

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales
und Verbraucherschutz (Hrsg.)



Prävention in Berlin

Landesgesundheitskonferenz Berlin

12. September 2005

Dokumentation



Gesamtkoordination

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V., Köln

Redaktion

Maria Zens, Bonn

Satz und Layout

neues handeln GmbH, Köln

Herausgeber

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz
Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz
Oranienstr. 106
10969 Berlin

Fachliche Auskünfte

Christian Hecklau & Brigitte Law
Telefon: 030 9028 - 1325 / -1334
Telefax: 030 9028 - 2094
E-Mail: lgk@sengsv.verwalt-berlin.de

Vorwort

Die zweite Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) am 12. September 2005 tagte unter dem Thema „Prävention in Berlin“. Damit ist ein wichtiger Schritt getan in Richtung eines integrierten gesundheitspolitischen Handlungskonzeptes für Berlin, das die vielfältigen Projekte und Aktivitäten zu einer gemeinsamen Anstrengung bündelt.

Alle, die an der Entstehung der Landesgesundheitskonferenz beteiligt waren und in ihr mitarbeiten, sind sich einig, dass hierfür die Festlegung inhaltlicher Schwerpunkte und die Schaffung eines organisatorischen Rahmens notwendig sind. Die Veranstaltung, die mit dieser Publikation dokumentiert wird, hat einen wesentlichen Beitrag zu beidem geleistet. Sie stellte sich mit Ergebnissen aus den Arbeitsgruppen der breiten Fachöffentlichkeit und der Diskussion. Unter der Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz setzte die LGK mit dem Beschluss über ihre Geschäftsordnung auch den Rahmen für ihre weitere Arbeit.

Die Landesgesundheitskonferenz versteht sich als regelgebundene Form der Zusammenarbeit, mit der die örtlichen Akteure des Gesundheitswesens, der Politik, der Verwaltung und des Bildungswesens gesundheitsbezogene Ziele anstreben. Die Mitglieder stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst dieser Ziele.

Zu den vereinbarten Zielen gehören die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und Versorgungssituation sowie die gemeinsame Beratung zu den relevanten Fragen der gesundheitlichen Lage und Versorgung in Berlin. Um bereits bestehende Aktivitäten koordinieren zu können, müssen sie transparent gemacht werden. Schließlich soll

ein Katalog mit den Gesundheitszielen für Berlin formuliert werden.

Die Verbesserung von Prävention, Gesundheitsförderung und Koordinationsarbeit als zentrale Anliegen machen die Landesgesundheitskonferenz zum organisatorischen Knotenpunkt. So wird sie zur Diskussionsplattform, die Interessen artikuliert und Transparenz schafft, Fachkompetenzen bündelt und anbietet. Vor allem aber ist sie ein Gremium, das diesem vielfältigen gesundheitspolitischen Engagement und den zahlreichen Aktivitäten einen verbindlichen Handlungsrahmen gibt.

Diese Verfahrensweise der konsensuellen, strategischen und integrierten Entwicklung von Gesundheitszielen wurde schon 1999 von der 72. Gesundheitsministerkonferenz angeregt und kann auf formulierte Grundlagen zurückgreifen: Empfehlungen der WHO, das Projekt *gesundheitsziele.de* des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) auf Bundesebene sowie Gesundheitsziele in zahlreichen Bundesländern. Diese Einbettung des Berliner Ansatzes weist damit auch zukünftige Vernetzungsmöglichkeiten auf.

Der Gedanke, dass Prävention und Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen, aber eben nicht in isolierten Aktionen umgesetzt werden müssen, zog sich durch die Beiträge der zweiten Berliner Landesgesundheitskonferenz und wird durch die Erfahrungen aus der Praxis gestützt. Er verbindet sich mit einer durchgängigen Orientierung am Sozialraum, wie sie auch im Hauptvortrag der Konferenz dargelegt wurde. Die Präsentation der in den drei Arbeitsgruppen „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“, „Migration und Gesundheit“ sowie „Gesund-



Dr. Heidi Knake-Werner
Senatorin für
Gesundheit, Soziales
und Verbraucherschutz



heitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“ im Vorfeld geleisteten Arbeit schließt sich hieran an. Im Laufe der Veranstaltung kamen beispielhaft all die Elemente, die zur Gestaltung und Entwicklung eines abgestimmten Gesundheitszieleprozesses in Berlin beitragen, zur Sprache – die Berichte aus den Arbeitsgruppen, die anschließende Diskussion, die methodische Orientierung an Setting und Sozialraum, die inhaltliche Schwerpunktsetzung und die Praxiserfahrung.

Das gibt die vorliegende Dokumentation wieder; sie umfasst die öffentlichen Vorträge und Diskussionen ebenso wie die im zweiten nicht-öffentlichen Teil auf Grundlage der Arbeitsgruppenempfehlungen gefassten Beschlüsse. Sie präsentiert weiter die am 12. September 2005 ebenfalls vom Beschlussgremium der ständigen Mitglieder verabschiedete Geschäftsordnung der Landesge-

sundheitskonferenz. Und sie zeigt auch die Kontinuität – am 20. Oktober 2005 formulierte der vorbereitende Ausschuss Konkretisierungen zu den Beschlüssen; diese werden ebenfalls im Anhang dokumentiert.

Was allerdings hier nicht sichtbar gemacht werden kann, ist das große Interesse, auf das die zweite Berliner Landesgesundheitskonferenz stieß. Etwa 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen dieses Mal.

Die positiven Ergebnisse der Veranstaltung bilden eine solide Basis für unsere weiteren gemeinsamen Anstrengungen um gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen in Berlin.

Dr. Heidi Knake-Werner
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Vorwort

Dr. Heidi Knake-Werner, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz..... 1

Begrüßung

Dr. Heidi Knake-Werner, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz..... 4

Einführung

Dr. Hermann Schulte-Sasse, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz..... 5

Vortrag „Gesundheitsziele mit sozialräumlicher Orientierung in Berlin“

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 6

Berichte der Arbeitsgruppen

Bericht Arbeitsgruppe „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“
Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V.;
Ingeborg Hennig, WiR e.V. 11

Bericht Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“
Ingrid Papiés-Winkler, Gesundheit Berlin e.V.;
Prof. Dr. Theda Borde, TU Berlin/BZPH..... 14

Bericht Arbeitsgruppe „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“
Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.;
Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin..... 17

Diskussion

Einleitung zu den Themenkomplexen..... 21
 Diskussion zum Themenkomplex „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ 22
 Diskussion zum Themenkomplex „Migration und Gesundheit“ 26
 Diskussion zum Themenkomplex „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“ 30

Anhang

Geschäftsordnung der Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) 34
 Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin..... 36
 Mitglieder des vorbereitenden Ausschusses der LGK Berlin 37
 Wissenschaftlicher Beirat der LGK Berlin 37
 Mitglieder der AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ 38
 Mitglieder der AG „Migration und Gesundheit“ 39
 Mitglieder der AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“ 40
 ReferentInnen und AutorInnen..... 41
 Beschlüsse und Konkretisierungen der Arbeitsgruppen 42
 Pressemitteilung 48
 Programm „Prävention in Berlin“ 49

Begrüßung

Dr. Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Zur zweiten Berliner Landesgesundheitskonferenz begrüße ich Sie alle herzlich. Ich freue mich außerordentlich, dass so viele unserer Einladung gefolgt sind. Dieses Interesse zeigt wie richtig unsere Entscheidung war, diese Landesgesundheitskonferenz mit aller Energie voranzutreiben. Bei der Konstituierung der Landesgesundheitskonferenz im November 2004 waren sich alle einig, dass wir eine solche kontinuierliche Plattform für die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitsbereich auch in Berlin dringend benötigen. Gelungenes Vorbild war für uns dabei das Land Nordrhein-Westfalen, wo es eine Landesgesundheitskonferenz in der Praxis und mit vielfältigen Erfahrungen schon seit vielen Jahren gibt.

Das eine sah die Landesgesundheitskonferenz als offenes Diskussionsforum für alle Interessierten vor, das andere ein Beschlussgremium aus ständigen, beruflichen Mitgliedern, das nach dem Prinzip der Einvernehmlichkeit konkrete Aktivitäten und Aufgaben beschließt und in dem verbindliche Absprachen über Maßnahmen und finanzielle Ressourcen getroffen werden können. Diese zweite Position war auch die von meinem Haus bevorzugte. Nach einer ersten vorbereitenden Sitzung im Frühjahr 2005 haben wir uns entschlossen, das eine zu tun und das andere nicht zu lassen. Die heutige Landesgesundheitskonferenz besteht deshalb aus zwei Teilen: einem ersten, öffentlichen Teil und einem sich anschließenden nicht-öffentlichen Teil der ständigen Mitglieder. Hier werden neben den inhaltlichen gesundheitspolitischen Themen, die im Mittelpunkt des öffentlichen Teils stehen, vor allem Geschäftsordnungsfragen und andere Regularien geklärt.

Die Landesgesundheitskonferenz entwickelt ein abgestimmtes und integriertes Handlungskonzept, das sich an konsentierten Gesundheitszielen orientiert.

Abstimmung und Ziel-führung

Alle, die vor einem Jahr mitdiskutiert haben, erwarteten von einer Berliner Landesgesundheitskonferenz einen Schub für die Gesundheitsförderung und Prävention. Es erschien uns notwendig, aus den vielen unterschiedlichen Projekten, Initiativen und weiteren Aktivitäten im Gesundheitsbereich endlich ein abgestimmtes und integriertes Handlungskonzept zu entwickeln, das sich an konsentierten Gesundheitszielen orientiert. Dabei eine Verstetigung der Aktivitäten und deren finanzielle Absicherung zu verabschieden, war ein weiteres wichtiges Anliegen unserer ersten Beratung.

Wie diese Landesgesundheitskonferenz zukünftig arbeiten sollte, blieb jedoch offen und konnte nicht konsensuell entschieden werden – um diese konkrete Arbeitsweise wurde vielmehr heftig gestritten. Es lagen zwei Konzepte vor:

Vorbereitung und Ergebnis-sicherung

Nun kommt es auf unsere Diskussionsergebnisse an und auf die Beschlüsse, die wir heute treffen werden. Wir alle haben Interesse an diesen Ergebnissen. Ihre Qualität ruht auf der sorgfältigen Vorbereitung dieser Konferenz. In den letzten Monaten ist ein arbeitsfähiger und tatkräftiger Unterbau aus allen beteiligten und interessierten Organisationen entstanden. Die Arbeitsgruppen und der vorbereitende Ausschuss haben intensiv beraten und gearbeitet. Deshalb sei allen, die an der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung dieser Konferenz beteiligt waren, herzlich gedankt.

Diese Vorarbeiten, die Voraussetzung für Ergebnisse sind, haben ihre Zeit gebraucht.

Dass wir es nun geschafft haben, freut mich ganz außerordentlich. Diese Freude verbindet sich mit der Hoffnung, einen kontinuierlichen Prozess des gemeinsamen Arbeitens einleiten zu kön-

nen, unseren Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Prävention größere Wirksamkeit und Reichweite zu verschaffen, und unsere Arbeit – unabhängig von der Zukunft des Präventionsgesetzes – zu verbessern.

Die heutige Landeskonferenz ist damit eröffnet.

Einführung

Dr. Hermann Schulte-Sasse, Staatssekretär, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Auch ich begrüße Sie sehr herzlich zur zweiten Berliner Landesgesundheitskonferenz. Wir haben für diese Konferenz intensiv vorgearbeitet, stehen bei vielen Dingen aber noch am Anfang. Die heutige Veranstaltung werden wir auswerten, und unsere Erkenntnisse werden dazu beitragen, bei kommenden Konferenzen Fehler zu vermeiden, die heute vielleicht noch sichtbar sind.

Wir wünschen uns – und streben für den zweiten Teil eine verbindliche Diskussion der Entscheidungsträger an – nicht durch Mehrheitsentscheidung, sondern natürlich im Sinne einer Selbstverpflichtung mit Verbindlichkeitscharakter für alle.

Der erste Teil trägt hierzu bei. Zunächst wird Herr Prof. Gerhard Meinlschmidt zum Thema „Gesundheitsziele mit sozialräumlicher Orientierung in Berlin“ sprechen. In der

Vorbereitung sind wir uns einig gewesen, dass dies ein zentrales, wenn nicht das zentrale Thema für die gesundheitspolitische Orientierung in den nächsten Jahren ist.

An den Grundlagenbeitrag anschließend werden Vertreter der drei Arbeitsgruppen, die die Agenda der Konferenz vorbereitet haben, ihre Ergebnisse vortragen. Das Thema „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ stand im Mittelpunkt der ersten Arbeitsgruppe, die zweite Arbeitsgruppe befasste sich mit dem Bereich „Migration und Gesundheit“ und die dritte Arbeitsgruppe mit dem Themenfeld „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“.

Im Anschluss an die Vorträge aus den drei Gruppen werden wir Zeit für die Diskussion der einzelnen Themenblöcke haben.



Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für
Gesundheit, Soziales und
Verbraucherschutz

Der öffentliche Teil dient der inhaltlichen Darstellung und Diskussion, der zweite Teil der Beschlussfassung.

Gesundheitsziele mit sozialräumlicher Orientierung in Berlin

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

In meinem Beitrag will ich einige grundsätzliche Bemerkungen zum Thema Gesundheitsziele in Berlin machen und dabei insbesondere auf den Sozialraum fokussieren. Ein wichtiger Begriff ist hierbei der des Settings. Das Setting des Sozialraums hat eine besondere Bedeutung, besonders hier in Berlin.

Vier Punkte möchte ich darlegen: Der erste ist der Sozialstrukturatlas, den ich nicht im Detail vorstellen möchte aber doch in seinen wichtigsten Parametern. Anschließend werde ich Schlussfolgerungen aus dem Sozialstrukturatlas skizzieren. Als drittes möchte ich ein theoretisches Modell der Vernetzung der regionalen Strukturen und in diesem Zusammenhang natürlich auch die Definition der Gesundheitsziele vorstellen. Zum Schluss werde ich auf die Voraussetzungen für den weiteren Prozess der Umsetzung von Gesundheits- und Sozialzielen in Berlin eingehen.

Zunächst möchte ich einige Eckwerte der Sozialstruktur in Berlin nennen. Das beginnt beim Thema Bildung: Rund 27% der Berlinerinnen und Berliner haben keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss. Das setzt sich fort: 23% haben keinen Berufsabschluss, 8% der Berlinerinnen und Berliner leben von der Sozialhilfe. Wir haben es in Berlin mit einer Arbeitslosenquote von rund 19% zu tun. Die Armutsquote, das sind die neueren Daten, liegt bei rund 18%. Damit liegt Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Schaut man sich die Morbiditäts- und Mortalitätsraten und die Lebenserwartung in Berlin an, so stellt man bei den Morbiditäts- und Mortalitätsraten Werte deutlich über dem Bundesdurchschnitt fest. Die Lebenserwartung der Berlinerinnen und Berliner liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Am Parameter der Lebenserwartung kann verdeutlicht werden, dass die Lebenserwartung zwischen ‚guten‘ Stadtquartieren und ‚schlechten‘ Stadtquartieren um rund fünf Jahre differiert. Betrachtet man die entsprechenden Daten für die sozialen Brennpunkte, dann wird das Bild noch viel dramatischer.

Der Sozialstrukturatlas 2003 beschreibt die Ausgangslage; er identifiziert Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf.

Sozialstrukturatlas 2003

Der Sozialstrukturatlas 2003, den wir mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz im Frühjahr 2004 vorgestellt haben, erfasst die Ausgangslage. Das Ziel des Sozialstrukturatlases war zunächst, den sozialstrukturellen Querschnitt in Berlin zu beschreiben, um sozialstrukturelle Brennpunkte oder Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf in der Stadt zu identifizieren. Wir wollten uns natürlich auch der Frage zuwenden, wie sich die sozialstrukturellen Verhältnisse in Berlin verändern.

Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik

Welche Schlussfolgerungen haben wir aus dem Sozialstrukturatlas gezogen? Erstens, wir sehen in diachroner Perspektive, dass sich die Sozialstruktur in Berlin im zeitlichen Ablauf generell verschlechtert. Wir konnten auch zeigen, dass die Disparitäten sich vergrößern, also die Schere noch weiter aufgeht. Die gesundheitlichen und sozialen Größen in der räumlichen Ausdifferenzierung – und auf die zielte un-

ser Untersuchungsdesign – bedingen sich wechselseitig: Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, Armut, Sterblichkeit, Lebenserwartung, Bildung, Sprache, Kindergesundheit. Warum reihe ich das in dieser Weise? Weil man hiermit zugleich die Hauptparameter hat, die auf die Gesundheit wirken. An dieser Stelle ist auch die Reichweite dessen, was wir im Gesundheitsressort mit unseren Maßnahmen erreichen können, zu relativieren.

Ein weiteres Thema, das zum Diskussionsgegenstand der Landesgesundheitskonferenz werden müsste, ist die Frage, auf welche Gebiete in der Stadt wir uns konzentrieren wollen. Wir müssen weit über die durch das Quartiersmanagement festgelegten Räume hinausgehen.

Zumindest bei den zusätzlichen Mitteln muss ein Wertausgleich zwischen den Bezirken oder sozialräumlichen Einheiten diskutiert werden.

Was wir brauchen, ist eine sozialraumorientierte Politik, die in einen allgemeinen Politikansatz und soziale Orientierung mündet. Wir müssen möglichen Problemen ressortübergreifend, an den sozialen Brennpunkten orientiert und unter klarer Zielformulierung begegnen. Es gibt dazu bereits erste Erfolg versprechende Ansätze. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Staatssekretärskonferenz „Soziale Stadt“, die einen solchen Politikansatz verfolgt. Mit dieser Plattform ist unsere Landesgesundheitskonferenz zu einem späteren Zeitpunkt zu vernetzen. Damit ist die eine Richtung der Vernetzung angesprochen; wir müssen unseren Ansatz aber auch in regionalen Konferenzen umsetzen.

