

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Interview mit Heinz-Jochen Zenker
Eine persönliche Bilanz
Seite 3

Aktionsbündnis Patientensicherheit
Aus Fehlern lernen
Seite 4/5

Arbeitskreis Neue Erziehung
Von wegen, es ist nur ein Kind
Seite 8

14. Kongress Armut und Gesundheit

Michael Marmot: Soziale Gerechtigkeit bringt mehr Gesundheit!

Die sozialen Determinanten wie Einkommen, Bildung, Wohnung, Arbeit, Umwelt und Ernährung haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Von ihnen hängt in viel größerem Maße der Grad gesundheitlicher Chancengleichheit in einer Gesellschaft ab, als er durch individuelles Risikoverhalten und ungesunde Lebensstile einzelner Bevölkerungsgruppen erklärt werden könnte. Umgekehrt gilt, soziale Gerechtigkeit und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben tragen entscheidend mit dazu bei, dass sich die individuellen Ressourcen für Gesundheit bei den Menschen nachhaltig entfalten können. Michael Marmot, britischer Epidemiologe und Vorsitzender der WHO-Kommission „Soziale Determinanten der Gesundheit“, wird zu eben diesem Thema den Eröffnungsvortrag auf dem 14. Kongress Armut und Gesundheit am 5. Dezember 2008 in Berlin halten.

Das Motto des diesjährigen Kongresses lautet „Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!“ Der Berliner Armuts- und Gesundheitskongress kann als die größte deutsche Public Health Veranstaltung in Deutschland angesehen werden, die inzwischen alljährlich weit mehr als tausend Akteure aus den Bereichen Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, Projekten,

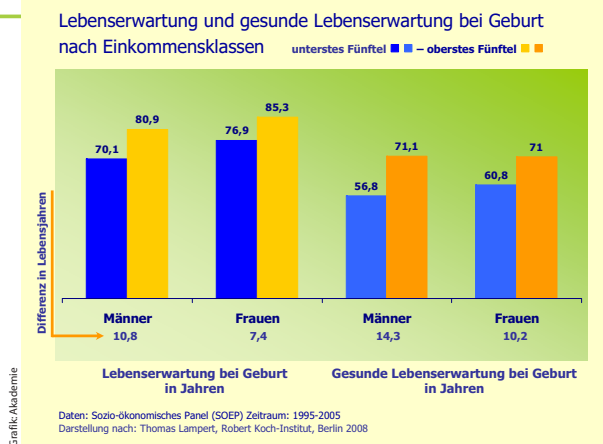
auch eine Panel-Diskussion über die Ergebnisse des kürzlich vorgelegten Abschlussberichts der WHO-Kommission Soziale Determinanten der Gesundheit: „Closing the gap in a generation“ geben. Damit werden die Ergebnisse erstmalig in Deutschland präsentiert. Expertinnen und Experten aus den politischen Fachressorts verschiedener Bundesministerien sind ein-

Politik, die für die ungleiche Verteilung von gesundheitlichen Chancen verantwortlich ist.

Auch wenn diese Aussage im globalen Maßstab zu werten ist, zeigt die Armutsentwicklung in Deutschland, von der vor allem Kinder, Alleinerziehende und ältere Menschen in zunehmendem Maße betroffen sind, dass dieses Statement auch im nationalen Kontext eines reichen Landes selbstkritisch zur Kenntnis genommen werden sollte.

„Soziale Gerechtigkeit ist eine Frage von Leben und Tod“, lautet der erste Satz des Abschlussberichtes, der als PDF-Datei unter www.who.int/social_determinants kostenlos in Englisch abrufbar ist. Für die WHO-Kommission ist die Reduzierung gesundheitlicher Ungerechtigkeiten ein ethischer Imperativ, denn in der globalen Dimension tötet soziale Ungerechtigkeit Menschen im großen Maßstab.

Von Deutschland wissen wir aus dem sozioökonomischen Panel, dass die Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht zwischen den unteren und oberen Einkommensgruppen differiert und sich diese Unterschiede in den letzten zehn Jahren bei Männern und Frauen vergrößert haben. Männer, die nach Ausbildung, Einkommen und Stellung im Beruf dem untersten Fünftel der Bevölkerung zugehören, haben statistisch betrachtet eine um elf Jahre und Frauen eine um acht Jahre verkürzte Lebenserwartung als jene aus dem obersten



Potenziell kann mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen auch der Einfluss der sozialen Determinanten von Gesundheit positiv verändert werden.

Initiativen, medizinischen Einrichtungen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst versammelt, um über aktuelle gesundheitspolitische Themen zu diskutieren und präventionspolitische Akzente zu setzen und zu demonstrieren.

Unter dem Motto „Gerechtigkeit und Gesundheit“ steht der Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten programmatisch im Fokus der zahlreichen Foren und Workshops im Schöneberger Rathaus, dem Veranstaltungsort am 5. und 6. Dezember in Berlin. Dass es gelungen ist, mit Michael Marmot einen der wohl international profiliertesten Vertreter zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zu gewinnen, unterstreicht den Stellenwert des Kongresses in der politischen und öffentlichen Wahrnehmung. Neben seinem Eröffnungsvortrag wird es

geladen. Das Impulsreferat von Michael Marmot greift den Untertitel des Berichts: „Health equity through action on the social determinants of health“ auf.

Man darf gespannt sein, wie die jüngst durch die OECD und PISA attestierten Trends der Zunahme sozialer Ungleichheiten – und damit der ungleichen Lebens- und Gesundheitschancen in Deutschland – unter dem Motto „Closing the gap in a generation“ in der Panel-Diskussion politisch aufgegriffen und welche Aktionsstrategien zum Abbau dieser Negativentwicklung im Sinne eines „Closing the gap“ vorgeschlagen werden.

Im Abschlussbericht ist die Rede von einer toxischen Kombination unzureichender beziehungsweise mangelnder Sozialpolitik und Programmen, unfairen wirtschaftlichen Arrangements und schlechter

Fünftel der Bevölkerung. Betrachtet man die gesunde Lebenserwartung, vergrößert sich diese Differenz auf vierzehn Jahre bei Männern und zehn Jahre bei den Frauen.

Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes für eine gerechte Gesundheitsversorgung wird Gegenstand in einem Workshop am Freitagnachmittag sein. Impulsreferate werden dazu von Norbert Schmacke, Bremen (Kommunale Verantwortung für Gesundheit); Rainer Steen, Heidelberg (Die 'Soziale Komponente' im öffentlichen Gesundheitsdienst) und Günter Tempel, Bremen (Mehr Armut, mehr öffentlicher Gesundheitsdienst?) gegeben.

Auch wenn die Sicherung und Förderung der Bevölkerungsgesundheit zu den ureigensten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört, so hat es doch den Anschein, als stehe die gesundheitliche Kontrollfunktion im Bereich von Hygiene und Gesundheitsschutz als Pflichtaufgabe bei vielen kommunalen Gesundheitsdiensten weitaus stärker im Vordergrund der Aufgabenwahrnehmung als der durch soziale Verwerfungen hervorgerufene, zunehmend gravierend werdende Bedarf an sozialkompensatorischem Engagement. Dies ist sicher auch eine Frage unzureichender personeller Ausstattung, aber nicht ausschließlich.

Positiv zu vermerken ist, dass der 2003 mit einer gemeinsam unter-

zeichneten Erklärung gegründete nationale Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ bundesweit inzwischen gut aufgestellt ist und mit dem Beitritt des Deutschen Städte- und des Deutschen Volkshochschulverbandes jetzt 52 Partnerorganisationen vereint. Der Bundesverband der Ärzte im ÖGD gehört seit 2005 dem nationalen Kooperationsverbund an.

Die Zusammenarbeit des Kooperationsverbundes mit dem Bundesländer-Programm „Soziale Stadt“ bildet einen neuen Schwerpunkt und ist das Resultat einer bisher wohl einmaligen Kooperation der beiden Bundesministerien für Gesundheit und für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, mit dem Ziel settingorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Quartieren der Sozialen Stadt stärker zu verankern. Potenziell kann mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen auch der Einfluss der sozialen Determinanten von Gesundheit positiv verändert werden. Um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, sind ressortübergreifende, gesamtgesellschaftliche Anstrengungen vonnöten, die mit dazu beitragen, die gleichberechtigte Teilhabe der Menschen am sozialen, politischen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und damit ihre gesundheitlichen Chancen zu vergrößern.

Klaus D. Plümer
pluem@akademie-ogew.de

Monat des Impfens in NRW

(PM) Eine große Kampagne zum Thema „Impfen“ fand im September in Nordrhein-Westfalen statt. Ein Impfmobil war in insgesamt zehn Städten zwischen Rhein und Weser unterwegs. Hier gab es neben allgemeinen Informationen auch die Möglichkeit, sich gleich vor Ort impfen zu lassen. 150.000 Broschüren mit dem Titel „Impfen schützt!“ wurden landesweit an Apotheken und Kinderarztpraxen verteilt. Besonders Aufsehen, auch überregional, erregten vier Plakativmotive, die tausendfach in den beteiligten Städten, in Bussen und Bahnen zu sehen waren. Sie zeigen die möglichen drastischen Folgen von Masern, Mumps, Röteln und Grippe.

Ein Versuch, durch Abschreckung der latenten Impfmüdigkeit entgegenzuwirken, denn – so das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium, das die Kampagne finanzierte – „die großen Masernausbrüche der letzten Jahre haben gezeigt, welche Folgen Impflücken haben.“

Weitere Informationen zur Kampagne unter www.impfen.nrw.de



Leitfaden „Prävention“ neu aufgelegt

(cr) Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen hat den „Leitfaden Prävention“ in einer neuen Fassung vom 2. Juni 2008 veröffentlicht. Er enthält die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der Paragraphen 20 und 20a SGB V. Der Leitfaden wurde gegenüber der letzten Version von 2006 umfassend überarbeitet: Zahlreiche Förderkriterien wurden präzisiert, ebenso nicht-förderfähige Aktivitäten. Fachliche

Hinweise (beispielsweise zum Thema Ernährung) wurden aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst. Erstmals werden darin eigene GKV-Präventionsziele formuliert, die sich an die Initiative „gesundheitsziele.de“ anlehnen.

