkeit, ein umfassendes, abgestuftes Netz von Hilfen, Betreuungs- und Versorgungsangeboten anzubieten, das den Verbleib in der Häuslichkeit soweit wie möglich unter Wahrung und Aufrechterhaltung von Autonomie und Selbstbestimmung ermöglicht und die sozialen Netzwerke der Hilfe, die nach wie vor den Hauptteil der sozialen und gesundheitlichen Unterstützung im Alter leisten, nachhaltig stützt.

Der Wandel der Bevölkerungsstruktur und die daraus folgende Abnahme des Erwerbsfähigen- und Betreuungspotenzials macht es notwendig, für die Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen neue, innovative Wege zu beschreiten, da die vorhandenen Strukturen allein den wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarf künftig nicht mehr ausreichend befriedigen können.

Im Sinne eines umfassenden Verbraucherschutzes müssen Informations- und Beratungsangebote weiter ausgebaut und durch

mehr Leistungstransparenz und größere Vergleichbarkeit der Angebote die Position der Verbraucher/innen gestärkt werden.

Die Umsetzung dieser Grundsätze seitens der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales erfolgt durch viele Projekte und Maßnahmen. Lothar Eck stellte in seinem Beitrag exemplarisch einige davon dar:

■ Einrichtung von Pflegestützpunkten

Nach dem Willen des Senats sollen in Berlin auf der Grundlage des § 92 c SGB XI Pflegestützpunkte als Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige eingerichtet werden.

Nach derzeitigen Planungsstand sollen insgesamt 36 Pflegestützpunkte von den Pflege- und Krankenkassen eingerichtet werden (1 Pflegestützpunkt pro 95.000 Einwohner). Das Land Berlin beabsichtigt, sich in geeigneter Form mit seinen medizinischen und sozialen Diensten und Einrichtungen an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Im Jahr 2009 sollen zunächst 24 Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Die bestehenden zwölf Koordinierungsstellen rund ums Alter werden in die neu entstehende Beratungsstruktur integriert. Die restlichen 12 Pflegestützpunkte sollen bis Ende 2011 eingerichtet werden.

Die völlig neue Struktur in der Zusammenarbeit ganz unterschiedlicher Beteiligter erfordert von diesen, vor allem aber von den Pflege- und Krankenkassen, neue Wege zu beschreiten: In den Pflegestützpunkten soll eine umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten erfolgen. Außerdem sollen alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen und pflegerischen Hilfs- und Unterstützungsangebote koordiniert und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme geleistet sowie die Versorgungs- und Betreuungsangebote aufeinander abgestimmt und vernetzt werden. Darüber hinaus soll in den Pflegestützpunkten Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements angeboten werden.

Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hinsichtlich der Förderung ehrenamtlicher und Selbsthilfestrukturen

Erste Regelungen zur Anerkennung und Förderung qualitätsgesicherter niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen – insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige – wurden bereits im Jahr 2002 geschaffen. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wird mit der Unterstützung und Förderung ehrenamtlicher Strukturen sogleich in mehreren neuen Paragraphen (§§ 45d, 75, 82 b, 92c SGB XI) ein neuer sozialpolitischer Schwerpunkt gesetzt.

Insbesondere für die mit der Hochaltrigkeit exponentiell zunehmenden demenziellen Erkrankungen und anderen psychischen Störungen soll durch die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe der künftig wachsende Bedarf an zusätzlichem Betreuungs- und Anleitungsaufwand befriedigt werden.

Für die Pflegepolitik heißt dies, neue, innovative Wege zu beschreiten und die neu entstehenden Strukturen sinnvoll mit den gewachsenen alten Strukturen zu vernetzen.

■ Bereitstellung einer ausreichenden Infrastruktur im pflegeflankierenden Bereich

Neben der Erweiterung und des Ausbaus der Versorgungsstrukturen im Rahmen der Pflegeversicherung ist die Bereitstellung und weitergehende Anpassung einer ausreichenden Infrastruktur im pflegeflankierenden Bereich ein wesentlicher Schwerpunkt der zukünftigen Altenhilfe, um den individuell gewünschten und sozialpolitisch geforderten Verbleib in der Häuslichkeit (Grundsatz ambulant vor stationär) zu sichern, Selbstständigkeit und selbstbestimmte Lebensführung zu erhalten, individuelles und soziales Wohlbefinden zu verbessern, Einsamkeit und Isolation zu mildern, Selbsthilfekräfte der Betroffenen zu aktivieren und soziale Netzwerke (Partnerschaft, Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Freundeskreis) zu unterstützen.

Im Rahmen der Pflegepolitik wird daher der bedarfsgerechte Ausbau der bestehenden Beratungsangebote für verschiedene Zielgruppen (z.B. das Krisentelefon Pflege in Not, Berliner Service- und Informationszentrum für Angehörigenarbeit (BeSIZ), Zentrale Anlaufstelle Hospiz) sowie der Mobilitätshilfedienste und ehrenamtlichen Besuchsdienste eine Aufgabe der künftigen Jahre sein.

■ Versorgung und Betreuung älterer Menschen mit Migrationshintergrund – Die Beförderung kultursensibler Arbeit und interkultureller Öffnung

Die Beförderung kultursensibler Arbeit und interkultureller Öffnung ist eine bereichsübergreifende Querschnittsaufgabe. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ist der seit ca. 10 Jahren begonnene Prozess der interkulturellen Öffnung und der kultursensiblen Arbeit kontinuierlich mit einem breiten Spektrum an Maßnahmen fortzuführen, zu befördern und zu begleiten, wie z.B. weiterer Abbau bestehender Barrieren, bessere Vernetzung der Versorgungsstrukturen, stärkere Beteiligung von Migrant/-innen an der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft und Einbindung älterer Migrant/-innen z.B. in ehrenamtliche und Selbsthilfestrukturen, Aufnahme der Zielgruppe ältere Migranten/-innen in die Altenhilfeplanung aller Bezirke.

■ Deckung des Bedarfs an Pflege in Pflegeeinrichtungen – Bedarfsmonitoring

Zur Schätzung des künftigen Bedarfs an Pflegeangeboten (regionalisiert nach Bezirken) wird das Angebot sowie die Nachfrage regelmäßig beobachtet und in der Entwicklung dargestellt. Dieses Monitoring setzt das Land Berlin in Stand frühzeitig Mängel in der abgestimmten, leistungsfähigen und zahlenmäßig ausreichenden Pflegeinfrastruktur zu erkennen und gegenzusteuern.

Durch die Veröffentlichung im Landespflegeplan, sowie dessen aktualisierte Übersichten im Internet wird die Fachöffentlichkeit und die Allgemeinheit über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung informiert. Die Informationen haben in begrenztem Umfang steuernde Wirkung auf Neuansiedlung von Pflegeeinrichtungen und deren regionale Verteilung.

■ Transparenz

Darüber hinaus sollen Pflegearbeit und -qualität transparenter werden.

Der Berliner Senat hat deshalb schon im letzten Jahr im Kreis der Länder eine Initiative zur Änderung der Rechtsgrundlagen angestoßen, damit Berichte über die Prüfung der Einrichtungen künftig öffentlich zugänglich werden. Die Initiative, d.h. eine entsprechende Regelung, ist inzwischen über das PflWG im SGB XI aufgenommen worden. Bis zur Umsetzung wird es aber noch einige Zeit dauern. Deshalb hatte der von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales ins Leben gerufene Runde Tisch Pflegequalität bereits im Frühjahr 2007 dem Landespflegeausschuss empfohlen, einen Fachausschuss einzusetzen und ihn unter dem Stichwort „Transparenzoffensive“ einen Fragebogen an die Einrichtungen der stationären Pflege in Berlin entwickeln zu lassen. Der Fragebogen ist unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen entwickelt worden. Mit der Beantwortung des Bogens sollen die Pflegeeinrichtungen einige zentrale Aussagen über ihre Häuser treffen und zugleich ihr besonderes Profil und besondere Kompetenzen oder Vorzüge in der Öffentlichkeit darstellen können. Damit sollen vor allem Menschen auf der Suche nach einer geeigneten Einrichtung das Angebot auf dem Pflegemarkt besser vergleichen können und so ggf. eine verbraucherinnen- und verbraucherfreundliche Entscheidungsgrundlage bekommen. Zugleich zwingt Transparenz die Einrichtungen zu besonderen Anstrengungen, ihre Pflegequalität zu erhöhen, um im Vergleich auf dem Markt bestehen zu können.

Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales stellt mit dieser Datensammlung zur Transparenzoffensive eine Plattform für die von den Einrichtungen eingereichten Informationen zugunsten der Verbraucher, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zur Verfügung.

■ Nachfolgeregelung für das Bundes-Heimgesetz

Aufgrund der Föderalismusreform haben die Bundesländer für das Heimrecht die Gesetzgebungskompetenz erhalten. Im Land Berlin wird derzeit eine Nachfolgeregelung für das Bundes-Heimgesetz erarbeitet. Bereits im Titel des Gesetzentwurfes „Wohnteilhabegesetz – WtG“ wird die erweiterte Zielstellung gegenüber dem bisherigen Heimrecht sichtbar. Ziel ist die Schaffung eines zukunftsweisenden, über das herkömmliche Ordnungsrecht hinausgehenden Gesetzes, das den älteren, pflegebedürftigen oder behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, der sich in einer gemeinschaftlich betreuten Wohnform, z.B. auch in einer Wohngemeinschaft, aufhält, bei der Wahrnehmung seiner Interessen und Bedürfnisse unterstützt und ihn in seiner Verbrauchersouveränität stärkt.

Dabei gehört es zu den unabdingbaren Forderungen einer modernen Senioren-, Pflege- und Behindertenpolitik an die Leistungserbringer, die Würde der betreuten Menschen zu achten und ihnen eine angemessene individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen, insbesondere ihre Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine angemessene Lebensqualität zu wahren und zu fördern. Bei der Leistungserbringung sollen auch verstärkt Elemente der Engagement- und der Integrationspolitik beachtet werden.

Um die Menschen in ihrer Verbrauchersouveränität zu stärken, werden Informations- und Beratungsmöglichkeiten ausgebaut, ein strukturiertes Beschwerdemanagement vorgeschrieben, Mitwirkungsrechte präzisiert und die Leistungserbringer wie auch die Aufsichtsbehörde verpflichtet, mehr Transparenz im Hinblick auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität durch erweiterte und verbraucherfreundliche Offenlegungspflichten zu ermöglichen.

■ Stärkung der Teilhabe älterer Menschen: Soziale Netzwerke und bürgerschaftliches Engagements im Alter

Regina Saeger, Vorsitzende des Landesseniorenbeirates Berlin brachte die Perspektive der älteren Bevölkerung in die Diskussion ein.

Zunächst unterstrich Regina Saeger die wichtige Rolle, die die Seniorenvertretungen hinsichtlich der Frage der Aktivierung und Partizipation älterer Menschen in Berlin einnehmen. Die Mitglieder des Landesseniorenbeirates Berlin werden von dem für das Sozialwesen zuständigen Mitglied des Senats berufen. Zwölf Mitglieder kommen aus den bezirklichen Seniorenvertretungen, weitere zwölf Mitglieder kommen aus Organisationen, Vereinen und Institutionen. Auch der DGB ist mit einem Vertreter in diesem Gremium vertreten. Der Landesseniorenbeirat wacht über die Einhaltung der Rechte und Menschenwürde älterer Bürger/innen, berät aus der Perspektive älterer Menschen Politik und Verwaltung und vermittelt zwischen der älteren Generation und Politik und Verwaltung.

Angesichts der im Workshop diskutierten Folgen und Herausforderungen des demografischen Wandels nimmt die politische Interessenvertretung älterer Menschen im vorparlamentarischen Raum eine wichtige Funktion ein, da die legitimen Interessen älterer Menschen bislang keinesfalls automatisch von der etablierten Politik berücksichtigt werden. Vielmehr ist zu beobachten, dass sich vielerorts ein zunehmender Verlust von Handlungsspielräumen für ältere Menschen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene für ältere Menschen andeutet. Um Teilhabe und Partizipation sicherzustellen sind schlüssige Konzepte erforderlich. Regina Saeger hebt hervor, dass das Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz aus dem Jahr 2006 ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist.

Als zentrale Aufgaben, um die durch das Gesetz geförderte Mitwirkung von Senior/innen umzusetzen, sieht Regina Saeger

- die Mitwirkung bei Planungen in der Kommune;
- die Vermittlung von Informationen und Interessen an Politik, Verwaltung und altenpolitische Akteure, d.h. Politikberatung;
- die Beratung der älteren Generation, d.h. Informationen bereitstellen, Experten hinzuziehen;
- sowie die Öffentlichkeitsarbeit für die ältere Generation und Kampf gegen ein vielfach vorhandenes negatives „Altenbild“ in der Gesellschaft.