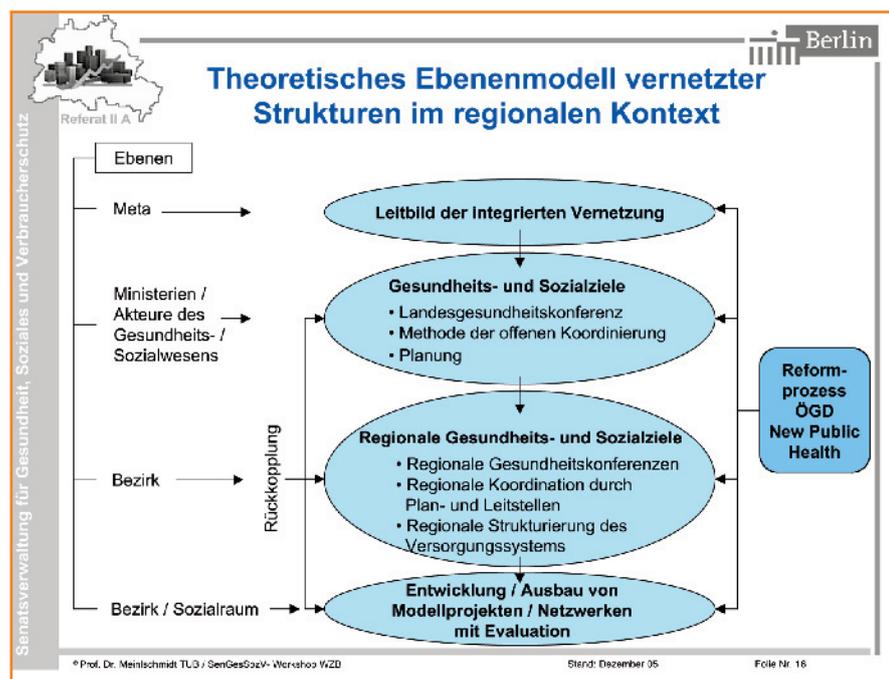
Das Ebenenmodell der Gesundheitszielpolitik

Ein Ebenenmodell der regionalen Vernetzung müsste eigentlich bei der Bundesebene beginnen. Ich konzentriere mich jedoch auf die Landesebene als oberste Ebene, dann folgen die Bezirke und, wenn wir in die Tiefe hineingehen, der Sozialraum.

Zunächst möchte ich einige prinzipielle Bemerkungen zur Definition von Gesundheits- und Sozialzielen auf Landesebene machen. Im Zusammenhang der unterschiedlichen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen bedarf es einer integrierten Gesundheits- und Sozialpolitik, die sich an gemeinsam verabredeten Gesundheits- und Sozialzielen orientiert. Als eine derartige integrierte Plattform könnte die Landesgesundheitskonferenz dienen. Aufgabe der Landesgesundheitskonferenz ist es, entsprechende Ziele für die Stadt zu definieren und ein Netzwerk der integrierten Versorgung aufzubauen, das – so mein Fokus – unter einer klaren Sozialraumorientierung steht.

Es geht also um die Festlegung von Zielen sowie um die Festlegung von Indikatoren zur Evaluation und Messung der Zielerreichung. Es geht um die Festlegung der zeitlichen und räumlichen Bezüge und konkreter Maßnahmen, was wann wo mit welchen Mitteln zu erreichen ist.

Wir müssen ressortübergreifend, an den sozialen Brennpunkten orientiert und unter klarer Zielformulierung arbeiten.



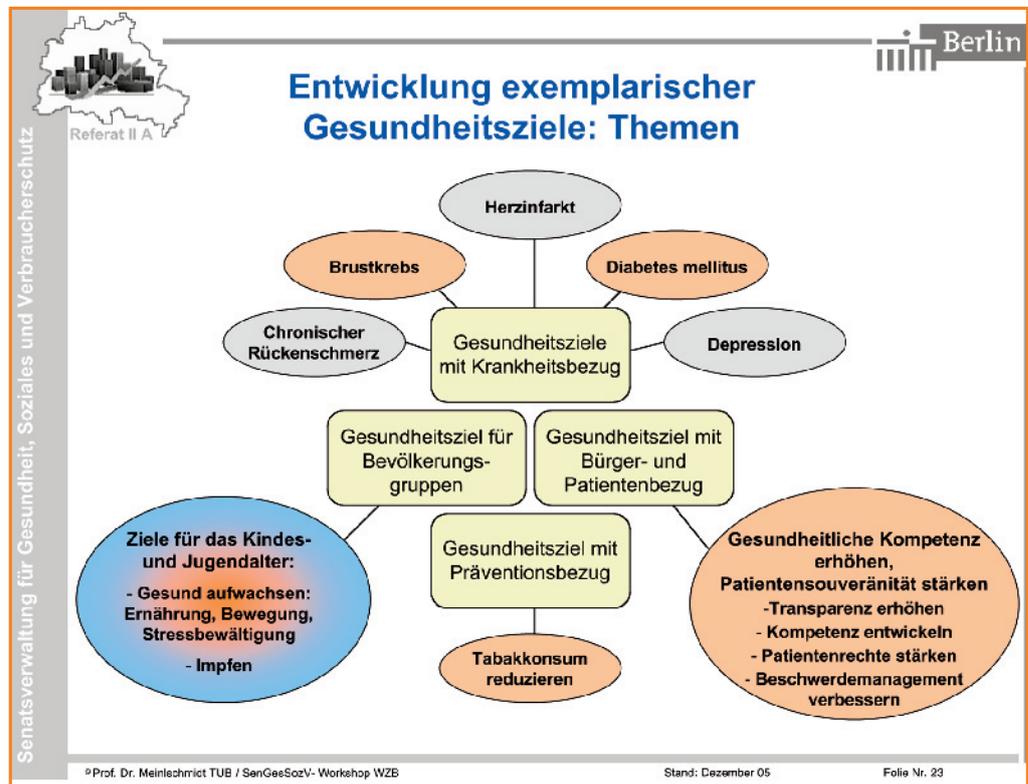
Das Ebenenmodell der Gesundheitspolitik

Gesundheitsziele werden als Katalog von Orientierungen und Maßnahmen formuliert.

In der Staatssekretärskonferenz „Soziale Stadt“ sind bereits einige Ziele definiert worden. Es handelt sich hierbei um strategische Ziele, die von allen getragen werden. Unser konkreter Zielbereich ist ein besseres Gesundheitsniveau. Niemand würde an dieser Stelle widersprechen wollen. Man muss diese strategischen Ziele aber in konkrete, überprüfbare Ziele überführen. Wie messen wir überhaupt ein besseres Gesundheitsniveau? Entsprechendes gilt natürlich auch für die anderen Politikbereiche. Zu klären ist, was wir in welchem Zeitraum erreichen wollen und können. Damit verbunden ist die Frage, welche Maßnahmen wir ergreifen, um die Ziele mit der Ausprägung des Indikators X zu erreichen. Wir müssen also auch über Ressourcen reden.

Auf Bundesebene hat das Projekt *gesundheitsziele.de* – durchgeführt von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

– exemplarische Gesundheitsziele entwickelt. Zu den sechs Schwerpunktthemen Brustkrebs, Diabetes mellitus, Tabakkonsum, Gesund aufwachsen, Patientenouveränität und Depressionen sind Ziele, Teilziele und Vorschläge zur Umsetzung entwickelt worden. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen die Gesundheitsziele chronischer Rückenschmerz, Herzinfarkt und Impfen bearbeitet werden. Für uns hier in Berlin ist der Bereich „Gesund aufwachsen“ – Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche besonders wichtig. Wir können diesbezüglich auf eine gute epidemiologische Situation in Berlin zugreifen, so dass wir den Prozess der Gesundheitszielbestimmung hier gut unterstützen können. Unsere Einschulungsuntersuchungen sind mittlerweile so weit ausdifferenziert, dass wir Problemräume klar lokalisieren können.



Die nächsten Schritte

Wir müssen über die Festlegung des Sozialraums diskutieren, in dem wir intervenieren wollen. Wichtig ist auch das weitere Setting: Wie verknüpft man den Sozialraum z. B. mit der Kita oder der Schule? Wir müssen den als Schwerpunkt weitgehend konsentierten Bereich Kinder und Jugendliche in seiner konkreten Zielstellung ausdifferenzieren. Das ist bislang noch nicht passiert. Wenn wir über bessere Vernetzung und Koordination reden, müssen wir zunächst erheben, was im fraglichen Sozialraum überhaupt da ist, was wir zu koordinieren haben. Wir brauchen eine Bestandsaufnahme dessen, was im Sozialraum vorhanden ist, sonst können wir nicht koordinieren und auch nicht darüber entscheiden, was weiter nötig ist.

Zusammengefasst erfordert das die Koordinierung vorhandener Projekte, die Generierung neuer Projekte bezogen auf die Zieldefinition, die Klärung der finanziellen Mittel, die Bereitstellung der Mittel durch die Beteiligten sowie die Schaffung eines organisatorischen Rahmens für die praktische Umsetzung.

Budgets und finanzielle Handlungsmöglichkeiten

Welche finanziellen Handlungsmöglichkeiten hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz? Es ist ja nicht so, dass wir im Bereich der Gesundheitsförderung gar keine Mittel zur Verfügung hätten. Ich will die drei Bereiche noch einmal nennen, die hier Handlungsspielräume bieten: die ÖGD-Reform, die LIGA-Verträge und den Stadtteilzentrumsvertrag.

Welche weiteren Hebel gibt es auf der Bundesebene? Natürlich den § 20 SGB V und das Präventionsgesetz, so weit es denn kommt.

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind Gelder in der Größenordnung von 84 Millionen Euro auf die unterschiedlichen Dienste verteilt. Wir sind dabei,

den LIGA-Vertrag neu zu verhandeln; auch das bewegt sich in einer Größenordnung von ungefähr 12 Millionen Euro. Hierbei wird es insbesondere darum gehen, bewährte Projekte fortzuführen, aber auch darum, Neues in die Wege zu leiten. Wir möchten einen Innovationsfonds schaffen, der durch weitere Beteiligte kofinanziert werden kann. Hinweisen möchte ich auch auf den Stadtteilzentrumsvertrag mit seinem Volumen von 3 Millionen Euro, der bereits jetzt sozialräumlich ausdifferenziert ist.

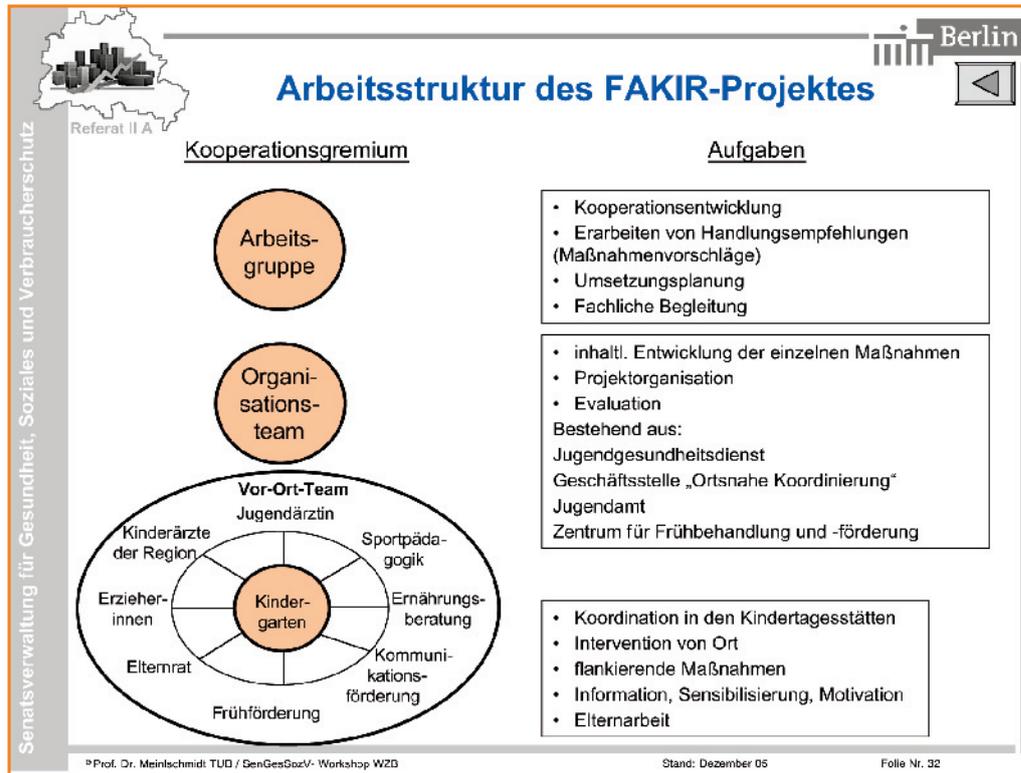
Sozialraumorientierte Umsetzungsszenarien

Die stadtweiten Ziele müssen auf der Ebene des Bezirkes umgesetzt und dort möglicherweise durch regionale Gesundheitskonferenzen angereichert werden. Hierbei spielen die Plan- und Leitstellen – wie auch immer sie in Zukunft heißen mögen – eine entscheidende Rolle.

Der Blick auf die nächste Ebene zeigt uns den Sozialraum, die sozialen Brennpunkte. Worum geht es unter Zielorientierungsaspekten, wenn wir diese Ebene betrachten? Es geht darum, die stadtweiten Ziele bis in den Sozialraum zu implementieren, es geht um deren Konkretisierung und um die Festlegung von abgestimmten Sozialraumzielen aller Akteure. Thema ist auch die Festlegung der Budgets in diesem Raum, die für die Umsetzung von Maßnahmen zur Verfügung stehen. Es gibt hierfür zwei Ansätze. In dem einen wird ein soziales Setting als Zugangsraum verstanden, in dem und für den Projekte generiert werden. Ein konkretes Projekt mag als Beispiel für diesen Weg entstehen: „Fakir – Fördernde Angebote für Kinder in Regionen mit erhöhtem Hilfebedarf“ der Stadt Köln, wo es darum geht, das soziale Setting als Zugangsweg zu benutzen, um an den Lebenschancenparametern wie Bildung, Sprache

Vorhandene Projekte müssen koordiniert, neue zielbezogene Projekte generiert werden.

Die stadtweiten Gesundheitsziele müssen bis in den Sozialraum hinein implementiert werden.



Das Gremium und die Aufgaben des FAKIR-Projektes

und Gesundheit anzusetzen. Der zweite Ansatz geht von der Stärkung und besseren Vernetzung des Lebensraums selbst aus und möchte die Lebensqualität verbessern, so wie es auch der Hauptansatzpunkt des Quartiersmanagements ist.

Perspektive New Public Health

Vieles von dem, was angesprochen wurde, ist unter dem Stichwort New Public Health zu fassen. Das gesundheitspolitische Stufen- oder Ebenenmodell ist ein wesentliches Element der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zu den Voraussetzungen, um einen solchen weiteren Prozess der Umsetzung von Gesundheitszielen in Berlin erfolgreich zu gestalten, gehört der politische Wille zur Problemlösung. Das ist eigentlich eine Selbstverständlich-

keit. Dieser Wille kommt u.a. durch die Landesgesundheitskonferenz zum Ausdruck. Daneben ist vor allem die Bereitschaft, sich auf einen Konsensbildungsprozess aller Akteure einzulassen, notwendig. Es geht in diesem Prozess dann aber auch darum, konkrete Ziele zu formulieren, entsprechende Budgets dafür bereitzustellen, die vorhandenen Projekte zu koordinieren und neue zu gestalten.

Die konsequente Sozialraumorientierung und Budgetierung sind hierbei wichtig. Und wenn man konkrete Projekte umsetzen will, ist auch ein organisatorischer Rahmen für diese Umsetzung nötig.

Wir als Gesundheitswissenschaftler fordern von Anfang an eine prozessbegleitende Evaluation und auch die Evaluation der konkreten Maßnahmen, um zielgenau nachsteuern zu können.

Voraussetzungen für die Umsetzung sind der politische Wille und ein organisatorischer Rahmen.

Bericht Arbeitsgruppe

„Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V. / Ingeborg Hennig, WiR e.V.

Die Vorstellung unserer Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ werden wir umfänglich darstellen. Es gab im Vorfeld bereits mehrere Anläufe, sich des Themas „Koordination der Gesundheitsförderung“ in Berlin anzunehmen. Der letzte Anlauf war die „Berliner Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung und Prävention“ (BAGP). Diese Arbeitsgruppe hat Vorarbeiten geleistet, an denen wir uns in unserer Arbeit konkret orientiert haben.

Vorläufer BAGP

Die BAGP war eine Art Runder Tisch der zentralen Player des Berliner Gesundheitswesens und hat bis Mitte des Jahres 2000 gearbeitet. Sie hat Empfehlungen ausgesprochen; so hat sie die Priorisierung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche empfohlen, die für diese LGK übernommen wurde. Die Arbeitsgruppe hat ein breites Problempanorama aufgespannt und in differenzierten Untergruppen eine Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen in Berlin vorgelegt. Sie hat sich dabei vor allem auf fünf Bereiche konzentriert: die Prävention von Kinderunfällen, den Bereich Ernährung und Bewegung, die Stärkung psychosozialer Kompetenzen, das Thema Rauchen und Sucht sowie den Bereich der Sprachentwicklungsstörungen. Mit diesen Vorgaben war unsere Arbeitsgruppe bei Beginn ausgestattet.

Zielorientierung und Selbstverständnis

Die Arbeitsgruppe hat in den vergangenen zweieinhalb Monaten dreimal getagt. Ihre Mitglieder sind sich der Auf-

gabe bewusst, Arbeitsprogramme und Ziele zu erarbeiten, damit die Landesgesundheitskonferenz längerfristig Gesundheitsziele für Berlin entwickeln und beschließen kann. Wir haben uns den Auftrag gestellt, die BAGP-Vorgaben zu konkretisieren und Rahmenbedingungen zu formulieren, um die problembezogene Gesundheitsförderung voranzutreiben. Unser Ziel ist die konkrete Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung von Ergebnissen im mittelfristigen Zeitrahmen.

