

# Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Interview mit Jürgen Harke  
**Frühförderung bei Hör- und Sprachstörungen**  
Seite 3

Das Bremer „Afrika-Projekt“  
**Ein Beispiel für kultursensible Präventionsarbeit**  
Seite 4/5

Herbert J. Süßmeier  
**Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**  
Seite 8

## Qualitätssicherung in der Begutachtung – eine unverzichtbare Aufgabe

Es war eine Nachricht am Rande, doch fast alle Presseorgane griffen sie auf. Kanzlerin Angela Merkel berichtete nach der Wahl des Bundespräsidenten in geselliger Runde, dass sie sich 1990 beim Bundespresseamt beworben hatte, aber am „Amtsarzt“ scheiterte. Wegen ihres hohen Blutdrucks sei sie für den bundesdeutschen öffentlichen Dienst nicht geeignet. Was blieb ihr also anderes übrig, als nach einer Alternative zu suchen und in die Politik zu streben? Eine nette Anekdote, die wir gerne dem folgenden Artikel zur Qualitätssicherung in der Begutachtung voranstellen, weil sie zweierlei deutlich macht: zum einen, welch weit reichende Entscheidungen sich auf gutachterliche Aussagen stützen und zum anderen, wie schwierig es ist, eine Prognose zum Leistungsvermögen auf unabsehbare Zeit hin zu treffen. Thomas Hilbert, Leiter des sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene am Gesundheitsamt in Bremen, ist sich der Problematik und der damit einhergehenden hohen Verantwortung bewusst. Das Resümee seines Artikels: Auch wenn äußere Bedingungen und andere Einflussfaktoren es nicht leicht machen – Qualität und Qualitätssicherung muss für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein zentrales Anliegen bei der Begutachtung sein.

Das Thema Qualität bewegt alle Kolleginnen und Kollegen, die mit der Begutachtung befasst sind. Dabei ist die Qualität von Gutachten stets unter mehreren Aspekten zu diskutieren und zu sichern: erstens innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seinen über 400 Gesundheitsämtern, zweitens in der Beziehung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den anderen Diensten wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Sozialmedizinischen Diensten des Rentenversicherungsträgers, dem Ärztlichen Dienst der Arbeitsagenturen und drittens mit und gegenüber den Auftraggebern. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt in diesem Zusammenhang ist, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in seinen Strukturen und Aufgaben extrem heterogen ist, fachlich und politisch dezentral operiert und gesteuert wird. Damit fehlt eine zentrale Instanz, die bundesweit wirksame Empfehlungen oder Leitlinien für definierte gutachterliche Aufgaben entwickeln und vor allem durchsetzen könnte.

Zentral entwickelte fachliche und administrative Vorgaben für die gutachterliche Tätigkeit einschließlich Qualitätskontrollen sind hingegen Realität bei der Deutschen Rentenversicherung,

beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen und bei der Arbeitsagentur. Die Gesundheitsämter müssen diese Vorgaben nicht nur kennen, sondern teilweise auch anwenden, beispielsweise bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Sozialgesetzbuch XII und XI) oder bei der Begutachtung der Erwerbsminderung im Rahmen des Sozialgesetzbuchs II.

### „...es geht um nicht mehr und nicht weniger als unabhängige ärztliche Identität, um Glaubwürdigkeit der Gutachterinnen und Gutachter“

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuchs II ist 2005 erstmals die interessante Situation eingetreten, dass zwei verschiedene „Gutachternkulturen“ – Ärztliche Dienste der Arbeitsagentur auf der einen Seite und Gesundheitsämter auf der anderen Seite – identische Aufgaben zu erledigen haben und Ergebnisse der Begutachtung zur Erwerbsminderung damit unmittelbar verglichen werden können.

Beide Ausgangssituationen – zentral gesteuerte und verantwortete Vorgaben versus heterogene Aufgabenwahrnehmung – haben Schwächen und Stärken. Zur Illustration seien zwei Fallkonstellationen vorgestellt.