■ Wichtige Rolle der Sozialkommissionen

Ein besonderes Augenmerk legt Regina Saeger in ihrem Beitrag auf die Arbeit der Sozialkommissionen, da sich hier Bürgersinn und persönliches Engagement für die Gemeinschaft sehr konkret äußern. Die Bestellung der Mitglieder der bezirklichen Sozialkommissionen erfolgt durch das jeweilige Bezirksamt und die Mitglieder werden dann auf Vorschlag des Bezirksamtes für die Dauer von 4 Jahren von der Bezirksverordnetenversammlung gewählt. Eine erneute Wiederwahl ist möglich. Sie erhalten für die Wahlperiode einen Ausweis mit Lichtbild damit sie sich legitimieren können und sie sind Unfall- und Haftpflichtversichert in diesem Ehrenamt. Die Mitglieder des Ehrenamtlichen Dienstes erhalten eine kleine Entschädigung nach der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Entschädigung der Mitglieder der Bezirksverordnetenversammlung, der Bürgerdeputierten und Sonstigen ehrenamtlich tätigen Personen in der jeweils geltenden Fassung. In Berlin sind über 450 Sozialkommissionen aktiv. Als Mitglieder des Ehrenamtlichen Dienstes können Bürgerinnen und Bürger aus allen Kreisen der Bevölkerung tätig werden. Die Bezirke bemühen sich, geeignete Ansprechforen zu finden, die Menschen unterschiedlicher Kulturen, Herkunftssprachen, Religionen und Glaubensgemeinschaften und aus allen Altersgruppen ermutigen, sich ehrenamtlich zu engagieren.

Regina Saeger hebt hervor, welche elementare Funktion der Einsatz der unzähligen engagierten Helfer, ihre Einsatzbereitschaft und ihrer Tatkraft für den sozialen Zusammenhalt in Berlin bedeuten. Wenngleich ehrenamtliche Arbeit in ihrer Wirkung oft nicht direkt beobachtbar und messbar ist, tritt ihr Fehlen jedoch immer dann sofort zu Tage, wo diese Leistungen nicht vorhanden sind. In dieser Hinsicht ist es nicht hinzunehmen, dass zwar allgemein bürgerschaftliches Engagement eingefordert wird, die Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer aber ausbleibt und die Zusammenarbeit mit den Professionellen in vielen Bereichen nicht gut funktioniert.

Als Herausforderung nennt sie die verstärkte Gewinnung von jüngeren Bürgern für die Arbeit der Sozialkommissionen sowie die intensivere Einbeziehung von Menschen aus dem Kreis der Aussiedler, Spätaussiedler und Migrantinnen und Migranten. Das Betreuungsnetzwerk muss aber auch Strukturen mit einbeziehen, wie z.B. die Stadtteilzentren, Seniorenfreizeitstätten, Seniorenvertretungen, Koordinierungsstellen, kirchliche- und karitative Einrichtungen, Wohnungsanbieter, Freie Trägereinrichtungen usw. um eine erfolgreiche, abgestimmte Zusammenarbeit und Vernetzung voranzutreiben.

Gerade die Frage des Erhalts von Selbständigkeit und das Thema Wohnen, auch in Hinblick auf bezahlbaren Wohnraum, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Bei der Umsetzung einer neuen Sozial- und Bürgerkultur spielt die Kommunalpolitik eine wichtigste Rolle, denn die Kommune hat den engsten Kontakt zum Bürger. Regina Saeger fordert daher die Verantwortung aller gesellschaftlichen Gruppen ein ihren Beitrag zu leisten, damit kein Hilfesuchender, Bedürftiger, Alleinlebender, Hochbetagter der sozialen Isolation überlassen wird.

■ Diskussion

Ein erster Mittelpunkt der Diskussion waren die neuen Pflegestützpunkte und ihre Einbindung in vorhandene Strukturen wie die Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“. Insgesamt wurde die Einrichtung der neuen Pflegestützpunkte begrüßt, allerdings bestand ein großes Maß an Skepsis, wie die Stützpunkte in der praktischen Umsetzung zum Einen die Vielzahl der Aufgaben wahrnehmen können und ob die Unabhängigkeit in der Beratung gewährleistet werden kann. Im Workshop wurde eine Stellungnahme des Arbeitskreises Altern und Gesundheit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin eingebracht.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Pflegestützpunkte werden folgende Aspekte als wichtig angesehen:

1. Zielgruppen sind Menschen jeden Lebensalters mit Hilfe- und Pflegebedarf, deren Angehörige und soziale Netzwerke.
2. Die Beratung und das Case-Management müssen alle im Gesetz genannten Bereiche (gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsleistungen sowie die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme) und damit alle sozialen Dimensionen des Lebens ganzheitlich umfassen.
3. Die Neutralität der Beratung muss sichergestellt sein.
4. Die Pflegestützpunkte sollen den einen Anlaufpunkt für die Gesamtheit der angesprochenen Fragen darstellen.
5. Voraussetzung dafür ist, dass die Aktivität der Pflegestützpunkte über die Einzelberatung hinausgeht und die Vernetzung aller relevanten Initiativen und Akteure im Stadtteil umfasst.
6. Die Einzelberatung und Vernetzungsaktivitäten müssen personell und finanziell ausreichend ausgestattet und miteinander koordiniert sein, d.h. vorhandene Verbundstrukturen müssen einbezogen und weiterentwickelt werden. Doppelstrukturen müssen vermieden werden.

Bezogen auf die Gesundheitsförderung, die Prävention und die soziale Unterstützung war als ein Schwerpunkt die Ansprache von Zielgruppen, die von den Angeboten nicht erreicht werden, Gegenstand der Diskussion. Es wurde sehr deutlich, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe, die man ansprechen möchte, von vorneherein in die Planung von Angeboten der gesundheitlichen und sozialen Unterstützung und Aktivierung einbezogen werden müssen. Auch die Gender- und Kultursensibilität der Angebote und Maßnahmen ist eine wichtige Voraussetzung, damit die gewünschten Wirkungen erzielt werden.

Hinsichtlich der Formulierung von Gesundheitszielen bestand Konsens unter den Teilnehmer/innen, dass diese ein sinnvolles Instrument gesundheitspolitischer Steuerung sein können. Es wird zudem die Hoffnung geäußert, dass durch einen Zielprozess das Thema noch stärker auf der politischen Agenda verankert wird. Allerdings wird davor gewarnt, der Formulierung von Zielen keine Taten in dem Sinne folgen zu lassen, dass Kriterien zu ihrer Überprüfbarkeit festgelegt und zusätzliche Maßnahmen initiiert werden.

Beitrag der Fachstellen zur Stärkung der Prävention in Berlin

Debatte

Carola Gold, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Kerstin Jüngling, Fachstelle für Suchtprävention

Moderation: *Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider*, Berlin School of Public Health

■ Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:

Wir blicken mit Interesse und großer Spannung auf die beiden Fachstellen.

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung ist bei Gesundheit Berlin noch ziemlich neu und es ergeben sich einige Frage hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Fachstellen. Wodurch unterscheiden sich ihre Arbeitsprofile und in welchen Bereichen ergänzen sich die Fachstellen? Carola Gold berichtet über die Arbeit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und Frau Kerstin Jüngling, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention wird uns einen Einblick in ihre Arbeit geben. Carola Gold, hiermit übergebe ich ihnen das Wort.

■ Carola Gold, Leiterin der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Meine Damen und Herren, herzlichen Dank auch an Frau Maschewsky-Schneider. Ich möchte Ihnen kurz die Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung vorstellen. Wie die

Senatorin bereits erwähnt hat, existiert die Fachstelle seit dem 1. Juli 2008. Meine Präsentation wird einen ersten thematischen Überblick vermitteln und beschäftigt sich zudem mit der Fragestellung: Wo liegen die Herausforderungen?

Aufgaben

- Geschäftsstellenfunktion für die LGK
- Gesundheitszielprozess
 - „Stärkung der gesamtstädtischen Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitszielprozesses durch Bündelung und Vernetzung bereits vorhandener präventiver Ressourcen“;
 - Transparenz, Berichtswesen
 - Akquise
- Qualifizierung
 - Fachtagungen, Fortbildungen
 - Unterstützung der Selbstevaluation, Planung u. Durchführung von Projekten
- Kooperation und Kommunikation
- Regionaler Knoten (Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten)

7. November 2008 – 5. Landesgesundheitskonferenz

Zu den Aufgaben. Zum Einen haben wir die Geschäftsstellenfunktion für die Landesgesundheitskonferenz. Das ist nicht nur eine Frage der Organisation von Veranstaltungen, sondern auch eine Frage der Unterstützung von meinungsbildenden Prozessen und Fachdiskussionen innerhalb der Landesgesundheitskonferenz. Die Qualität der Diskussion, der Organisation und eine gute Kommunikation sind hierbei sehr bedeutsam.

Ein zentrales Thema und eine große Herausforderung, der wir mit Freude entgegen sehen, ist die Unterstützung des Gesundheitszielprozesses. Im vergangenen Jahr hat die Landesgesundheitskonferenz Gesundheitsziele für die Verbesserung der

Kindergesundheit beschlossen. In der Ausschreibung zur Fachstelle wurde diese Aufgabe als „Stärkung der gesamtstädtischen Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitszielprozesses durch Bündelung und Vernetzung bereits vorhandener präventiver Ressourcen“ genannt. Dies beschreibt die Anforderungen und Herausforderungen, die vor uns liegen.

Alle, die in Berlin aktiv sind, wissen, dass diese Aufgabe nicht einfach ist, da viele Politik- und Handlungsfelder berührt sind und Berlin zudem viele Problemfelder hat. Andererseits passiert in Berlin sehr viel, was in einer Vielzahl von Ansätzen und Aktivitäten resultiert. Seit Jahren wünschen sich die Akteure hier mehr Transparenz. Ein zielgerichtetes Handeln im Rahmen des Gesundheitszielprozesses, gekoppelt mit mehr Transparenz, stärkt die Berliner Präventionslandschaft insgesamt.

Qualifizierung und Qualitätsentwicklung ist eine weitere Aufgabe, die die Fachstelle zukünftig wahrnehmen wird. Auch hier sind Fragen von Kooperation und Kommunikation bezogen auf den fachlichen Austausch der Akteure sehr bedeutsam. Es gibt eine Vielzahl guter Initiativen und Erfahrungen erfolgreicher Zusammenarbeit in den verschiedensten Handlungsfeldern. Diese Erfahrungen sind oft nicht bekannt und werden selten für eine systematische Qualitätsentwicklung genutzt. Hier liegt ein großes Potential, Erfahrungen zu erschließen und für die Weiterentwicklung der Arbeit zu nutzen. Ein wichtiger Baustein in diesem Prozess ist der Regionale Knoten Berlin, dessen Anliegen die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Wir sind sehr glücklich, dass uns seit dem 1. Juli 2008 der Einstieg in die paritätische Finanzierung des Regionalen Knoten durch Senat und GKV gelungen ist.

■ Gesundheitsziel Kindergesundheit

Das Gesundheitsziel, das im Rahmen der LGK beschlossen wurde, bezieht sich auf die Gesundheit von Kindern im Alter bis sechs Jahre. Die Handlungsfelder sind hierbei Ernährung, Bewegung und kognitive Sprachentwicklung. Besonders erfolgsversprechend ist dabei Gesundheitsförderung in den Lebenswelten/Settings, also im Bereich Kita, Stadtteil, Schule. So kann auch der Lebensstil in den Familien maßgeblich verändert werden. Es ist dafür sehr wichtig, die Familien zu erreichen, was gerade in den sozial benachteiligten Stadtteilen eine große Herausforderung darstellt.

Wir haben in Berlin auf Landesebene und in vielen Bezirken eine stark und gut entwickelte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Anhand dieser Datenbasis können wir prioritäre Interventionsräume benennen und langfristige Erfolge überprüfen. Wenn Ziele formuliert werden, muss auch immer nach der Zielerreichung gefragt werden. 2011 müssen wir die im Rahmen des Zielprozesses erreichten Ergebnisse darstellen. Ziel ist es, nicht nur das Gesundheitsverhalten der Kinder insgesamt zu verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Es ist bekannt, dass eine Vielzahl der Präventionsangebote vor allem den ressourcenstarken Familien zu Gute kommen. Das Paradoxon, das durch Prävention die Schere gesundheitlicher Ungleichheit weiter auseinander geht, muss verhindert werden. Das ist eine weitere Herausforderung, welcher bereits durch die Zielformulierungen Rechnung getragen wird.

■ Begleitung des Zielprozesses

Die Fachstelle wird diesen Zielprozess begleiten. Ein zentraler Aspekt ist die Frage der Transparenz. Es gilt, einen Monitoring-Prozess zu entwickeln, der als Hilfestellung für die Akteure der Landesgesundheitskonferenz in den Bezirken, für die Träger von Projekten und Einrichtungen, wahrgenommen wird.