Empfehlungen der AG – Priorisierung

Welche Empfehlungen hat die Arbeitsgruppe entwickelt? Wir haben uns im Zeitraum Juni bis August dreimal treffen können – das ist ein begrenztes Budget an zeitlichen Ressourcen. Der Großteil der Diskussion konzentrierte sich auf die Frage, wie wir die prioritären Handlungsfelder, die ich genannt habe und die die BAGP zuvor bereits skizziert hatte, spezifizieren können, um möglichst konkret und zeitnah Maßnahmen entwickeln zu können.

Die beiden prioritären Handlungsfelder, die sich aus der Diskussion herauskristallisiert haben, sind die Sprachentwicklung und die motorische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen.

Es handelt sich hier um zwei wirklich zentrale Schlüsselkompetenzen des gesunden Aufwachsens. Vor allem bei der Sprachentwicklung lassen sich inzwischen Defizite auf breiter Basis feststellen. Die Schuleingangsuntersuchungen belegen dies. Die Sprachstandserhebung in Berlin – der letzte Test Deutsch Plus mit allen Einschülern und Einschü-

Prioritäre Handlungsfelder sind die Sprachentwicklung und die motorische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen.

lerinnen – zeigt, dass bei 25% der untersuchten Kinder Unterstützungsbedarf besteht. Ähnlich sieht es im Bereich der motorischen Entwicklung aus. Auch hier erweist die Einschulungsuntersuchung, dass die Kinder zunehmend weniger in der Lage sind, sich motorisch koordiniert zu verhalten.

Intervention im Vorschulalter

Die Ergebnisse bei der Einschulungsuntersuchung zeigen, dass diese Probleme bereits sehr frühzeitig auftreten und Interventionsmaßnahmen entsprechend frühzeitig greifen sollten. Deshalb hat die Arbeitsgruppe sich darauf verständigt, die Altersgruppe der Kinder von 0 bis 5 Jahren in den Fokus zu nehmen, also bereits im Vorschulalter zu intervenieren.

Wo sollen die Maßnahmen greifen, wo sollen die Interventionen geplant werden? Die Arbeitsgruppe empfiehlt, sich am Setting-Ansatz zu orientieren, den die WHO bereits vor zwei Jahrzehnten im Rahmen der Ottawa-Charta vorgelegt hat. Das bedeutet, Interventionen sollten über die Verhaltensorientierung hinausweisen und vor allem die Verhältnisse mit in den Blick nehmen. Das Stichwort ist hier: gesunde Lebenswelten gestalten.

Lebensweltorientierung im Setting-Ansatz

Welche Lebenswelten können das nun sein, um vor allem Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren zu erreichen? Die Arbeitsgruppe empfiehlt, den Schwerpunkt auf Kindertagesstätten zu setzen. Diese sind ein Setting, in dem ein großer Teil der Kinder in dieser Altersgruppe erreicht und der zugleich gesundheitsförderlich gestaltet werden kann. Setting-Orientierung bedeutet dabei aber vor allem, nicht nur die Kinder in den Blick zu nehmen sondern ihr gesamtes Lebensumfeld. Dieser Ansatz umfasst die Gestaltung der Strukturen und heißt, auch die anderen Akteure im

Feld nicht zu vergessen. In der umfassenden Perspektive ist beispielsweise eingeschlossen, die Erzieherinnen und Erzieher und das sonstige Personal in den Kindertagesstätten einzubeziehen, die Eltern der Kinder zu berücksichtigen sowie auch den Sozialraum, das Umfeld – Stichwort Quartiersmanagement – einzubinden, um die jeweiligen Maßnahmen wirklich umfassend gestalten und möglichst fest verankern zu können.

Im Beitrag von Prof. Meinschmidt ist die Sozialraumorientierung hervorgehoben worden. Es geht darum, Maßnahmen prioritär auf die Sozialräume auszurichten, in denen der Bedarf groß ist. Berlin hat in dieser Hinsicht gute Voraussetzungen und ist mit einer differenzierten Gesundheitsberichterstattung und zahlreichen weiteren Datenquellen, auf die zurückgegriffen werden kann, gut aufgestellt. In den letzten fünf Jahren seit die BAGP getagt hat, ist hier vieles geschehen.

Schließlich empfiehlt die Arbeitsgruppe, das Rad nicht neu zu erfinden, sondern sich auf bewährte Ansätze zu konzentrieren. Es ist nicht sinnvoll, immer wieder neue Modellprojekte aus dem Boden zu stampfen, über deren Wirksamkeit man erst nach einer gewissen Weile etwas wissen kann. Man sollte sich vielmehr auf bewährte, in ihrer Wirksamkeit belegte Ansätze stützen, die dann in einer koordinierten Aktion in einem breiteren Umfeld sozialraumorientiert umgesetzt werden können. Die Arbeitsgruppe hat ihren Arbeitsauftrag so verstanden, dass es darum geht, möglichst schnell möglichst klare Vorgaben zu machen, um möglichst konkret und schnell Ergebnisse vorlegen zu können.

Ausblick: Perspektiven der Erweiterung

Die Arbeitsgruppenmitglieder sehen natürlich weitere Präventionsfelder; sie können sich vorstellen und wünschen auch, dass die Arbeit auf andere Zielgruppen und Setting-Ansätze ausgewei-

Unsere Orientierung ist es, gesunde Lebenswelten zu gestalten

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, sich am Setting-Ansatz zu orientieren.

tet wird. Das ist der Wunsch für die Zukunft. Im Vordergrund standen für uns jedoch zunächst die Konkretisierung und der priorisierte Vorschlag, um in einem überschaubaren Zeitraum Ergebnisse zu erreichen.

Wenn die Landesgesundheitskonferenz unsere Vorlage beschließt, wird es

darum gehen, weitere wichtige Akteure in die Arbeitsgruppentätigkeit einzubinden, mit den beiden anderen Arbeitsgruppen Ziele und Inhalte abzustimmen, Ziele für das benannte Handlungsfeld sowie Handlungsempfehlungen mit Priorisierungsvorschlägen für den Zeitraum bis Ende 2006 zu erarbeiten.

Bericht Arbeitsgruppe

„Migration und Gesundheit“

Ingrid Papies-Winkler, Gesundheit Berlin e.V.

Der Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ hat zweimal getagt und in einer dritten Redaktionssitzung ein ca. 10-seitiges Papier erstellt. Unser Zeitbudget war also äußerst knapp bemessen. Die Zusammensetzung der Trägerschaft war sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich waren die Vorerfahrungen, die in die Arbeitsgruppe eingebracht werden konnten. Das hatte einen hohen Diskussionsbedarf zur Folge, der auch weiterhin bestehen wird, um zu konkreten Zielsetzungen und Umsetzungsmaßnahmen zu kommen. Das von uns vorgelegte Papier, das ich in seinen Grundzügen vorstellen möchte, ist ein Anfang und eine gute Grundlage für die weiteren Beratungen.

Migration als Gesundheitsfaktor

Die Arbeitsgruppe hat als ihre Zielgruppe Kinder, Jugendliche und Familien mit Migrationshintergrund definiert unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Bedingungen. Hierzu sind Schwerpunkte zu entwickeln.

Einer dieser Schwerpunkte ist der Bereich Gesundheitsberichterstattung. Hierzu hat ein umfassendes Papier von Frau Prof. Theda Borde und Herrn Dr. Matthias David vorgelegen. Die beiden Autoren haben Grundlagen erarbeitet, wie eine migrationsspezifische Gesundheitsberichterstattung aussehen könnte. Nach wie vor fehlen nämlich wesentliche Daten in diesem Bereich. Eine Ausnahme bilden die bereits erwähnten Einschulungsuntersuchungen, über die wir einen recht guten Überblick haben.

Es gibt darüber hinaus einige Forschungen zu themenspezifischen Schwer-

punkten und Zielgruppen und natürlich sehr viele Erfahrungen aus der Praxis, die die besonderen Defizite in der Versorgung von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund belegen.

Maßnahmenswerpunkte in den Settings

Die Arbeitsgruppe hat sich den Schwerpunkt für ihre Maßnahmen in den Settings gesetzt, wobei das Setting Familie eine besondere Rolle neben Kita, Schule und Stadtteil spielt. Die Themenschwerpunkte in der Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ sind orientiert an denen der BAGP und dem Projekt *gesundheitsziele.de*, wobei wir besonderen Wert auf Partizipation als Qualitätsmerkmal legen.

Aus unserer Sicht sollten die Akteure im Bereich Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund träger- und ressortübergreifend arbeiten und Maßnahmen entwickeln, die die unterschiedlichen Bereiche umspannen. Um das zu leisten, ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe eine Koordination nötig. Hier könnte der Öffentliche Gesundheitsdienst als neutrale Instanz auf regionaler Ebene eintreten, wie es auch im Beitrag von Prof. Gerhard Meinlschmidt angeregt wurde.

Information über vorhandene Maßnahmen

Unbedingt notwendig erscheint es uns – das ist ein weiterer Schwerpunkt – die vorhandene Maßnahmen- und Angebotsstruktur transparent zu machen. Hierbei sind die Datenbanken der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und von Gesundheit Berlin oder auch die Maßnahmenammlung des Projekts

Partizipation von Migrantinnen und Migranten soll als Qualitätsmerkmal von Gesundheitsprojekten definiert werden.

gesundheitsziele.de hilfreich. Es sollten Modelle guter Praxis herausgestellt werden, die – als solche identifiziert und evaluiert, d.h. nach Qualitätskriterien überprüft, – anschließend multipliziert und vielerorts umgesetzt werden können.

Praktische Interkulturalität

Für die erfolgreiche Umsetzung ist die Beantwortung der Frage, wie wir Zugang zu Kindern und Familien mit Migrationshintergrund finden, ganz entscheidend. Die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen spielt dabei eine sehr wesentliche Rolle. Die Probleme der Sprach- und Kulturmittlung stehen dabei im Mittelpunkt; um ihnen zu begegnen, ist die Ausbildung von Multiplikatoren und Mediatoren mit Migrationshintergrund und die enge Zusammenarbeit mit Migrationsinstitutionen notwendig.

Migration – Grundsatzfrage und Querschnittsauftrag

Abschließend möchte ich einige Anregungen zur Arbeit der Arbeitsgruppen allgemein machen. Es besteht der Wunsch, dass die Ziele, die Zielgruppen, die Zielsetzungen noch klarer diskutiert und definiert werden. In diesem Zusammenhang sind Diskussionen über grundsätzliche Konzepte wie Integration, Diversity-Ansätze usw. zu erwarten.

Darüber hinaus müssen die Arbeitsgruppen untereinander vernetzt werden. Wir sehen das Thema Migration als eine Querschnittsaufgabe, die eine Abstimmung mit den beiden anderen Arbeitsgruppen unbedingt erfordert. Im Sinne des Partizipationsgedankens sollten Migrant/inn/en an allen Arbeitsgruppen beteiligt werden. Es gab auch bereits Überlegungen, Migrant/inn/en zu einzelnen Sitzungen hinzuzuziehen. Die weitere Arbeit wird hier Verfahren aufzeigen.

Offen blieben für viele Arbeitsgruppenmitglieder der klare Arbeitsauftrag

und die Ausstattung mit Ressourcen für die Weiterarbeit. Zu fragen ist also, wenn es zur Umsetzung der Beschlüsse kommt, wie und mit welchen Ressourcen unsere Vorhaben realisiert werden können?

Beschlussempfehlungen der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Theda Borde

Technische Universität Berlin, Berliner Zentrum Public Health

Bevor ich zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe komme, möchte ich in einem Punkt das bereits Gesagte ergänzen und auf das Spezifische der Situation von Migrantinnen und Migranten hinweisen. Die Erreichbarkeit ist gerade hier ein besonderes Thema. Im Setting-Ansatz haben wir Kindertagesstätte, Schule und Familie als wesentliche Zugangswege definiert. Möglicherweise gibt es in der Migrantenpopulation aber auch Gruppen, die weder über Schule noch über Kitas erreichbar sind, was insbesondere für illegalisierte Gruppen gelten dürfte.

Der erste Punkt unserer Beschlussempfehlungen betrifft das Thema Gesundheitsberichterstattung. Es liegen sehr viele Daten vor. Allerdings ist der Aspekt Migration in dieser Datenmenge schwer fassbar. Das fängt bei der Erhebung an: Bislang bestand die Möglichkeit, zwischen Ausländern und Inländern zu differenzieren. Gerade bei Kindern ist das nach der Gesetzesänderung zum Staatsangehörigkeitsrecht, welches seit dem 01. Januar 2000 in Kraft ist, nicht mehr möglich. Der Kinder- und Jugendbericht des Robert Koch-Instituts weist hier allerdings Wege, indem dort differenziert definiert wird und Indikatoren entwickelt werden, wie man ein komplexes Phänomen wie einen Migrationshintergrund überhaupt konkretisieren kann. Das berührt noch nicht den Kern der Beschlussempfehlung, aber es gibt wichtige Impulse für eine die Entwicklung der Mi-

Die Vernetzung mit den anderen Arbeitsgruppen definiert das Thema Migration als Querschnittsaufgabe.

Die Empfehlungen weisen auf Gesundheitsberichterstattung, Koordination, Good Practice, Nachhaltigkeit hin.

Partizipation fängt bei der gemeinsamen konzeptionellen Arbeit an.

grationsfaktoren berücksichtigende Gesundheitsberichterstattung. Am 25. November 2005 findet hierzu die Fachtagung „Migrantensensible Studiendesigns in der Epidemiologie“ in Berlin statt. Festzuhalten ist die Forderung nach einer spezifizierten Gesundheitsberichterstattung: Wie können wir den Aspekt Migration überhaupt repräsentieren, wie können wir den Migrationshintergrund darstellen, welche Indikatoren sind hierbei von Bedeutung?

Ein weiterer Punkt ist die Koordination: Es gibt eine große Vielzahl von Projekten und Einrichtungen, die bislang relativ schlecht koordiniert und wenig vernetzt sind. Im Sinne einer Verbesserung der Koordinierung geht es u.a. darum, in die Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, die von Gesundheit Berlin e.V. und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam entwickelt worden ist, neue Projekte aufzunehmen, die bis jetzt noch nicht erreicht werden konnten; also gerade auch Projekte mit und für Migrantinnen und Migranten.

Wichtig bei der Begleitung und Förderung von Projekten und Initiativen ist es, Good-Practice-Modelle anzuschauen und hervorzuheben und Qualitätskriterien für Partizipation, Empowerment und die Integration von Migranten in diese Konzepte zu entwickeln.

Entscheidend ist auch die Partizipation von Migrantinnen und Migranten an den Aktivitäten der Arbeitsgruppe wie überhaupt das Prinzip der Beteiligung. Beteiligung heißt nicht nur Beteiligung von Eltern, wenn es um die Arbeit mit und die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen geht, sondern grundsätzlich die Aktivierung der Selbstorganisation von Migrantinnen und Migranten und ihre Integration in die Prozesse der Projektentwicklung und -durchführung. Es kann und soll nicht so sein, dass Deutsche Konzepte für Migranten formulieren, sondern die Integration fängt dabei an, dass wir diese konzeptionelle Arbeit gemeinsam tun.

Seit drei Jahren gibt es den Gemeindedolmetschdienst in Berlin, jetzt befindet er sich in der Weiterfinanzierung. An dieser Stelle wird deutlich: Es geht auch um die Nachhaltigkeit von Angeboten. Wir brauchen ein Konzept zur Institutionalisierung und zur Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung.

Die Dolmetscher stehen bereit. Um sie sinnvoll einsetzen zu können, brauchen wir Informationen über dieses Angebot, die Förderung der Nachfrage sowie eine interkulturelle Öffnung in dem Sinne, dass das Recht, verstanden zu werden, von den Institutionen tatsächlich als Recht anerkannt und im Zuge dessen für die, die es brauchen, finanziert wird.

Bericht Arbeitsgruppe

„Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“

Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

Gegenstand unserer Arbeitsgruppe sind „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“, wobei wir einräumen, dass bislang vor allem die Frage von Gesundheitszielentwicklung im Vordergrund stand und der vom zweiten Teil des Titels benannte Bereich der Qualitätssicherung und Evaluation erst in einzelnen Aspekten betrachtet wurde. Auf zwei davon möchte ich vorab hinweisen: Der eine betrifft den vom vorbereitenden Ausschuss erteilten Auftrag, die Gender-Perspektive systematisch in allen Arbeitsgruppen umzusetzen, was bislang noch nicht ausreichend geschehen ist. Weiter ist hervorzuheben, dass zur Evaluation immer ganz wesentlich auch Evaluationskapazitäten gehören. In diesem Zusammenhang beobachten wir den Abbau der vielleicht wichtigsten Evaluationskapazität in Berlin – den Abbau des Studienganges Public Health an der Technischen Universität – mit großer Sorge. Vielleicht könnte das im Rahmen der Gesundheitszieldiskussion in Berlin aufgegriffen werden.

Ergebnisdokumentation in vier Arbeitspapieren

Unsere konkreten Arbeitsergebnisse sind in vier Papieren formuliert worden, die allen Teilnehmern der LGK vorliegen. Das erste und umfangreichste dieser Arbeitspapiere präsentiert eine Bestandsaufnahme von bereits vorliegenden Gesundheitszielen nach Bundes- und Länderebene. Des Weiteren wird ein Vorschlag für eine Transparenzplattform gemacht, der nachfolgend erläutert werden wird. Angelehnt an die Bestandsaufnahme ist ein gegliedertes Modell einer Zieldefini-

tion entwickelt worden. Zudem haben wir Eckpunkte für den Prozess der Landesgesundheitskonferenz formuliert.

Bei allen vier Arbeitspapieren ist es jedoch zu keiner abschließenden Konsensbildung gekommen. Nicht, weil es im Rahmen der Arbeitsgruppe zu starke Widersprüche gegeben hätte, sondern weil der Auftrag letztlich zu unklar gewesen ist. Hier müsste noch präzisiert werden, damit wir wirklich zu Konsens- oder Beschlussempfehlungen für die Landesgesundheitskonferenz gelangen können.