Im ersten Fall hat der amtsärztliche Gutachter einen 49jährigen

Mann, Empfänger von Arbeitslosengeld 2, zur Frage der vollständigen Erwerbsminderung zu begutachten. Der Patient leidet an einer schweren respiratorischen Insuffizienz mit kardialen Komplikationen und steht auf der Warteliste für eine Lungentransplantation. Das Gutachten kommt zum Ergebnis, dass das Leistungsvermögen bei unsicherer Prognose auf nicht

absehbare Zeit aufgehoben ist. Das Gutachten führt über Zwischenschritte zur Frage der Grundsicherung, was wiederum der Ärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers zu begutachten hat. Dessen Gutachterin hält auf der Basis der identischen medizinischen Unterlagen eine Erwerbstätigkeit jedoch noch für möglich, weil eine baldige Lungentransplantation die Leistungsfähigkeit des Patienten wiederherstellen könnte. Wohlgeachtet: Die Definition der Erwerbsminderung ist für die beiden Rechtskreise des Sozialgesetzbuchs II und des Sozialgesetzbuchs VI absolut identisch.

Dass hier zwei ganz verschiedene Begutachtungstraditionen mit unterschiedlichen Sichtweisen

aufeinander treffen mit Ergebnissen, die verschiedener nicht sein könnten, hat der Gesetzgeber in seiner Weisheit bedacht und das Institut des „Divergenzgutachtens“ geschaffen, das dem ursprünglichen Gutachter im Gesundheitsamt oder bei der Arbeitsagentur den Ball zur abschließenden Stellungnahme wieder zuspielt. So genannte Divergenzgutachten sind übrigens kein neues Phänomen, sondern spielen an der Schnittstelle zwischen dem Sozialgesetzbuch III und dem Sozialgesetzbuch VI schon länger eine Rolle.

Im zweiten Fall geht es um eine scheinbar einfache, in Gesundheitsämtern häufig vorkommende, aber umso schwerer zu lösende Fragestellung. Eine 27jährige Frau soll nach Ende des Referendariats in den Schuldienst der Stadt A übernommen und auf Lebenszeit verbeamtet werden. Eine vorausgegangene amtsärztliche Untersuchung in Stadt B in einem anderen Bundesland hatte nicht zu medizinisch begründbaren Bedenken geführt. Während des Referendariats war es zu einem schweren Partnerschaftskonflikt gekommen, zu dessen Bewältigung die junge Frau psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahm. Darüber berichtet sie freimütig in der Exploration. Den Wechsel in die Stadt A versteht sie auch als Neubeginn. Die um einen Bericht gebetene Psychotherapeutin schreibt von einer mittelschweren

depressiven Episode, die sich bereits bessere, und die Prognose der als länger dauernd eingeschätzten Behandlung sei gut. Was könnte das Ergebnis der amtsärztlichen Untersuchung sein, die ja zu einer langjährigen Prognose kommen muss, und nach welchen Kriterien könnte es zustande kommen? Die Antwort soll bewusst offen bleiben.

Während es im ersten Beispiel um unterschiedliche Ergebnisse bei gleicher medizinischer Sachlage und bei identischer, gesetzlich fixierter Definition des zu begutachtenden Sachverhaltes geht, wird im zweiten Beispiel das Dilemma deutlich, bei einer individuellen Problemlage mit offenem Ausgang eine zutreffende gutachterliche Aussage treffen zu müssen, auf die der Auftraggeber eine weitreichende Entscheidung stützt. Eine brauchbare Definition dessen, was als gesundheitliche Eignung für den Beamtenstand anzusehen ist, gibt es bekanntlich nicht. Die Interpretationsspielräume sind weit: Adipöse Kandidaten werden in einem Landkreis verbeamtet, im zweiten Landkreis nicht und in einem dritten nur nach Bewertung ergänzender Befunde. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen stoßen unter Betroffenen begrifflicherweise auf Unverständnis, führen subjektiv zu chronischem Unbehagen unter den Kolleginnen und