Es soll ermöglicht werden, Prozesse im Rahmen des Zielprozesses zu evaluieren, aber auch Interventionen zu beurteilen. Wo sind Interventionen sinnvoll und nötig und wer sind die Partner, um gemeinsam zu agieren? Im Ergebnis dieses Zielprozesses kann nicht nur gefragt werden, wie sich Zahlen verändert haben, sondern auch die Beurteilung der Prozesse und der Strukturen ist ungemein wichtig. Was sind Erfolge, von denen wir sagen, dass wir sie in die Fläche bringen wollen? Woran kann man sich orientieren? Dieses landesweite Monitoring wird ergänzt durch einen vertiefenden Prozess in ausgewählten Prognoseräumen.

Zu fragen ist: Was will man abbilden und was sind die Erkenntnisse, die wir über solche Datenbanken transparent machen wollen? Wie werden solche Projekte abgebildet? Eine internetgestützte Datenbank ist eine geeignete Form, Transparenz herzustellen, wobei die technische Seite sicherlich noch Fragen aufwerfen wird.

Entscheidend ist die Entwicklung in den Sozialräumen. Die zahlenmäßige Abbildung von beispielsweise Ernährungsprojekten oder anderen Maßnahmen in Berlin ist nicht so bedeutsam wie

Gesundheitsziel Kindergesundheit

Zielgruppe	Kinder bis 6 Jahre
Handlungsfelder	Ernährung, Bewegung, kognitive Sprachentwicklung
Setting	KiTa, Familie, Stadtteil (Bezirksregion, Quartier, Viertel)

Basis Gesundheitsberichterstattung; differenzierte Gesundheitsziele sollen bis 2011 erreicht sein; die Ziele berücksichtigen dabei eine Verringerung der gesundheitlichen Benachteiligung von Kindern in der unteren sozialen Schicht sowie von Kindern mit Migrationshintergrund (vgl. Bettge, 2007);

7. November 2008 – 5. Landesgesundheitskonferenz

Begleitung des Zielprozesses

Monitoring für den Zielprozess wird auf zwei Ebenen etabliert

- landesweites Monitoring
- beispielhafte Vertiefung in lokalen Prognoseräumen

Ziel:
kontinuierlich und möglichst kleinräumig Transparenz über die Umsetzung von Struktur-, Prozess- und Ergebniszielen herstellen und den regionalen Akteuren, sowie den Partnern in der LGK, damit eine Grundlage für die Beurteilung des Prozesses sowie der Entwicklung eigener Aktivitäten bereitzustellen

7. November 2008 – 5. Landesgesundheitskonferenz

die Frage, ob und wie die Maßnahmen in die gesundheitsförderliche Entwicklung des jeweiligen Sozialraums eingebunden sind. Das heißt, man muss schauen, ob die Maßnahmen tatsächlich dort greifen, wo der Bedarf in Bezug auf die Kindergesundheit am größten ist.

Ein wichtiger Punkt dazu ist die Abbildung von Prozessen, und dies geschieht nicht zwangsläufig anhand von Zahlen. Diese sind zwar wichtig, aber viel bedeutsamer ist doch die Frage: Gelingt es uns für die Kinder mit dem größten Bedarf, aber letztendlich für alle Kinder, gesunde Lebenswelten aufzubauen? Was sind die qualitativen Anforderungen, die diese Lebenswelten erfüllen müssen, in den Familien, in den Kitas, in den Schulen oder im Stadtteil, und wie unterstützen wir diese Prozesse?

An diesen Fragen werden sich die Akteure der Landesgesundheitskonferenz, aber auch andere profunde Akteure, sicher beteiligen. Wie gelingt es uns, in diesen Prozess Transparenz zu bekommen und gute Formen des Informationsmanagements zu entwickeln?

Die Landesgesundheitskonferenz und der Vorbereitende Ausschuss haben darüber diskutiert, dass zunächst in drei ausgewählten Prognoseräumen Gesundbrunnen, Kreuzberg-Nord und in Reinickendorf-Ost, die hinsichtlich der Gesundheitslage der Kinder in den drei Handlungsfeldern einen hohen Bedarf zeigen, exemplarisch der Frage nachgegangen wird, wie die Entwicklung gesunder Lebenswelten gelingen kann.

Diese Erfahrungen, die wir gemeinsam mit den Akteuren auswerten, werden in die Beratungen der Landesgesundheitskonferenz eingespeist. Die Empfehlungen der Akteure der Landesgesundheitskonferenz dienen als Grundlage für Handlungsempfehlungen. Ziel sollte sein, durch solche Handlungsempfehlungen auch den Ressourceneinsatz und die Umsetzungsprozesse einzelner Akteure zu beeinflussen.

Hinsichtlich der Qualitätsentwicklung stellt sich die Frage: Welchen Beitrag kann die Fachstelle leisten? Ich bin sehr erfreut, dass wir mit Mitteln aus dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM“ am 20. November eine Fortbildung im Bereich „Gesund aufwachsen“ durchführen können. Es haben sich bereits über hundert Vertreter/innen aus Kitas angemeldet. Wir rechnen mit einer Teilnehmerzahl zwischen 300 und 400 Teilnehmer/innen. Die Tagung greift beispielsweise Fragen auf, wie gesunde Lebenswelten entstehen und wie die Eltern einbezogen werden können, also wie auch Lebensstile in den Familien verändert werden können. Diese und viele weitere Fragen werden in insgesamt acht Workshops diskutiert.

Ein weiterer Ansatz aus dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM“ ist ein Lokales Aktionsbündnis, welches wir mit den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg und Marzahn-Hellersdorf durchführen. In diesem Aktionsbündnis geht es um partizipative Ansätze und um die Frage, was gibt es an Ressourcen in sozial benachteiligten Stadtteilen und wie gelingt es, diese Ressourcen effektiv einzusetzen. Das bedeutet, dass beispielsweise Eltern, aber auch andere Bewohner/innen im Stadtteil oder Menschen im Seniorenalter sich aktiv an der Gestaltung gesunder Lebenswelten beteiligen. Die Zielgruppe sind auch hier Kinder bis sechs Jahre, da wir natürlich auch bei unseren eigenen Projekten versuchen, einen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung des Zielprozesses zu leisten.

■ Regionaler Knoten Berlin

Der Regionale Knoten ist ein Element des „Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der Kooperationsverbund ist eine Initiative, die 2003 von der BZgA ergriffen wurde, um die Qualität im Handlungsfeld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung weiter zu entwickeln. Regionale Knoten gibt es in allen 16 Bundesländern. Der Knoten hat sich in den vergangenen Monaten stark mit der Frage „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ mit besonderem Fokus auf Langzeitarbeitslose beschäftigt. Es geht darum, wie wir im Rahmen von z.B. Beschäftigungsprogrammen, aber auch von lokalen Bündnissen für Beschäftigung, gesundheitsförderliche Maßnahmen bei Langzeitarbeitslosen entwickeln können. Es hat mittlerweile einen ersten Einstieg in die Ermittlung gesundheitsfördernder Projekte in Gebieten des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ gegeben. Vor einigen Jahren hat der Regionale Knoten zum Thema „Gesundheit in Kitas“ einiges an Material erarbeitet. Weitere Themen waren „Rund um die Geburt“ oder die Gesundheit älterer Menschen.

■ Gemeindedolmetschdienst

Hinsichtlich des Gemeindedolmetschdienstes gibt es eine positive Entwicklung. Eine Regiestelle für die Vermittlung der Einsätze konnte etabliert werden, so dass das gute Angebot, dass wir im Rahmen von EQUAL in der Stadt aufgebaut haben, fortgeführt werden kann. Somit können wir auch langfristig die Qualität sichern. Das Angebot wird durch ein Projekt im öffentlichen Beschäftigungssektor ergänzt. Neben den klassischen Angeboten beispielsweise in Krankenhäusern können wir nun auch Vermittlungseinsätze im gemeinnützigen Bereich mit geringer Aufwandsentschädigung anbieten, beispielsweise in Kitas zur Sprach- und Kulturvermittlung.

Kurz noch ein Blick auf die geplante Öffentlichkeitsarbeit der Fachstelle.



Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin

Gesundheit Berlin e.V.
Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

Öffentlichkeitsarbeit / Kommunikation

Kommunikation

- Fachöffentlichkeit, Multiplikator/innen
- Fachveranstaltungen und Fortbildungen
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Gesundheitsforen der LGK

Medien:

- Print-Newsletter
- Webseite
- Mail-Newsletter der LGK

7. November 2008 – 5. Landesgesundheitskonferenz

Dieser Bereich soll die weiteren Aktivitäten in der LGK unterstützen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Vielen Dank an Carola Gold. Wir machen gleich weiter mit dem zweiten Beitrag und ich möchte Sie, Frau Jüngling, bitten, Ihre Arbeit hier vorzustellen.

■ **Kerstin Jüngling, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention**

Sehr geehrte Senatorin, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren, ich bedanke mich für die Möglichkeit, Ihnen kurz und knapp meine Arbeit der letzten drei Jahre mit der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin darzustellen.

Zur Einstimmung: Die Suchtprävention besteht aus zwei Hauptsträngen, zum einen die Verhaltens- und zum anderen die Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention setzt am einzelnen Menschen und dessen Verhalten und Gesundheitseinstellungen an. Die Verhältnisprävention durchleuchtet strukturelle Maßnahmen und Bedingungen, um effektiv und präventiv vor einer Sucht zu schützen. Diese beiden miteinander zusammenhängenden Teile der Suchtprävention sind ein Teil der Gesundheitspolitik in Deutschland.

5. Landesgesundheitskonferenz - Suchtprävention in Berlin

Suchtprävention

- neben Behandlung, Schadensbegrenzung, Repression eine tragende Säule der Drogen- und Suchtpolitik

und umfasst

- Verhaltensprävention = Suchtpräventive Programme / Maßnahmen
- Verhältnisprävention = Strukturelle Maßnahmen

FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION IN LAND BERLIN
Kerstin Jüngling 07.11.2008
pad e.V.

Auf dieser Folie sehen Sie ein Zitat aus der Expertise von Dr. Tossman und Dr. Nöcker.

5. Landesgesundheitskonferenz - Suchtprävention in Berlin

Fachstellen- Modell

- Europaweite Ausschreibung
- Zuschlag für Aufbau und Betrieb an den pad e.V.
- Eröffnung am 15.12.2005

Es „... geht nicht um eine neue oder bessere Suchtprävention an sich, sondern um einen Zugewinn an Qualität und Profilierung durch Konzentration und Ressourcenbündelung.“

Quelle: Expertise Suchtprävention, Peter Tossman und Guido Nöcker, März 2003

FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION IN LAND BERLIN
Kerstin Jüngling 07.11.2008
pad e.V.

Dem Inhalt nach sollte Berlin die Suchtprävention nicht neu erfinden, sondern sie durch das Fachstellen-Modell qualitativ verbessern und Maßnahmen besser koordinieren und bündeln. Unsere Fachstelle gibt es seit knapp drei Jahren und ich würde Ihnen ger-

ne zeigen, wie wir strukturell in die Landschaft Berlins eingebunden sind.

Integriert sind zwei Senatsverwaltungen: zum Einen die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und zum Anderen die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, in Zusammenarbeit mit den Berliner Bezirken. Es ist leicht gesagt, dass Suchtprävention eine Querschnittsaufgabe ist. In der Praxis steckt eine Menge Arbeit dahinter, sprich alle relevanten Akteure müssen so miteinander vernetzt werden, dass die Suchtprävention lebendig bleibt und wirkt. Es gibt, wie Dr. Tossman und Dr. Nöcker es empfohlen haben, ein Steuerungsgremium, in dem diese beteiligten Partner sitzen. Unsere Fachstelle schlägt die Arbeitsplanung für das jeweilige Jahr vor. Inhalt dieser Jahresplanung sind die zukünftigen Schwerpunkte, aber auch Projektmaßnahmen und Kampagnen.

Die Projekte und Maßnahmen kommen vor Ort, also im Sozialraum, im Bezirk, in der Suchthilfe und in der Psychiatrieregion, zum Einsatz. Hier sehen Sie auszugsweise einige ausgewählte Handlungsfelder. Was tun wir eigentlich handlungsfeldübergreifend? Orientiert an den Nationalen Aktionsplänen der Bundesrepublik Deutschland sind wir insbesondere im Feld der legalen Suchtmittel, also der Alkohol- und Tabakprävention aktiv. Aber auch die illegalen Suchtmittel finden Berücksichtigung, ganz bedeutsam ist hier natürlich die Cannabis-Prävention. Unter der Leitung der Landesdrogenbeauftragten arbeitet in Berlin ein wunderbar funktionierendes Netzwerk zur Frühintervention.