Übersicht und Typologie der Gesundheitsziele

Das umfangreiche Arbeitspapier 1 unserer Gruppe bietet eine Auflistung, die die verschiedenen Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation, aus dem bereits mehrfach erwähnten Projekt *gesundheitsziele.de* der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) sowie die Gesundheitsziele aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zusammenführt. Weiterhin aufgenommen wurden auch die Gesundheitszielvorschläge aus dem BAGP-Prozess sowie diejenigen aus der Gesundheitszielstudie 1996 (Bergmann et al.), in der exemplarisch 46 Gesundheitsziele für Berlin formuliert wurden.

Am Anfang des Papiers steht die Kriterienauswahl für Gesundheitsziele. Dabei geht es nicht nur um theoretische Erkenntnisweisen, auch Dinge wie Erreichbarkeit, Umsetzbarkeit, der Bezug zu den Stakeholdern sind wichtige Aspekte. Wir haben dann eine Zieldefi-

Der Bestand von Gesundheitszielen auf Bundes- und Länderebene soll zugänglich gemacht werden.

Die Maßnahmen müssen die zentrale Problematik der Ressourcenschwäche berücksichtigen.

nitition durchgeführt mit einem Maßnahmenplan. Wir haben ausdifferenziert, welche Arten von Zielen es überhaupt geben kann.

Das sind drei Ebenen: (1) die klassischen Gesundheitsziele, die sich am Erreichen positiver Gesundheitszustände orientieren, (2) Strukturziele, die natürlich eine hohe Bedeutung für ein strukturell ausgerichtetes Entscheidungsgremium haben, (3) die krankheitsbezogenen Ziele, die die Verbesserung der Versorgung und Kuration bei bestimmten Krankheitsbildern fokussieren. Die Entscheidungen, welche dieser Ziele entwickelt und priorisiert werden, müssen letztlich der Landesgesundheitskonferenz vorbehalten sein und den beteiligten Akteuren.

Wichtig ist auch die zunächst stichwortartige Zusammenstellung von Berliner Besonderheiten, die auf die hohe Vielfalt der Projektlandschaft, die hohe Dichte von gesundheits- wie krankheitsbezogenen Angeboten, die Koordinierungsdefizite und anderes mehr von struktureller Bedeutung hinweist.

Strukturziel ist ein gesundheitsförderliches Leitbild.

Struktur eines Gesundheitszielplans

Ein prioritäres Gesundheitsziel ist es, die Prävention auszubauen. Dieses Gesundheitsziel kann in Teilzielen definiert werden: Ausbau von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrukturen insbesondere in Settings: Senkung lebensstilbedingter Gesundheitsrisiken und der Fallzahlen chronischer Erkrankungen; Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung; Förderung der gesundheitlichen Früherkennung und Stärkung der Akzeptanz in der Bevölkerung für die eigene Gesundheitsverantwortung.

Das zeigt exemplarisch, wie man Teilziele aus dem Hauptziel „Gesundheitsförderung – Prävention ausbauen“ entwickeln könnte. Diese Teilziele zeigen auch den weiteren Konkretisierungsbedarf, um Maßnahmen daraus ableiten zu können.

Ein solches Modell einer Zieldefinition mit Maßnahmenplanung haben wir am Beispiel Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Sozialraum entworfen. Als erstes Ziel wurde angesetzt, die Ressourcenschwäche bei Kindern auszugleichen. In Erscheinungen wie Übergewicht, Suchtproblemen oder defizitärer Sprachentwicklung manifestieren sich die Gesundheitsprobleme als Ausdruck und Folge von Ressourcenschwächen. Als Zielgruppen werden dann Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen in sozial benachteiligten Stadtteilen identifiziert und hier speziell Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und/oder Bildungsdefiziten.

Die Wirkungsrichtung dieser Modelldefinition zielt entsprechend auf Gesundheitsförderung durch Ressourcenstärkung, beispielsweise in der Stärkung von Bewältigungskompetenzen, der Einrichtung von Bewegungsräumen im sozialen Umfeld, in Ernährungsangeboten oder in der Gesundheitsbildung, um hier nur einige Stichwörter zu nennen.

Das Strukturziel dabei ist ein gesundheitsförderliches Leitbild für die konkreten regionalen Settings, also zum Beispiel die Kitas. Eine solche langfristige Orientierung soll Nachhaltigkeit sicherstellen, damit Intervention nicht punktuell bleibt.

Der Gedanke der Qualifizierung zielt auf die Erhöhung von Life-Skills bei den Kindern und Jugendlichen somit auf die Stärkung ihrer Ressourcen. Wichtige Indikatoren hierbei sind die Lebenszufriedenheit und das Gesundheitsbewusstsein der Schülerinnen und Schüler. Hier zeigt sich, dass Effekte der Gesundheitsförderung in Anbetracht der manifesten sozialen Problemlagen, die im Eingangsbeitrag von Prof. Meinschmidt ausführlich dargestellt worden sind, nicht kurzfristig in einem besseren Gesundheitszustand messbar sein können. Es handelt sich um sehr komplexe Problematiken, und hier können deshalb auch Lebenszufriedenheit oder Gesundheitsbewusstsein als Indikatoren herangezogen werden.

Wichtig ist die Bearbeitung der Phänomene unter Berücksichtigung der zentralen Problematik der Ressourcenschwäche. Die Bereiche Bewegung, Ernährung, Prävention von Sucht und von Depression sowie das Sprachvermögen sind in unserer Arbeitsgruppe in diesem Zusammenhang hervorgehoben worden.

Koordinierung und Vernetzung

Beim Thema der Verknüpfung und Koordinierung von geplanten und bereits existierenden Einzelmaßnahmen ist es aus unserer Sicht notwendig zu bestimmen, wer die Federführung hierbei hat. Das könnten verschiedene sein: zum Beispiel der ÖGD (die Plan- und Leitstellen, der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) oder auch das Quartiersmanagement. Wichtig ist nur, dass man hier konkrete Verantwortlichkeiten schafft.

Die Maßnahme „Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung“ muss sich an Kriterien wie Integration, Soziallagenbezug, Adressatenbezug und ihrer Nachhaltigkeit messen lassen. Das sind letztlich alle Bestandteile des Setting-Ansatzes. Diverse Praxisbeispiele sind schon genannt worden, eines davon ist das Projekt „Fakir“ in Köln.

Erfreulicherweise gibt es auch in Berlin schon Anknüpfungspunkte, zum Beispiel die Gesundheitswerkstatt in Marzahn-Hellersdorf, die Kiez-Detektive in Friedrichshain-Kreuzberg und Marzahn. Auch zwei weitere Projekte sind an dieser Stelle noch zu nennen: Eines – die „Kiez-Oase“ in Schöneberg – wird in Zusammenarbeit von Quartiersmanagement und AOK Berlin durchgeführt, ein anderes – „Anschub.de“ – von der Bertelsmann-Stiftung mit der AOK Berlin und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Auf weitere modellbezogene Ausführungen möchte ich an dieser Stelle verzichten; es seien lediglich Qualitätssicherung und Strukturbildung sowie Ergebnissicherung als weitere Teile eines solchen Maßnahmenkatalogs noch erwähnt.

Eckpunkte für die Landesgesundheitskonferenz

Abschließend möchte ich unser viertes Arbeitspapier kurz umreißen: Eckpunkte für die Landesgesundheitskonferenz. Es besteht aus einer Sammlung von Orientierungspunkten, die in unseren Arbeitsdiskussionen immer wieder genannt wurden, ohne dass diese Einzelpunkte bereits klar zusammengefasst und gebündelt wären. Da geht es um allgemeine Erkenntnisse, um konsensual verabredete Ziele, gemeinsam abgestimmtes Vorgehen, um die Sozialraumorientierung, um die Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialzielen, Prävention, Gesundheitsförderung als vorrangige Orientierung, um die Zielgruppe Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, die Landesgesundheitskonferenz als Vernetzungs- und Steuerungsplattform, die Anknüpfung an in Berlin und überregional vereinbarte Ziele, den Arbeitsschwerpunkt des Setting-Ansatzes, Transparenz und Marktübersicht, Qualitätskriterien, Qualifizierung, Evaluationsentwicklung als Zielgrößen, langfristig auch Budgetierung nach Sozialräumen, Zielgruppen, Maßnahmen, um Ressourcenbereitstellung und Fördermittel durch die Partner in der LGK sowie die Berücksichtigung von Koordinierungsbedarf und Evaluation.

Ein Ergebnis unsere Diskussion in der Arbeitsgruppe war es, dass wir bei dieser grundsätzlichen Orientierung der Landesgesundheitskonferenz noch Klärungsbedarf haben. Es ist zwar implizit schon häufig gesagt worden, dass wir uns z.B. auf Gesundheitsförderung für Kinder- und Jugendliche mit dem Setting-Ansatz orientieren. Explizit aber ist es nicht klargestellt worden. Es blieb auch etwas diffus, ob wir eher auf gesundheits- oder krankheitsbezogene Ziele orientiert sind. Auch Zeitfragen sind zu präzisieren: Wenn wir uns erst einmal auf Gesundheitsförderungsziele konzentrieren, wann ist beispielsweise ein erster Zeitrahmen abgeschlossen, und zu welchem Zeitpunkt sollen auch

Bestehendes muss besser vernetzt werden.

Wir brauchen klare Aufträge zur Orientierung der Gesundheitszielearbeit.

**Eine Transparenz-
plattform Gesundheit
in Berlin
soll über Angebot
und Qualität der
Leistungen
Auskunft geben.**

krankheitsbezogene Ziele in Angriff genommen werden? Bevor diese Rahmenfragen nicht geklärt sind, haben wir – in der Arbeitsgruppe und darüber hinaus – natürlich auch große Schwierigkeiten, Konsens über konkrete gesundheits- oder krankheitsbezogene Ziele herzustellen.

**AG-Vorschlag:
Gesundheitsplattform
Karin Stötzner**

**Patientenbeauftragte des Landes
Berlin**

Im Anschluss an die Ausführungen von Herrn Dr. Geene möchte ich der Landesgesundheitskonferenz einen weiteren Diskussionsvorschlag aus unserer Arbeitsgruppe unterbreiten. Er basiert auf meinen Erfahrungen als Patientenbeauftragte und der Zusammenarbeit mit Patienteninitiativen und -einrichtungen im Gesundheitswesen.

Es besteht der dringende Wunsch nach einer Transparenzplattform Gesundheit in Berlin. Eine solche Plattform soll Auskunft geben können über das Leistungsangebot in der Stadt und im Idealfall natürlich auch über dessen Qualität. Der Vorschlag an die Gesundheitskonferenz lautet, doch bitte

zu prüfen, ob die Schaffung einer solchen Informationsplattform ein mögliches Gesundheitsziel für Berlin sein kann.

Es ist deswegen nur ein Vorschlag, weil wir uns des hohen Realisierungsaufwandes bewusst sind. Es sind Ressourcen nötig, bei denen wir zu klären hätten, wo sie herkommen. Es ist klar, dass es sich um ein sehr großes Projekt handelt, wenn man es wirklich umfassend realisiert. Deswegen ist in der Arbeitsgruppe vorgeschlagen worden, am Beginn eines solchen Vorhabens zunächst den Schwerpunkt Kinder und Jugendliche zu wählen und dies auch noch weiter einzugrenzen. Als erster Schritt ist zu klären, wie man Maßnahmen, Angebote, Leistungserbringer und ihre Vorhaben, die für Kinder und Jugendliche und ihre Gesundheit in der Stadt von Bedeutung sind, darstellen kann. Dabei ist der besondere Schwerpunkt – Zusammenhang zwischen sozialer Situation, auch sozialer Benachteiligung und gesundheitlichem Status – im Blick zu behalten. Das bitte ich die Landesgesundheitskonferenz in ihre Diskussionen einzubeziehen: Brauchen wir eine Gesundheitsplattform für Berlin?

Einleitung zu den Themenkomplexen

Dr. Hermann Schulte-Sasse Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Zur Einführung der Diskussionsrunde zu den einzelnen Themenblöcken möchte ich unser gemeinsames Anliegen in den Vordergrund stellen. Wir alle sollten uns immer klar vor Augen halten, dass die Landesgesundheitskonferenz kein Organ ist, das die Verantwortlichkeit und die Autonomie der einzelnen Akteure oder Mitglieder in irgendeiner Weise einschränkt. Das kann überhaupt nicht die Absicht der LGK sein. Vielmehr ist es das Ziel, als gemeinsame Plattform allen Akteuren im Gesundheitsbereich eine Austausch- und Koordinierungsmöglichkeit der verschiedenen Aktivitäten zu bieten. Das sollte nicht über breite inhaltliche Debatten geschehen, sondern indem in einer inhaltlich gut vorbereiteten Landesgesundheitskonferenz konsentrierte Positionen zu Beschlüssen geführt werden.

Die wesentlichen Prinzipien der LGK und das was sie prägt, sind gemeinsame Ziele, Konsens, Freiwilligkeit, Selbstverpflichtung. Die Landesgesundheitskonferenz ist kein Instrument zur Dominierung, Disziplinierung oder pädagogischen Anleitung der verschiedenen Mitglieder. Das ist ganz wichtig und Voraussetzung einer erfolgreichen Zusammenarbeit.

Gibt es Meinungsäußerungen zudem Themenbereich: Was ist die LGK, wie ist sie als Organ einzuschätzen?

Johannes Spatz Plan- und Leitstelle Gesundheit Steglitz-Zehlendorf

Im Vorfeld der LGK gab es Diskussionen darüber, ob es eine Landesgesundheitskonferenz für die Bevölkerung gibt. Ich weiß nicht, ob hier die Bevölkerung eingeladen ist. Ich habe eher nicht den Eindruck. Es gab auch die Diskussion, mit welchem Einfluss oder überhaupt in

welcher Form die Bezirke in den Gremien beteiligt werden. Die Referentenliste zeigt, dass Bezirke vertreten sind. In den eigentlichen Gremien, die die Hebel in der Hand haben, sind die Bezirke nur sehr schwach vertreten – durch eine einzige Person, die nicht einmal im Gesundheitsbereich tätig ist. Das ist ein Problem. Auch die Transparenz des bisherigen Verfahrens ist unzureichend. Darüber sollte man dringend nachdenken.

Dr. Hermann Schulte-Sasse

Ich bitte darum, diese abgeschlossene Debatte hier nicht erneut zu führen. Dazu gibt es eine Entscheidung. Die Plattform, auf der eine solche Integration breiterer Teile interessierter Bevölkerung möglich ist, sind die Bezirke. Dort sollten in Zukunft regionale Gesundheitskonferenzen – das ist auch meine Position – stattfinden. Dort bestehen auch ganz andere Möglichkeiten, diesen von Ihnen angesprochenen Aspekt zu berücksichtigen, als wir sie auf der Landesebene haben. Die Beteiligung der Bezirke in der Landesgesundheitskonferenz kann vor allem in den Ausschüssen und Arbeitsgruppen stattfinden. Da wünsche ich mir eine starke Beteiligung in Zukunft von der bezirklichen Ebene. In der Landesgesundheitskonferenz selber sind die Bezirke durch die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Rates der Bürgermeister vertreten. Und ich kenne keine andere Position in der bezirklichen Selbstverwaltungsebene, die eine höhere Legitimation für die Vertretung der Bezirke in diesem Gremium hat als diese. Mir ist zumindest nicht bekannt, dass die Bezirksstadträte für Gesundheit sich auf einen Sprecher für alle verständigt haben. Es gibt aber die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Rates der Bürgermeister, Frau Monika Thiem, die durch ihr Amt legitimiert ist. Damit haben wir die sinnvolle Einbindung der Bezirke sichergestellt.

Diskussion zum Themenkomplex

„Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Die Papiere, die im Rahmen dieser LGK vorgestellt wurden, durchzieht das Thema Sprachentwicklung. Das ist zunächst einmal verblüffend. Für den Laien hat das vor allem mit dem Thema Jugend und Bildung zu tun. Der Zusammenhang von Sprachentwicklung und gesundheitlichen Fragestellungen ist an der Oberfläche nicht unmittelbar einsichtig. Kann man die These, „Sprachfähigkeit, Sprachentwicklung von Kindern und Jugendlichen haben eine wesentliche Bedeutung für die Entwicklung von gesundheitlichen Problemlagen“ empirisch unterfüttern? Als Zielvorstellung formuliert: Macht es gegebenenfalls Sinn, dass wir als Landesgesundheitskonferenz ein Projekt starten, das die Sprachfähigkeit und die Sprachentwicklung von Kindern und Jugendlichen ins Zentrum stellt?

Prof. Dr. Volker Hesse
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Ich darf vielleicht für die Arbeitsgruppe zu diesem speziellen Aspekt einige Worte sagen. Unter den Rehabilitationskosten fallen die für die Sprache, das zeigen zum Beispiel Zahlen aus Baden-Württemberg, am stärksten ins Gewicht. Die höchsten Kosten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beziehen sich auf Sprachentwicklungsstörungen.

Hinzu kommt, dass wir eine dramatische Verschlechterung der Sprachsituation beobachten. Das begründet, warum aus den vielen wichtigen Themen unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit das der Sprachentwicklung ausgewählt worden ist. Für die Entwicklung und Lebensbewältigung eines jungen Menschen ist gerade die Sprache ein elementarer Punkt.

Wir haben gesehen, dass sich soziale Benachteiligungen ganz entscheidend auf den Grad der Sprachbeherrschung auswirken.

Hier in Berlin wird ein Projekt unter der Leitung von Herrn Dr. Ulrich Fegeler durchgeführt – entwickelt wurde es gemeinsam mit Herrn Privatdozent Dr. Zvi Penner –, bei dem Kinder in Kindergärten im Rahmen eines sechsmonatigen Projekts geschult werden. Diese Kinder werden dann mit solchen aus Kontrollgruppen verglichen. Es sind bisher über 600 Kinder untersucht worden. Dabei zeigte sich eine dramatische Besserung in der Sprachentwicklung bei den Kindern, die dieses 6-Monate-Programm durchlaufen hatten. Diese Sprachschulung läuft über die Kindergärtnerinnen, nachdem diese selbst hierfür geschult worden sind. Das Kostenvolumen beträgt etwa 20 Euro pro Kind. Wenn man dies den Aufwendungen bei einer Logopädiebehandlung, die erst mit fünf Jahren beginnt, entgegensetzt, dann sind das mehrere Millionen an Einsparungen. Allein dieser Aspekt ist sehr wichtig.