Fortsetzung auf Seite 2



Die Mitarbeiter des „Afrika-Projektes“: Martin Taschies, Lynda Cromwell, Virginie Kamche, Robert Koami Akpabli, Romaricson Alogno, Festus Ayegbussi. Sie stehen für eine beispielhafte Präventionsarbeit, die 2008 beim Bundeswettbewerb Aidsprävention ausgezeichnet wurde. Mehr zu dem Projekt auf den Seiten 4 und 5.

## Neu berufen

(es) Erika Sievers, Kinderärztin an der Akademie, ist als neues Mitglied in die Nationale Stillkommission berufen worden. Die Ernennung erfolgte für drei Jahre durch den Präsidenten des Bundesinstituts für Risikoforschung, der damit ihre Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Säuglingsernährung und der Spurenelementforschung würdigte. Aufgabe der Nationalen Stillkommission ist es, das Stillen in der Bundesrepublik zu fördern, die Bundesregierung zu beraten sowie Richtlinien und Empfehlungen zu formulieren. Eine aktuelle Veranstaltung zum Thema Stillen bietet die Akademie am 9. und 10. September in Düsseldorf an.

## Schweinegrippe

(PM) Ein neuer Flyer – herausgegeben von der Integrationsbeauftragten – informiert in zehn verschiedenen Sprachen über die so genannte Schweinegrippe. In leicht verständlicher Form wird erläutert, wie man sich vor einer Ansteckung mit dem Virus H1N1 schützen kann und was bei einer Infektion mit der Neuen Grippe zu beachten ist. Der Flyer wurde in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut, dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover erstellt. Er steht ab sofort zum Download bereit: [www.integrationsbeauftragte.de](http://www.integrationsbeauftragte.de)

## Entwicklungsscreening SOPESS

(PM) Rechtzeitig für die Einschulungsuntersuchungen ab Herbst 2009 steht dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen das neue Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen und Arbeit (LIGA) in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Diagnostik der Universität Bremen und Vertretern aus den unteren Gesundheitsbehörden Nordrhein-Westfalens entwickelt. Es soll das seit 2003 eingesetzte Screening S-ENS künftig ersetzen. Im Gegensatz zum alten

Verfahren berücksichtigt es das vorgezogene Einschulungsalter in Nordrhein-Westfalen. Neu sind die Aufgabenbereiche zur selektiven Aufmerksamkeit und zum Zahlen- und Mengenvorwissen. Auf einer Fachtagung des LIGA am 23. Juni 2009 wurde das neue Screening den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten vorgestellt. Mit dem neuen sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening ist gewährleistet, dass Einschüler künftig in allen schulrelevanten Teilleistungsbereichen standardisiert und dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechend untersucht werden.

Kontakt: Klaus.Simon@liga.nrw.de

## Mittagessen in Ganztagschulen

(es) Keine gute Note kann die Ernährungswissenschaftlerin Inga Ebeler den Schulen im nordrhein-westfälischen Kreis Warendorf für ihre Mittagsverpflegung geben. Im Rahmen eines vom Gesundheitsamt initiierten Pilotprojekts überprüfte Inga Ebeler im Sommer 2008 die Qualität der Mittagsverpflegung exemplarisch an vier Ganztagschulen der Primarstufe. Das ernüchternde Ergebnis der empirischen Untersuchung: Keine der getesteten Schulen erfüllte die „Qualitätsstandards für die Schul-