Die einzelnen Handlungsfelder oder Settings werden mit den Aktionen vor Ort und wiederum mit handlungsfeldübergreifenden Themen kombiniert. In diesem Prozess wird natürlich gendersensibel gearbeitet. Aufgrund der Bevölkerungsstruktur in Berlin und angesichts der vielen Kulturen arbeiten wir als Fachstelle seit unserer Gründung kultursensibel und verstehen dies auch als einen Schwerpunkt. Wir sind stolz darauf, die einzige Fachstelle in Deutschland zu sein, die sich dem Thema explizit und systematisch widmet. All das, was wir tun, steht natürlich unter der Prämisse „soziallagenbezogen und altersgerecht“.

Wir haben unsere Studie „Jugend, Alkohol, Hintergründe“ durchgeführt und sind momentan bei der Auswertung. Nun müssen wir uns fragen: Wie kann zielgruppengerecht vorgegangen werden? Z.B. trifft es nicht zu, dass islamische Jugendliche aus dem türkischen und arabischen Sprachraum keinen Alkohol trinken. Laut dem Robert Koch-Institut trinken sie zwar weniger als der Durchschnitt, Fakt ist jedoch, dass auch islamische Jugendliche Alkohol konsumieren. Das heißt, man steht vor der Frage, wie spreche ich beispielsweise bei türkischen Mädchen das Thema Alkohol an? Wie bringe ich ein Thema, das momentan noch häufig tabuisiert ist, auf die Tagesordnung, in die Normalität?

Wir verfolgen das Ziel, Sucht zu verhindern. Zudem muss das Einstiegsalter bei Suchtstoffen oder in Bezug auf suchtmittelbezogenen Konsum erhöht werden, da es momentan besonders bei den legalen Substanzen sehr niedrig ist. Bei Alkohol liegt das Einstiegsalter durchschnittlich bei 12,1 Jahren. Zwar müssen wir nicht, das habe ich vorhin bereits erwähnt, die Suchtprävention neu erfinden, aber wir müssen schauen, welche Good-Practice-Projekte und -Kriterien es gibt und müssen somit Erfahrungen aus anderen Bundesländern auf Berlin übertragen. Auf der Basis der Leitlinien, die in Berlin durch das Abgeordnetenhaus verab-

schiedet wurden, ergeben sich für uns konzeptionell die auf der folgenden Folie dargestellten Aufgaben.

5. Landesgesundheitskonferenz - Suchtprävention in Berlin

Aufgaben

- Service- und Koordinierungsstelle
- Arbeit in verschiedenen Feldern der Suchtprävention
- Wissenstransfer / Fort- und Weiterbildung
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
- Öffentlichkeitswirksame Kommunikation
- Kooperation und Vernetzung

Basis: Leitlinien für die Suchtprävention in Berlin

FAHRSTELLE SUB
SUCHTPRÄVENTION
IM LAND BERLIN

Kerstin Jungling
07-11.2008

paq e.V.

Auf dieser Folie bekommen Sie einen zahlenmäßigen Eindruck von unserem Arbeitspensum:

5. Landesgesundheitskonferenz - Suchtprävention in Berlin

Service- und Koordinierungsstelle

- Fachkräfte nutzen Beratung, Coaching, Projektplanung, Materialien, Mailings etc.
 - Öffnungszeiten: 42 Std./Woche
 - 2.605 Beratungen, Coachings (3,8/Tag)
 - Ca. 400 in Datenbank katalogisierte Materialien: Printmedien, Videos, interaktive Materialien, Literatur und Studien
- Vernetzung der Bereiche und Initiierung von / Mitwirkung in Aktionsbündnissen

FAHRSTELLE SUB
SUCHTPRÄVENTION
IM LAND BERLIN

Kerstin Jungling
07-11.2008

paq e.V.

Es stand für uns von Anfang an fest, dass wir aufgrund des von uns bearbeiteten Themas lange Öffnungszeiten brauchen. Wir werden tatsächlich besonders in den Abendstunden in Anspruch genommen, und dies von Anfang an. Wir haben alle relevanten Materialien, die es im Bundesgebiet, Österreich und der Schweiz gibt, katalogisiert, was sich besonders vor Ort als eine praktische Angelegenheit erwiesen hat. Service- und Koordinierungsstelle heißt zudem, dass wir mit einigen Bezirken zu den Themen Suchtprävention neue Aktionsbündnisse gemeinsam gegründet oder in bereits vorhandenen Aktionsbündnissen aktiv mitgewirkt haben.

Die konkrete Arbeit in den unterschiedlichen Feldern ist vielfältig. Zur kultursensiblen Suchtprävention: wir haben eine qualitative Studie durchgeführt und 118 Eltern mit Migrationshintergrund gefragt, was sie eigentlich vom deutschen Hilfesystem wissen, was für sie eigentlich Sucht ist, und ob sie sich professionelle Hilfe wünschen würden oder nicht. Wir haben diese Studie bereits in der zweiten Auflage veröffentlicht, welche wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen. Wir arbeiten mit relevanten Migrant/innen-Organisationen, aber auch mit dem Institut für Betriebliche Suchtprävention zusammen, um das Thema voranzutreiben. Wir freuen uns auch, dass wir im letzten Jahr das Aktionsprogramm

„Berlin qualmfrei“ von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unter der Schirmherrschaft von Dr. Hoff übertragen bekommen haben. Das Aktionsprogramm hat Großartiges geleistet und wurde jetzt in die Hände der Fachstelle gegeben. Das ist Ansporn und eine große Aufgabe zugleich. Auch hier haben wir im letzten Jahr eine ganze Menge geschafft.

Es ist mir wichtig, die Bedeutung von Wissensvermittlung noch einmal in Erinnerung zu rufen.

Im Dezember 2005 haben wir gesagt, dass wir nicht einfach loslegen können, ohne zu wissen wo der Bedarf liegt. Daraufhin haben wir eine Bestandsaufnahme gemacht und 74 Verantwortungsträger aus dem medizinischen Gesundheits-, Bildungs- und Jugendbereich befragt, wo der Bedarf in der Suchtprävention liegt. 100 Prozent der Verantwortungsträger haben gesagt: „Wir brauchen im Land eine bessere Wissensvermittlung“. Wir gingen vorher irrtümlicherweise davon aus, dass das Wissen über die systematische Prävention von Sucht auf der Basis gegebener Standards vorhanden ist. Sie sehen, dass nun bis zum heutigen Tage eine Menge Schulungen durchgeführt wurden, die MOVE-Trainings etwa sind in Berlin sensationell angelaufen. Vielleicht war die Eine oder der Andere von ihnen auf der Fachkonferenz „Alkoholprävention – Was wirkt?“. Dort hat Angelika Fiedler von ginko e.V. aus Nordrhein-Westfalen gesprochen. Sie hat uns trainiert und ausgebildet im MOVE-Training. Im Vergleich zu allen anderen Bundesländern sind wir in diesem Bereich auf Platz zwei, direkt hinter dem Ursprungsbundesland, Nordrhein-Westfalen.

Wir haben die Broschüre „Standards der Suchtprävention“ der BZgA, die sicherlich einigen bekannt sein dürfte, adaptiert und haben die wichtigsten Erkenntnisse für Schulen zusammengefasst und veröffentlicht. Wir haben alle Beratungen, Schulungen und auch größere Projekte evaluiert. Auf Grundlage der Empfehlungen des IFT zur Evaluation von Suchtprävention haben wir ein Instrument entwickelt, mit dem wir systematisch Projekte evaluieren. Des Weiteren wurden wir extern vom ISD Hamburg, dort von Dr. Kalke, und von der Hochschule Magdeburg-Stendal von Prof. Heckmann evaluiert.

Was ich heute Morgen vermisst habe, und wofür ich Ihnen, Frau Senatorin, dankbar bin, ist der explizite Hinweis auf die inhaltliche Seite der Debatte. Es wurde viel über Geld gesprochen, weniger über Inhalte und noch weniger darüber, wie man die Inhalte eigentlich kommuniziert. Eine Reform des Gesundheitswesens braucht aus meiner Sicht auch Kommunikationsexperten, ebenso der Bereich Suchtprävention. Wie kann ich ein Thema wie Sucht, das andere Kulturen als Naturereignis verstehen, verständlich in ihrer Sprache erklären? Wie erreichen wir wirklich schwer erreichbare, bildungsferne und in eher schwachen Soziallagen lebende Menschen, von denen wir immer wieder sprechen. Genau hier müssen wir Wissen vermitteln und aufklären.

Das hat die Fachstelle für Suchtprävention bereits durch einige Aktionen begonnen. Wir sind dabei, dies weiterzuentwickeln, uns weiterzubilden und zu lernen. Unser Ziel ist es, Wissen dort zu kommunizieren, wo es auch benötigt wird.

■ Kooperation und Vernetzung, das ist das Thema.

Die Begriffe begegnen mir häufiger. Alle sprechen davon und alle versuchen, Vernetzung effektiv umzusetzen. Trotz alledem ist

dies eines der schwierigsten Gebiete, was von Frau Gold eben schon sehr eindrucksvoll deutlich gemacht wurde. Das ist bei der Vielfalt, die Berlin als Stadtstaat und Hauptstadt ausmacht, besonders relevant. Ich möchte dennoch betonen, dass nahezu 100 Prozent der 2006 befragten Expert/innen gesagt haben, dass wir mehr Vernetzung und Kooperation brauchen. Es gibt so viele gute Ideen und so gute Initiativen. Bitte sprechen Sie untereinander, nicht nur die, die auf dem gleichen Flur sitzen, sondern auch die, die in unterschiedlichen Ressorts oder in unterschiedlichen Bezirken sitzen und arbeiten.

Zum Schluss würde ich sehr gerne ein Statement zu der Kampagne „Na klar...!“ abgeben. „Na klar...!“ ist die erste gemeinsame Berliner Kampagne zur Alkoholprävention.



Eine solche breit angelegte Kampagne gab es noch nie. Ich möchte an dieser Stelle an Sie, Frau Senatorin Lompscher, meinen Dank aussprechen, dass Sie die Schirmherrschaft übernommen haben. Alle zwölf Bezirke, das Land Berlin und wir als Fachstelle werden diese Kampagne zur Alkoholprävention 2009 durchführen. Mit 72 Vertreter/innen des öffentlichen Lebens hat am 3. November 2008 sehr erfolgreich die Kick-Off-Veranstaltung stattgefunden. Zudem werden berlinweit Veranstaltungen wie die Aktionswoche Alkohol im Juni, die Grüne Woche und die Jugendmesse stattfinden. Des Weiteren sind bereits 35 Veranstaltungen in Planung, welche von den Bezirken organisiert und mit viel Engagement, viel Ideenreichtum und guten Bündnispartnern durchgeführt werden. Das ist eine sehr beachtliche Menge.

Zum Schluss würde ich gerne Ihre Aufmerksamkeit auf den präventiven Jugendkalender 2009 richten: Durch inhaltliche wie auch tatkräftige finanzielle Unterstützung des Landessportbundes haben wir auch diesen Kalender herstellen können, der Sprüche in jugendlicher Sprache enthält. Ich wollte Ihnen das nur einmal zeigen, weil wir eben über zielgruppengerechte Kommunikation geredet haben. Mädchen beispielsweise mögen den Spruch: „Ich stehe auf Sixpacks an dir, nicht in dir.“ Das ist tatsächlich ein Spruch, den junge Mädchen absolut stark finden. Bei der Grünen Woche sind wir dank aller Beteiligten in der Senatsverwaltung, die das Projekt unterstützt haben, mit einem Saftdeckel (auch Bierdeckel genannt) dabei. Auf der Rückseite dieser Glasuntersetzer – es wird drei verschiedene Untersetzer geben – sind drei ganz wichtige alkoholpräventive Botschaften. Wer die alle drei gelesen hat, hat ein schönes Lösungswort – und erhält als Anerkennung ein Glas Saft.

Hier finden Sie noch einmal alle Materialien zur Kampagne „Na klar ...!“ auf einen Blick zusammengefasst:

5. Landesgesundheitskonferenz - Suchtprävention in Berlin

Na klar...! zeigt Gesicht

- Glasuntersetzer
- Website
- Flyer
 - Kostenlos: Fachstelle und Bezirksamter
- Plakate
 - Kostenlos: Fachstelle
 - Werbung für Ihre Organisation
 - Eigener Spruch → Eigene Plakate
- Jugend-Taschenkalender 2009
- Schlüsselanhänger



FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION IN LAND-BERLIN

Kerstin Jüngling 07.11.2008

pad e.v.

Das ist die Kampagne, die nächstes Jahr ihr Gesicht zeigen wird. Ich würde mich sehr freuen, wenn viele Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz und viele Kolleg/innen diese Kampagne weiter tragen würden und sich so an der Kampagne beteiligen könnten. Ich danke Ihnen.

■ Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:

Herzlichen Dank an Frau Gold und Frau Jüngling für diese beiden Beiträge. Jetzt haben wir doch einen sehr guten Einblick in Ihre Arbeit gewonnen. Bevor ich die Diskussion fürs Publikum eröffne, hätte ich an Beide noch eine Verständnisfrage. Ich habe natürlich versucht zu verstehen, wo die Unterschiede in Ihrer Arbeit liegen. Eins ist, glaube ich, klar geworden: bezüglich der Themen ist Ihre Arbeit sehr unterschiedlich. Von den Feldern, beziehungsweise bei Ihnen hieß das dann handlungsfeldübergreifende Themen, abgesehen, habe ich allerdings den Eindruck, dass noch weitere Unterschiede bestehen. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung hat unter anderem die Koordinationsfunktion für die Landesgesundheitskonferenz und arbeitet stärker auf der strukturellen Ebene. Das heißt, ihre Tätigkeitsfelder liegen in der systematischen Strukturentwicklung, der Entwicklung von strukturellen Rahmenbedingungen für die Prävention und Gesundheitsförderung und in der Vernetzung von Akteuren. Hingegen arbeiten Sie, Frau Jüngling, sehr stark programm- und maßnahmenbezogen. Ist das ein richtiger oder ein falscher Eindruck? Oder ist dieser Unterschied vielleicht auch nur dem Umstand geschuldet, dass die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung noch am Anfang steht, während Sie, Frau Jüngling, schon auf zwei Jahre Arbeit zurückblicken können?

■ Carola Gold:

Das wird Frau Jüngling, denke ich, gleich selber einschätzen. Ein großer Unterschied und zugleich eine große Herausforderung ist, dass wir in Berlin sehr viele Akteure haben. Kürzlich sagte mir ein Kassenvertreter: Mit den Gesundheitszielen haben wir uns eigentlich schon beschäftigt, bevor sie von der Landesgesundheitskonferenz verabschiedet wurden. Es gibt unglaublich viele Aktivitäten in Schulen, in Stadtteilen und in Jugendfreizeiteinrichtungen, in den Bereichen gesunde Ernährung und Bewegung. Zudem macht der Landessportbund sehr viel. Wir müssen die Aktivitäten besser auf einander abstimmen und eine einheitliche

Zielrichtung entwickeln. Man muss wirklich sagen, dass es von der Gesundheitssenatorin sehr mutig ist, solch ein Vorhaben voran zu bringen. Frau Lomscher sagt sehr offensiv: „Wir stehen dazu, das ist ein Vorhaben, was wir machen wollen.“ Wir wissen, dass in Berlin die Koordinierung und Abstimmung mit den Bezirken nicht einfach ist. Bereits auf dieser Ebene ist es sehr schwierig und noch schwieriger wird es auf der Akteursebene. Insofern, glaube ich, müssen wir versuchen, eine Abstimmung hinzubekommen, wo man eine Vielzahl von Sublogiken mitdenken muss, wo man sich gegen finanzielle Mängel, auch gegen Ressourcenmängel durchsetzen muss. Das ist ein schwieriges Projekt. Von daher hat es sich die Fachstelle natürlich zum Einen zum Ziel gesetzt, Qualität zu unterstützen, aber zum Anderen auch, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass es einfacher wird, Synergien zu erzeugen, indem man leichter zueinander kommt und Partner besser finden kann.

■ **Prof. Ulrike Dr. Maschewsky-Schneider:**

Vielen Dank. Möchten Sie vielleicht gleich daran anknüpfen, Frau Jüngling?

■ **Kerstin Jüngling:**

Ich sehe einen Unterschied zwischen diesen beiden Fachstellen, die sich aus meiner Sicht sehr gut ergänzen. Ohne Strukturen und Zielgerichtetheit kommt auch die Suchtprävention nicht voran. Die Bezirke haben eigene Ressourcen und es gibt ganz spezielle Stellen für Suchtprävention in den Bezirken. Das bedeutet, dass wir vor einer ähnlichen Aufgabe standen: Wie können wir Qualität befördern und Outcome erhöhen? Diese immer so leicht auszusprechenden Worte sollten doch bitte in alle Lebensbereiche integriert werden. Wie können wir diesen Prozess befördern und aus der Vereinzelung herauskommen? Aus meiner Sicht geht das nur, indem man auf der strukturellen Ebene Bündnispartner sucht, einheitliche Ziele definiert und an der Praxis orientiert, gemeinsam Schritt für Schritt voranschreitet.

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Vielen Dank, aber nun soll das Publikum die Chance bekommen, Fragen zu stellen.

■ **Frau Sen (LebensWelt):**

Ich arbeite mit Familien, Jugendlichen und Kindern in Reinickendorf und kenne dort die ganzen Strukturen und Bezüge. Sie, Frau Gold, haben in Ihrem Vortrag von Sozialraumbezug berichtet und haben dabei Reinickendorf-Ost erwähnt. Mich würde der Hintergrund Ihrer Ausführungen interessieren beziehungsweise, was ist da jetzt in Bewegung, oder was haben Sie da vor? Vielleicht kommen wir auch in Zukunft in Kontakt?

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Gibt es noch eine weitere Frage?

■ **Heidi Jockel (DGB):**

Mir ist aufgefallen, dass die Steuerungskreise sehr unterschiedlich zusammengesetzt sind. Sie haben sehr plastisch, lebhaft und angenehm erläutert, wie erfolgreich Sie letztendlich gearbeitet haben, was ich nicht erwartet hätte. Ich dachte, dass konkrete



Akteure wie Ärzte oder ähnliches mitwirken müssten. Im Prinzip haben Sie nur die Senatsverwaltungen und die Bezirke in den Steuerkreisen, wenn ich das richtig verstanden habe? Wie arbeiten Sie mit den Fachleuten, mit den Akteuren ganz konkret zusammen?

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Ich glaube, die erste Frage ist an Frau Gold und die zweite ist an Frau Jüngling gerichtet.

■ **Carola Gold:**

Die Auswahl war relativ einfach. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen in Berlin zeigen ganz deutlich die gesundheitlichen Problemlagen, was im Grunde auch der Hintergrund unsere Arbeit ist. Es wurde nach Übergewicht, Bewegungsmangel, aber auch nach Defiziten in der kognitiven Sprachentwicklung geschaut. Zudem wurde untersucht, in welchen Bezirken sich diese drei Problemlagen bündeln. Ein zweiter sehr wichtiger Grund ist, dass zwei von den drei Bezirken im Kontext der „Sozialen Stadt“ im Fokus stehen. Das bietet die Chance, dass wir bei der Entwicklung von Prävention in den Gebieten der „Sozialen Stadt“ Erfahrungen machen, die wir dann verallgemeinern können. Diese Erkenntnisse können wir dann nicht nur in den Gesundheitszielprozess der Landesgesundheitskonferenz mit einbringen, sondern auch als ein Stück Politikberatung in den Prozess der „Sozialen Stadt“ mit einfließen lassen.

Das, was wir als Fachstelle vorgeschlagen haben, muss man jetzt diskutieren. Im Antrag, den wir abgegeben haben, war der Vorschlag enthalten, dass wir unterschiedliche Schwerpunkte in den Bezirken setzen. In Kreuzberg hatten wir vor allem den Bereich „Rund um die Geburt“ vorgeschlagen und die Zielgruppe Kinder bis drei Jahre. Im Brunnenviertel und in Reinickendorf liegt die Konzentration eher auf den Kita-Kindern. Dort wollten wir uns

gezielt mit den vor Ort laufenden Aktivitäten abstimmen. Zudem sind wir dabei, ein Projekt für Familienhebammen zu initiieren. So in etwa muss man sich unsere Arbeit vorstellen. Wir werden mit den lokalen Akteuren, welche solche Aktivitäten tragen, Steuerungsrunden etablieren, in denen auch die Bezirksvertreter/innen eingebunden sind. Diese Runden sollen den Prozess ein Stück weit begleiten. Das heißt, wir schauen wie sich dort die Gesundheitsförderung in den Quartieren für Zielgruppen entwickelt. Die Erkenntnisse werden immer wieder mit den Akteuren der LGK gespiegelt, so dass es dann die Möglichkeit gibt, diesen Lernprozess zu verallgemeinern.

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Vielen Dank, Frau Gold. Frau Jüngling, möchten Sie noch einmal auf Ihre Erfahrungen mit dem Steuerungskreis eingehen?

■ **Kerstin Jüngling:**

Im Steuerungsgremium kommen die Menschen zusammen, die ich Ihnen bereits vorgestellt habe. Das Gremium zeigt allerdings nur einen kleinen Ausschnitt davon, wie wir Kooperationen verstehen und gestalten. Ganz konkrete Kooperation heißt, dass ich mich beispielsweise vorhin mit Herrn Dr. Jonitz verabredet habe und dass ich mich sehr gerne mit Ihnen verabreden würde. Wir sprechen beispielsweise mit Verbänden von Menschen mit Migrationshintergrund, erfahren dabei, dass es in Neukölln bereits eine ganze Weile Stadtteilmütter gibt. Als Pilotprojekt schulen wir die Stadtteilmütter in Neukölln, die bis jetzt über Zahnprophylaxe und über Ernährung in den Familien gesprochen haben, zum Thema Sucht. Das Bundesministerium, die Jugendvertretungen, die Betriebe und die Finanzämterarbeiten arbeiten hier ganz eng mit den zwölf Bezirken zusammen. Zudem bekommen wir ganz gezielte Anfragen: Wie könnten Sie uns, liebe Fachstelle für Suchtprävention, bei diesem oder jenem Vorhaben strukturell unterstützen und vielleicht auch zu vermitteln oder vernetzen? Wo gibt es andere Partner, die uns unterstützen könnten?

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Gibt es noch weitere Fragen aus dem Publikum?

■ **Frau Rotscher (Jugend-Freizeitheim in Wannsee):**

Ich finde die Projekte, welche Sie in der Suchtprävention machen, ganz toll, wie beispielsweise die vielen Flyer, um gezielt Jugendliche anzusprechen. Was ich ganz wichtig finde, dass es auch Programme mit Familien gibt, wie Sie eben gesagt haben. Wenn Kinder und Jugendliche in der Familie, in Lokalen oder auf der Straße Erwachsene sehen, dann schauen sie sich das Verhalten ab. Es ist noch immer so, dass Zigarette und Alkohol symbolisieren, „Ich werde erwachsen“ oder „Ich bin erwachsen“. Das ist einfach so, wenn wir Erwachsenen so ein schlechtes Beispiel abgeben. Ich denke, da braucht man nicht viele Hefte, Flyer und Filme zu zeigen, da muss man selbst ein bisschen etwas verändern.

■ **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Vielen Dank. Das war, glaube ich, mehr ein ergänzender Beitrag. Ich hätte noch viele Fragen, aber aus zeitlichen Gründen müssen wir jetzt die Diskussion beenden. Ich glaube, zu dem Thema

Qualität muss man sich noch sehr viel austauschen. Wir haben auch auf Bundesebene eine intensive Diskussion, auch im Rahmen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung. Da sind noch viele interessante Themen, die zu besprechen sind. Ich fand es sehr gut, dass Sie Beide, Frau Gold und Frau Jüngling, auch auf Ihre Konzepte eingegangen sind, aber wir konnten heute natürlich noch nicht Fragen der Erfahrungen mit Qualitätssicherung hier in diesem Rahmen diskutieren. Ich möchte mich bei Ihnen Beiden ganz herzlich bedanken, und würde mir wünschen, dass wir diese Diskussion später im Rahmen einer anderen Veranstaltung noch einmal fortsetzen können. Ich möchte jetzt Herrn Staatssekretär Dr. Hoff bitten, seinen Abschlussbeitrag zu halten.



Die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2007/2008 und Ausblick auf die künftige Tätigkeit

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Damen und Herren, ich verspreche Ihnen, dass ich in der Zeit bleiben werde. Die Landesgesundheitskonferenz ist mit rund 220 angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmern um ein gutes Drittel größer, als Sie dies in den Vorjahren mit einem etwas anderem Programm gewesen ist. Wir sollten uns trotzdem daran halten, dass ein Freitag auch noch schönere Dinge bietet, als an der Landesgesundheitskonferenz teilzunehmen, auch wenn es den Tag, glaube ich, aus Ihrer Sicht deutlich schöner gemacht hat.

Lassen Sie mich zwei Vorbemerkungen machen.

■ Erste Vorbemerkung

Ich nehme Bezug auf die Diskussion, die gerade zu den Fachstellen stattgefunden hat. Nachdem wir den erfolgreichen Test mit der Fachstelle Suchtprävention gemacht haben, hat sich bei der Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung in den ersten Wochen der Arbeit gezeigt, dass das Konzept – das Land finanziert über eine Ausschreibung Träger, die in Form einer Fachstelle tätig werden – eine ganz wichtige Funktion hat. Die Institutionen, die als Träger dieser beiden Fachstellen ausgesucht worden sind, zeigen bereits große Netzwerkverflechtungen in den entsprechenden Akteurskonstellationen, welche weit über das Gesundheitsspektrum hinausgehen. Es sind ganz unterschiedliche Verbindungen mit Institutionen in Berlin.