Entscheidend aber geht es darum, den zunehmenden Entwicklungsstörungen mit einem Modell der Sprachstrukturförderung zu begegnen. Die Sprachstruktur ist elementar für die Sprachbildung überhaupt. Deshalb fokussiert diese Arbeitsgruppe auf die Programmatik Sprache und Sprachentwicklung.

Ingeborg Hennig
WiR e.V.

Eine Rolle hat auch gespielt, dass die Auswertung der Einschulungsuntersuchung von Berlin 2001 an 28.000 Kindern ergeben hat, dass ein Viertel dieser Kinder Sprachentwicklungsdefizite aufweist. Das hat natürlich zur Folge, dass

erheblich in Therapie investiert wird. Dr. Ulrich Fegeler vom Berufsverband der Berliner Kinderärzte hat das dargelegt. Wenn ich die Zahl noch recht in Erinnerung habe, haben 50% der Kinder schon einmal eine Therapie in der Logopädie oder in der Ergotherapie erfahren, um an diesen Sprachdefiziten oder Sprachentwicklungsdefiziten zu arbeiten.

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Technische Universität Berlin/Berliner Zentrum Public Health

Ich möchte das Thema Sprachentwicklung nicht in Frage stellen, aber mir ist nicht ganz klar, warum die Arbeitsgruppe überhaupt ihr Thema auf so enge Handlungsfelder reduziert hat. Wenn man den Zielprozess bei *gesundheitsziele.de* oder auch dem „Forum Prävention“ betrachtet, da werden die Zielbereiche sehr viel breiter definiert. Die Vorarbeiten der BAGP haben wir ja auch aufgearbeitet.

Mir ist nicht ganz klar, was dagegen spricht, ein breiteres Feld an Zielbereichen und auch entsprechenden Maßnahmen in Angriff zu nehmen, zumal wir ja seit Jahren eine relativ umfassende gesellschaftliche Diskussion – hier muss man auch wirklich sagen: einen Konsens, haben, dass Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ein prioritäres Feld mit zahlreichen laufenden Projekten ist. Ich hätte mir gewünscht, dass der Aufgabenbereich von vornherein breiter definiert ist, wie es ja auch die anderen Arbeitsgruppen gemacht haben. Die haben eher das Problem der Eingrenzung. In dieser Arbeitsgruppe hingegen scheint mir der Zielbereich zu eng gefasst.

Ingeborg Hennig WiR e.V.

Es geht uns in der Arbeitsgruppe darum, die jüngsten Kinder zu erreichen, weil damit ein lebensbegleitender Prozess initiiert werden kann. 5% der Bevölkerung in Berlin sind Kinder im Vorschulalter. Wenn

man sich die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen anschaut, besteht bei der kindlichen Entwicklung, erheblicher Bedarf, gute Grundlagen zu legen, die dann den weiteren Werdegang in der Schule, in der Ausbildung, im ganzen Leben prägen. Das war für uns die positive Motivation.

Der Ansatz geht über die Sprachdefizite hinaus und betrifft auch Motorik und Koordination. Der erste deutsche Jugend- und Sportbericht hat das nachgezeichnet. Die höchsten Zuwachsraten der Befunderhebung im Kleinkindalter liegen in der Koordinierung und in der Haltungsschwäche. Wenn wir wissen, dass 20% der Krankschreibungen bei Erwachsenen auf Rücken- und Bandscheibenprobleme und alles, was mit dem Halte- und Stützapparat zu tun hat, zurückgehen, und wenn wir wissen, dass 50% der heutigen Berentungen auf diese Ursachen zurückgehen, und wir weiter wissen, dass etwa 50% der Kleinkinder schon bei den Einschulungsuntersuchungen Haltungsschwächen und motorische Störungen aufweisen, dann tut sich hier einfach ein lohnendes Betätigungsfeld auf, und es bietet sich ein Ansatzpunkt, um in diesem jüngsten Alter Grundlagen zu legen.

Prof. Dr. Dieter Kleiber Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der FU Berlin

Ich bin der Gruppe dankbar, dass sie den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit auch ein wenig in den Vordergrund geschoben hat, weil ich denke, dass es eine Fülle empirischer Belege hierfür gibt und dass man das zukünftig verstärkt tun sollte. Wir sehen bei Erwachsenen, dass es ganz eindeutig einen Zusammenhang zwischen Bildung, sozialer Schicht und Gesundheit und vor allem Gesundheitsverhalten gibt. Dieses Verhalten bahnt sich sehr früh an. Insofern ist die Entscheidung, auch auf Sprache oder Bildung zur Gesundheitsförderung abzu zielen, eine sehr vernünftige. Ich

Eine Erweiterung
des Themenfeldes
ist sinnvoll.

Es besteht Bedarf,
durch Sprachförde-
rung gute Grund-
lagen für die ge-
samte Entwicklung
zu legen.

Bildung prägt Gesundheitsverhalten.

würde mir allerdings wünschen, dass man noch sehr viel stärker, als es in den bisherigen Ausführungen der Fall ist, darüber nachdenkt, wie man verhaltensorientiert in einem größeren strukturellen Rahmen Gesundheitsförderung bei Kindern im Vorschulalter betreiben kann. Wir haben die Literatur zum Thema Bildung und Gesundheit systematisch analysiert. Das war auch Anlass für das Robert Koch-Institut, bei der repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchung etwas genauer auf die Zusammenhänge von Bildung und Gesundheit bei 2- bis 7-jährigen zu schauen. Ich denke, das sollten wir verstärkt tun.

Johannes Spatz Plan- und Leitstelle Gesundheit Steglitz-Zehlendorf

Ich möchte bei der Anmerkung von Frau Maschewsky-Schneider anschließen, die gesagt hat, dass dieses Feld etwas zu eng gefasst ist. Ich habe nicht ganz verstanden, warum nicht auch Jugendsektor Klaus Böger und Innensenator Dr. Ehrhart Körting auf dem Podium sitzen. Das wäre eine Zukunftsoption mit Aussicht auf Erfolg.

Meine zweite Frage ist, warum nicht dort angesetzt wird, wo bereits einiges läuft. Natürlich läuft bei Sprachentwicklung und Motorik einiges, aber es gibt keine ausgeprägten Programme wie das bei den zwei Zielbereichen Sucht und Ernährung, die sich die Vorgängerorganisation vorgenommen hatte, der Fall war. Im Bereich Ernährung gibt es im Augenblick den „Gesunden Mittagstisch“ in den Grundschulen. Dieser sollte dringend begleitet werden von einem Präventionsprogramm, aber auch von einem über die Schule hinausgehenden Setting-Programm, das auch auf Werbung im Bereich der Ernährung eingehen sollte. Das Fehlen dieses Bereiches im Zieleprogramm ist mir unverständlich, ebenso das Fehlen des Bereiches Sucht obwohl gerade eine Fachstelle gegründet wird, die sich

auf das Suchtverhalten von Kindern und Jugendlichen orientieren soll. Warum ist dieses Feld nicht bei Ihren Gesundheitszielen dabei? Gleichzeitig läuft das Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“, das ebenfalls stark auf Kinder und Jugendliche orientiert ist. Es wäre sehr sinnvoll, wenn das Bestehende – Sie sagten ja, es soll nichts neu erfunden werden – aufgegriffen und integriert wird. Mein Plädoyer ist: Erweitern Sie das Setting.

Dr. Hermann Schulte-Sasse Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Ständiges Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz ist die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Diese Einbindung ist dringend erforderlich, eine Trennung der beiden Bereiche wäre völlig kontraproduktiv. Ich darf deshalb auch besonders Herrn Staatssekretär Thomas Härtel dafür danken, dass er an dieser öffentlichen Veranstaltung teilnimmt; so wie ich auch begrüße, dass das Ressort insgesamt seine Bereitschaft erklärt hat, an der Landesgesundheitskonferenz in eigener voller Verantwortlichkeit mitzuarbeiten. Ich werte dies als eine besonders gelungene Form der Kooperation und Abstimmung innerhalb des Senats.

Thomas Härtel Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport

Herr Kollege Schulte-Sasse, Sie haben damit im Grunde genommen schon die Antwort gegeben, die ich Herrn Spatz geben wollte. Er sollte mit meinem Beitrag zur Kenntnis nehmen, dass wir in der Tat hier sehr eng kooperieren. Dass Bildung und Gesundheit eng zusammengehören, das ist schon zum Ausdruck gekommen. Insofern bin ich ausgesprochen dankbar für das, was die Arbeitsgruppe hier vorgeschlagen hat. Ich halte einen auf Kita, auf Motorik und Sprachentwicklung bezogenen Schwerpunkt für ausgesprochen wichtig.

Die Senatsverwaltungen für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz sowie Bildung, Jugend und Sport arbeiten eng zusammen.

Es gibt viele andere Ansätze und viele andere Aktivitäten in der Stadt. Bei Ernährung in der Grundschule, beim Ausbau der Ganztagsbetreuung haben wir auch viele Aufgaben wahrzunehmen. Aber ich denke, wir sind in der Landesgesundheitskonferenz dazu da, klare Schwerpunkte zu setzen. Und mit Prävention muss man so früh wie möglich beginnen. Deswegen halte ich den Schwerpunkt Kita für ausgesprochen wichtig und begrüße diesen Ansatz.

Bezogen auf die Sprachentwicklung sind bereits wichtige Anmerkungen gemacht worden. Wir sollten – auch im beschlussfassenden Teil der Sitzung – würdigen und berücksichtigen, was bereits alles stattfindet. Es gibt eine Menge bewährter Ansätze, aus denen wir lernen können. Vor allen Dingen muss es uns gelingen, diese Ansätze sozialraumorientiert zu bewerten und zu stärken, damit wir wirklich mit Erzieherinnen und Erziehern, mit den Eltern, mit dem Jugendgesundheitsdienst und den Ämtern zusammenarbeiten, denn mit dieser Kooperation hapert es noch.

Es sollte nicht immer nur gestritten werden, welches Modell das andere überholt, sondern wir sollten durchaus verschiedene Ansätze zum Ausdruck und zur Geltung kommen lassen, weil daraus am ehesten die notwendigen Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Das wäre meine Bitte an die AG, damit wir deutlich machen, wie wir mit verschiedenen Ansätzen umgehen können.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Wir tun uns in Deutschland mit solchen Projekten immer etwas schwer. Der germanische Vollkommenheitswahn führt dazu, dass man erst dann etwas macht, wenn alles bis in die letzten Winkel hinein ausgeleuchtet ist und man sich über

alle Für und Wider im Vorfeld vollständige Klarheit verschafft hat. Damit wären wir beim Programm „in Schönheit sterben“. Genau das wollen wir aber nicht tun, sondern wir möchten eine vernünftige Verschränkung von praktischem Handeln und konzeptionellem Aufarbeiten erreichen. Das eine darf das andere nicht totschiessen.

Prof. Dr. Volker Hesse
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Vielleicht doch noch eine Anmerkung: Das Modell ist nicht so eng, wie es scheint. Mit dem Bereich Motorik steckt natürlich auch etwas vom Adipositas-Projekt darin. Denn wir wissen aus vielen Untersuchungen, die Ernährung alleine macht es nicht, der Motorik kommt eine entscheidende Rolle zu – das kann ich als Fettsuchtforscher klar sagen.

Die erwähnten Vorläufe sind Teil des Kinder- und Jugendsurveys. Ich selbst bin Gutachter dieses Kinder- und Jugendsurveys. Dort gibt es ein Motorikmodul aus dem wir für Berlin ganz konkrete Daten entnehmen können. Wir können bewährte Modelle auf Berlin übertragen. Das ist ein Weg, der in die Zukunft weist.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Ich möchte noch eine persönliche Erwartung formulieren. Ich hoffe, dass es uns für das nächste Mal gelingt, ein konkretes Projekt auf den Weg zu bringen, in dem bereits vom Projektdesign her deutlich wird, dass Aktivitäten im Bereich der Sprachentwicklung, der Sprachförderung zu positiven Effekten auch im Hinblick auf Motorik- und Gewichtsprobleme etc. führen. Dann wären wir bei einem Projektdesign angelangt, das die unmittelbare Verknüpfung zwischen Bildungsansatz und Gesundheitsansatz belegen würde.

Wir wollen eine Verschränkung von praktischem Handeln und konzeptionellem Arbeiten.

Diskussion zum Themenkomplex

„Migration und Gesundheit“



Karl-Heinz Resch
(VdAK/AEV),
Dr. Heidi Knake-Werner
(Senatorin für
Gesundheit, Soziales
und Verbraucherschutz),
Hermann Schmitt
(Barmer, Vorsitzender
Landesausschuss VdAK)
(v.l.n.r.)

Günter Piening Beauftragter des Landes Berlin für Integration und Migration

Meine Anmerkung bezieht sich auf das Monitoring und die Datenerhebung, die Sie angesprochen haben. Dieses betrifft ja nicht nur den Gesundheitsbereich, sondern es betrifft viele Bereiche, in denen diskutiert wird, wie wir valide Daten bekommen können.

Das Integrationskonzept, das der Senat am 23. August 2005 beschlossen hat, will hier zu klaren Ergebnissen beitragen. Es ist wichtig, dass wir das als gesamtstädtische Aufgabe ansehen und sich diese Bemühungen mit anderen Entwicklungen verzahnen. Ich werde von meiner Seite in der nächsten Zeit einige diesbezügliche Initiativen starten, damit wir wirklich zu Ergebnissen kommen. Aber – um etwas Wasser in den euphorischen Wein zu gießen – wir müssen das

gemeinsam mit den Migrantinnen und Migranten machen. Wie tief wir den Hintergrund erfassen, ist in den Migranten-Communities ausgesprochen umstritten.

In der Arbeitsgruppe ist, meiner Kenntnis nach, die im Bundesgesundheitsblatt publizierte Empfehlung diskutiert worden, so weit zu gehen, dass selbst Motive der Migration erfasst werden sollen. Da stellt sich natürlich die Frage, ob wir das erfassen wollen, ob wir einen jüdischen Zuwanderer in der zweiten oder dritten Generation ausmachen können/wollen – auch mit Blick auf unsere Vergangenheit. Das ist eine sehr intensive Debatte innerhalb der Migranten-Communities. Bevor wir solche Entscheidungen treffen, müssen wir die Migrantinnen und Migranten einbeziehen. Ich gehe davon aus, dass der Landesbeirat für Integration und Migration, der ab November 2005 in einer neuen Legisla-

Die Art und Tiefe
der erhobenen
Daten müssen
in Abstimmung
geklärt werden.

turperiode zusammentritt, sich sehr intensiv mit diesen Fragen beschäftigen und akzeptierte und konsenterte Empfehlungen aussprechen wird.

Die teilweise bei den Planern zu findende Dateneuphorie muss vermittelt werden. Gerade wegen unserer Vergangenheit müssen hier klare Grenzen gezogen werden. Das ist ganz wichtig. Das verstehe ich auch unter Partizipation, solche Überlegungen frühzeitig einzubeziehen.

Prof. Dr. Andreas Heinz
Charité, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ich möchte den Gedanken der Partizipation noch unterstreichen und in diesem Zusammenhang auf ein von der Volkswagen-Stiftung gefördertes Projekt hinweisen.

Dieses Projekt beleuchtet die Bedeutung von Migrationsbeiräten in Gesundheitsinstitutionen. Effekte und Formen dieser Arbeit sollen untersucht werden. Der Gedanke hierbei ist, nicht einfach mit einer Aktivität loszulegen, sondern genauer zu strukturieren. Es gibt vielleicht Möglichkeiten, dieses Projekt und seine Erkenntnisse in die weiteren Überlegungen einzubeziehen.

Dr. Meryam Schouler-Ocak
Charité, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Berliner Bündnis gegen Depression

Ich möchte an die Ausführungen von Herrn Piening anknüpfen. Ich bin selber türkischstämmig und würde es wirklich sehr begrüßen, wenn auch in dieser Arbeitsgruppe Menschen mit Migrationshintergrund aktiv mitarbeiten und die einzelnen Communities einbezogen würden.

Es entsteht sonst der Eindruck, jetzt wird über uns bestimmt, über uns geredet, aber wir selbst werden nicht in die Entscheidungsfindungen einbezogen, unsere Wünsche und Vorstellungen werden gar nicht berücksichtigt.

In dem Zusammenhang weise ich auch darauf hin, dass man unterschiedliche Vorstellungen am besten in diese Arbeitsgruppe integrieren kann, indem man Partizipation ermöglicht.

Und noch eine Zahl: 20% der Menschen in Berlin sind Menschen mit Migrationshintergrund, das ist keine kleine Zahl; man sollte sie wirklich ernst nehmen.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Ein Thema, das schon bei der Vorstellung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe und auch in der Diskussion zumindest indirekt angesprochen wurde: Wie sieht es eigentlich mit den Ressourcen aus? Wir alle sollten uns nicht der Illusion hingeben, dass wir für dieses Feld zusätzliche Ressourcen gewinnen können. Das ist eher unwahrscheinlich, zumindest, so weit es Landesressourcen angeht.

Ich glaube aber, dass wir bei gleichem Ressourceninput aller Beteiligten durch eine bessere Koordination und durch eine gemeinsam getragene konzeptionelle Untermauerung der Projekte einen besseren Output erreichen können.

Wenn es um Koordination und bessere Konzeption von Projekten geht, dann erhöht das auch die Chancen, Ressourcen nach Berlin zu leiten, die sonst schwer erreichbar sind. Prof. Dr. Andreas Heinz hat das Projekt der Volkswagen-Stiftung angesprochen. Bei der Vorstellung der Arbeitsgruppe ist das Projekt der Schulverwaltung, „Anschub.de“, das Mittel der Bertelsmann-Stiftung u.a. erhält, mit genannt worden.