Der Leitfaden ist für die Antragsstellung bei gesetzlichen Krankenversicherungen zur Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine unverzichtbare Hilfe. Er kann im Internet unter www.gk-v.de heruntergeladen werden (Rundbrief: Rundschreiben 2008).

Umstrittene Forschungsgelder

(est) „Renommierte Mediziner lassen ihre Forschungen von der Tabakindustrie finanzieren“, berichtete DER SPIEGEL am 6. Oktober 2008 und fügte hinzu, dass deutsche Wissenschaftler auch fortan offensichtlich nicht auf diese Sponsoren verzichten wollten. Bekannt geworden war, dass das Deutsche Herzzentrum in Berlin zwischen 2003 und 2005 von der Research Foundation des Tabakriesen Philip Morris insgesamt 937.000 EUR erhalten hat, um damit Forschung zu betreiben. Auch etwa 20 weitere Wissenschaftler seien, wie interne Unternehmensunterlagen von Philip Morris belegten, mit ungewöhnlich hohen Summen unterstützt worden. Das subtile Vorgehen der Tabakindustrie, durch diese Art von Sponsoring ihr Image-Problem zu verbessern, stößt auf heftige Kritik. Unverständlich, gar „erbärmlich“ findet es – laut SPIEGEL – zum Beispiel Karl Lauterbach, dass viele deutsche Wissenschaftler noch immer nicht darauf verzichten

wollten, mit Zigarettenkonzernen zu kooperieren. Die Debatte, die mit der Veröffentlichung der internen Papiere von Philip Morris angestoßen wurde, zeigte inzwischen Wirkung. Das Herzzentrum in Berlin räumte am 22. Oktober ein, einen Fehler gemacht zu haben, und sicherte zu, sich ab sofort für die Ablehnung von Drittmitteln der Tabakindustrie einzusetzen.

Für Johannes Spatz, den Sprecher des Forums Rauchfrei und den Initiator der Veröffentlichung der Philip Morris-Papiere, ist diese Zusage ein großer Erfolg. Er hofft, dass damit ein Durchbruch bei den Bemühungen, Tabakgelder zu diskriminieren, erreicht worden sei. Viele internationale Forschungseinrichtungen lehnen Mittel der Tabakindustrie grundsätzlich ab. In Deutschland gibt es bei den Lungenfachärzten und dem Krebsforschungszentrum in Heidelberg eine Vereinbarung, nicht mit der Tabakindustrie zusammenzuarbeiten.

Eltern zur Rauchfreiheit motivieren

(est) Die Fakten sind eindeutig: Rund jede vierte stationäre Behandlung wegen Erkrankungen der Atemwege oder Mittelohrentzündungen im Kindes- und Jugendalter lässt sich auf die Wirkungen des Passivrauchens zurückführen. Und: Rund fünf Prozent der Sterblichkeit der unter Fünfjährigen gehen zulasten von Tabakrauch. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zitiert diese Zahlen in der Einleitung zu

ihrem neuen Beratungsleitfaden: „Gesund aufwachsen in rauchfreier Umgebung“. Er richtet sich an Kinder- und Jugendärzte, Hebammen und Präventionsassistenten. Der Leitfaden bietet ausgehend von fünf Fallgeschichten eine Fülle von Arbeitsmaterialien für die Beratung von (werdenden) Eltern. Dabei geht es um Fragen wie: Wann und wie spreche ich den Risikofaktor Rauchen an? Welchen Beratungsschwerpunkt setze ich? Wie kann

ich Eltern unterstützen, die nicht aufhören möchten oder noch unentschieden sind, sowie jene, die aufhören möchten. Auch wenn Eltern nicht mit dem Rauchen aufhören können oder möchten, sollte es primäres Ziel der Beratung sein, das Kind vor der Belastung durch Passivrauch zu schützen. Der Beratungsleitfaden kann als PDF-Dokument heruntergeladen werden: www.bzga.de (Infomaterialien/Förderung des Nichtrauchens)

Mitmachen und gewinnen

(cr) Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) feiert in diesem Jahr ihren 125. Geburtstag. Aus diesem Anlass hat die GKV einen Ideenwettbewerb ausgeschrieben. Lehrer und Schüler sind aufgefordert, gemeinsam Unterrichtsprojekte zum Thema Krankenversicherung zu entwickeln und zu dokumentieren. Die besten Ideen belohnen die Kas-

sen mit einem Preisgeld von insgesamt 5.000 Euro.

Vor 125 Jahren – im Mai 1883 – verabschiedete der Reichstag auf Initiative des damaligen Reichskanzlers Otto von Bismarck das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ und beschloss damit die Einführung der GKV. Auch wenn ein solches Jubi-

läum immer Anlass für einen Rückblick in die Geschichte ist, soll es bei den Aktivitäten zum 125-jährigen Jubiläum der GKV auch darum gehen, den Blick in die Zukunft zu richten. Deshalb haben die Spitzenverbände im Zusammenhang mit dem 125-jährigen Jubiläum der GKV einen Jugendwettbewerb initiiert.

Ziel des Wettbewerbs ist es, Jugendlichen die Bedeutung der GKV nahe zu bringen. Gemeinsam mit dem Zeitbild-Verlag haben die gesetzlichen Krankenkassen 13 Arbeitsblätter entwickelt, die auf www.125-jahre-gesundheit.de kostenlos heruntergeladen werden können. Die Arbeitsblätter führen in das Thema ein und bieten Hilfestellung. Gesucht wird das beste didaktische Konzept für eine jugendgerechte Aufbereitung des Themas „Krankenversicherung“ im Unterricht. Noch bis zum 8. Dezember 2008 können pädagogische Konzepte, Projekte, Best-Practice-Beispiele, Videofilme oder Webistes eingereicht werden. Federführend für die Veröffentlichung: Knappschaft, Pieperstr. 1-28, 44781 Bochum, Ansprechpartnerin: Susanne Heinrich, Tel.: 0234 304-82100, E-Mail: presse@kbs.de

Gesundheitsförderung im Stadtteil



(PM) Aktiv werden für Gesundheit – unter diesem Motto gibt es jetzt Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Erstellt hat sie „Gesundheit Berlin“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die fünf Hefte im praktischen Rundordner bieten Hintergrundinformationen, Praxisbeispiele und Checklisten für die tägliche Arbeit. Die Themenschwerpunkte lauten: (Heft 1), Probleme erkennen – Lö-

sungen finden (Heft 2), Ein Projekt entwickeln (Heft 3), Präventiv handeln: Ernährung – Bewegung – Stressbewältigung (Heft 4) und Erfahrungen nutzen – Qualität stärken (Heft 5). Interessenten können die Arbeitshilfen kostenlos bestellen.

Hier die Adresse: Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, c/o Gesundheit Berlin, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Fax: 030/44 31 90-63.

Nachgefragt



Foto: Privat

25 Jahre leitete er das Bremer Gesundheitsamt: Heinz-Jochen Zenker. Am 18. April dieses Jahres verabschiedeten sich die Mitarbeiter von ihm mit einem gesundheitspolitischen Nachmittag. Wir wollten wissen, wie seine persönliche Bilanz aussieht: Was ist gut gelaufen, was war schwierig, welche Kompetenzen sollte seiner Meinung nach eine Führungskraft im öffentlichen Gesundheitsdienst mitbringen und – last but not least – baten wir ihn um eine Einschätzung, welchen Herausforderungen sich der ÖGD zukünftig stellen muss.

BP: Herr Zenker, ich würde das Interview gerne mit einem Rückblick auf die siebziger Jahre beginnen. Als junger, engagierter Psychiater haben Sie sich damals – zusammen mit anderen prominenten Kritikern – vehement gegen die traditionelle „Ausgrenzungs- und Verwahrpsychiatrie“ gewandt. Wie stark beeinflusste die Psychiatriereform-Bewegung den siebziger Jahre Ihre tägliche Arbeit?

J. Zenker: Erheblich, ich habe aus sozialpolitischer und sozialmedizinischer Überzeugung die Weiterbildung zum Psychiater gewählt. Die damaligen psychiatrischen Großkrankenhäuser und die defizitäre ambulante sowie komplementäre Versorgung schwer seelischer Erkrankter waren, wie die Psychiatrie Enquête 1975 bestätigte, ein Skandal. Daher schloss ich mich der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Bewegung, repräsentiert durch den Mannheimer Kreis und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, an. Ich wurde u.a. Vorsitzender der niedersächsischen Sektion, war am Modellprojekt Klinik Häcklingen/ Sozialpsychiatrischer Dienst Uelzen beteiligt und organisierte den ersten großen Kongress mit den Italienern der „Psychiatria Democratica“.

BP: Welche Rolle spielte die Reformbewegung bei Ihrer Entscheidung, als Psychiater in den öffentlichen Gesundheitsdienst zu wechseln?

J. Zenker: Die Psychiatriereform war sehr erfolgreich, sicherlich auch, weil sie längst überfällig war. Darüber hinaus fand ich in der gemeindeintegrierten Psychiatrie mein Interesse an kommunaler Sozialmedizin bestätigt, was mich dann, vor dem Hintergrund meines Wissens um die „Verschütteten Alternativen“ der Weimarer Republik (Florian Tennstedt u.a.) ermutigte, in den damals, von Ausnahmen abgesehen, doch ziemlich verstaubten und rückständigen ÖGD zu wechseln.