verpflegung“, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2007 festgelegt hat. Zu beanstanden waren sowohl das Angebot – zu selten Vollkornprodukte, frisches oder tiefgekühltes Gemüse, zu wenig Seefisch, kein tägliches Obstangebot, zu häufig Fleisch – als auch die laufenden Wiederholungen eines Menüs oder einzelner Komponenten sowie falsche Ausgabemperaturen. Viele Mängel seien – so Inga Ebeler – leicht zu beheben. So setzen Fehler und Unwissen bei der Zubereitung und in der Warmhaltephase die Qualität in hohem Maße herab. Darüber hinaus gelte es aber auch, über den Einsatz ernährungskundiger Fachkräfte nachzudenken. Ein weiteres Ergebnis der Studie betrifft die Qualitätsstandards der DEG. Sie seien zum Teil nicht ausreichend praxisorientiert und deshalb für eine aussagekräftige Zertifizierung bislang nicht geeignet.

Kontakt: inga.ebeler@gmx.de

## Das psychologische Gutachten des Heilpraktikers

Heil- und Heilassistenzenberufe gehören zu den gesetzlich reglementierten Berufen. Hinsichtlich dieser Berufe möchte der Staat wissen, wer in dem Gesundheitsbereich tätig ist. Er regelt, welche Zugangsberechtigungen für diesen Berufsberuf bestehen. Deshalb bedarf der Anwärter auf einen Heilberuf einer behördlichen Erlaubnis oder Approbation, und er unterliegt einer umfassenden Meldeverpflichtung (Landesärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Bezirksregierung oder Gesundheitsamt). Spektakuläre Betrugsfälle wie der des Dr. Dr. Postels sind zum Glück die Ausnahme, mit einem nicht ganz alltäglichen Fall von Betrug in diesem Bereich musste sich aber kürzlich auch das Gesundheitsamt in Olpe auseinandersetzen. Es ging um die Frage, ob einer Person, die psychische Auffälligkeiten zeigte, die Schusswaffensammlung belassen werden konnte. Der Proband legte statt des geforderten psychologischen oder psychiatrischen Gutachtens ein Gutachten eines Heilpraktikers (eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie) vor. Dieses entsprach weder in Form noch im Inhalt den üblichen Standards. Vom Gesundheitsamt darauf hingewiesen, dass er nicht befugt sei, derartige Gutachten zu fertigen, legte der Heilpraktiker kurze Zeit später das gleiche Gutachten vor, nunmehr unterschrieben und gestempelt durch einen der Behörde unbekannt Dr. B., welcher vorgeblich über umfangreiche Facharztqualifikationen verfüge. Das Gesundheitsamt begann intensiver zu recherchieren und kam u.a. zu folgenden erstaunlichen Ergebnissen: Der Heilpraktiker führte einen US-amerikani-

schen Dokortitel. Die ausstellende „University“ gehört jedoch nicht zu den akkreditierten Hochschulen, sondern stellt eine reine Titelmühle ohne Lehrbetrieb dar. Seine nach altem Recht erfolgte „Ausbildung“ hat der Heilpraktiker an einem eher dubiosen, heute nicht mehr existenten Institut gemacht. Die damalige Ausbildung umfasste nicht die Bezeichnung „Psychologe“ oder „Psychotherapeut“. Der Heilpraktiker behauptete in seiner Praxisgemeinschaft tätig zu sein, zu der auch der Facharzt Dr. B. und ein Psychologe gehörten. Diese Praxisgemeinschaft ist jedoch seit vielen Jahren nicht mehr existent, was der in der Zwischenzeit mühsam ermittelte Facharzt bestätigte. Alles in allem Grund genug also für das Gesundheitsamt, nun einzuschreiten. Aufgrund der unzulässigen Führung eines US-amerikanischen Dokortitels sowie der Fälschung einer ärztlichen Stellungnahme wurde gegenüber der Polizei Strafanzeige gestellt. Eingeleitet wurde auch ein verwaltungsrechtliches Verfahren mit dem Ziel, dem Heilpraktiker die weitere Berufsausübung zu untersagen. Bei der Anhörung nahm der Fall dann eine für alle Beteiligten unerwartete Wendung: Der Heilpraktiker erklärte, in seinem Beruf nicht mehr tätig sein zu wollen, er gab seine Berufserlaubnisurkunde zurück und erklärte schriftlich seinen Verzicht. Freiwilling schaltete er seinen Internet-auftritt ab. Der Behörde blieben nach diesem erstaunlich konfliktfreien Ausgang nur noch Abschlussarbeiten – die Warnung anderer Gesundheitsbehörden.