Das sind Ressourcen, die von außerhalb Berlins nach Berlin kommen und die natürlich nur dann erreichbar sind, wenn die Projekte in ihrer Qualität im nationalen Wettbewerb um solche Mittel auch konkurrieren können. Hierzu trägt natürlich die Landesgesundheitskonferenz auch bei.

Auch Bundes- und Stiftungsmittel stehen für hochwertige Projekte zur Verfügung.



Hermann Schmitt
(Barmer, Vorsitzender
Landesausschuss VdAK),
Karin Stötzer
(Patientenbeauftragte
des Landes Berlin),
Karl-Heinz Resch
(VdAK/AEV)
(v.l.n.r.)

28

Eine bessere
Koordinierung und
Bündelung bei der
Mittelvergabe ist
notwendig.

Dr. Heidi Knake-Werner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,

An dieser Stelle möchte ich ergänzend auf einen Punkt hinweisen, nämlich die Ressource Gemeindedolmetschdienst. Wenn es um die Umsetzung und Verwirklichung unseres gemeinsamen Ziels, der Integration und der Verbesserung der Partizipation geht, wenn es darum geht, die Migrant*innenorganisationen in diese Prozesse einzubeziehen, dann ist natürlich Sprachmittlung eine zentrale Ressource. Es ist ärgerlich, dass diese wichtige Ressource mit den damit verbundenen Chancen und Möglichkeiten viel zu wenig Beachtung findet. Die Sprachmittlung ist ein großes Stück Weg, wenn es um eine bessere Partizipation geht.

Dr. Raimund Geene Gesundheit Berlin e.V.

Die Ausführungen zu den Ressourcen, die rufen mich zwangsläufig auf den Plan, denn wir haben genau die umgekehrte Diskussion innerhalb des Vereins „Gesundheit Berlin“. Wir erhalten 80 bis 90% unserer Finanzmittel aus solchen Bundesmitteln. Der Gemeindedolmetschdienst, den die Senatorin angesprochen hat, wird aus Bundesmitteln und die Datenbank patienteninfo-berlin.de wird z.B. über die Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung finanziert. Außerdem finanzieren der BKK Bundesverband und der AOK-Bundesverband Gesundheit Berlin e. V.

Das ist natürlich zunächst einmal sehr erfreulich. Andererseits aber ist es in unserer Mitgliedschaft auch zunehmend umstritten; denn das heißt natürlich, es sind immer überregionale Interessen eingebunden, und wo bleibt dabei eigentlich die konkrete Berliner Vernetzung und Koordinierung? Tatsächlich haben wir hier eine gewisse Schwierigkeit, weil wir dafür keine Mittel zur Verfügung haben.

Im Rahmen dieser LGK haben wir andererseits Zahlen gehört, die noch einmal in ganz andere Dimensionen steigen mit dem, was im Bereich des ÖGD, des LIGA-Vertrages und des Stadtteilzentrumsvertrages an möglichen Mitteln zusammengetragen wird. Wir müssen uns auch der Aufgabe stellen, hier eine systematischere Koordinierung zu erreichen. Und wir sollten uns nicht scheuen, in diesen Zusammenhängen Ross und Reiter zu nennen und konkret nach Möglichkeiten für eine bessere Bündelung zu suchen.

Dr. Hermann Schulte-Sasse Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Diesem letzten Appell würde ich ausdrücklich zustimmen. Das ist wirklich die zentrale Chance. Wir haben viele Ressourcen, wenn man genau hinschaut. Die Frage ist: Wie erreichen wir mit diesen Ressourcen das Maximum an Output? Hier können tatsächlich eine genauere Koordination, Absprache, Unterstützung – das muss ja nicht immer Unterstützung in Geldmitteln heißen – eine größere Reichweite erzielen. Das wäre ein großer Erfolg.

Es würde die Debatte verkürzen und auch bedenklich sein, wenn die Ressourcen-Frage immer nur auf die finanziellen Mittel begrenzt würde und nicht auch die personellen und organisatorischen Ressourcen berücksichtigt würden.

Prof. Dr. Anne Hörning-Pfeffer
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Neukölln

Ich würde gern noch auf ein Phänomen bereits stattfindender, wenn auch einseitig stattfindender, Partizipation aufmerksam machen. In unserem Bezirk Neukölln gibt es einen türkischen und einen arabischen Kulturverein. Sie stellen ehrenamtliche Berater zur Verfügung, die im Rathaus sitzen und türkisch- oder arabischsprachende Sozialhilfeempfänger bei ihren Behördengängen beraten und beim Ausfüllen von Formularen unterstützen. Dies ist von den Sozialamtsmitarbeitern oft nicht zu leisten, und die Vertreter der Kulturvereine machen es ehrenamtlich. Das finden wir gut, und es gibt dafür Lob, aber es zeigt auch, dass von den Communities ganz viel ehrenamtlicher Einsatz verlangt wird. Der Einsatz wird geleistet; im Bereich der Gesundheitsberatung in den Communities sind die Berater sehr aktiv, aber sie partizipieren nicht an den Töpfen, aus denen sich die Projekte speisen. Aus den Communities wird zukünftig in dieser Hinsicht ein deutlicheres Partizipationsverlangen formuliert werden: Wir leisten so viel ehrenamtliche Arbeit, und wir möchten genau wie andere freie, gemeinnützige Vereine auch an LIGA-Verträgen und anderem partizipieren. Darauf weise ich noch einmal hin: Wir haben hier Schätze, wir verfügen über aktive Ressourcen, die wir gar nicht wahrnehmen, die wir aber wirklich weiter fördern müssen.

Prof. Dr. Theda Borde
Technische Universität Berlin/Berliner
Zentrum Public Health

Bevor wir es ganz an den Rand drängen, möchte ich gern noch einmal auf das

zentrale Thema Migration zurückkommen.

Die Probleme, die im Komplex Migration und Gesundheit oder auch Migration und soziale Lage entstehen, lassen sich natürlich nicht mit ehrenamtlicher Arbeit lösen. Das ist, wie im Vortrag von Herrn Meinlschmidt aufgezeigt wurde, ein Problem, das auf Sozialraumbene behandelt werden muss.

Wir wissen, dass der größte Teil der Menschen ohne Schulabschluss aus der Gruppe der Migranten kommt. Wir haben eine doppelt so hohe Arbeitslosenquote unter den Migranten. Die sich daraus ergebenden Probleme sind, wie das ja hier auch deutlich gemacht worden ist, natürlich als eine Aufgabe dieser Stadt zu begreifen, und diese Arbeit kann in keiner Weise ehrenamtlich geleistet werden.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Das dürfte völlig unstrittig sein. Aber entscheidend ist dann natürlich, in einem weiteren Schritt ein strukturiertes Projekt auf den Weg zu bringen. Ein Projekt, das alle Probleme in diesem Bereich lösen kann, das wird es natürlich nicht geben, wohl aber ein Projekt, das von seiner Zielsetzung und Zielgruppenorientierung von denjenigen, die sich in diesem Felde gut auskennen, als prioritär eingestuft wird und das umzusetzen ist.

Hier fehlt uns noch ein konkreter Vorschlag, aber ich bin überzeugt, dass wir über einen solchen bei der nächsten Landesgesundheitskonferenz verfügen werden und darüber befinden können.

Engagement und ehrenamtliche Arbeit sind wichtige Ressourcen.

Ein konkretes, strukturiertes Projekt soll als Vorschlag der nächsten LGK vorliegen.

Diskussion zum Themenkomplex

„Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Der letzte Themenblock ist der Bereich Gesundheitsziele.

Als ein Ergebnis der Arbeitsgruppe ist die komplexe Mehrfachorientierung, die bei Gesundheitszieleprozessen zu bedenken ist, festgehalten worden: Redet man über Zielgruppen, über Krankheiten, über Gesundheit? An verschiedenen Beispielen ist benannt worden, dass die Arbeitsgruppe sich schwer tat, ohne genaue Vorgabe und Schwerpunktsetzung zu einer Konsentierung zu gelangen. Mir ist diese Erwartung noch nicht ganz klar, weil meines Erachtens in allen diesen genannten Bereichen Vorbereitung erforderlich ist und der Strukturierungsprozess vom Allgemeinen zum Konkreten grundsätzlich vonstatten gehen muss.

Ich hätte eher die Erwartung an die Fachleute, die in dieser Stadt an dem Thema ja schon seit Jahren arbeiten, dass sie untereinander im Konsensverfahren Vorschläge entwickeln. Mir ist jedenfalls nicht klar, wie die Landesgesundheitskonferenz in ihrem geschlossenen Teil diese Arbeit leisten soll, wenn es nicht einen inhaltlichen Vorschlag aus der Fachebene gibt. Die Landesgesundheitskonferenz in ihrem geschlossenen Teil ist keine Arbeitsgruppe, sondern sie ist ein Beschlussgremium und fasst Beschlüsse, die vorbereitet wurden.

Der Erwartung aus der Arbeitsgruppe zu entsprechen, würde voraussetzen, dass die Landesgesundheitskonferenz selbst eine Arbeitsgruppe wäre, was die Landesgesundheitskonferenz aber überfordern würde. Meine Frage an die Ar-

beitsgruppe ist deshalb grundsätzlich, wie der Prozess der Gesundheitsziel-formulierung für Berlin weiter gestaltet werden soll?

Dr. Raimund Geene
Gesundheit Berlin e.V.

Es braucht grundsätzlich eine klarere Begrenzung auf die konkrete Fragestellung. Wir haben mit den von uns formulierten Eckpunkten versucht, solche generellen Fragestellungen einzugrenzen, zum Beispiel auch die Frage Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Das steht ja implizit im Raum, es gibt aber bisher keinen expliziten Auftrag, uns im Gesundheitszieleprozess um Gesundheitsförderungsziele für Kinder und Jugendliche zu kümmern. Hätten wir einen solchen Auftrag, wären wir sicherlich einen Schritt weiter.

Ebenso verhält es sich mit dem Sozialraumbezug. Dieser ist durchaus in der Diskussion und wird immer wieder – auch von Herrn Staatssekretär Härtel, d.h. auch von anderen Ressorts als der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz – nachdrücklich unterstützt. Ist es eine konkrete Vorgabe, dann können wir uns möglicherweise daran orientieren. Aber diese Vorgabe müssten wir auf der Ebene der Landesgesundheitskonferenz mit den jeweils vertretenen Spitzen abarbeiten.

Ich bin auch nicht sicher, ob diese Zuordnung der Fachlichkeit zu den Arbeitsgruppen ganz richtig ist. Es ist letztendlich so: Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz entsenden Kollegen oder Mitarbeiter in die einzelnen Arbeitsgruppen. Das finde ich auch so weit sehr gut. Aber eine expli-

zite Fachkompetenz, wie sie beispielsweise Frau Prof. Borde im Hinblick auf Migration einbringen kann, ist bisher im Organigramm der Arbeitsgruppen nicht vorgesehen. Jedenfalls nicht in dem Sinne, dass systematisch eine fachliche Expertise im Handlungsfeld entwickelt würde, die dann möglicherweise eine solche inhaltliche Vorgabe, wie sie gefordert wird, leisten könnte. So aber sind die Arbeitsgruppen im Grunde Miniaturausgaben der Landesgesundheitskonferenz. Diese Konstruktion macht es nicht unbedingt leichter, dort zu Entscheidungen zu kommen. Es gibt quasi einen doppelten Boden der Zugehörigkeit. Hier bedarf es einer klareren Rahmenorientierung.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz

Ich will mein Problem noch einmal zuspitzen: Die Personen, die in der Landesgesundheitskonferenz sitzen und die Beschlüsse fassen, sind alles Personen, die ein breites Themenfeld in ihrem Amt abzudecken haben – Gesundheitsförderung, Prävention ist nur ein Teilthemenfeld. Wir alle arbeiten auf der Basis der Zuarbeit unserer sachkompetenten Mitarbeiter. Faktisch ist die Politik, die wir auf unserer Ebene machen, eine von unseren qualifizierten Mitarbeitern vorbereitete.

Ich nehme ein gewisses Unbehagen wahr, ich nehme die Erwartung an die Politik und an die Entscheidungsträger wahr, doch zu sagen, wo es langgehen soll. Das erscheint mir als eine sehr monokausale und einseitige Form der Dynamik. Ich erwarte eher, dass diejenigen, die seit Jahren mit guten Gründen den Diskussionsprozess um Gesundheitsziele in Berlin kritisch kommentieren, mit einem Vorschlag herauskommen. Dann ist es natürlich die Sache der Landesgesundheitskonferenz und der Entscheidungsträger zu beschließen, ob dieser Vorschlag ein vernünftiger oder kein ver-

nünftiger ist und gegebenenfalls eine veränderte Schwerpunktsetzung zu empfehlen.

Meine Befürchtung ist, dass wir so, wie der Diskussionsprozess jetzt läuft, in eine schwierige Gemengelage kommen und faktisch wenig erreichen. Diejenigen, die sich als Experten definieren und seit Jahren an dem Thema arbeiten, begründen ihr Nichtvorankommen damit, dass es keine entsprechenden Vorgaben gibt, und diejenigen, von denen die Vorgaben erwartet werden, sagen, diese Generalisten haben eine sehr theoretische, sehr abstrakte Sichtweise, sind aber nicht in der Lage, ihre grundsätzlichen Überzeugungen und Vorstellungen politikfähig und umsetzbar zu machen.

Hier müssen wir uns, was das Selbstverständnis der Arbeitsgruppe und natürlich die Arbeits- und Beschlussfähigkeit der Landesgesundheitskonferenz angeht, aufeinander zubewegen.

Die geleistete Arbeit ist fantastisch. Das vorgelegte Papier ist hervorragend, weil es einen sehr konkreten und hilfreichen Überblick über den Diskussionsstand im Feld gibt. Aber den Schritt von dieser systematischen Bestandsaufnahme in die Politikgestaltung, den müssten wir noch etwas genauer fassen.

Rolf D. Müller
AOK Berlin

Herr Staatssekretär, man könnte das so sehen, man kann es auch anders sehen. Man kann der Arbeitsgruppe zugestehen, dass sie innerhalb einer sehr kurzen Zeit theoretisch fundiert deutlich gemacht hat, wie man mit der Thematik umgehen muss. Jetzt müssen wir schon Input geben und sagen, in welche Richtung die nächsten Schritte gehen sollen. Im luftleeren Raum alles Mögliche einmal anzuarbeiten, kann auch nicht Ihr Ziel sein; so habe ich Ihre Einwände auch nicht verstanden. Ich meine, man müsste die Schwerpunkte klar setzen. Das wiederum ist, jedenfalls nach meinem Selbstverständnis, eine Aufgabe der Landesgesundheitskonferenz.

Wir müssen den Schritt von der Gesundheitszieldebatte in die Politikgestaltung gehen.

Es müssen politische Entscheidungen getroffen und inhaltliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Im Einführungsreferat von Herrn Prof. Meinschmidt sind grundsätzliche Entscheidungslinien aufgezeigt worden. Wir müssen die Frage stellen, ob wir uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausschließlich auf die Frage Gesundheitsziele für Kinder und Migranten konzentrieren oder möglicherweise auch andere Gesundheitsziele in den Fokus nehmen müssen, wenn wir beispielsweise die demographische Zusammensetzung in dieser Stadt sehen.

Aber das ist eine in erster Linie politische Entscheidung, die wir treffen müssen. Das kann man nicht einfach an die Arbeitsgruppe zurückgeben. Aber ich habe Sie auch eher so verstanden, dass es ganz hilfreich wäre, wenn der eine oder andere Schwerpunkt gesetzt würde. Gleichwohl habe ich bei der Darstellung durchaus Schwerpunkte gesehen – die Themen Migration und Jugend haben im Mittelpunkt der Präsentation gestanden. Unsere Aufgabe wird es sein zu fragen, in welcher Reihung die anderen Themen zu bearbeiten sind. Das ist Aufgabe des beschlussfassenden Gremiums, das im zweiten Teil der LGK tagt.

Prof. Dr. Dieter Kleiber
Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der FU Berlin

Die Landesgesundheitskonferenz hat in ihrer letzten Sitzung implizit Prioritäten beschlossen, indem sie gezielt die Arbeitsgruppen Kinder- und Jugendgesundheit, Migration und Gesundheit sowie eine dritte Gruppe, die eine Leitorientierung geben soll, eingerichtet hat. Ich erwarte mir von dieser Gruppe – bei dem kurzen Vorlauf ist das aber jetzt noch nicht unbedingt leistbar –, eine kritische Einschätzung, ob die impliziten Prioritäten, die bisher gesetzt worden sind, sinnvolle Prioritäten sind. Diese Bewertung sollte mit Blick auf die Datenbestände, die wir aus der Gesundheitsberichterstattung in Berlin haben, und mit Blick auf die verschiedenen Dis-

kussionsstränge in anderen Bundesländern, im Bund oder auf die Prioritäten der Weltgesundheitsorganisation erfolgen. Auf diese Weise kann die Wertigkeit unserer impliziten Zielsetzungen rational begründet, unterstrichen oder kritisch hinterfragt werden.

Ich würde mir auch wünschen, dass der Punkt Evaluation und Qualitätssicherung, der bisher noch gar nicht in Angriff genommen werden konnte, ausgearbeitet wird. Innerhalb der Landesgesundheitskonferenz sollte man sich auf Regularien zur qualitätsgesicherten Förderung von Gesundheitszielprozessen verständigen. Das ist keine negative Kritik. Ich glaube, die beiden genannten Positionen können in einem Arbeitsschrittmodell gut integriert werden.

Dr. Michael T. Wright
Wissenschaftszentrum Berlin,
Forschungsgruppe Public Health

Ich arbeite im WZB in der Forschungsgruppe Public Health und bin auch Mitglied der Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheitsziele. Mit dem Quasi-Auftrag, den wir von Herrn Kleiber bekommen haben, bin ich einverstanden. Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften herrscht da Einvernehmen.