Ich glaube, dass die Zusammenarbeit im Bereich der Suchtprävention und im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bildlich gesehen einem Stein im Wasser gleicht, der immer größere Kreise zieht und Resonanzen findet, auch bei den Akteuren, die seit langer Zeit an solchen Themen arbeiten.



■ Zweite Vorbemerkung

Was uns über die Fachstelle, sowohl im Bereich der Suchtprävention als auch bei der Prävention und Gesundheitsförderung gelungen ist, und auch ein Ziel der Diskussion des vergangenen Jahres war, ist, dass die Bezirke mit ihren Kompetenzen in die Debatte und auch die Entwicklung von solchen Vorhaben wesentlich stärker als bisher mit einbezogen werden. Es hat in den Vorjahren Situationen gegeben, in der das Land häufig über Möglichkeiten geredet, aber von den Bezirken die Umsetzung erwartet hat. Die Fachstellen haben in dieser Situa-

tion eine ganz spannende Dolmetsch- und Ertüchtigungsfunktion, sowohl beim Land als auch bei den Bezirken wahrgenommen. Das hilft sowohl den Bezirken als auch der Senatsverwaltung bei ihren Aktivitäten.

■ Ausgangspunkte

Dass ich hier stehe und über die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2007/2008 rede, hängt mit den Vorhaben des letzten Jahres zusammen. Im letzten Jahr eröffnete die Senatorin ihren Beitrag mit der Formulierung: Die Landesgesundheitskonferenz ist jetzt aus den Kinderschuhen herausgewachsen. Jetzt muss sie sich weiterentwickeln. Und wenn man sich weiterentwickeln will, muss man sich anschauen, wo Veränderungspotentiale bestehen, denn ohne Veränderung gibt es keine Weiterentwicklung. Eventuell stellt man dabei fest, dass es ein paar Dinge gibt, die bisher nicht ganz so gut gelaufen sind, und darüber muss man sich Gedanken machen. Was haben wir dabei identifiziert? Wir haben gesagt, wir wollen mehr Beteiligung, vor allem der Bezirke in dem Prozess der Landesgesundheitskonferenz. Wir wollen mehr Öffentlichkeit, und wir wollen eine stärkere Öffnung der Landesgesundheitskonferenz für die gesundheitspolitisch spannenden Themen, die in Berlin diskutiert werden. Der Fachvortrag des Ärztekammerpräsidenten und die anschließende Podiumsdiskussion sind genauso wie die Workshops der heutigen Landesgesundheitskonferenz Ausdruck dieser Überlegungen. Wenn ich das neue Programm und die deutlich gestiegene Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahl der Landesgesundheitskonferenz ins Verhältnis setze, denke ich, dass die Überlegung richtig war. Wenn ich aber mehr Beteiligung und mehr Öffentlichkeit will, dann bedarf es mehr Transparenz über die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz und dazu gehört aus unserer Sicht auch ein öffentlicher Teil der Landesgesundheitskonferenz. Inwiefern und warum dieser öffentliche Teil eine besondere Funktion in Bezug zu den Vorjahren hat, erläutere ich am Ende meiner Ausführungen. Wichtig ist, klar zu kommunizieren, was man seit den Beschlusslagen des vergangenen Jahres eigentlich gemacht hat.

■ Gesundheitsziele für Kinder

Wo besteht der größte Handlungsbedarf? Ich habe bereits über die Ankündigung der Senatorin hinsichtlich der Weiterentwicklung der Landesgesundheitskonferenz gesprochen. Nachdem die Diskussion sich über einen langen Zeitraum hingezogen hat, gab es im vergangenen Jahr einen Beschluss der Landesgesundheitskonferenz über Gesundheitsziele für Kinder. Ich schließe hier an das an, was Carola Gold aus der Arbeit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt hat. Der Vorbereitende Ausschuss – das Gremium zwischen den Landesgesundheitskonferenzen – hat sich mit dem Handlungsbedarf bezogen auf die Gesundheitsziele beschäftigt. Damit wird deutlich, dass mit der Umsetzung der Gesundheitsziele begonnen wurde. Es wurden die entsprechenden Handlungsfelder identifiziert, die Frau Gold in Ihrem Vortrag bereits erläutert hat. Der Vorbereitende Ausschuss hat sich natürlich auch mit der Frage auseinandergesetzt – und hier verknüpfen sich die Ansätze zur Weiterentwicklung der LGK mit ihren Zielen – was von den Aktivitäten, die in diesen Handlungsfeldern stattfinden, auch tatsächlich dazu beiträgt, die Ziele aus dem Jahr 2007 bis 2011 zu erreichen. Dabei stellte sich die Frage nach den Messkriterien,

die notwendig sind, um feststellen zu können, ob die Ziele erreicht werden und die eingesetzten Instrumente wirksam sind.

■ Wer leistet mit welchen Maßnahmen einen Beitrag zur Umsetzung?

Das hat eine intensive Diskussion ausgelöst, weil eine Reihe von Akteuren gesagt haben: Ich bin ja bereit, mich in dem Bereich zu engagieren, aber ich habe keine Lust, mich an den Pranger stellen zu lassen, wenn das Eine oder Andere mal nicht so gut funktioniert. Aber das ist auch nicht das Ziel einer solchen Diskussion. Denn einerseits geht es darum, dass wir uns mit den Aktivitäten auseinandersetzen müssen. Andererseits kann man, beispielsweise bei Krankenkassen u.a. verlangen, dass Institutionen, die Beitragszahlergelder einsetzen, um beispielsweise im Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder aktiv zu werden, auch selber kontrollieren, ob die Beitragszahlergelder adäquat eingesetzt werden. Insofern dürfte sich also eine intrinsische Motivation der Geldmittelgeber mit dem verknüpfen, was wir beabsichtigen bzw. mit dem wir uns im Steuerungsgremium Vorbereitender Ausschuss beschäftigen.

Ich habe in dieser Hinsicht bereits ein paar Stichworte genannt. Beispielsweise hat das Pilotprojekt „Kita bewegen“ begonnen als ein gemeinsames Projekt der AOK Berlin, der Bildungsverwaltung und der Bertelsmann-Stiftung. Der Landessportbund, auch Mitglied der Landesgesundheitskonferenz, hat das Projekt „Kleine kommen groß raus“ gestartet. Es gibt Stadtteilverhaben, auf die bereits im Rahmen des Aktionsplanes „Ernährung und Bewegung“ und den „Gesundheitsmultiplikatoren in Familien“ hingewiesen worden ist.

■ Perspektiven 2009/10

Frau Gold hat darüber berichtet, dass es eine Projektdatenbank geben wird. Das ist ein Beschluss der Landesgesundheitskonferenz aus dem Jahr 2007. Ich habe die Verständigung über Qualitätserfordernisse und Messgrößen der Zielerreichung angesprochen. Die Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung hat hier eine ganz wichtige Funktion, da sie diesen Prozess als Moderatorin begleitet und zugleich Informationsplattform ist. Es ist ja bereits auf die Fachtagung, auf Newsletter, Internetauftritte und auch andere verfügbare Datenbanken wie beispielsweise die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hingewiesen worden.

■ Weitere Beschlüsse der LGK

Es gab weitere Beschlüsse und Ziele der Landesgesundheitskonferenz 2007, die angesprochen worden sind: Es war ein ausdrücklicher Wille der Landesgesundheitskonferenz 2007, dass die Finanzierung des „Regionalen Knotens“ fortgeführt wird. Mit der paritätischen Finanzierung durch die GKV und dem Land Berlin im Rahmen des „Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist dieses Ziel realisiert worden. Ebenfalls vorgesehen und bereits umgesetzt wurde die Fortführung der Regiestelle für den Gemeindedolmetschdienst. Ich habe die wichtige Rolle der Bezirke angesprochen. Ich möchte dies an einem aktuellen Beispiel aus den Bezirken verdeutlichen: Es sind in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung SDT/AIDS und entsprechende andere Beratungsstellen zusammengeführt worden. Für diese Einrichtungen nimmt der Gemeindedolmetschdienst eine ganz wichtige, unter-

stützende Funktion ein. Jeder Bezirk, der damit zu tun hat, und auch die Akteure, die in den entsprechenden Feldern tätig sind, werden dies bestätigen. Über die Fachstelle ist nun schon viel geredet worden. Im Oktober 2008 hat es in Potsdam die Auftaktveranstaltung zu einer gemeinsamen Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Berlin-Brandenburg gegeben. Auch darüber wurde im vergangenen Jahr häufiger gesprochen: Inwiefern ist die Landesgesundheitskonferenz Berlin in der Lage, eine Strahlkraft auf Berlin und Brandenburg, das heißt also auf den gesamten Raum zu entwickeln und mit dem zu verknüpfen, was unter dem Gesichtspunkt Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg etc. diskutiert wird.

■ Gendersensibles Controlling der LGK-Tätigkeit

Was ist damit gemeint? Wir haben uns als Senatsverwaltung und auf Initiative von Katrin Lompscher entschieden, mit einem Akteur – in dem Fall „gender+“ – zusammenzuarbeiten. Ziel ist, zu überprüfen, inwiefern im Bereich der Senatsverwaltung für Gesundheit, aber auch in den Fachstellentätigkeiten und in dem, was wir als Landesgesundheitskonferenz machen, die Genderziele, die wir als Land Berlin haben, auch umgesetzt werden. Ich bin dankbar, dass Frau Droste von „gender+“ sich bereit erklärt hat, beispielsweise auch an den Sitzungen des Vorbereitenden Ausschusses teilzunehmen und dort beratend zur Verfügung zu stehen, damit die Gendersensibilität in unsere LGK-Tätigkeit integriert ist.

■ Diskussionen über Ziele für den Sektor betriebliche Gesundheitsförderung

Es hat im vergangenen Jahr den Beschluss gegeben, entsprechende Ziele zu formulieren. Wir haben uns in der Diskussion im Vorbereitenden Ausschuss entschieden, dies erst einmal nicht zu tun – und stattdessen einen anderen Weg zu gehen. Die IHK Berlin, Mitglied der Landesgesundheitskonferenz, der DGB, Mitglied der Landesgesundheitskonferenz, aber auch die Vereinigung der Unternehmerverbände Berlin-Brandenburg, die nicht Teil der Landesgesundheitskonferenz ist, haben sich gemeinsam mit uns entschieden, eine „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“ – BIGA – zu gründen. Die Berliner Krankenkassen der GKV und die Unfallkasse Berlin haben sich entschieden, als Partner zur Verfügung zu stehen und sich einzubringen. Am 3. Dezember gibt es eine Auftaktveranstaltung.

Die Ziele der „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“ umfassen drei Bereiche.

1. Mehr Öffentlichkeit für das Thema Klassischer Arbeitsschutz, aber auch betriebliche Gesundheitsförderung.
2. Akteure zusammenzubringen, die parallel eine ganze Reihe von Initiativen durchführen, für die man eine größere Öffentlichkeit erzeugen kann, wenn man dies bündelt.
3. Mit bestehenden Netzwerkstrukturen wie „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ zusammen zu arbeiten.

Vor diesem Hintergrund und angesichts dieser Aktivitäten denke ich, dass es richtig war, sich weniger mit der Erarbeitung von Zielen in diesem Bereich zu beschäftigen, sondern mit einer Netzwerkstruktur im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung aktiv zu werden.

■ Migrationssensible Datenerhebung

Nicht umgesetzt ist bislang der Beschluss zur „Migrations-sensiblen Datenerhebung“. Es hatte durchaus Kapazitätsgründe, dass wir uns in diesem Jahr diesem Feld noch nicht gewidmet haben. Dies ist eine Aufgabe, mit deren Umsetzung wir uns als für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung zuständige Senatsverwaltung auseinandersetzen werden. Das Thema migrations-sensible Datenerhebung genießt bei der Senatorin hohe Priorität und wird daher fortgeführt werden. Wichtig ist, dass wir hier mit den entsprechenden Partnern in den Bezirken und Institutionen wie beispielsweise den Kassen, die eigene Daten erheben, zusammenarbeiten. Der Schwerpunkt der letztjährigen Gesundheitsberichterstattung war Migration und Gesundheit und ist Bestandteil der entsprechenden Schlussfolgerung.

■ Weiterentwicklung der Landesgesundheitskonferenz

Es hat eine Klausurtagung im Spätherbst 2007 auf Basis eines Papiers der Senatorin und mir gegeben. Was ist dort skizziert worden? Der Vorbereitende Ausschuss soll stärker als ein Steuerungsgremium tätig sein. Das bedeutet weniger Formalismus, stattdessen mehr praktische und praxisorientierte Diskussionen darüber, ob die Wirkungen, die wir beispielsweise durch die Gesundheitsziele und bei der BIGA beabsichtigen, auch eintreten.