Ingeborg Küßner/Siegfried Hanke, [s\\_hanke@kreis-olpe.de](mailto:s_hanke@kreis-olpe.de)

### Fortsetzung von Seite 1

Kollegen in den Gesundheitsämtern und objektiv zu Ungleichheit.

Das Verhältnis zu den Auftraggebern von Gutachten beeinflusst die Qualität von Gutachten auf ganz andere Weise. Bekanntlich begutachten Gesundheitsämter nicht in einem gesellschaftlichen Freiraum, sondern müssen rechtliche Rahmenseitungen und administrative Umgebungsbedingungen ihres Landes, Kreises oder ihrer Kommune kennen und einbeziehen. Die aber können sich ändern, auch wenn sich an der medizinisch und fachlich fundierten Beurteilung eines Zustandes eigentlich nichts ändert. Es besteht dann die nicht geringe Gefahr, gutachterliche Aussagen den geänderten Erwartungen anzupassen, was ziemlich sicher zu einem Qualitätsverlust führt. Erinert sei an die unter dem Druck nicht besetzter Lehrerstellen vor einigen Jahren in mehreren Bundesländern angehobene Altersgrenze für Verbeamtenungen und den jährlichen Verbeamtungswettbewerb der Länder untereinander. An viele Kolleginnen und Kollegen in Gesundheitsämtern ging damals die Botschaft, bei Gesundheitsstörungen bitte nicht ganz so genau hinzusehen...

Gefahr für die Qualität von Gutachten droht auch noch aus einer anderen Richtung. Analysiert man die Rechtsprechung zu strittigen Verbeamtungen oder vorzeitigen Versetzungen in den Ruhestand wird schnell klar, dass es für Gerichte buchstäblich auf den viel zitierten Einzelfall ankommt. Auf den ersten Blick kommt das dem ärztlichen Gutachter entgegen, der sich natürlich mit medizinisch geschultem Blick und Verstand ein Bild über einzelne Menschen mit ihrer individuellen Vorgeschichte und ihren individuellen Befunden macht. Auf den zweiten Blick trägt es zur Auflösung von sicher geglaubten fachlichen Positionen bei, die scheinbar nicht mehr zählen, wenn beispielsweise Verwaltungsgerichte eine ungünstige medizinische Prognose bei Verbeamtungsuntersuchungen juristisch „korrigieren“. Zwischen ärztlichem und juristischem Denken gibt es fundamentale Unterschiede, die man kennen und respektieren muss, aber es wäre ein grober Fehler, als Gutachter eine juristische Wertung zu antizipieren, sich ihr gleichsam zu unterwerfen, in dem man sich um für Patienten unangenehme Wahrheiten drückt.

Der Versuch, medizinisch fundierte Leitlinien und Standards für Gutachten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst heraus zu entwickeln, ist vor den hier skizzierten Umgebungsbedingungen dringend und unverzichtbar, denn es geht um nicht mehr und nicht weniger als unabgängige ärztliche Identität, um Glaubwürdigkeit der Gutachterinnen und Gutachter. Der Weg ist wegen der heterogenen Verfassung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mühsam, aber lohnenswert, wie sich unlängst an dem von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen moderierten Konsensusprozess zur Beurteilung der Adipositas bei Verbeamtung gezeigt hat.

Überregional arbeitende Qualitätszirkel, von denen es leider noch nicht allzu viele gibt, sind ein weiterer Baustein.