Aber unser Problem in der Arbeitsgruppe ist ein sehr praktisches, wir müssen es gar nicht auf eine theoretische Ebene heben. Wenn wir nur den Titel der Arbeitsgruppe anschauen – da geht es nicht nur um Gesundheitsziele. Gesundheitsziele sind bereits für sich genommen ein großes Thema, gerade wenn man eine internationale Perspektive einnehmen möchte. Wir behandeln aber auch Gesundheitsmonitoring, das bedeutet in erster Linie sozialepidemiologische Daten, aber auch andere Daten – das ist ebenfalls ein umfangreiches Thema. Wir haben Qualitätssicherung im Titel unserer Arbeitsgruppe, auch das ist ein Thema für sich, eines meiner vorrangigen Themen in der Forschungsgruppe. Außerdem decken wir das Thema Evaluation ab.

Es ist nicht so, dass in unserer Gruppe die Expertise, um Empfehlungen zu machen, fehlen würde. Es stellen sich Entscheidungsfragen: Fangen wir mit Gesundheitszielen an? Welches ist die politische Priorität im Moment? Wir haben viele Vorbilder, nicht nur in Deutschland. Wir könnten hiermit anfangen. Innerhalb dieser Zielsetzung können wir dann strukturiert sichten: Was bedeutet Qualität? Was bedeutet Evaluation? Wie gehen wir mit sozialespidemiologischen Daten um? Das ist es, was wir meinen, wenn wir sagen, unser Auftrag ist nicht klar. Wir wollen keinen Punkt in der Entfernung, zu dem wir hinrennen können, sondern Aussagen zu Priorisierung, politischer Machbarkeit sowie zu Interessenlagen der Vertreter in der Landesgesundheitskonferenz. Das ist es, was ich mir wünsche, und ich denke, hier spreche ich auch für die Arbeitsgruppe.

Dr. Hermann Schulte-Sasse
**Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz**

Das war eine sehr fruchtbare Diskussion. Die Aufgabe, die wir im zweiten Teil dieser Landesgesundheitskonferenz, in der geschlossenen Runde zu erledigen haben, ist jetzt klarer zu sehen.

Wir kommen damit zum Abschluss dieses ersten Teils, der die inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtung zukünftiger Gesundheitsförderung in Berlin in den Mittelpunkt gestellt hat.

Ich danke allen Anwesenden für ihr Interesse, ihren Einsatz und die konstruktiven Beiträge zu dieser zweiten Berliner Landesgesundheitskonferenz.

Kommen Sie, soweit sie nicht auch an der Folgesitzung teilnehmen, gut nach Hause und tragen Sie mit dazu bei, dass das, was wir auf den Weg gebracht haben, ein Erfolg wird.

Geschäftsordnung der Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK)

§ 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 Präsidenten bzw. die Vorstände/Vorsitzende, Hauptgeschäftsführer, Senatorinnen und Senatoren der folgenden Institutionen:
 - AOK Berlin
 - Ärztekammer Berlin
 - Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
 - BKK Landesverband Ost
 - BZPH/TU Berlin
 - DGB Berlin-Brandenburg
 - Gesundheit Berlin e.V.
 - Gesundheitsausschuss Rat der Bürgermeister
 - IHK Berlin

- IKK Brandenburg und Berlin
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Landessportbund
- LIGA der Wohlfahrtsverbände
- Patientenbeauftragte des Landes Berlin
- SEKIS
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
- VdAK/AEV Berlin

- (3) Die Mitglieder der LGK werden von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats persönlich berufen. Die berufenen Mitglieder können einen festen Vertreter benennen.
- (4) Neue Mitglieder kann die LGK mit 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder (vgl. § 5 Nr. 2) vorschlagen. Die Zahl der Mitglieder darf 30 nicht überschreiten. Im übrigen gilt § 3 Nr. 3.
- (5) Die Mitglieder der LGK sind für die zeitnahe Weiterleitung der Empfehlungen der LGK an die von ihnen vertretenen Institutionen verantwortlich.

§ 4 Wissenschaftlicher Beirat

- (1) Die LGK hat einen wissenschaftlichen Beirat, der aus vier Mitgliedern besteht. Sie nehmen auf Einladung an den Sitzungen der LGK ohne Stimmrecht teil.
- (2) Der wissenschaftliche Beirat
 - berät die LGK und den vorbereitenden Ausschuss in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung
 - gibt Stellungnahmen ab zu Empfehlungsentwürfen, die der LGK zur Beschlussfassung vorgelegt werden sollen
 - wird nur nach Beauftragung durch den vorbereitenden Ausschuss tätig.
- (3) Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates werden auf Vorschlag der LGK von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats persönlich für die Dauer von maximal vier Jahren berufen. Eine erneute Berufung ist möglich.

§ 5 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.

§ 6 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.

§ 7 Vorsitz und Geschäftsführung der Landesgesundheitskonferenz

- (1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats führt den Vorsitz der LGK.
- (2) Die Geschäftsführung der LGK wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz wahrgenommen und finanziert. Sie richtet zur Wahrnehmung der Geschäftsführungsaufgaben eine Geschäftsstelle ein. Die Geschäftsstelle nimmt administrative und koordinierende Aufgaben im Auftrag der LGK bzw. des vorbereitenden Ausschusses wahr.

§ 8 Sitzungsfrequenz und Sitzungsablauf

- (1) Die Sitzungen der LGK finden in der Regel zweimal, mindestens jedoch einmal jährlich statt.
- (2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats lädt zu den Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz ein. Die Einladung wird den Mitgliedern mit der Tagesordnung spätestens 35 Kalendertage vor dem Sitzungstermin zugestellt. Die Tagesordnung enthält auch die erforderlichen Beratungsunterlagen und Beschlussvorlagen.
- (3) Die LGK kann weitere Teilnehmer ohne Stimmrecht und/oder Sachverständige ohne Stimmrecht themenspezifisch nach Bedarf einladen.
- (4) Vorschläge zur Tagesordnung müssen spätestens 42 Kalendertage vor dem Sitzungstermin bei der Geschäftsstelle eingegangen sein. Die Vorschläge sind zu begründen.
- (5) Die Sitzungen der LGK bestehen aus einem für die Fachöffentlichkeit zugänglichen und einem geschlossenen Teil. Im geschlossenen Teil, an dem die Mitglieder und nach Bedarf hinzugeladene Sachverständige teilnehmen, wird über die vom vorbereitenden Ausschuss vorgelegten Entschließungsvorlagen abgestimmt.

§ 9 Vorbereitender Ausschuss

- (1) Der vorbereitende Ausschuss ist verantwortlich für die Umsetzung von Aufträgen der LGK. Zu seinen Aufgaben zählt auch die thematische Vorbereitung der Sitzungen der LGK. Er prüft und bewertet die Vorschläge zur Tagesordnung sowie die vorliegenden Unterlagen und legt die Tagesordnung fest.

- (2) Die Mitglieder der LGK schlagen je ein Mitglied aus der von ihnen vertretenen Institution (möglichst auf Geschäftsführungsebene) für den vorbereitenden Ausschuss vor. Die Mitglieder des vorbereitenden Ausschusses werden auf Vorschlag der Mitglieder der LGK von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Senats berufen.
- (3) Den Vorsitz des vorbereitenden Ausschusses übernimmt die für Gesundheit zuständige Abteilungsleitung in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- (4) Der vorbereitende Ausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Er strebt Konsens an und trifft seine Beschlüsse mit 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder.
- (5) Der vorbereitende Ausschuss tritt in regelmäßigen Abständen zusammen, z.B. alle 12 Wochen.

§ 10 Arbeitsgruppen

- (1) Die LGK kann die Einrichtung von Arbeitsgruppen mit definierten Themen/Aufgaben beschließen. Die Arbeitsgruppen sollen zeitlich befristet sein.
- (2) Der vorbereitende Ausschuss legt die Besetzung der Arbeitsgruppe fest und formuliert einen schriftlichen Arbeitsauftrag. Dabei sollen die für den jeweiligen Themenbereich kompetenten Fachkräfte und Experten an den Arbeitsgruppen beteiligt werden.
- (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. Von der Arbeitsgruppe werden zwei Personen mit Sprecherfunktion beauftragt, die die Ergebnisse aus der Arbeitsgruppentätigkeit im vorbereitenden Ausschuss und bei dessen positiver Entscheidung der LGK vortragen und für die Bearbeitung der Fragestellungen im vorgegebenen Zeitplan verantwortlich sind.

§ 11 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.

§ 12 In-Kraft-Treten

Die Geschäftsordnung tritt mit Beschluss der Landesgesundheitskonferenz am 12.09.2005 in Kraft.

Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin

Leitung: Staatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse, SenGSV

Institution	Name	E-Mail
AOK Berlin	Rolf D. Müller	Rolf.d.mueller@bln.aok.de
Ärztammer Berlin	Dr. Günther Jonitz	g.jonitz@aekb.de
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.	Uwe Slama	mail@bkgev.de
BKK Landesverband Ost	Axel Wald	Wald.A@bkk-ost.de
DGB Berlin-Brandenburg	Dieter Scholz	Dieter.scholz@dgb.de
Gesundheit Berlin e.V.	Dr. Raimund Geene	geene@gesundheitberlin.de
Gesundheitsausschuss des Rats der Bürgermeister	Monika Thiemen	thiemen@charlottenburg-wilmersdorf.de
IHK Berlin	Ludger Hinsen	ludger.hinsen@berlin.ihk.de
IKK Brandenburg und Berlin	Enrico Kreutz	vorstand@brandenburg-berlin.ikk.de
Kassenärztliche Vereinigung Berlin und SEKIS	Angelika Prehn	Angelika.prehn@kvberlin.de
Landessportbund Berlin	Peter Hanisch	n.urbanek@lsb-berlin.org
LIGA der Wohlfahrtsverbände	Hans Wilhelm Pollmann	Hans-wilhelm.pollmann@awoberlin.de
Patientenbeauftragte des Landes Berlin / SEKIS	Karin Stötzner	patientenbeauftragte@sengsv.verwalt-berlin.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport	Senator Klaus Böger	klaus.boeger@sengsv.verwalt-berlin.de
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz	Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner	Heidi.Knake-Werner@sengsv.verwalt-berlin.de
TU Berlin	Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider	ums@ifg.tu-berlin.de
VdAK/AEV Berlin	Karl-Heinz Resch	Karl-Heinz.Resch@vdak-aev.de
VdAK/AEV Berlin	Hermann Schmitt	Manuela.graeger@barmer.de

Mitglieder des vorbereitenden Ausschusses der LGK Berlin

Leitung: Martin Schmahl, SenGSV

Institution	Name	E-Mail
AOK Berlin, BdV	Harald Möhlmann	Harald.moehlmann@bln.aok.de
Ärztekammer Berlin	Angelika Mindel-Hennies	a.mindel-hennies@aekb.de
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.	Nadine Ertmer	mail@bkgev.de
BKK Landesverband Ost	Volker Kamm	Kamm.V@bkk-ost.de
DGB Berlin-Brandenburg	Heidi Jockel	Heidi.jockel@dgb.de
Gesundheit Berlin e.V.	Dr. Raimund Geene	geene@gesundheitberlin.de
BA Marzahn-Hellersdorf von Berlin	Dagmar Pohle	dagmar.pohle@ ba-mh.verwalt-berlin.de
IHK Berlin	Dr. Marion Haß	hss@berlin.ihk.de
IKK Brandenburg und Berlin	Iris Spitzner	Iris.spitzner@ brandenburg-berlin.ikk.de
Kassenärztliche Vereinigung Berlin	Angelika Prehn	Angelika.prehn@kvberlin.de
Landessportbund	Manfred Nippe	m.nippe@lsb-berlin.org
LIGA der Wohlfahrtsverbände	Hans-Wilhelm Pollmann	Hans-wilhelm.pollmann@ awoberlin.de
Patientenbeauftragte des Landes Berlin / SEKIS	Karin Stötzner	stoetzner@sekis-berlin.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport	Elisabeth Müller-Heck	Elisabeth.Mueller-Heck@ SENBJ.S.Verwalt-Berlin.de
TU Berlin/BZPH	Dr. Monika Hey	bzph@tu-berlin.de
VdAK/AEV Berlin	Dr. Gudrun Borchardt	Dr.Gudrun.Borchardt@ tk-online.de
VdAK/AEV Berlin	Gabriela Slawik	Gabriela.slawik@dak.de
Vorsitzender des LA Berlin der Ersatzkassen	Hermann Schmitt	Manuela.graeger@barmer.de

Wissenschaftlicher Beirat der LGK Berlin

Prof. Dr. Dieter Kleiber	Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der FU Berlin	kleiber@zedat.fu-berlin.de
Prof. Dr. Eva Luber	Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Magdeburg Stendal (FH)	luber@gesundheitberlin.de
Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt	SenGSV – Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin	Gerhard.Meinschmidt@ sengsv.verwalt-berlin.de
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	Forschungsgruppe „Public Health“ des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung	rosenbrock@wz-berlin.de

Mitglieder der AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Moderation: Brigitte Law und Christian Hecklau, SenGSV

Entsendende Institution	Name	E-Mail
AOK Berlin	Susanne Vogl	susanne.vogl@bln.aok.de
Ärzttekammer Berlin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dr. E. Jäger-Roman	Kinderaerzte-goebenstrasse@dgn.de
Ärzttekammer Berlin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dr. Wolfram Singendonk	Kinderaerzte-goebenstrasse@dgn.de
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. – Kinder- und Jugendmedizin	Prof. Dr. Volker Hesse	Hesse.v@khl-berlin.de
BKK Landesverband Ost	Ottomar Frenzel	ottomar.frenzel@bkk-vbu.de
Gesundheit Berlin e.V.	Holger Kilian	kilian@gesundheitberlin.de
Gesundheit Berlin e.V.	Dr. Dieter Sommer	sommer@gesundheitberlin.de
IKK Brandenburg und Berlin	Iris Spitzner	Iris.spitzner@brandenburg-berlin.ikk.de
Kassenärztliche Vereinigung Berlin	Dr. Monika Austenat	kinderarzt@brilla-austenat.de
Landessportbund Berlin e.V.	Sylvia Tromsdorf	s.tromsdorf@lsb-berlin.org
LIGA der Wohlfahrtsverbände, Arbeiterwohlfahrt – KITA	Maria Lingens	maria.lingens@awoberlin.de
Öffentlicher Gesundheitsdienst – Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst	Dr. Matthias Brockstedt	matthias.brockstedt@ba-mitte.verwalt-berlin.de
SEKIS, WiR e.V.	Ingeborg Hennig	Wir.ev@gmx.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport	Elvira Surrmann	elvira.surrmann@senbjs.verwalt-berlin.de

ExpertInnen

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dr. Ulrich Fegeler	ul.fe@t-online.de
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dorothea Kroll	Dkroll@aol.com
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dr. Jörg Woweries	woweries.berlin@t-online.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport – Familienförderung, -politik	Anita Hartung	anita.hartung@senbjs.verwalt-berlin.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport – Kita/Sprachförderung	Steffi Hogan	steffi.hogan@senbjs.verwalt-berlin.de

Mitglieder der AG „Migration und Gesundheit“

Moderation: Dr. Susanne Deininger, SenGSV

Entsendende Institution	Name	E-Mail
AOK Berlin	Susanne Vogl	Susanne.vogl@bln.aok.de
Ärztekammer Berlin	P.D. Dr. Matthias David	Matthias.david@charite.de
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.	Beate Lieske	b.lieske@immanuel.de
Deutsche BKK	Peter Kretschmer	kretschmer.p@bkk-ost.de
DGB Berlin-Brandenburg	Safter Cinar	safter.cinar@tbb-berlin.de
Gesundheit Berlin e.V.	Carola Gold	gold@gesundheitberlin.de
Gesundheit Berlin e.V.	Ingrid Papies-Winkler	gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de
Gesundheitsausschuss Rat der Bürgermeister	Azize Tank	migrantenbeauftragte@charlottenburg-wilmersdorf.de
Kassenärztliche Vereinigung Berlin	Dr. med. Sükrü Güler	Drs.gueler@t-online.de
LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege	Thomas Gleißner	t.gleissner@caritas-berlin.de
Patientenbeauftragte des Landes Berlin	Tobias Prey	Tobias.prey@ba-mitte.verwalt-berlin.de
SEKIS	Brigitte Meier-Obi	Meier-obi@sekis-berlin.de
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport	Gisela Gessner	Anschub.de.berlin@t-online.de
TU-Berlin/BZPH	Prof. Dr. Theda Borde	borde@asfh-berlin.de

ExpertInnen

Ayse Demir	ayse.demir@tbb-berlin.de
Neriman Fahrli	
Fadia Foda	
Natascha Garay	bayouma-haus@AWO-Friedrichshain.de
Thuy Nonnemann	ThuyNonnemann@web.de
Bosiljka Schedlich	info@suedost-ev.de
Dr. Meryam Schouler-Ocak	meryam.schouler-ocak@charite.de
Berna Steber	gesundheitsetage@akarsu-ev.de
Ljudmilla Wendel	projekte@mut-gesundheit.de

Mitglieder der AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung, Evaluation“

Moderation: Monika Hachmann, SenGSV

Entsendende Institution	Name	E-Mail
AOK Berlin	Henry Kotek	Henry.kotek@bln.aok.de
Ärztekammer Berlin	Dr. Markus Ziegler	mail@markus-ziegler.de
Berliner Krankenhaus-Gesellschaft e.V. und LIGA Wohlfahrtsverbände	Elke Krüger	krueger@paritaet-berlin.de
BKK Landesverband Ost	Roland Engehausen	roland.engehausen@sbk.org
BKK Landesverband Ost	Didar Dünder	didar.duendar@sbk.org
DGB Berlin-Brandenburg	Georg Güttner-Mayer	Georg.guettner-mayer@verdi.de
Gesundheit Berlin e.V.	Dr. Raimund Geene	geene@gesundheitberlin.de
Gesundheitsausschuss des Rates der Bürgermeister	Kerstin Moncorps	kerstin.moncorps@ba-mh.verwalt-berlin.de
IHK Berlin	Heike Schöning	schg@berlin.ihk.de
IKK Brandenburg und Berlin	Iris Spitzner	Iris.spitzner@brandenburg-berlin.ikk.de
KV Berlin	Dr. Stephan Bernhardt	praxis@dr-bernhardt.com
Landessportbund Berlin	Dr. Hans-Ulrich Levin	levinberlin@aol.com
Patientenbeauftragte des Landes Berlin	Karin Stötzner	patientenbeauftragte@sengsv.verwalt-berlin.de
SEKIS/SELKO	Angelika Vahnenbruck	kontakt@stadtrand-berlin.de
SenBildJugSport	Elisabeth Müller-Heck	elisabeth.mueller-heck@senbjs.verwalt-berlin.de
TU Berlin – BZPH	Dr. Judith Fuchs	Judith.fuchs@charite.de
VdAK/AEV – TK/ Landesvertretung Berlin-Brandenburg	Dr. Gudrun Borchardt	Dr.Gudrun.Borchardt@tk-online.de
WZB für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health	Dr. Michael T. Wright	wright@wz-berlin.de

ReferentInnen und AutorInnen

Prof. Dr. Theda Borde

Technische Universität Berlin (TU Berlin)/Berliner Zentrum Public Health (BZPH)

Dr. Raimund Geene

Gesundheit Berlin e.V.