BP: Sie waren 25 Jahre Leiter des Gesundheitsamtes in Bremen. Wenn Sie zurückschauen – gibt es etwas, wovon Sie heute noch sagen, das ist außerordentlich gut gelaufen, darauf können wir stolz sein?

J. Zenker: Stolz können wir Bremer sein, dass es uns bereits 1983 gelang, unterstützt durch den sehr profilierten Gesundheitssenator Brückner, eine motivierte und intelligente Leitungscrew zusammenzustellen. Alle kamen als qualifizierte Kliniker (Fachärzte!) in den ÖGD und waren von der Notwendigkeit kommunalärztlichen Handelns, insbesondere im Feld der Gesundheitssicherung sozialer Risikogruppen, überzeugt. Ein wahrer Glücksfall! In der Folge konnten wir, wegen unseres Images, viele junge engagierte Mitarbeiter hinzu gewinnen. Das war und ist heute das Fundament

für einen zeitgemäßen ÖGD, seine permanenten dynamischen und dialektischen Weiterentwicklungsnöwendigkeiten. Und wir hatten auch den Mut, alte Zielsetzungen, Organisationsstrukturen und Interventionsstrategien zu überdenken und zum Teil radikal in Frage zu stellen, was ja bekanntlich überregional manchmal mit Kopfschütteln quittiert wurde – für mich auch aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar.

BP: In welchen Gebieten hätten Sie gerne mehr erreicht?

J. Zenker: In fast allen. Die prekäre Haushaltslage Bremens und die damit verbundenen Einsparungen haben uns den Alltag ziemlich schwer gemacht, manchmal bis an die Grenze zur Mutlosigkeit. Leider ist die Regionalisierung der Psychiatrie ins Stocken geraten, für die Gesundheitsförderung und -sicherung gefährdeter Bevölkerungsgruppen gibt es noch viel zu tun – mit Ausnahme der Hilfen für Schwangere und Familien mit Kleinkindern. Dort konnten deutliche Angebotserweiterungen im Sinne aufsuchender Arbeit erreicht werden. Die Kooperation mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen ist zwar besser geworden, sie erfordert jedoch, um mit Egon Bahr zu sprechen, weiterhin wegen der operativen Geschlossenheit der Subsysteme (Krankenkassen, niedergelassenen Ärzte, Wohlfahrtsverbände) große Anstrengungen im Sinne von „Wandel durch Annäherung“.

BP: Der Leiter eines Gesundheitsamtes ist in die Kommunalpolitik eingebunden. Diese Einbindung ist für viele Ärzte, die aus der Klinik oder der Praxis kommen, zunächst einmal ungewohnt. Wie kamen Sie damit zurecht?

J. Zenker: Sehr unterschiedlich, obwohl diese Schnittstelle von Fachlichkeit und Politik mich neben der sozialmedizinischen Arbeit immer am meisten interessiert hat. Ich musste mühsam begreifen, dass unser, den 60iger und 70iger Jahren entsprungener Idealismus im Sinne von „das rationale Aufzeigen von Prioritäten wird überzeugen und sich durchsetzen“ nur mit Hartnäckigkeit, Geduld und Gelassenheit in unserem (alternativlosen!) demokratischen Rechts- und Sozialstaat durchzuhalten ist bzw. manchmal auch empfindliche Dämpfer hinnehmen musste. Ob mein Verbleib in der Klinik oder der Weg in die Praxis mir mehr Zufriedenheit beschert hätte, wage ich zu bezweifeln.

BP: Was hat Ihnen in Ihrer Arbeit als Leiter des Bremer Gesundheitsamtes am meisten Spaß gemacht? Ich benutze das Wort „Spaß“ hier ganz bewusst.

J. Zenker: Vieles: die Suche nach neuen Aufgaben, die Darstellung und Verringerung sozialmedizinischer Defizite, die Zusammenarbeit

mit der großen Anzahl kluger und engagierter Kolleginnen und Kollegen. Für die Erlaubnis der Politik, beurlaubt Epidemiologie an der Universität Berkeley in den USA zu studieren, bin ich sehr dankbar ebenso für die Ernennung zum Hochschullehrer. Ich hatte schätzenswerte Privilegien, konnte mich an Menschenrechtsdelegationen und Gesundheitsprojekten in der dritten Welt beteiligen. Durch diese Aktivitäten wuchsen wiederum der Input in die und der Spaß an

„Amtsleiter sollten Visionen, sozialmedizinisches Charisma, Authentizität und Standing haben“

der Arbeit in Bremen. Am anderen Ende der „Spaßskala“ stand allerdings die für unser Amt spezifische, sicherlich nicht zu verallgemeinernde zermürbende Auseinandersetzung mit dem Personalrat, dem es oft leider nur um die Vertretung von Einzelinteressen und weniger um unseren Auftrag und unsere Reformschritte ging.

BP: Welchen Herausforderungen muss sich der öffentliche Gesundheitsdienst Ihrer Meinung nach zukünftig stellen? Und was bedeutet das für das Profil des ÖGD?

J. Zenker: Er muss sich auf die Kernaufgaben konzentrieren wie die kontinuierliche Darstellung sozialmedizinischer Versorgungsdefizite (Gesundheitsberichterstattung als Evaluationsinstrument und kommunale Politikberatung), die Förderung kooperativer Versorgungsmodelle in der Sozialpädiatrie, der Sozialpsychiatrie, der Infektionskrankheitenepidemiologie etc. und die Sicherung des Feldes „Gesundheit und Umwelt“. Darüber hinaus ist die Beachtung der Subsidiarität und der Refinanzierungsmöglichkeiten bei eigenen zielgruppenspezifischen Angeboten wichtig – ebenso die Steuerung der steuerfinanzierten Gesundheitsdienstleistungen und weiteres Nachdenken über „Was bedeutet kommunale Prävention wirklich, was kann sie und muss sie leisten, welchem Wandel unterliegt sie?“ Es gilt also, ein eindeutiges, von Zielsetzungen und Inhalten bestimmtes Leitbild zu formulieren, kontinuierlich hohe Fachlichkeit zu sichern und einen kooperativen Führungsstil mit flachen Hierarchien durchzusetzen.

BP: Stichwort: Führung. Welche Kompetenzen sollte eine Führungskraft für die Tätigkeit im ÖGD mitbringen?

J. Zenker: Amtsleiter sollten sich von jeglichen Omnipotenzsehnsüchten fernhalten, sie sollten allerdings Visionen (lieber Altbundeskanzler Helmut Schmidt: Zum Psychiater brauche ich nicht zu gehen!), sozialmedizinisches Charisma, Authentizität und Standing,

sowohl gegenüber der Politik, der Bevölkerung, als auch gegenüber den Mitarbeitern haben, nach „oben“ kämpfen, nach „unten“ fördern, genügend Raum für Wertschätzung des einzelnen Mitarbeiters und seiner Arbeitsleistung bieten. Amtsleiter brauchen Organisationstalent und Managementfähigkeiten sowie einen Blick für die Leistungen und deren Kosten – und last but not least wären Personalentwicklungsfähigkeiten lohnenswert. Die Annahme, ich hätte diese Voraussetzungen in aller Breite und Tiefe erfüllt, ist falsch!

BP: Wenn Sie Werbung für den ÖGD machen müssten – wie könnte man einen Arzt/eine Ärztin oder auch andere Berufsgruppen davon überzeugen, dass die Arbeit im ÖGD – jenseits extrinsischer Motive wie sicherer Arbeitsplatz, geregelte Arbeitszeiten – ein interessantes Aufgabengebiet ist?

gaben, jenseits von Überversorgung „locken“, auf abwechslungsreiche Gestaltungsmöglichkeiten und multiprofessionelle Zusammenarbeit hinweisen und die permanente Fortbildung – nicht nur die eigene, sondern auch die der Politik und der Bevölkerung – betonen und anbieten.

BP: Abschließend noch eine Frage zu Ihren und erfahrenen Mitarbeitern. Sie sind mittlerweile nach Berlin umgezogen. Was beschäftigt Sie heute?

J. Zenker: Dass ich nicht mehr auf kluge und erfahrene Mitarbeiter und mein Sekretariat zurückgreifen kann, dass ich zu viele Kürprojekte (Migration und Gesundheit, Entwicklungshilfe, ÖGD-Beratung, Vorträge, Vorstandsarbeit im Bremer Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge „Refugio“ und der entsprechenden Bundesarbeitsgemeinschaft BAFF ...) angenommen habe, und dann auch noch dieses Interview für den „Blickpunkt“, den ich immer mit großem Interesse gelesen habe und dem ich weiterhin ein gutes Gespür für wichtige Themen im Wandel des ÖGD wünsche!

Eines ist jedoch klar: Die nächste Generation ist in der Verantwortung! Ich werde hoffentlich den Moment des rechtzeitigen Ausstiegs nach dem Abschied nicht verpassen.

BP: Herr Zenker, vielen Dank für dieses Interview.

Interview: Ellen Steinbach

Der tragische Tod des beliebten Fernsehmoderators Bodo Hauser im Jahr 2006 oder das Nierenversagen beim kroatischen Fußballprofi Ivan Klasnić 2007 sind zwei besonders prominente Beispiele, die im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungsfehlern diskutiert werden. Insgesamt geht man in Deutschland von mehreren Tausend Behandlungsfehlern pro Jahr aus, genaue Zahlen existieren darüber jedoch nicht. Ausländische Studien haben gezeigt, dass fünf bis zehn Prozent der Krankenhauspatienten so genannte „unerwünschte Ereignisse“ erleben. Etwa ein Drittel bis die Hälfte dieser Vorkommnisse gilt unter Fachleuten als vermeidbar.