Wichtige Impulse sind von der angestrebten Bildung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erhoffen, über deren Gründung möglicherweise noch 2009 entschieden wird.

Thomas Hilbert  
[thomas.hilbert@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:thomas.hilbert@gesundheitsamt.bremen.de)

## Nachgefragt

Experten in Sachen Frühförderung: das Fachberatungsteam für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen aus Niedersachsen. Ihr Motto: „Sprache ist für die Menschen eine grundlegende Möglichkeit, mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten und Beziehungen aufzubauen. Das Hören gehört dazu. Daher sollten Auffälligkeiten früh erkannt, ergründet und aufgearbeitet werden“. Stellvertretend für das gesamte Team sprachen wir mit Jürgen Harke, Fachberater aus Osnabrück, über die Arbeit des Beratungsteams. Und wir baten ihn um eine Einschätzung zum Neugeborenen-Hörscreening – unserem Schwerpunktthema in der letzten „Blickpunkt“-Ausgabe.

**BP:** Herr Harke, wie sieht die Arbeit des Teams konkret aus? Mit welchen Problemen wendet man sich an Sie und wie können Sie helfen?

**J. Harke:** Unser Team bietet in den kommunalen Gesundheitsämtern regelmäßig Sprechtermine an. Dort werden uns in erster Linie Kinder mit erheblichen Hör- und/oder Sprachbehinderungen vorgestellt, die aufgrund ihres Störungsbildes einen teilstationären oder stationären Hilfebedarf haben. Grundlage für die Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe sind die Sozialgesetzbücher IX und XII; die Krankenkassen sind gemäß Sozialgesetzbuch V beteiligt.

Bei unseren Empfehlungen arbeiten wir eng mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter zusammen und können gemeinsam unterschiedliche Maßnahmen zum Wohle der Kinder wie etwa die Fortsetzung der logopädischen Therapie, die Aufnahme in einen Sprachheil- oder Hörgeschädigtenkindergarten beziehungsweise die Durchführung einer stationären Behandlung einleiten.

Nicht zuletzt bieten wir Fortbildungen in den Bereichen Hören und Sprachentwicklung an und wirken bei der Fachplanung auf Landesebene mit.

**BP:** Frau Lang-Roth vom Universitätsklinikum Köln hat im letzten „Blickpunkt“ dargelegt, was das Anliegen des Neugeborenen-Hörscreenings (NHS) ist und wie das Screening verläuft. Wie ist Ihre Sicht des Screenings? Macht es Sinn?

**J. Harke:** Die gesetzliche Einführung des NHS zum 1.1.2009 ist eine seit vielen Jahren von HNO-Ärzten, Pädaudiologen, Hörgeschädigtenpädagoginnen u.a. geforderte Maßnahme zur frühestmöglichen Erfassung von Hörschäden mit Hilfe von Screeninginstrumenten zur Messung der OAE (Otoakustische Emission) und/oder der ABR (Hirnstamm-Messung).

Die sensiblen Phasen der Hörbahnreifung vollziehen sich, wie Frau Lang-Roth in ihrem Artikel ja betont hat, innerhalb der ersten zwei Lebensjahre. Auch angesichts der möglichen Auswirkungen einer Hörstörung auf die Sprachkompetenz und die psychosoziale Entwicklung eines Kindes ist es wichtig, schnell zu reagieren. Das heißt: Je schneller ein Kind, falls notwendig, mit einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat versorgt wird, je früher die lautsprachliche Förderung einsetzt, desto besser sind seine Chancen auf eine gute Integration in sein soziales Umfeld, in die Gesellschaft und

später in die Arbeitswelt. Aus diesen Gründen war die gesetzliche Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings längst überfällig. Entscheidend für seinen Erfolg ist allerdings – wie so oft bei rechtlichen Neuerungen – die konsequente, sprich flächendeckende und effiziente Umsetzung als Bedingung für die frühe Einleitung der notwendigen Folgemaßnahmen.