Thomas Härtel

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (SenBJS)

Prof. Dr. Andreas Heinz

Charité, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ingeborg Hennig

WiR e.V.

Prof. Dr. Volker Hesse

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Prof. Dr. Anne Hörning-Pfeffer

Plan- und Leitstelle Gesundheit Neukölln

Holger Kilian

Gesundheit Berlin e.V.

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der FU Berlin

Dr. Heidi Knake-Werner

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (SenGSV))

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Technische Universität Berlin (TU Berlin)/Berliner Zentrum Public Health (BZPH)

Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (SenGSV)

Rolf D. Müller

AOK Berlin

Ingrid Papies-Winkler

Gesundheit Berlin e.V.

Günter Piening

Beauftragter des Landes Berlin für Integration und Migration

Dr. Meryam Schouler-Ocak

Charité, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: Leiterin des Berliner Bündnisses gegen Depression

Dr. Hermann Schulte-Sasse

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (SenGSV)

Johannes Spatz

Plan- und Leitstelle Gesundheit Steglitz-Zehlendorf

Karin Stötzner

Patientenbeauftragte des Landes Berlin

Dr. Michael T. Wright

Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Public Health

Beschluss Nr. 1 / 2005: AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“

Die LGK bedankt sich bei der AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“ für die vorgelegten Grundsatzpapiere und nimmt sie als gute Grundlage für die weitere Arbeit zur Kenntnis.

Die LGK beauftragt die AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“,

1. bis zur nächsten Sitzung der LGK einen realisierbaren Vorschlag für konkrete gesundheitsbezogene Ziele (Gesundheits-, Struktur-, krankheitsbezogene Ziele) für das Land Berlin abzuleiten, über die ein breiter Konsens unter allen Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz erzielt werden kann;
2. einen Verfahrensvorschlag zu entwickeln, wie die Bewertung von Fortschritten in Bezug auf die konsentierten Ziele ermöglicht werden kann;
3. Verfahrensgrundsätze und Kriterien für die Qualitätssicherung von Maßnahmen in Abstimmung mit den beiden anderen AGs zu entwickeln, die sich auf o.g. Zielsetzungen beziehen.

Das weitere Vorgehen regelt der vorbereitende Ausschuss.

Beschluss:

Die **Beschlussvorlage Nr. 1 / 2005** wurde von der LGK am 12.09.2005 in der vorgelegten Fassung einstimmig beschlossen.

Konkretisierung des vorbereitenden Ausschusses am 20.10.2005 zum Beschluss Nr. 1 / 2005 der LGK

AG „Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation“

Die LGK beauftragt die AG	Beschluss des VA, 20.10.1. 2005
<p>1. bis zur nächsten Sitzung der LGK einen realisierbaren Vorschlag für konkrete gesundheitsbezogene Ziele (Gesundheits-, Struktur, krankheitsbezogene Ziele) für das Land Berlin abzuleiten, über die ein breiter Konsens unter allen Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz erzielt werden kann;</p>	<p>Auf Basis des AG1-Papiers „Bestandsaufnahme von Gesundheitszielen ...“ sollen von der AG aus dem Katalog bis Januar 2006 einige Gesundheitsziele für Berlin, die im Zeitrahmen von 5 Jahren prioritär zu verfolgen sind, vorgelegt werden. Die Auswahl ist zu begründen. Die Ziele, die die Förderung der Gesundheit von MigrantInnen sowie Prävention bei Kindern und Jugendlichen betreffen, sind bereits gesetzt.</p>
<p>2. einen Verfahrensvorschlag zu entwickeln, wie die Bewertung von Fortschritten in Bezug auf die konsentierten Ziele ermöglicht werden kann;</p>	<p>Die AG wird beauftragt, bis Ende März 2006 eine Aufstellung geeigneter Methoden vorzulegen, die der Bewertung von Fortschritten in Bezug auf die ausgewählten Ziele dienen.</p>
<p>3. Verfahrensgrundsätze und Kriterien für die Qualitätssicherung von Maßnahmen in Abstimmung mit den beiden anderen AGs zu entwickeln, die sich auf o.g. Zielsetzungen beziehen.</p>	<p>Die AG wird gebeten, eine Zusammenstellung verschiedener relevanter Qualitätssicherungskonzepte bis Dezember 2005 vorzulegen; mit dem Ziel, mittel- bis langfristig z.B. drei in der Umsetzung erprobte Verfahrensstandards für die von der LGK ausgehenden Aktivitäten vorzuschlagen.</p>

Beschluss Nr. 2 / 2005: AG „Migration und Gesundheit“

Die LGK bedankt sich bei der AG „Migration und Gesundheit“ für den vorgelegten Bericht und nimmt ihn als gute Grundlage für die weitere Arbeit zur Kenntnis.

Die LGK beauftragt die AG „Migration und Gesundheit“, ihr zur nächsten Sitzung

1. die Zielgruppen, an die sich Maßnahmen im Bereich Migration und Gesundheit richten und die damit verbundenen Zielsetzungen zu präzisieren;
2. einen Bericht mit Vorschlägen zu einer migrationsrelevanten Datenerhebung und Berichterstattung vorzulegen;
3. die Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ für die Schaffung größerer Transparenz zu nutzen, indem die entsprechenden Projekte aufgefordert werden, sich in diese einzutragen;
4. den Bedarf für koordinierende Aktivitäten zu ermitteln, durch die Maßnahmen im Bereich Migration und Gesundheit befördert werden können;
5. ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung, unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Gemeindefremdsprachendienstes insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung (z.B. Vermittlungsqualität) vorzulegen.

Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ bei ihrer weiteren Arbeit Vertreterinnen/Vertreter der Migranten einzubeziehen.

Das weitere Vorgehen regelt der vorbereitende Ausschuss.

Beschluss:

Die **Beschlussvorlage Nr. 2 / 2005** wurde von der LGK am 12.09.2005 in der vorliegenden Fassung einstimmig beschlossen.

Konkretisierung des vorbereitenden Ausschusses am 20.10.2005 zum Beschluss Nr. 2 / 2005 der LGK

AG „Migration und Gesundheit“

Die LGK beauftragt die AG	Beschluss des VA, 20.10.2005
<p>1. die Zielgruppen, an die sich Maßnahmen im Bereich Migration und Gesundheit richten und die damit verbundenen Zielsetzungen zu präzisieren;</p>	<p>Präzisierung der Zielgruppe Kinder/Jugendliche bis 16. Januar 2006; (Koordination mit AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ erforderlich); In Vorbereitung der nächsten LGK Definition weiterer Zielgruppen zum 31.03.06</p>
<p>2. einen Bericht mit Vorschlägen zu einer migrationsrelevanten Datenerhebung und Berichterstattung vorzulegen;</p>	<p>Erarbeitung einer Checkliste für Bestandsaufnahme der aktuellen Datenerhebung in Berlin: bis 16.01.2006; Bestandsaufnahme mit dem Ziel eines konsensfähigen Vorschlags einer migrationsrelevanten und migrationssensiblen Datenerhebung und Gesundheitsberichterstattung in Berlin: bis 31.03.2006 Zwischenbericht zum VA am 09.02.06</p>
<p>3. die Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ für die Schaffung größerer Transparenz zu nutzen, indem die entsprechenden Projekte aufgefordert werden, sich in diese einzutragen;</p>	<p>Kontaktaufnahme mit Projekten und Selbsteintragung in die Datenbank bis 1/2006; Qualitative Bewertung und Vorschlag für Bekanntmachung der Datenbank bis Ende 2. Quartal 2006 (Schnittstelle mit AG 1!)</p>
<p>4. den Bedarf für koordinierende Aktivitäten zu ermitteln, durch die Maßnahmen im Bereich Migration und Gesundheit befördert werden können;</p>	<p>Voraussetzung ist Aktualisierung der Datenbank</p>
<p>5. ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung, unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Gemeindedolmetschdiensts insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung (z.B. Vermittlungsqualität) vorzulegen.</p>	<p>Erster Vorschlag für Institutionalisierung, Finanzierung und Qualitätssicherung bis 1/2006</p>

Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ bei ihrer weiteren Arbeit Vertreterinnen/Vertreter der Migranten einzubeziehen.

Die Arbeitsgruppe kann jederzeit Menschen mit Migrationshintergrund als Experten in ihre Arbeit mit einbeziehen.

Beschluss Nr. 3 / 2005: AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Die LGK dankt der AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ für ihren Bericht und nimmt ihn als gute Grundlage für die weitere Arbeit zur Kenntnis.

Die LGK beauftragt die AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

1. die für das Land wesentlichen Ziele in diesem Handlungsfeld auf der Grundlage der Arbeitsgruppenempfehlungen von August 2005 weiter zu konkretisieren;
2. ihr eine Übersicht über bereits in Berlin bestehende Maßnahmen zur Unterstützung von Sprachentwicklung und Motorik sowie zur gesundheitsfördernden Ernährung im Setting Kindertagesstätte (Kita) vorzulegen. In dem Bericht sollen soweit wie möglich Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Maßnahmen bewertet werden, insbesondere ob sie geeignet sind, Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen („bildungsferne Schichten“) zu erreichen;
3. ihr zur nächsten LGK Vorschläge für konkrete Projekte zur gesundheitlichen Förderung der Sprachentwicklung und Motorik in Kitas für die Altersgruppe von 3 – 6 Jahren vorzulegen;
4. ihr 2006 Empfehlungen für weitere Maßnahmen mit einem Vorschlag zu Prioritäten vorzulegen.

Das weitere Vorgehen regelt der vorbereitende Ausschuss.

Beschluss:

Die **Beschlussvorlage Nr. 3 / 2005** wurde von der LGK am 12.09.2005 in der vorliegenden Fassung einstimmig beschlossen.

Konkretisierung des vorbereitenden Ausschusses am 20.10.2005 zum Beschluss Nr. 3 / 2005 der LGK

AG „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“

Die LGK beauftragt die AG	Beschluss des VA, 20.10.2005
<p>1. die für das Land wesentlichen Ziele in diesem Handlungsfeld „Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ auf der Grundlage der Arbeitsgruppenempfehlungen von August 2005 weiter zu konkretisieren;</p>	<p>längerfristig 2. Halbjahr 2006 in Zusammenarbeit mit „AG Gesundheitsziele“</p>
<p>2. ihr eine Übersicht über bereits in Berlin bestehende Maßnahmen zur Unterstützung von Sprachentwicklung und Motorik sowie zur gesundheitsfördernden Ernährung im Setting Kindertagesstätte (Kita) vorzulegen. In dem Bericht sollen soweit wie möglich Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Maßnahmen bewertet werden, insbesondere ob sie geeignet sind, Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen („bildungsferne Schichten“) zu erreichen;</p>	<p>Priorität 1 bis Ende Dezember 2005</p> <p>Was gibt es</p> <ul style="list-style-type: none"> • flächendeckend, • punktuell <p>Recherche ist Grundlage für konkrete Projekte in Kitas (Pkt. 3)</p>
<p>3. ihr zur nächsten LGK Vorschläge für konkrete Projekte zur gesundheitlichen Förderung der Sprachentwicklung und Motorik in Kitas für die Altersgruppe von 3 – 6 Jahren vorzulegen;</p>	<p>Priorität 2 bis Ende März 2006</p> <p>Vorschläge in Bezug auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defizite, Lücken, die geschlossen werden sollten 2. Ausweitung 3. Flächendeckung von Projekten
<p>4. ihr 2006 Empfehlungen für weitere Maßnahmen mit einem Vorschlag zu Prioritäten vorzulegen.</p>	<p>2. Halbjahr 2006</p>



Pressemitteilung

12. September 2005

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Berliner Landesgesundheitskonferenz: Gemeinsam für bessere Präventionsarbeit in Berlin

Die Berliner Landesgesundheitskonferenz hat auf ihrer heutigen Tagung unter Leitung der Gesundheitssenatorin Dr. Heidi Knake-Werner mit dem Beschluss über ihre Geschäftsordnung die Regeln für ihre künftige gemeinsame Arbeit festgelegt. In der Landesgesundheitskonferenz sind zahlreiche Organisationen vertreten, die selbst Projekte im Gesundheitsbereich durchführen oder darin Verantwortung tragen. Das sind Berliner 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. Alle Mitglieder streben an, die gesundheitlichen Lebensbedingungen und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Berlin weiter zu verbessern und verpflichten sich, ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst dieses Ziels zu stellen.

Im ersten und öffentlichen Teil der heutigen Landesgesundheitskonferenz wurden der breiten Fachöffentlichkeit die in den vorbereitenden Arbeitsgruppen ‚Prävention bei Kindern und Jugendlichen‘, ‚Migration und Gesundheit‘ sowie ‚Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation‘ ausgearbeiteten Empfehlungen vorgestellt und diskutiert. Im zweiten, nichtöffentlichen Teil der Konferenz, an dem die 17 ständigen Mitglieder teilnahmen, wurde über Beschlussempfehlungen der Arbeitsgruppen ab-

gestimmt. Folgende Beschlüsse wurden unter anderem gefasst: Bis zur nächsten Landesgesundheitskonferenz sollen konkrete Gesundheitsziele für Berlin ausgearbeitet und der Landesgesundheitskonferenz zur

Orientierung der zukünftigen Arbeit zur Beschlussfassung vorgelegt werden. Grundlage dafür sind Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, der Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V. sowie bereits vorhandene Gesundheitsziele auf Landesebene.

Für die Landesgesundheitskonferenz soll eine Übersicht über alle in Berlin bereits bestehenden Projekte zur Unterstützung von Sprachentwicklung und Motorik in den Berliner Kindertagesstätten erstellt werden.

Dabei geht es darum, insbesondere die Wirksamkeit und die Umsetzbarkeit einzelner Maßnahmen für Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen zu bewerten und daraus einen Vorschlag für ein konkretes Projekt zur Förderung der Sprachentwicklung für die Altersgruppe der 3 – 6 jährigen zu entwickeln.

Bis zur nächsten Landesgesundheitskonferenz sollen Vorschläge zu einer migrationsrelevanten Datenerhebung und Berichterstattung sowie ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung vorgelegt werden.

Zum Abschluss der Tagung erklärt die Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Dr. Heidi Knake-Werner: „Mit diesen Beschlüssen hat die Landesgesundheitskonferenz eine solide Grundlage gelegt, um zukünftig koordiniert und in gemeinsamer Anstrengung Wirksamkeit und Reichweite von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten zu verbessern. Sie wird sich darüber hinaus zukünftig aber auch mit anderen gesundheitspolitisch relevanten Themen befassen. Dabei wird es auch um die verbesserte Versorgung und Betreuung älterer Menschen gehen müssen.“

Bis zur nächsten Sitzung im ersten Halbjahr des nächsten Jahres liegt ein großes Stück Arbeit vor uns allen. Um unsere wichtiges Anliegen von Prävention und Gesundheitsförderung voranzubringen, erwarte ich von der Bundespolitik, dass endlich das seit vielen Jahren diskutierte und eigentlich konsenterte Präventionsgesetz auf den Weg gebracht und nicht länger blockiert wird.“

Pressestelle
Oranienstraße 106,
10969 Berlin
Tel.: (030) 9028 - 2743
Fax: (030) 9028 - 2053

Prävention in Berlin

Landesgesundheitskonferenz Berlin

12. September 2005

Öffentlicher Teil 09:00 – 11:00

09:00 – 09:05

Begrüßung

Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Einführung

Staatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

09:05 – 09:20

Gesundheitsziele mit sozialräumlicher Orientierung in Berlin

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

09:20 – 10:05

Berichte und Empfehlungen aus den Arbeitsgruppen

Prävention bei Kindern und Jugendlichen

*Ingeborg Hennig, Regionalverbund Gesunde Städte Netzwerk Berlin;
Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V.*

Migration und Gesundheit

*Ingrid Papiés-Winkler, Gesundheit Berlin e.V.;
Prof. Dr. Theda Borde, TU Berlin/BZPH*

Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation

*Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.;
Dr. Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse;
Henry Kotek, AOK Berlin*

Diskussion zu den Themenblöcken:

10:05 – 10:20

Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit in der LGK

10:20 – 10:35

Prävention bei Kindern und Jugendlichen

10:35 – 10:50

Migration und Gesundheit

10:50 – 11:00

Gesundheitsziele

11:00 – 11:30

Kaffeepause

Nicht öffentlicher Teil 11:30 – 13:00

11:30 – 11:35

1. Begrüßung

Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

11:35 – 11:50

2. Verabschiedung der Geschäftsordnung

11:50 – 12:00

3. Neu-Anträge auf Mitgliedschaft in der LGK

12:00 – 13:00

4. Beschlüsse

13:00

5. Verschiedenes

13:30 – 14:00

Pressekonferenz



**Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz**

Geschäftsstelle
Landesgesundheitskonferenz
Oranienstr. 106
10969 Berlin

Fachliche Auskünfte

Christian Hecklau & Brigitte Law
Telefon: 030 9028 - 1325 / -1334
Telefax: 030 9028 - 2094
E-Mail: lgk@sengsv.verwalt-berlin.de