■ Neue Geschäftsordnung

Die Geschäftsordnung und damit die Arbeitsform der Landesgesundheitskonferenz soll überarbeitet werden. Das wird nachher im geschlossenen Teil diskutiert. Die Ziele habe ich schon genannt: Mehr Öffentlichkeit, mehr Debatte, mehr Beteiligung. Wir haben versucht im laufenden Jahr bereits etwas davon umzusetzen. Im geschlossenen Teil der Landesgesundheitskonferenz, das heißt dem Teil, in dem nur die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz durch die von ihnen entsandten Vertreterinnen und Vertreter diskutieren, wird folgende Diskussion geführt: Wollen wir künftig auf den geschlossenen Teil verzichten und die Debatte über das Arbeitsprogramm der LGK im öffentlichen Teil und damit für alle transparent durchführen? Ich hoffe, dass es zu dieser Position der Senatsverwaltung auch im geschlossenen Teil eine Mehrheit geben wird, da ich denke, dass dies eine logische und konsequente Weiterentwicklung der diesjährigen Landesgesundheitskonferenz auch im nächsten Jahr wäre. Damit verbunden ist die Umwandlung des Vorbereitenden Ausschusses in einen Steuerungsausschuss zu sehen. Der Verzicht auf den wissenschaftlichen Beirat geschieht nicht, weil wir keine wissenschaftliche Expertise brauchen, sondern weil er bisher auch in den vergangenen fünf Jahren schon nicht in Anspruch genommen wurde. Stattdessen soll die Expertise, die in Berlin vorliegt, spezifisch in die tägliche Arbeit integriert werden, aber eben nicht zwingend über einen wissenschaftlichen Beirat.

■ Einführung von Gesundheitsforen

Was stellen wir uns dabei vor? Wir haben einmal im Jahr eine Landesgesundheitskonferenz – und dazwischen findet der Prozess der Umsetzung statt. Wir meinen aber, dass es durchaus wichtig ist, dass es auch zwischen den Landesgesundheitskonferenzen Foren gibt, in denen die Akteure im Berliner

Gesundheitswesen miteinander diskutieren können. Dass es in dieser Hinsicht einen Bedarf gibt, zeigt auch die Beteiligung an spannenden gesundheitspolitischen Themen hier. Themen der Foren könnten Fragen in der Art sein, wie wir sie heute Vormittag diskutiert haben: Was bedeutet eigentlich die Gesundheitsreform auf Bundesebene für Berlin? Genauso können dies aber auch Themen aus dem Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung sein. Was auf den Foren diskutiert wird, ist offen. Damit verbinde ich auch die Aufforderung an Sie, sich an den Foren zu beteiligen und Sichtweisen und Vorschläge einzubringen. Die Verantwortung für die Foren liegt in den Händen der Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung beim Träger Gesundheit Berlin e.V.

■ Einbindung externen Sachverständigen

Wir wollen mehr externen Sachverstand in die Tätigkeit von Arbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz einbeziehen. Warum? Seit Bestehen der Landesgesundheitskonferenz sind immer wieder Institutionen und Personen an die Senatsverwaltung herantreten und haben Interesse geäußert, Mitglied der Landesgesundheitskonferenz zu werden. Unsere Position war bisher zu sagen, dass durch die Ausweitung die Landesgesundheitskonferenz diese in sich nicht unbedingt effektiver wird. Aus unserer Sicht ist es sinnvoller, es so zu handhaben, wie wir das exemplarisch bei der „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“ gemacht haben. Diejenigen, die etwas beitragen wollen, können sich jederzeit als Partner der Landesgesundheitskonferenz zur Verfügung stellen. So könnte ich mir das auch beispielsweise im Bereich Gesundheitsziele für Ältere vorstellen. Das Thema wird im nächsten Jahr an Relevanz gewinnen, und wir würden gerne einen Zielprozess initiieren. Entscheidend ist aber, dass vor allem ein Prozess zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung von älteren Menschen herauskommt. Die diversen Initiativen, die es in Berlin gibt und die mit viel Erfahrung und Engagement in diesem Bereich aktiv sind, müssen nicht alle Mitglied der Landesgesundheitskonferenz werden, sind aber herzlich eingeladen, sich zu engagieren und sich zu beteiligen und mit den Akteuren dieser Landesgesundheitskonferenz gemeinsam Ideen zu entwickeln und umzusetzen. Dafür muss z. B. der Seniorenbeirat oder die Volkssolidarität nicht zwingend Mitglied werden.

Man muss nicht Mitglied der LGK sein, um sich mit einbringen zu können, und das ist der Appell und das ist das Ziel dessen, was wir eben insbesondere in einer offenen Form von Arbeitsgruppen oder Arbeitsstrukturen erreichen wollen.

■ Ausblick auf die Arbeit im nächsten Jahr:

Es steht an:

- die Erprobung der Gesundheitsforen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit und Beteiligung.
- die Erarbeitung von Gesundheitszielen für Ältere auf Basis der

heutigen Diskussion, aber auch unter Einbindung externer Expertise wie des Arbeitskreises „Altern und Gesundheit“ von Gesundheit Berlin e.V.

- die Begleitung der „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“.
- eine engere Verflechtung mit dem Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, dort insbesondere dem Handlungsfeld 9 „Prävention, Gesundheitsförderung, Ernährung und Rehabilitation“, wo mit den Handlungsfeldbeauftragten vereinbart ist, sich künftig wesentlich stärker auch mit eigenen Informationen in die Landesgesundheitskonferenz einzubringen.
- Des Weiteren stehen an: Die Festlegung von Messkriterien zur Erreichung der Gesundheitsziele, unter anderem für Kinder, der Aufbau der Internetseite der Landesgesundheitskonferenz, auf der dann auch diese Landesgesundheitskonferenz dokumentiert sein wird, und die Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Berlin und Brandenburg, um genau diese Vernetzung auch im Gesamtbereich Berlin-Brandenburg zu gewährleisten.

Das zunächst als Überblick in der Kürze der Zeit, was wir im vergangenen Jahr gemacht haben, was wir heute beschließen wollen und was wir in der nächsten Zeit tun werden. Ich stehe, sofern noch Zeit ist, für Nachfragen gerne zur Verfügung, möchte aber mit dem Hinweis schließen, dass Unterstützung, Hinweise, Lob und Kritik herzlich willkommen sind. Und ich möchte zweimal Dank aussprechen: Erstens an diejenigen Akteure, die sich im vergangenen Jahr im Vorbereitenden Ausschuss stark engagiert haben wie beispielsweise die IHK, die den Unternehmerverband Berlin-Brandenburg in die „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“ integriert hat, und vor allem bei der Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung, die diese Landesgesundheitskonferenz aus meiner Sicht wirklich in einem qualitativen Sprung gegenüber den vorhergehenden Landesgesundheitskonferenzen organisiert hat. Vielen Dank!

■ Ingeborg Simon (Volkssolidarität Berlin):

Ich habe Gelegenheit gehabt, von Anfang an dem Zielediskurs teilzunehmen. Ich möchte nachhaltig unterstützen und finde das wirklich sehr gut, wenn wir wegkommen von der konkreten Formulierung einzelner Gesundheitsziele. Wir haben bei den Kindern nicht zuletzt deswegen angefangen, weil wir da eine gute epidemiologische Grundlage hatten, aber die haben wir eben nur da. Ich plädiere, dass wir wirklich so verfahren, wie das jetzt offenbar bei der betrieblichen Gesundheitsförderung schon angedacht ist und schon zum Teil auf den Weg gebracht wurde. Nämlich dass wir Bereiche benennen, in denen die Zielediskussion unbedingt etabliert werden muss und dann sozusagen in Abhängigkeit von der Bereitschaft derer, die das dann auch verbindlich und konkret mitmachen wollen, die Ziele ableiten. Das finde ich, ist ein Prozess, der uns wesentlich weiterbringt, weil er aus diesem, salopp formuliert, festgefahrenen Denken – Gesundheitsziele, erstens, zweitens, drittens, WHO abarbeiten – ein bisschen rausführt. Insofern möchte ich das nachhaltig unterstützen.

■ **Sts Dr. Benjamin-Immanuel Hoff:**

Das nehme ich gerne auf, und Frau Gold ist die nächste, die sich gemeldet hat.

■ **Carola Gold (Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung):**

Das mit den Gesundheitszielen kann ich einfach nicht so stehen lassen, Ingeborg! Ich will nicht sagen, dass wir sie brauchen oder sie zwingend erforderlich sind, aber ich möchte ein Plädoyer dafür verfassen, dass wir auch mutig sein sollten, weitere Ziele zu vereinbaren. Wir haben einfach das Problem, dass es in vielen Bereichen, wie die Versorgungsqualität und die Sicherstellung der Versorgung von älteren Menschen, nicht wirklich gelingt, die sektorübergreifende Zusammenarbeit gut voranzubringen. Wir kennen Problemlagen, aber es ist so ungeheuer schwer, zu Lösungen zu kommen. Und Zielprozess heißt immer auch Korridore für solche Themen aufzutun. Ich möchte kein ermüdendes Ringen, aber ich will sagen: Lasst uns mit den Zielen vorsichtig sein, sie nicht überfrachten, sie ernst nehmen als einen Schritt, der möglicherweise zu mehr Koordinierung und damit auch zu einer besseren Versorgung führt.

■ **Sts Dr. Benjamin-Immanuel Hoff:**

Ich glaube, es führt zu allgemeiner Zufriedenheit, wenn ich sage, man sollte das eine tun, ohne das andere zu lassen.

■ **Heidi Jockel (DGB):**

Mich beschäftigt noch eine Frage: Vorgestellt habe ich mich ja schon, DGB Berlin-Brandenburg. Dadurch ergibt sich meine Fragestellung. Erst mal muss ich feststellen, dass wir hinsichtlich der Zusammenarbeit beider Länder einen unwahrscheinlichen Schritt nach vorne gemacht haben und das über die gesamte Breite, ob wir nun von Gesundheitszielen reden, oder ob wir vom betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sprechen. Ich finde, dass wir sehr gezielt und organisiert arbeiten. Da wir ständig etwas Neues dazu erfinden, muss man mittlerweile aufpassen, dass man das alles noch unter einen Hut bringt. Ich war in Potsdam in der Staatskanzlei dabei, als die gemeinsame Arbeitsgemeinschaft aus dem Taufbecken gehoben wurde. Natürlich sollten Erkenntnisse aus Initiativen wie dem Masterplan und unserer BIGA, dann in diese Arbeitsgemeinschaft hineinfließen. Ist das so korrekt? Da würde mich insbesondere die Meinung der Senatorin interessieren, weil sie ja in die Entwicklung der BIGA involviert war?

■ **Senatorin Katrin Lompscher:**

In der gebotenen Kürze, vor dem Hintergrund, dass wir die Zeit überschritten haben und der geschlossene Teil ja noch folgt: Natürlich ist es uns ein wichtiges Anliegen, solche Dinge nicht nur anzustoßen, sondern damit auch einen Impuls zu geben, dass sich das verbreitert und dann in der praktischen Arbeit ansetzt. Die Tatsache, dass der Masterplan Gesundheitsregion Berlin-

Brandenburg ja explizit mit einem neuen Handlungsfeld ausgestattet ist – Prävention – signalisiert die tatsächlich vorhandene politische Ernsthaftigkeit auf beiden Seiten.

■ **Sts Dr. Benjamin-Immanuel Hoff:**

Gibt es weitere Fragen? Dann gebe ich jetzt weiter, denn das letzte Wort habe nicht ich, sondern natürlich die Senatorin.

■ **Senatorin Katrin Lompscher:**

Als Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz komme ich noch einmal nach vorne und bedanke mich bei allen, die diese Tagung aus meiner Sicht zu einer sehr interessanten gemacht haben. Sie können versichert sein, dass wir das ordentlich dokumentieren werden, und dass wir die gegebenen Anregungen für die Fortsetzung unserer gesundheitspolitischen Strategien aufnehmen werden. Vielen Dank allen, die es vorbereitet haben, die heute so viel Geduld hatten und jetzt noch da sind, die sich aktiv beteiligt haben, alles Gute und bis zur sechsten Landesgesundheitskonferenz im nächsten Jahr. Auf Wiedersehen.

Anhänge

Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz am 7. November 2008

■ Beschluss Nr. 1 / 2008 (Änderungen der Geschäftsordnung)

Im November 2007 legte die Leitung der Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ein Diskussionspapier „Weiterentwicklung der Landesgesundheitskonferenz Berlin“ zur Klausurberatung am 11. Dezember 2007 vor. Im Ergebnis dieser Klausurberatung wurden auf Basis dieses Diskussionspapiers erste Änderungen in der Arbeitsweise der LGK, insbesondere in der Tätigkeit des Vorbereitenden Ausschusses vorgenommen.

Im Ergebnis der Erprobung dieser veränderten Arbeitsweise wird nunmehr eine Anpassung der Geschäftsordnung vorgeschlagen, siehe Anlage Änderungen der Geschäftsordnung.

Die LGK stimmt der vorgeschlagenen Änderung der Geschäftsordnung zu.