**BP:** Der SPIEGEL prognostizierte in seiner Ausgabe 1/2009 ein organisatorisches Chaos und nur geringe Bereitschaft seitens der Eltern, notwendige Folgeuntersuchungen wahrzunehmen. Was macht Ihrer Meinung nach die Umsetzung schwierig?

**J. Harke:** Die genannte Verordnung zur Einführung des NHS ist, wie gesagt, nur eine gesetzliche Grundlage, die für seinen Erfolg bei weitem nicht ausreicht. Aus meiner Sicht ist weiterhin viel Aufklärung erforderlich, um Ärzte und Kliniken über das Screeningverfahren selbst



Logo der Fachberatung Hör- und Sprachstörungen

und seine Chancen zu informieren und den Eltern der zu screenenden Kinder Ängste zu nehmen und Vorbehalte abzubauen.

Bisher sind jedoch sowohl die organisatorischen Durchführungsbedingungen als auch das technische Instrumentarium von Land zu Land, von Region zu Region, von Klinik zu Klinik so unterschiedlich, dass von einheitlichen Standards beim Screening keine Rede sein kann. Insofern hat der SPIEGEL nicht ganz Unrecht. Das trifft ebenso für die Nachsorge beziehungsweise –kontrolle (das Tracking) und die finanziellen Aspekte (Kostenübernahme, Abrechnungsmodi) zu. Ich denke, dass dem Regelungsbedarf zur Vereinheitlichung der Qualitätsstandards nur durch mehr Information, verlässliche Finanzierungszusagen und klare Kompetenzen für das Follow-up sowie die Dokumentati-



Foto: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

v.l.n.r. (hinten): Joachim Achtehn, Manfred Flöther (Teamsprecher), Anselm Bajus, Jürgen Harke ; (vorne): Violetta Skrube, Anne Kuhn, Erich Schlüter

Das Fachberatungsteam gehört zum Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Die Mitarbeiter sind ausgebildete Lehrer mit einer zusätzlichen Qualifikation für das Lehramt an Schwerhörigen-, Gehörlosen- und Sprachbehindertenschulen. Alle haben langjährige berufliche Erfahrung in den entsprechenden Förderzentren und zudem eine sprachtherapeutische Ausbildung.

on Rechnung getragen werden kann.

Das setzt allerdings eine übergreifende Koordination unter Einbeziehung der Kliniken, der niedergelassenen Ärzte, der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als auch der Fördereinrichtungen für hörgeschädigte Kinder voraus. Am ehesten scheint mir das durch die zuständigen politischen Institutionen auf Landesebene möglich zu sein, wobei sicher aufgrund der bisherigen länderspezifischen Erfahrungen unterschiedliche Modelle denkbar sind. Bis zur bundesweiten Evaluation halte ich das schon für eine große gemeinsame Herausforderung, aber auch Chance im Interesse der Kinder. Positive Beispiele für die praktische Umsetzung des NHS gibt es genug.

**BP:** Könnte der Öffentliche Gesundheitsdienst hier eine unterstützende Rolle übernehmen?

**J. Harke:** Nach den bisherigen Erfahrungen reichen die derzeitigen personellen und technischen Ressourcen der Gesundheitsämter für eine organisatorische Einbeziehung und Koordination (z.B. Dokumentation und Tracking) nicht aus. Aber auch im Rahmen bestimmter Aufgaben der Gesundheitsämter wie seiner Zuständigkeit für Frühfördermaßnahmen, familienunterstützende Systeme, Familienhebammen und verschiedene Multiplikatoren kann der ÖGD einen kleinen Beitrag zur Information und damit zur möglichst umfassenden Umsetzung des Neugeborenen-Hörscreenings leisten.