Aktionsbündnis bricht das kollektive Schweigen

Im April 2005 wurde das kollektive Schweigen mit einer konzertierten Aktion engagierter Akteure eindringlich gebrochen. Mit der Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit outeten sich

Weitere Informationen:

www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de
www.aktion-saubere-haende.de
www.forum-patientensicherheit.de

Berichts- und Lernsysteme

www.cirsmedical.de
www.pasos-ains.de

hochrangige Mediziner und berichteten offen von ihren eigenen Behandlungsfehlern. Damit haben sie einen längst überfälligen Paradigmenwechsel angestoßen. Aber nicht nur Ärzte beteiligen sich an diesem Bündnis. Gründungsmitglieder sind neben zahlreichen Ärzteverbänden zum Beispiel der AOK-Bundesverband, die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft e.V., der Deutsche Pflegerat e.V. und die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Analyse von Fehlern

Grundlegendes Ziel des Bündnisses ist es, die Patientensicherheit zu verbessern. Um dieses Ziel zu

erreichen, wird ein Fehlerverständnis gefördert, das auf der einen Seite durchaus die individuelle Verantwortung der handelnden Akteure unterstreicht, das auf der anderen Seite aber auch Strukturen und Prozesse in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, kurzum, die Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte und andere medizinische Berufe ihre Arbeit erbringen. Treten Fehler auf, gilt es, damit offen umzugehen und diese auf allen Ebenen zu analysieren und die entsprechenden Lehren daraus zu ziehen. Nicht die Sanktion von Fehlern steht fortan im Mittelpunkt, sondern der Lernprozess, der durch ein aktives Fehlermanagement möglich wird.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat einen Masterplan aufgelegt, in dem sein kurz- und mittelfristiges Arbeitsprogramm beschrieben ist. Darin werden verschiedene Ansätze, zum Beispiel aus Wissenschaft, Kommunikationsforschung und Technik, aufgegriffen.

Daneben existiert ein zweites Dokument, die so genannte Agenda Patientensicherheit 2005, in der auf der Basis des seinerzeit gültigen Forschungsstandes der Handlungsbedarf in diesem Themenfeld aufgezeigt wird. Die Agenda bietet damit Fachleuten, aber auch Laien, eine verlässliche Diskussionsgrundlage.

Derzeit arbeitet das Aktionsbündnis an zahlreichen konkreten Projekten zur Verbesserung der Patientensicherheit, von denen einige nachfolgend dargestellt werden:

Projekt „Medikationsfehler und -sicherheit“

Medikationsfehler gehören – so das Aktionsbündnis – zu den wichtigsten Gefahrenquellen für die Patientensicherheit. Zitiert wird die Harvard Medical Practice Study, wonach 17,7 Prozent aller vermeidbaren unerwünschten Ereignisse im Medikationsbereich aufgetreten seien. In weiteren amerikanischen und australischen Studien hätten ein bis zwei Prozent aller stationären Aufnahmen ebenfalls auf Me-

Aktionsbündnis Patientensicherheit: Aus Fehlern lernen

Menschen, die arbeiten, machen Fehler. Diese Erkenntnis ist so sicher wie das Amen in der Kirche. In fast allen Branchen hat man gelernt, mit Fehlern konstruktiv umzugehen und ein aktives Fehlermanagement zu betreiben. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich einmal gemachte Fehler nicht wiederholen und es kommt regelmäßig zu Qualitäts- und Produktivitätssteigerungen. Dies gilt schon lange für Industrie und Handwerk, zunehmend aber auch in zahlreichen Dienstleistungsbranchen. Anders sah es dagegen in der Medizin aus. Hier wehrte man sich bis vor kurzem mit aller Kraft gegen das Eingeständnis von Fehlern – ähnlich wie ein bekanntes gallisches Dorf gegen die römischen Invasoren. Ärzte, die bereit waren, Fehler zuzugeben, riskierten in der Regel sogar ihren Job. Damit wurde die Chance vergeben, aus diesen Fehlern die richtigen Lehren zu ziehen. Dass heute in zahlreichen Einrichtungen ein offener Umgang mit Fehlern herrscht, ist auch das Verdienst des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“, das jetzt für sein Engagement mit dem Janssen-Cilag Zukunftspreis ausgezeichnet wurde.

dikationsfehler zurückgeführt werden können. Im Rahmen der internationalen PCISME-Studie (Primary Care International Study on Medical Errors) stellten sie mit 35 Prozent die größte Gruppe der berichteten Fehlerereignisse im hausärztlichen Bereich dar. Im deutschen Teil dieser Studie liegt ihr Anteil bei 30,4 Prozent.

Defizitäre Forschung zu Medikationsfehlern

Ein Anliegen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit ist es, die Medikationssicherheit in Deutschland in den nächsten Jahren effektiv zu verbessern. Während im internationalen Vergleich Anstrengungen zur Prävention von Medikationsfehlern eine hohe Bedeutung haben, gibt es hierzulande bisher nur vereinzelt Studien zur Medikationssicherheit. Insgesamt muss die Datenlage in Deutschland als unzureichend bezeichnet werden. Daher schlägt das Aktionsbündnis Patientensicherheit eine

wissenschaftliche Aufarbeitung von Medikationsfehlern vor, um zunächst einmal eine annähernd objektive Sichtweise der aktuellen Situation zu erhalten.

Darüber hinaus wird empfohlen, Strategien zur Prävention von Medikationsfehlern deutschlandweit sowohl für ambulante als auch für stationäre Kontexte zu entwickeln.

Wichtige Beiträge können dafür beispielsweise Fehlerberichts- und Lernsysteme, Leitlinien zur Medikationssicherheit und wissenschaftsbasierte Patienteninformationen leisten.

Gute Beispiele sind CIRS (www.cirsmedical.de), das für Critical Incident Reporting-System steht, und das Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System, kurz: PASOS (www.pasos-ains.de).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (in gemeinsamer Trägerschaft der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung), das die Webseite www.forum-patientensicherheit.de unterhält.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit strebt eine bundesweite Bündelung der diversen Anstrengungen zum Thema Medikationssicherheit an. Dies soll insbesondere mit einer stärkeren Unterstützung von Forschungsprojekten, durch einen intensivierten fachlichen Austausch auch mit Patientenorganisationen und durch eine bessere Information der Öffentlichkeit erfolgen.

Projekt „Wrong Site Surgery“ – Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie

Mit „wrong site surgery“ ist nicht nur die Operation der falschen Seite gemeint (zum Beispiel rechtes statt linkes Knie operiert). Unter diesen Begriff werden alle Fehler zusammengefasst, die auf Verwechslungen beruhen, so auch die Vertauschung von Patienten oder die Operation an der falschen Stelle beziehungsweise eine falsche Eingriffsart. Auch in diesem Hand-

lungsgebiet ist die Datenlage noch verbesserungswürdig. Überwiegend werden in der Literatur chirurgische Verwechslungsfälle genannt, sie kommen selbstredend aber auch in anderen medizinischen Disziplinen vor.

Das Aktionsbündnis berichtet beispielsweise auf seiner Homepage über eine Studie der American Society of Hand Surgeons (ASSH). Diese informierte 2003 darüber, dass 21 Prozent der Handchirurgen persönliche Erfahrungen mit Verwechslungen hatten. Die Wahrscheinlichkeit einer registrierten Verwechslung betrug danach 1:27.000.

Seltene Fehler – enorme Auswirkungen

Obwohl „Wrong Site Surgery“ – verglichen mit anderen Gefahrenquellen und Fehlermöglichkeiten, die sehr viel häufiger auftreten – eher selten vorkommt, besitzt sie eine große Relevanz. „Wrong Site Surgery“ geht in den meisten Fällen mit erheblichen Komplikationen einher. Neben der ohnehin großen Belastung für Patient und Arzt verursachen derartige Ereignisse regelmäßig auch negative Schlagzeilen, was dem Ansehen des Krankenhauses (oder einer anderen Versorgungseinrichtung) natürlich abträglich ist.

In anderen Ländern gibt es bereits hervorragende Leitlinien für die Vermeidung von Verwechslungen im Behandlungsprozess und gut implementierte Fehlerberichtssysteme (siehe im Internet unter www.jcaho.org, www.aorn.org, www.patientsafety.org). Derartige Strukturen entwickeln sich in Deutschland dagegen erst langsam (zum Beispiel CIRS).

Die mit der „Wrong Site Surgery“ verbundenen Probleme veranschaulichen auf besondere Art und Weise die große Bedeutung von Optimierungsmaßnahmen auf prozessoraler, struktureller und kommunikativer Ebene.

Zahlreiche Krankenhäuser haben dies mittlerweile erkannt und systematisch Fehlervermeidungssysteme implementiert. Eine kurze



Foto: Janssen-Cilag Zukunftspreis

Preisträger „Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.“ (von links nach rechts): Professor Dr. Matthias Schrappe (Vorsitzender), Hannelore Loskill (Stellvertretende Bundesvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.), Dr. Constanze Lessing (Leiterin der Geschäftsstelle), Toon Overstijns (Vorsitzender der Geschäftsleitung Janssen-Cilag)

Auszeit (Time-Out) vor einer Operation ermöglicht die erneute Verewisserung darüber, welcher Patient auf dem OP-Tisch liegt und welche OP auf welcher Seite bei ihm durchgeführt wird. Der Fehlervermeidung dient auch die vorherige Kennzeichnung der OP-Stelle mit einem Markierstift und – wenn möglich – die persönliche Ansprache des Patienten vor der Narkose. Diese Beispiele verdeutlichen, wie mit einfachen Mitteln Fehler vermieden werden können, und es mag erstaunen, dass dies lange Zeit nicht in allen Kliniken selbstverständlich war.

nur daran arbeiten, Patienten mit Krankenhausinfektionen zu behandeln!