■ Beschluss Nr. 2 / 2008 (Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder)

Umsetzung der „Gesundheitsziele im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern der Altersgruppe 0 – 6 Jahre“ gem. LGK-Beschluss Nr. 1 / 2006, Pkt. 1 und Pkt. 2 sowie Nr. 3 / 2006 Pkt. 4 zur Kenntnis.

Die LGK beschließt, die Umsetzung der Gesundheitsziele exemplarisch in drei Sozialräumen zu erproben, in denen ein dringender Handlungsbedarf identifiziert wurde:

- Gesundbrunnen (Bezirk Mitte)
- Kreuzberg Nord (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg)
- Reinickendorf-Ost (Bezirk Reinickendorf).

Die zunächst erfolgte Konzentration auf diese Sozialräume soll es den Mitgliedern der LGK ermöglichen, Schlussfolgerungen für die eigene Arbeit und für die Umsetzung der Gesundheitsziele treffen zu können. Die Erfahrungen, die in diesem Prozess gemacht werden, werden regelmäßig ausgewertet. Die LGK wird auf dieser Basis Empfehlungen für die Umsetzung der „Sozialen Rahmenstrategie Stadtentwicklung“ sowie bei der weiteren gesamtstädtischen Umsetzung der Gesundheitsziele erarbeiten.

Die LGK empfiehlt ihren Mitgliedern sowie weiteren Akteuren, sich mit den ihnen möglichen Ressourcen an diesem Prozess zu beteiligen.

Die LGK beauftragt die Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung,

1. über den Fortschritt bei der exemplarischen Umsetzung der Gesundheitsziele die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz regelmäßig zu informieren.
2. bis Juni 2009 einen Vorschlag zur Verbesserung der Transparenz über die Aktivitäten zur Umsetzung der „Gesundheitsziele im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern der Altersgruppe 0-6 Jahre“ zu erarbeiten.

Das weitere Vorgehen regelt der Steuerungsausschuss.

■ Beschluss Nr. 3 / 2008 (Durchführung von Gesundheitsforen)

Die Mitglieder der LGK beschließen, als Bestandteil der LGK Gesundheitsforen einzurichten. Die Gesundheitsforen dienen dazu,

- Impulse für die Zielprozesse zu liefern,
- Öffentlichkeit für die LGK zu erzeugen,
- die Partizipation der Bürgergesellschaft sicherzustellen,
- Anstöße für neue Lösungsansätze zu gewinnen,
- die Bündelung und Vernetzung von Initiativen und Akteuren zu verbessern.

Pro Quartal findet ein Gesundheitsforum statt. Die Themen für die Gesundheitsforen können sich orientieren an:

- Themen der bezirklichen Gesundheitskonferenzen
- Vorschlägen aus der LGK und ihren Gremien
- Vorschläge anderer Akteure (z.B. Arbeitskreise, Initiativen)
- den nationalen Gesundheitszielen

Die LGK beauftragt die Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung,

- bis Januar 2009 ein Konzept für die Ausgestaltung der Gesundheitsforen zu erarbeiten und dem Steuerungsausschuss vorzulegen.

■ **Beschluss Nr. 4 / 2008 (BIGA – Berliner Gemeinschaftsinitiative Gesunde Arbeit)**

Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt die Initiative der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der Vereinigung der Unternehmensverbände in Berlin und Brandenburg, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, Bezirk Berlin Brandenburg, sowie der Industrie- und Handelskammer Berlin zur „Berliner Initiative Gesunde Arbeit“ (BIGA) und unterstützt das Engagement.

■ **Beschluss Nr. 5 / 2008 (Gesundheitsziel „Gesund altern“)**

Die Landesgesundheitskonferenz beauftragt den Steuerungsausschuss, die zur Erarbeitung eines Gesundheitsziels „Gesund altern“ unter Berücksichtigung der Aspekte geschlechter- und kultureller Differenz notwendigen Maßnahmen in die Wege zu leiten.

Der Steuerungsausschuss berichtet der Landesgesundheitskonferenz über die Fortschritte in diesem Prozess.

Landesgesundheitskonferenz: Geschäftsordnung

Neue Fassung, beschlossen im nicht-öffentlichen Teil der Landesgesundheitskonferenz am 07. November 2008

§ 1 Definition

Die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) ist eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen. Sie stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst der Ziele der Landesgesundheitskonferenz.

§ 2 Ziele und Aufgaben der Landesgesundheitskonferenz

- (1) Die Mitglieder der Berliner Landesgesundheitskonferenz streben eine Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung an.
- (2) Die LGK berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung auf Berliner Ebene mit dem Ziel, der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen an die jeweiligen Akteure.
- (3) Die LGK strebt mehr Transparenz der gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Berlin an. Zu diesem Zweck wirkt sie an der Gesundheitsberichterstattung mit. Zukünftige Gesundheitsberichte werden Stellungnahmen und Empfehlungen der LGK enthalten.
- (4) Die LGK gibt der Regierung des Landes Berlin Empfehlungen für gesundheitspolitische Ziele.

§ 3 Mitgliedschaft

- (1) In der LGK sind Leistungserbringer, Sozialleistungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmer, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wissenschaft sowie die politische Senats- und Bezirksebene vertreten.
- (2) Mitglieder der LGK mit Stimmrecht sind die Präsidentinnen/Präsidenten bzw. die Vorstände/Vorsitzende, Hauptgeschäftsführerin/Hauptgeschäftsführer, Senatorinnen und Senatoren der folgenden Institutionen:
 - AOK Berlin – Die Gesundheitskasse
 - Ärztekammer Berlin
 - Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
 - BKK-Landesverband Ost
 - Berlin School of Public Health an der Charité Berlin
 - BIG – Gesundheit. Die Direktkrankenkasse
 - DGB Berlin-Brandenburg
 - Gesundheit Berlin e.V.
 - IHK Berlin
 - IKK Brandenburg und Berlin
 - Kassenärztliche Vereinigung Berlin

- Landessportbund Berlin
- LIGA der Wohlfahrtsverbände
- Patientenbeauftragte des Landes Berlin
- Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS)
- die für Bildung / Jugend zuständige Senatsverwaltung
- die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung
- vier für Gesundheit zuständige Bezirksstadträt/-innen auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats
- vdek (Verband der Ersatzkassen e. V.) Berlin

Die Zahl der Mitglieder darf 30 nicht überschreiten.

- (3) Neue Mitglieder der LGK werden von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats auf Vorschlag des Steuerungsausschusses persönlich berufen. Die berufenen Mitglieder können eine feste Vertreterin oder einen festen Vertreter benennen.
- (4) Die Mitglieder der LGK sind für die zeitnahe Weiterleitung der Empfehlungen der LGK an die von ihnen vertretenen Institutionen verantwortlich.

§ 4 Beschlussfähigkeit, Abstimmung

- (1) Die LGK ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der berufenen Mitglieder anwesend ist. Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- (2) Die LGK kann Empfehlungen beschließen, wenn mindestens 2/3 der anwesenden Mitglieder, darunter alle Mitglieder, die eine von der Umsetzung der Empfehlung betroffene Institution vertreten, zustimmen. Diese Zustimmung begründet keine finanzielle Verpflichtung.

§ 5 Selbstverpflichtung

- (1) Mit der Zustimmung zu einer Empfehlung ist eine Selbstverpflichtung derjenigen Mitglieder der LGK verbunden, die eine von der Umsetzung der Empfehlung betroffene Institution vertreten.
- (2) Sie verpflichten sich, im Rahmen ihrer Kompetenzen auf die Umsetzung der Empfehlung hinzuwirken und hierfür alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen.

§ 6 Vorsitz und Geschäftsführung der Landesgesundheitskonferenz

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats führt den Vorsitz der LGK.
- (2) Zur Sicherstellung der Geschäftsführung finanziert die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung eine Geschäftsstelle. Die Geschäftsstelle nimmt administrative und koordinierende Aufgaben im Auftrag der LGK bzw. des Steuerungsausschusses wahr.

§ 7 Sitzungsfrequenz und Sitzungsablauf

- (1) Die Sitzungen der LGK finden mindestens einmal jährlich statt.
- (2) Die Sitzungen der LGK dienen
 - der Beratung von relevanten Fragen und Themen der gesundheitlichen Versorgung für Berlin sowie der Rechenschaftslegung durch den Steuerungsausschuss über die Umsetzung des Arbeitsprogramms,
 - der Beschlussfassung über Empfehlungen, das Arbeitsprogramm einschließlich der Einrichtung von Arbeitsgruppen sowie der Geschäftsordnung.
- (3) Die Sitzungen der LGK können aus einem für die Fachöffentlichkeit zugänglichen und einem geschlossenen Teil bestehen. Im geschlossenen Teil, an dem die Mitglieder und nach Bedarf hinzugeladene Sachverständige teilnehmen, wird über die vom Steuerungsausschuss vorgelegten Entscheidungsvorlagen abgestimmt.
- (4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats lädt zu den Sitzungen der LGK ein. Die Einladung wird den Mitgliedern mit der Tagesordnung spätestens 35 Kalendertage vor dem Sitzungstermin zugestellt und in geeigneter Weise veröffentlicht. Die Tagesordnung enthält auch die erforderlichen Beratungsunterlagen und Beschlussvorlagen.
- (5) Vorschläge zur Tagesordnung müssen spätestens 42 Kalendertage vor dem Sitzungstermin bei der Geschäftsstelle eingegangen sein. Die Vorschläge sind zu begründen.

§ 8 Steuerungsausschuss

- (1) Der Steuerungsausschuss ist das Arbeitsgremium zwischen den Landesgesundheitskonferenzen und verantwortlich für die Umsetzung von Aufträgen der LGK. Er hat folgende Aufgaben:

Mitwirkung bei der Umsetzung von verabschiedeten Empfehlungen der Gesundheitskonferenz,

Thematische Vorbereitung der LGK, insbesondere durch Festlegung der Tagesordnung und Unterbreitung von Vorschlägen für Empfehlungen der LGK, einschließlich des Arbeitsprogramms

Sammlung und Diskussion von relevanten Fragen und Themen der gesundheitlichen Versorgung für Berlin,

Durchführung von Gesprächen, Beschaffung/Bereitstellung und Analyse themenbezogener Informationen als Grundlage einer vertieften Auseinandersetzung mit Fragen und Themen der gesundheitlichen Versorgung für Berlin,

Unterbreitung von Vorschlägen für Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz an das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats,

Festlegung der Besetzung von Arbeitsgruppen und Formulierung des schriftlichen Arbeitsauftrages sowie Überprüfung seiner Umsetzung und der Berichterstattung an die LGK.

Sorge dafür zu tragen, dass die von der LGK behandelten Themen sowohl hinsichtlich ihrer Gender-Relevanz geprüft als auch hinsichtlich der Umsetzung die Gender-Kriterien beachtet werden.

- (2) Dem Steuerungsausschuss gehören an:

Je eine Vertreterin oder ein Vertreter pro Mitglied der LGK mit Ausnahme der Bezirke (möglichst auf Geschäftsführungsebene).

Für die bezirklichen Mitglieder eine für Gesundheit zuständige Bezirksstadträtin bzw. ein Bezirksstadtrat.

Den Vorsitz des Steuerungsausschusses übernimmt die Staatssekretärin oder der Staatssekretär der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und in Vertretung die für Gesundheit zuständige Abteilungsleitung.

Der Steuerungsausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Er strebt Konsens an und trifft seine Beschlüsse mit 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder.

- (3) Der Steuerungsausschuss tritt in regelmäßigen Abständen zusammen, z.B. alle 12 Wochen.

§ 9 Arbeitsgruppen

- (1) Die LGK kann die Einrichtung von Arbeitsgruppen mit definierten Themen/Aufgaben beschließen und erhält von den Arbeitsgruppen Bericht über deren Tätigkeit.
- (2) Es wird angestrebt, in die Arbeitsgruppen auch Expertinnen und Experten aus Institutionen, Verbänden und Selbsthilfegruppen einzubeziehen, die nicht Mitglied der LGK sind.
- (3) Die Arbeitsgruppenmitglieder verpflichten sich im Rahmen ihrer personellen, rechtlichen und technischen Möglichkeiten, die Bearbeitung des Auftrages durch Bereitstellung der erforderlichen Informationen zu unterstützen.
- (4) Die Moderation der Arbeitsgruppen wird von der Geschäftsstelle koordiniert.

§ 10 Änderung der Geschäftsordnung

Eine Änderung der Geschäftsordnung kann von jedem ständigen Mitglied der LGK beantragt werden. Für eine Änderung ist eine Mehrheit von 2/3 der stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. § 5 Nr. 2 kann nicht geändert werden. Das Recht der ständigen Mitglieder auf Austritt aus der LGK bleibt unberührt.

§ 11 In-Kraft-Treten

Die Geschäftsordnung und ihre Änderungen treten mit jeweiligem Beschluss der Landesgesundheitskonferenz in Kraft.