Händedesinfektion ist die sicherste Präventionsmethode

Die gründliche Händedesinfektion – darüber sind sich Fachleute einig – ist die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen (so der Fachbegriff für im Krankenhaus oder in anderen medizinischen Einrichtungen erworbene Krankheitsreger).

pe der vorrangigen Ziele zur Steigerung der Patientensicherheit eingeordnet und weltweit im Rahmen ihrer Kampagne „Clean care is safer care“ in ausgesuchten Ländern bereits entsprechende Maßnahmen auf den Weg gebracht.

Wissen ist vorhanden, es mangelt an der Umsetzung

Die Händedesinfektion ist ein typisches Beispiel für eine so genannte „Effektivitäts-Lücke“ betonen die Initiatoren der Kampagne, denn: „Regeln und Notwendigkeit der

infektion festgestellt: Man muss im Durchschnitt davon ausgehen, dass in einigen Institutionen der Patientenkontakt nur in weniger als der Hälfte der Fälle mit ausreichend desinfizierten Händen stattfindet.“ Das vordringliche Ziel der „Aktion saubere Hände“ ist es, im Rahmen der Kampagne eine Steigerung der Händedesinfektionshäufigkeit um 50 Prozent zu erreichen. Vorbild ist die Schweiz, wo es mit Hilfe einer entsprechenden Kampagne gelang, innerhalb von nur vier Monaten eine Steigerung um 26 Prozent zu erzielen.

Ließen sich solche Ergebnisse im Rahmen dieser Kampagne wiederholen, wäre das sicherlich als großer Erfolg zu werten, insbesondere dann, wenn die Maßnahmen langfristig und somit nachhaltig greifen. Die Kooperationspartner der Aktion bedienen sich des Konzeptes der so genannten multimodalen Intervention, die auch im Rahmen der erwähnten Kampagne der Weltgesundheitsorganisation erfolgreich eingesetzt wird. Dabei greifen sie auf Elemente der Verhaltensforschung, des kognitiven Lernens und der Werbung zurück. Im Wesentlichen finden die folgenden Prinzipien Anwendung:

1. Erreichbarkeit: Das Händedesinfektionsmittel muss unmittelbar für das Personal zugänglich sein.
2. Unmittelbare Erfolgskontrolle: Von zentraler Bedeutung für die weitere Motivation ist die kontinuierliche und zeitnahe Rückmeldung von Erfolgen. Steigert ein Arzt (oder die gesamte Abteilung) beispielsweise den Gebrauch an Desinfektionsmitteln, so sollte ihm dies möglichst bald rückgemeldet werden. Sinkt dann auch noch über einen längeren Zeitraum die noso-

möglich ist. Auf diese Weise wird den handelnden Akteuren noch einmal deutlich gemacht, in welchen Situationen sie eine besondere Aufmerksamkeit an den Tag legen müssen.

Die „Aktion Saubere Hände“ zielt darauf ab, im Verlauf der Aktion 500 bis 1.000 von circa 2.000 deutschen Krankenhäusern einzubinden. Am 22. Oktober 2008 fand dazu in Deutschland erstmals ein nationaler Aktionstag zur Händedesinfektion statt, bei dem es darum ging, die Bedeutung der Händedesinfektion im klinischen Alltag noch einmal ins Bewußtsein zu rufen.

Fazit: Risiken verringern – Sicherheit steigern

Mit der Verbesserung und immer stärkeren Ausdifferenzierung von Behandlungsmethoden hat sich das Repertoire von Diagnostik und Therapie in der modernen Medizin erheblich erweitert. Mit dieser Entwicklung sind aber auch besondere Risiken verbunden. Die zum Teil immer aufwändigeren Behandlungsmethoden erfordern ein fein abgestimmtes Verfahren zwischen den beteiligten Berufsgruppen, das geprägt sein sollte von intensiver Kommunikation, von möglichst standardisierten Prozessen und sinnvollen Strukturen. Und dazu gehört eben auch ein progressives Fehlermanagement. Dies kann nur dann gelingen, wenn Kliniken und andere medizinische Versorgungseinrichtungen eine entsprechende Unternehmenskultur fördern, das Thema also zur „Chefsache“ machen.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat durch seine Informations- und Aktionsplattform dazu

Projekt „Aktion Saubere Hände“

Die „Aktion Saubere Hände“ startete am 1. Januar 2008 und ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit über drei Jahre geförderte Kampagne, die darauf abzielt, das Händedesinfektionsverhalten in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit kooperiert hier mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. und dem nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen.

Auf der Homepage der Initiative (www.aktion-saubere-haende.de) ist nachzulesen, dass in Deutschland circa 500.000 Krankenhausinfektionen im Jahr auftreten, von denen schätzungsweise 20 bis 30 Prozent (100.000-150.000) vermeidbar seien. Krankenhausinfektionen führen zu einer erheblichen zusätzlichen gesundheitlichen Belastung der Patientinnen und Patienten und gehen mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko einher. Darüber hinaus muss im Durchschnitt mit einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer von circa vier Tagen ausgangenen werden, woraus etwa zwei Millionen zusätzliche Krankenhausverweilltage im Jahr resultieren. Bildlich bedeutet dies – so die Initiatoren der „Aktion Saubere Hände“ –, dass etwa sechs Großkrankenhäuser mit jeweils 1.000 Betten in Deutschland ein Jahr lang

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

<p>1</p> <p>Identifikation Patient</p> <p>wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</p> <p>wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Richtiger Patient – Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen ■ Eingriffsort – Im Gespräch mit dem Patienten bestätigen ■ Eingriffsort – aktiv fragen und zeigen lassen – Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten) ■ Abgleich mit Akten und Bildern 	<p>2</p> <p>Markierung Eingriffsort</p> <p>wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</p> <p>wann? – außerhalb des OPs – bei wachem Patienten</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Abgleich mit Akten – richtiger Patient – Eingriffsort – Eingriffsort ■ Patienten aktiv einbeziehen – Eingriffsort zeigen lassen – Angehörige einbeziehen ■ Markierung – nur Eingriffsort – eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen) – nicht abwischbarer Stift – mehrere Eingriffsorte: alle markieren 	<p>3</p> <p>Zuweisung zum richtigen OP-Saal</p> <p>wer? – definierte, verantwortliche Person</p> <p>wann? – unmittelbar vor Anästhesieeinleitung und vor Eintritt in den Saal</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patientenidentität – Namen und Geburtsdatum prüfen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Markierung prüfen – mit Aktenabgleich – wenn möglich aktive Befragung des Patienten ■ Saalcheck – Zuweisung zum OP-Saal überprüfen 	<p>4</p> <p>Team-Time-Out vor Schnitt</p> <p>wer? – OP-Team – initiiert durch definierte, verantwortliche Person</p> <p>wann? – unmittelbar vor Schnitt</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Letztes Innehalten – letzte Richtigekeitsprüfung ■ Mittels Minicheckliste – richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum) – Eingriffsort – Eingriffsort – Aufnahmen bildgebender Verfahren – Richtige Implantate verfügbar ■ Alle Punkte durch OK bestätigen ■ Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren
---	---	---	--

⚠ Jede Unstimmigkeit sofort klären
⚠ Jede Unstimmigkeit sofort klären
STOP Ohne Markierung keine Anästhesie
STOP Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt

Die Träger der „Aktion Saubere Hände“ gehen davon aus, dass durch eine verbesserte Händedesinfektion mindestens 50.000 Krankenhausinfektionen im Jahr verhindert werden könnten. Diese Annahme stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse.

Auch die Weltgesundheitsorganisation hat die Bedeutung der Händedesinfektion als eine der weltweit wichtigsten Präventionsmaßnahmen erkannt. Daher hat sie die Händedesinfektion in die Grup-

pe der vorrangigen Ziele zur Steigerung der Patientensicherheit eingeordnet und weltweit im Rahmen ihrer Kampagne „Clean care is safer care“ in ausgesuchten Ländern bereits entsprechende Maßnahmen auf den Weg gebracht.

komiale Infektionsrate, dürfte dies der Motivation der handelnden Akteure weiteren Vorschub leisten.

3. Einfache und verbindliche Regeln: Die Händedesinfektion muss klaren Regeln unterliegen, die für alle Anwender leicht verständlich sind. Im Einklang mit der Kampagne der Weltgesundheitsorganisation benennt die Aktion „Fünf Momente der Händedesinfektion“. Diese beschreiben alle Situationen, in denen eine Übertragung von Krankheitsregern potenziell

beigetragen, das Thema offensiv in die öffentliche Diskussion einzubringen und einen Austausch des existenten Wissens für alle Nutzer zu gewährleisten – eine Leistung, die in hohem Maße zu begrüßen ist. Dies erkannte auch die Jury des Janssen-Cilag Zukunftspreises und zeichnete das Aktionsbündnis im September 2008 mit diesem Preis aus.

Carsten Rumpeltin
carsten.rumpeltin@web.de

Akademie Jahresprogramm 2009

Die Akademie bietet für 2009 erneut ein Kursangebot, das Bewährtes enthält, wie die Führungswerkstatt, die Schulungen zu Epi-Info oder die Seminare zu Kommunikationstechniken, aber auch viele neue Bereiche aufgreift. Besonders hingewiesen sei auf Themen wie: Planung und Moderation eines regionalen MRSA-Netzwerkes, Expertenstandards im Gesundheitsschutz, Hygienemanagement in Schulküchen, die Förderung eines ergonomischen Schulbetriebs sowie die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern, die Begutachtung posttraumatischer Belastungsstörungen, die Entwicklungsförderung in Kinderkrippen, die Kooperation mit Lehrern durch Schulsprechstunden. Neu im Programm ist der Zertifikatslehrgang „Einführung in das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, der sich speziell mit den häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen beschäftigt wird. Des Weiteren wird erstmalig von der Akademie angeboten der „Grundkurs für Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte im ÖGD“. Dieser einwöchige Kurs möchte in kompakter Form die erforderlichen Fachkenntnisse für die Hygieneüberwachung stationärer und ambulanter Einrichtungen im ÖGD vermitteln.



Die 10. Jahrestagung der Akademie, die am 15. Oktober 2009 stattfindet, steht unter dem Thema *Auswirkungen des Klimawandels auf die öffentliche Gesundheit* und beschäftigt sich mit den Gesundheitsfolgen durch extreme Wetterereignisse, große Hitze und Kälte, neu eingeführte Insekten sowie mit neuartigen Infektionen durch Wasser oder Nahrung. Wie kann sich der Öffentliche Gesundheitsdienst auf diese Herausforderungen vorbereiten? Handlungsmöglichkeiten und Umsetzungsstrategien sollen vorgestellt und diskutiert werden.

„Null Bock“ auf Schule

Am Computer spielen, Musik hören, Freunde treffen... sicherlich gibt es Beschäftigungen, die Jugendlichen mehr gefallen, als die Schule zu besuchen. Meistens gibt es jedoch tiefer gehende Ursachen, warum Schüler dem Unterricht fernbleiben: Spielen vielleicht Schulängste bzw. Versagensängste eine Rolle? Wird in der Schule oder auf dem Schulweg gemobbt? Gibt es Probleme im Elternhaus? Ist die Schulform nicht die richtige? Ist der Schüler unter- oder überfordert? Das vorliegende Buch macht deutlich, dass „Schulvermeidung“ erfahrungsgemäß nicht nur eine

Margrit Stamm
Die Psychologie des Schuleschwänzens.
Rat für Eltern, Lehrer und Bildungspolitiker.
Bern, Göttingen u. a.: Hans Huber Verlag 2008. 224 S., 17,95 EUR
ISBN 978-3-456-84609-5

Ursache hat, sondern viele unterschiedliche, die eng miteinander verzahnt sind. Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Studien zu diesem Thema und nur geringes Zahlenmaterial, das meist lediglich Schätzungen darstellt. Margrit Stamm, Professorin für Erziehungswissenschaft, hat ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus einem groß angelegten Forschungsprojekt in der Schweiz gewonnen. Zwischen 2005 und 2007 wurden nicht nur Schüler, sondern auch Lehrer und Schulleitungen zu diesem Themenkomplex befragt. Die

vorliegende Veröffentlichung beschäftigt sich mit den Ursachen des Schuleschwänzens, den verschiedenen Merkmalen des Fernbleibens vom Unterricht, den Risiken – und auch den gesellschaftspolitischen Folgen – des gelegentlichen oder lang andauernden Fehlens. Präventions- und Interventionsmaßnahmen werden ebenfalls vorgestellt. In einigen Gesundheitsämtern zählt die Schulsprechstunde zum zusätzlichen Beratungsangebot. Vornehmlich vor Ort, das heißt in der Schule, wird dieses niedrigschwellige Angebot von den Kinder- und Jugendärztlichen oder Sozialpsychiatrischen Diensten gemacht. Neben Informationen zu gesundheitlichen und psychologischen Problemen für Schüler, Eltern und Lehrer können meist auch Hilfestellungen angeboten werden. Schuleschwänzchen und Schulverweigerung sind sicherlich immer wieder angesprochene Problemfelder. Eine Vernetzung und Kooperation mit anderen örtlichen Institutionen, wie z.B. dem Schul-, Jugend- und Sozialamt oder den Er-



ziehungsberatungsstellen etc., ist wichtig, dass macht auch die vorliegende Neuerscheinung deutlich. Für alle Beschäftigten im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist dieses Buch mit seinen paxisbezogenen und aktuellen Informationen lesenswert; vermittelt es doch ein Grundverständnis für das Phänomen des Schuleschwänzens und stellt Möglichkeiten der Reaktion, Intervention und Prävention dar.

Petra Münstedt

Zur Lage der Kinder in Industriestaaten



Der Familiensoziologe Hans Bertram, Herausgeber dieses Buches, schreibt in seinem Vorwort: „Deutschland mag zwar eine der führenden Exportnationen dieser Erde sein, in Bezug auf das Wohlbefinden der hier lebenden Kinder kann es allenfalls als Mittelmaß gelten.“ In der ersten internationalen Vergleichsstudie zur Situation der Kinder in Industriestaaten landete Deutschland bei dem Vergleich der 21 untersuchten Länder auf Platz 11. Als kinderfreundlichstes Land kamen die Niederlande auf Platz 1, gefolgt von den nord-europäischen Ländern Schweden, Dänemark und Finnland. Die untersten Plätze belegen Großbritannien und die USA. In dieser Studie, die von UNICEF in Auftrag gegeben wurde, wird die Lage der Kinder anhand von sechs Bereichen verglichen: Materielle Situation, Gesundheit, Bildung, Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen, Lebensweise und Risiken sowie eigene Einschätzung der Kinder und Jugendlichen. Die Studie zeigt, dass z. B. das Risikoverhalten deutscher Jugendlicher besonders hoch ist und vor Großbritannien auf dem vorletzten Platz liegt. In Deutschland rauchen mehr als 16 Prozent der 15-Jährigen mindestens einmal pro Woche. Beim Alkoholkonsum

geben in Großbritannien fast ein Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen an, bereits zweimal oder öfter betrunken gewesen zu sein. In Deutschland sind es etwa 17 Prozent – in Frankreich und Italien unter 10 Prozent. Das Buch liefert Daten und Anhaltspunkte, die eine wichtige Grundlage für gesundheitsfördernde Maßnahmen darstellen können. Aus dem Inhalt: Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS); Zur Lebenssituation von Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland; Die Verweildauer von Kindern in prekären Lebenslagen; Öffentlich finanzierte Betreuungs- und Bildungsinfrastruktur für Kinder; Ergebnisse des internationalen und innerdeutschen Vergleichs. Ausführliche Informationen und Grafiken sind auch im Internet zu bekommen unter: <http://www.unicef.de/>.

Mün

Mittelmaß für Kinder.
Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Hrsg. v. Hans Bertram.
München: Verlag C. H. Beck 2008. 303 S., 12,95 EUR
(Beck'sche Reihe Bd. 1790)
ISBN 978-3-406-54826-0

Der ökologische Fußabdruck

Mit Biodiversität wird im Allgemeinen der gesamte Artenreichtum auf der Erde bezeichnet, aber auch die genetische Vielfalt innerhalb der Arten, zwischen den Arten sowie die Vielfalt der Lebensräume bzw. Ökosysteme. Weltweit ist die biologische Vielfalt auf allen Ebenen stark gefährdet. Durch zahlreiche Faktoren, wie z.B. die Zerstörung ganzer Ökosysteme, man denke an die Abholzung der Regenwälder oder die Ausbeutung der Korallenriffe, sind viele Tier- und Pflanzenarten gefährdet und sogar vom Aussterben bedroht. Auch die einseitige Ausnutzung von Ackerflächen durch Monokulturen oder der



rende Widersprüche werden vom Autor beschrieben und umfassend erklärt: Warum gibt es inzwischen eine höhere Artendichte in den Ballungsräumen, wie z. B. Frankfurt, Hamburg oder Köln, als im menschenleeren Umland? Warum brüten in der Millionenstadt Berlin zwei Drittel aller sich in Deutschland überhaupt fortpflanzenden Vogelarten? Die Erklärung ist, dass die ausgedehnten Grünflächen und Parks in den Städten besonders den Tieren eine Überlebenschance geben, die auf den extrem genutzten und überdüngten Ackerflächen keinen Lebensraum mehr haben. Der Evolutionsbiologe Reichholf, Professor für Naturschutz und ausgezeichnet für die Qualität seiner „wissenschaftlichen Prosa“, gibt dem Leser in diesem Buch einen interessanten Eindruck von der scheinbar unerschöpflichen Vielfalt des Lebens und der Lebensformen auf der Erde. Abschließend macht er deutlich, dass Naturschutz eine „Kultur- und Zukunftsaufgabe“ ist und dass die Gesellschaft noch Möglichkeiten hat, ein intaktes Ökosystem zu erhalten oder wieder herzustellen.

Hermann Istas
istas@akademie-oeg.de

Reichholf, Josef H.
**Ende der Artenvielfalt?
Gefährdung und Vernichtung
der Biodiversität.**
Frankfurt am Main: Fischer Verlag
2008. 224 S., 9,95 EUR
ISBN 978-3-596-17665-6

verstärkte Einsatz von Düngemitteln verursachen einen Artenrückgang. Welchen Nutzen hat die Artenvielfalt und welchen Gefahren ist sie durch den Einfluss der dominierenden Spezies Mensch aus-

Vorsicht Vorsorge?

Die Lebenserwartung in den Industrieländern ist so hoch wie nie zuvor und die Medizin verspricht den Menschen, dass bei sorgfältiger Vorsorge jeder gute Chancen hat, gesund alt zu werden. Also putzen wir regelmäßig die Zähne, lassen den Blutdruck messen, verzichten auf das Rauchen und auf fettes Essen und gehen sicherheitshalber noch zur Krebsfrüherkennung. So reglementieren wir unser Leben nach medizinischen Vorgaben, obwohl wir wissen, dass das, was heute als gesund gilt, nur allzu oft morgen schon überholt ist. Unsere Eltern haben noch daran geglaubt, dass Spinat den Körper mit Eisen versorgt, dass man beim Kirschenessen nichts trinken darf, dass Kaffee austrocknet und Milch Chemiearbeiter gegen die Gefahrstoffe am Arbeits-

Werner Bartens ist Arzt und Wissenschaftsredakteur bei der Süddeutschen Zeitung. Sein Buch „Vorsicht Vorsorge“ setzt sich kritisch mit gängigen Vorsorgeregeln auseinander. Er beschreibt z.B., wie schwach die wissenschaftliche Basis vieler Ernährungsratschläge ist, dass wir ruhig etwas molliger sein dürfen und dann sogar länger leben als die „Normalgewichtigen“ und dass Früherkennungsuntersuchungen meist auch eine Schattenseite haben, obwohl wir wissen, dass das, was heute als gesund gilt, nur allzu oft morgen schon überholt ist. Unsere Eltern haben noch daran geglaubt, dass Spinat den Körper mit Eisen versorgt, dass man beim Kirschenessen nichts trinken darf, dass Kaffee austrocknet und Milch Chemiearbeiter gegen die Gefahrstoffe am Arbeits-

Werner Bartens
Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag 2008. 195 S., 7,50 EUR
ISBN 978-3-518-46028-3

platz schützt. Daran glauben wir heute nicht mehr, aber die alten Vorsorgeregeln wurden zuweilen nur durch neue ersetzt: Beugt regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse wirklich Krebs vor? Brauchen wir Vitaminzusätze in Lebensmitteln, um gesund zu bleiben? Lässt sich durch Verzicht auf Salz Bluthochdruck verhindern? Leben wir länger, wenn wir unser Gewicht auf „Normalmaß“ bringen?

Werner Bartens hat ein Buch geschrieben, das hoffentlich dazu beiträgt, mehr auf die Qualität von Vorsorge und Früherkennung zu



achten. Es handelt sich nicht um eine wissenschaftliche Abhandlung zur Prävention, sondern um einen Ratgeber für ein breites Publikum, Ärzte eingeschlossen. Über viele Bereiche der Prävention, z.B. die arbeitsmedizinische Vorsorge, die Verkehrssicherheit oder die Krankenhaushygiene, erfährt man leider nichts. Mitunter lässt sich auch Widersprüchliches finden: So schreibt Bartens z.B. auf Seite 46, dass sich bei Menschen mit Fettleibigkeit die Sterblichkeit aufgrund von Herzinfarkten und Schlaganfällen erhöhen würde, nicht aber durch Krebs. Im nächsten Absatz steht dann aber, dass mit einem BMI ab 30 (da beginnt Fettleibigkeit) das Risiko für Tumorerkrankungen ansteigt. Was soll der Leser glauben? Auch das aus dem Zeitungsjournalismus übernommene Stilmittel, alles durch Zitate von Wissenschaftlern zu bekräftigen, wirkt in einem Buch auf die Dauer etwas ermüdend und gehört streng genommen in die Rubrik der eminenzbasierten statt der evidenzbasierten Medizin. Als Fazit: Das Buch gibt Anstöße, etwas gründlicher über Nutzen und Risiken mancher Präventionsleistungen und über die ärztliche Pflicht zur Aufklärung nachzudenken. Medizinische Vorkenntnisse können bei der Lektüre – wie immer – nicht schaden, gleichwohl ist das Buch allgemeinverständlich geschrieben. Für Ärzte und ihre vorsorgebemühten „Kunden“ ist die preiswerte Lektüre zu empfehlen.

Joseph Kuhn, Dachau
josephkuhn@web.de

Zielgruppe: Selbständig lebende ältere Menschen

Die Medizingeographin Ulrike Dapp aus Hamburg legt mit dieser Veröffentlichung eine gekürzte Version ihrer Dissertation vor. Der Begriff der Medizingeographie bedeutet die Lehre von der regionalen Organisation des Gesundheitswesens und meint hier insbesondere die Analyse regionaler und kommunaler Präventionsstrategien für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Der 5. Altenbericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland hat schon darauf hingewiesen, dass die meisten älteren Menschen keineswegs einen völligen Rückzug aus wichtigen gesellschaftlichen Aktivitäten möchten und Gesundheit anstreben. Die Lebensqualität im Alter steht im engen Zusammenhang mit einer guten gesundheitlichen Verfassung. Vielen Erkrankungen und damit verbundenen Funktionseinschränkungen kann schon im Vorfeld mit Präventionsmaßnahmen entgegengewirkt werden.

Die Autorin hat am Beispiel Hamburgs untersucht, welche gesundheitsfördernden Angebote ältere, selbstständig lebende Menschen in der Kommune wahrnehmen.

Der Band beginnt mit einem Kapitel über die theoretischen Grundlagen und den Bezugsrahmen. Hiervon kann der Leser insofern profitieren, als dass die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung und die regionalen Unterschiede der Alterung kundig skizziert werden. Im folgenden Kapitel werden insbesondere die gerontologischen und geriatrischen Determinanten genauer beleuchtet, z. B. die Bedeutung der Mobilität im Alter oder die Strukturen geriatrischer Versorgung und deren räumliche Verteilung. Auf das Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen im Gesundheitsbereich durch ältere Menschen wird im nächsten Kapitel eingegangen. Besonders wichtig ist der Autorin die stärkere Berücksichtigung der Belange der selbstständig lebenden Senioren. Ulrike Dapp untersuchte am Beispiel Hamburgs und des geriatrischen Zentrums, in dem sie wirkt, welche

Angebote speziell für diese Gruppe älterer Menschen vorliegen und wie sie von den Betroffenen nachgefragt und akzeptiert werden. Die Ergebnisse werden in diesem Buch diskutiert. Im letzten Kapitel werden die verschiedenartigen gesundheitsfördernden Angebote und deren Inanspruchnahme gegenübergestellt. Der Autorin ist zuzustimmen, dass in Zukunft verstärkt gesundheitsfördernde Angebote für ältere, eigenständig lebende Menschen zu erstellen sind. Diese Angebotsentwicklung mit Sachverstand zu begleiten, ist zweifellos eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In der Wahrnehmung dieser Aufgabe sind wir



auf Arbeiten wie die hier vorliegende angewiesen. In klarer, jargonfreier Sprache werden die Fakten und offenen Fragen referiert. Der Band ist unbedingt zu empfehlen.

Martin Dirksen-Fischer
Martin.Dirksen-

Fischer@eimsbuettel.hamburg.de

Ulrike Dapp
Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen.
Eine medizinisch-geographische Untersuchung.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2008, 291 S., 35,00 EUR
ISBN 978-3-17-019328-4

Neue Bücher

Hopf-Seidel, Petra
Vorsicht Zecken.
München: Droemer/Knaur Verlag 2008, 224 S., 8,95 EUR
(Knaur Taschenbücher Nr.87392)
ISBN 978-3-426-87392-2

Müller, Hans E. u. a.
Legionellen, ein aktuelles Problem der Sanitärhygiene.
Infektion und Bekämpfung.
3. Auflage.
Renningen: Expert Verlag 2008, 198 S., 45,00 EUR
(Kontakt & Studium Bd.342)
ISBN 978-3-8169-2725-9

Fidler, David P. u. Gostin, Lawrence O.
Biosecurity in the Global Age. Biological Weapons, Public Health, and the Rule of Law.
Stanford: Stanford University Press 2008, 306 S., 29,95 \$
ISBN 978-0-8047-5029-5

Henze, Jürgen
Kultur(en) verstehen. Vom Umgang mit Anderssein.
Hamburg: Merus Verlag 2008, 160 S., 14,90 EUR
ISBN 978-3-939519-33-1

Zuk, Marlene
Was wäre das Leben ohne Parasiten?
Krankheit als evolutionäres Wechselspiel.
Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2008, 356 S., 26,00 EUR
ISBN 978-3-8274-1978-1

Krieger, Susanne
Rechtskunde für Heilpraktiker.
Wissen für Prüfung und tägliche Praxis. Heilpraxis. 2., überarb. Auflage.
Stuttgart: Sonntag-Verlag 2008, 430 S., 49,95 EUR
ISBN 978-3-8304-9168-2

Herbert, Sibylle
Diagnose: unbezahlbar. Aus der Praxis der Zweiklassenmedizin.
Köln: Verlag Kiepenheuer und Witsch 2008, 294 S., 8,95 EUR
(KiWi Taschenbücher Nr.1046)
ISBN 978-3-462-04002-9

Greving, Heinrich
Management in der Sozialen Arbeit.
Stuttgart: UTB 2008, 220 S., 17,90 EUR
(UTB Uni-Taschenbücher Nr.3069)
ISBN 978-3-8252-3069-2

Arbeitskreis Neue Erziehung:

„Von wegen, es ist nur ein Kind“

Die ANE-Elternbriefe begleiten junge Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder, von der Geburt bis zur Pubertät. Sie kommen dem jeweiligen Alter des Kindes entsprechend einzeln und kostenlos per Post zu den Eltern ins Haus und informieren Eltern über (fast) alles, was im praktischen Erziehungsalltag wichtig ist. Das reicht von Fragen zur Ernährung und Gesundheit über Sprachentwicklung, frühkindliches Lernen in Familie und Kindergarten bis hin zu Problemen in der Schule. Ausgehend von alltäglichen Situationen geben sie Anregungen, wie Konflikte gelöst werden können, ohne dass man gleich schimpft oder die Nerven verliert.

Diese Elternbriefe finden eine breite Resonanz: Die deutschsprachigen Briefe werden bundesweit in einer Auflage von 3,5 Millionen pro Jahr verteilt, von den türkisch-deutschen Elternbriefen sind seit 1998 mehr als 800.000 Exemplare herausgegangen.

Türkisch-deutsche ANE-Elternbriefe

Die Serie der türkisch-deutschen Elternbriefe umfasst heute insgesamt 16 Elternbriefe, davon neun für das Vorschulalter und sieben für die Schulzeit bis zur Pubertät. In den türkisch-deutschen Elternbriefen werden die Fragen thematisiert, die für Migranteltern bei der Erziehung ihrer Kinder von Bedeutung sind. Dargestellt wird der erzieherische Alltag in einer Fortsetzungsgeschichte, die das Leben einer jungen Protagonistenfamilie türkischer Herkunft mit ihrer Tochter Canan beschreibt.

Die Inhalte der einzelnen Briefe leiten sich aus den Erfordernissen der jeweiligen Altersstufe des Kindes und den Erfahrungen der erziehenden Personen in der Familie, im Kindergarten und in der Schule ab. Die Briefe wurden im Dialog mit Eltern und unter Beteiligung eines Expertenkreises aus Wissenschaft und Praxis erarbeitet. Verfasst haben sie die Schriftsteller und Kinderbuchautoren Kemal Kurt und Habib Bekta. Anschließend wurden sie ins Deutsche übersetzt. Bei der Entwicklung und Verteilung der türkisch-deutschen Elternbriefe erhielt der Arbeitskreis Neue Erziehung finanzielle Unterstützung u.a. von der Bernard van Leer Foundation, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Stadtjugendamt München.

Ziele

Ziel der türkisch-deutschen Elternbriefe ist es, zwischen den unterschiedlichen Erziehungskonzepten und Lebensgewohnheiten von Mehrheitsgesellschaft und Migranteneltern zu vermitteln. Sie machen türkischstämmigen Eltern die Erziehungsnormen des Zuwanderungslandes transparent und unterstützen sie dabei, für sich und ihr Kind einen Weg der „Erziehung in zwei Kulturen“ zu finden. Ausgehend von ihren Migrationserfahrungen und ihrer Lebensrealität als Migranten zeigen die Briefe Eltern Alternativen zum gewohnten Erziehungsverhalten auf, ohne sie zu

Ein Kind krepelt das Leben seiner frischgebackenen Eltern oft völlig um, egal welche Herkunft die Eltern haben. Glück und Freude wechseln sich ab mit Unsicherheit und Ratlosigkeit: Warum weint unser Baby? Wann schläft es endlich durch? Wie können wir unser Kind fördern? Wie bekommen wir Kind und Beruf unter einen Hut? Die Antwort des Berliner Arbeitskreises Neue Erziehung (ANE) auf diese Fragen sind die ANE-Elternbriefe, die sowohl in deutscher Sprache als auch für Eltern mit türkischem Migrationshintergrund zweisprachig, türkisch-deutsch, vorliegen. Dudu Sönmezciçek, Pädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Redaktion der Elternbriefe, stellt das Konzept vor.



Bildmotive: Türkisch-deutsche Elternbriefe, Heft 10, S. 13, 15

bevormunden und ihnen die Entscheidung für den Umgang mit ihrem Kind abzunehmen.

Das heißt: Die türkisch-deutschen Elternbriefe

- zeigen Wege auf, wie Eltern ihre Kinder fördern und motivieren können, ohne sie zu überfordern,
- betonen den Stellenwert der Eltern-Kind-Interaktion in der Erziehung,
- informieren über Sprachentwicklung, beschreiben den Wert von Zweisprachigkeit und geben Anregungen zur Sprachförderung,
- verdeutlichen, wie wichtig ein respektvoller Dialog ist,
- geben Auskunft über die Bildungs- und Sozialisationsinstanzen,
- informieren über Unterstützungsmöglichkeiten und ermutigen zu ihrer Inanspruchnahme.

Standards der Elternbriefentwicklung

Um eine breite Akzeptanz bei den Migranteltern zu erreichen, wurden folgende Standards für ihre Entwicklung festgelegt:

- Die türkisch-deutschen Elternbriefe thematisieren die Lebensrealität türkischer Eltern vor dem Hintergrund ihrer Migrationserfahrungen und der sich aus dem Minderheitenstatus ergebenden Widersprüche.
- Sie sind ressourcenorientiert (keine Defizite!).
- Sie stärken die Handlungskompetenz der Eltern und tragen zu einem gleichwertigen Miteinander von Migranten und Aufnahmegesellschaft bei.

Thema Sprache

Sprache ist in den türkisch-deutschen Elternbriefen ein durchgängiges Querschnittsthema und wird auf unterschiedliche Weise berücksichtigt. Zum einen erfahren die Erwachsenen eine besondere Wert-

schätzung ihrer eigenen Sprache: Das von den Autoren der türkisch-deutschen Elternbriefe verwendete Türkisch knüpft an die literarische Sprache an und vermittelt beim Lesen die Schönheit, den breiten Wortschatz und den richtigen Gebrauch der eigenen Herkunftssprache. Zum anderen wird auf die für Eltern wichtige Sprachentwicklung und -förderung in einzelnen Elternbriefen gesondert eingegangen. Eltern finden Informationen zu den Fragen:

- Wie lernt mein Kind sprechen?
 - Ist seine sprachliche Entwicklung altersentsprechend?
 - Wie soll mein Kind aufwachsen? Soll es beide Sprachen lernen oder nur eine?
 - Wie kann ich mein Kind fördern?
 - Welche Probleme können auftauchen – wie kann ich sie lösen?
- Die Informationen und Anregungen, die Eltern zu diesen Fragen erhalten, finden sich –altersspezifisch aufbereitet – in unterschiedlichen Elternbriefen wieder. Eben darin liegt die zielgruppenorientierte Unterstützung durch Elternbriefe: Eltern erhalten keine „Abhandlung“ über Sprachentwicklung und Sprachförderung, sondern konkrete Antworten auf die Fragen, die sich für sie zu einem bestimmten Entwicklungszeitpunkt ihres Kindes stellen.

Zielgruppen- und Bedarfsanalyse

Um herauszufinden, welches die dringlichsten Fragen sind, die türkische Eltern mit kleinen Kindern beschäftigen, wurden vom ANE in einer umfassenden Elternbefragung insgesamt circa 1.000 Interviews durchgeführt, davon 100 Tiefeninterviews.

Die Ergebnisse dieser Befragung und die Bedarfe, die aus dem Minderheitenstatus und der Heterogenität von Familienkonstellationen

herrühren, wurden wissenschaftlich untermauert durch

- bundesweite empirische Erhebungen und Gruppeninterviews durch das Zentrum für Türkeistudien sowie qualitative Gruppenbefragungen und familiäre Situationsanalysen von C. Treppete (Broschüre: „Ein Kind ist wie ein Diamant...“, Gespräche mit türkischen Familien in Deutschland über Erziehung und erzogen werden)
- Hintergrundanalysen zu den Themen
- Spracherwerb und Sprachentwicklung,
- Meinungen und Bilder, die Mitarbeiter in Erziehungseinrichtungen für Kinder von Eltern und Kindern türkischer Herkunft haben,
- Binnenmigration in der Türkei,
- Migrationsbedingter Wandel in türkischen Familien und seine Auswirkungen auf Eltern-Kind-Beziehungen und Erziehungsverhalten und
- zur Rolle der Religion in der Erziehung.

Die von den Eltern genannten Schwerpunktthemen sowie die evaluierten Daten und Ergebnisse sind in die inhaltliche Entwicklung der Elternbriefe eingeflossen und bilden den Kern der pädagogischen Aussagen und Orientierungen.

Rezeptions- und Akzeptanzanalyse

1998 und 2001 führte das Zentrum für Türkeistudien zwei empirische Erhebungen zu den Erziehungsvorstellungen türkischer Eltern in Deutschland sowie zur Rezeption der türkisch-deutschen Elternbriefe durch. In diesem Zeitraum stieg die Zustimmung zu dieser Art der schriftlichen Information auf über 85 Prozent. 75 Prozent der Eltern stimmten mit den durch die Elternbriefe transportierten Fragen und

Erziehungseinstellungen überein. Der zweisprachige Ansatz wurde als Zeichen der Wertschätzung durch die Mehrheitsgesellschaft verstanden. Über 70 Prozent der Befragten identifizierten sich mit der Geschichte der Protagonistenfamilie und wollten wissen, wie die Geschichte weitergeht. Der narrative Stil entspricht der türkischen Tradition, Geschichten in einer bildreichen Sprache zu erzählen.

Die Anpassung an diese Lesegewohnheiten der Zielgruppe hatte zur Folge, dass etwa 60 Prozent der Eltern, die die Elternbriefe erhielten, sie auch vollständig gelesen haben.

Verteilung

Nicht nur weil sie an Rezeptionsgewohnheiten türkischstämmiger Eltern anknüpfen, sondern auch wegen des langjährig bewährten Verteilernetzes sind die türkisch-deutschen Elternbriefe eines der wenigen Instrumente, mit denen die Zielgruppe frühzeitig und nachhaltig erreicht werden kann.

Die ANE-Elternbriefe werden vorrangig von Jugendämtern verteilt. Darüber hinaus werden die Briefe bundesweit von einzelnen Personen bzw. Organisationen (Migrationsbeauftragte, Migrationsbeiräte, RAAs, Freie und kommunale Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsstellen, Kindertagesstätten u.a.) nachgefragt.

Dudu Sönmezciçek

Bestellt werden können die deutschen wie die türkisch-deutschen Elternbriefe beim
Arbeitskreis Neue Erziehung e.V.
Boppstraße 10, 10967 Berlin
Tel.: (030) 25 90 06 41
Fax: (030) 25 90 0650
E-Mail: ane@ane.de

Impressum

Herausgeber und Vertrieber:
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Tel. (0211) 31096-0, Fax (0211) 31096-69
Internet: www.akademie-ogw.de
Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
Ellen Steinbach (v.i.S.d.P.),
E-Mail: steinbach@akademie-ogw.de
Petra Münstedt
E-Mail: muenstedt@akademie-ogw.de
Carsten Rumpelting
E-Mail: carsten.rumpelting@web.de

Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-ogw.de

Anzeigen
Ellen Steinbach
Druck: WAZ Druck, Duisburg
Auflage: 4300, Ausgabe: November 2008
Erscheinungsweise: vierteljährlich

Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 1/2009 ist der 2. Januar 2009
Beiträge für den Blickpunkt bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Blickpunkt-Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten.
Nachdruck auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165