**BP:** Der Deutsche Gehörlosen-Bund hat die Sorge, dass mit dem Fokus auf die medizinische und apparative Versorgung das Angebot der Gebärdensprache „unter den Tisch“ fallen könnte. Teilen Sie diese Sorge?

**J. Harke:** Die Sorge des Deutschen Gehörlosenbundes ist meiner Meinung nach unter verschiedenen Aspekten unbegründet. Der weitaus überwiegende Teil der Eltern hörgeschädigter Kinder sind ohnehin hörend, verfügen somit über die Lautsprache als familiäre

Erst-beziehungsweise Muttersprache und wünschen sich daher die Entwicklung einer lautsprachlich-hörgerichteten Kommunikationskompetenz für ihre Kinder.

Bei früher Diagnose (siehe Neugeborenen-Hörscreening) und anschließend schneller Versorgung mit einem Hörgerät oder Cochlea-Implantat haben auch hochgradig hörgeschädigte/gehörlose Kinder gute Chancen, eine weitgehend altersgemäße Hör-Sprachkompetenz (ausgehend vom Höralter) und normale sozial-emotionale, kognitive und motorische Fähigkeiten zu entwickeln. Voraussetzung ist immer eine positive Beziehungsebene Eltern-Kind, die Ausnutzung der sensiblen neurophysiologischen Phasen durch frühe sensorische Zuwendung und umfassende auditiv-verbale Anregungen als Grundlage der notwendigen Lernerfahrungen.

Die Frühförderabteilungen der Hörgeschädigtenschulen werden im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit nach ihrer Einbeziehung durch die zuständigen Stellen (Ärzte, Kliniken etc.) tätig. Sie stellen zunächst die Beratung der Eltern (Auffangen des Diagnoseschocks, Alltagsunterstützung im Umgang mit ihren Kindern, Kontakte zu anderen Institutionen usw.) in den Vordergrund ihrer Arbeit. Gleichzeitig wird behutsam die ganzheitliche Förderung des hörgeschädigten Kindes in den Mittelpunkt gerückt, wobei immer die umfassende Erziehungsverantwortung der Eltern berücksichtigt wird. Ebenso notwendig ist die kontinuierliche Einbeziehung der Erziehungsberechtigten in die begleitende Förderdiagnostik und hörtechnische Kontrolle. Auch sie findet in enger Kooperation und Absprache mit den betreuenden Ärzten, Frühförderstellen, Pädagogen statt. Die Frage des Einsatzes von Gebärdensprache in den genannten Fällen erst viel später, wenn beispielsweise nach Abschluss der sensiblen Hör- und Sprachentwicklungsphase trotz der Rehabilitation mit Hilfe einer optimalen längerfristigen Hör- und

Sprachförderung die Entwicklung zur Lautsprachkompetenz nicht gelingt. Gebärdensprachliche Angebote gehören zum Spektrum einer Frühfördereinrichtung. Entscheidend für die Planung der Fördermaßnahmen – mit oder ohne Gebärdensprache – ist immer das Eltern-Kind-Umfeld, (z.B. hörende oder hörgeschädigte Eltern, Migrationshintergrund, personelle Ressourcen etc.), aber auch die bei optimaler hörtechnischer Versorgung und guter Förderung zu verzeichnenden Entwicklungsfortschritte des hörgeschädigten Kindes in den Bereichen Hören/Sprache, sozial-emotionale Entwicklung, Wahrnehmung, Verhalten, Lernen usw.

Ein Zitat aus dem Erlass des Niedersächsischen Kultusministers zur „Sonderpädagogischen Förderung“ (2005) verdeutlicht die Zielsetzung der frühen Betreuung und Förderung hörgeschädigter Kinder: „Als zentrale Förderaufgabe gilt die Entwicklung des Hörens und der Lautsprache. Beim Kind müssen durch frühestmögliche Erziehung und Förderung die Voraussetzungen für das Hineinwachsen in die Lautsprache geschaffen werden. Um die Lautsprache zu erschließen, benötigt das Kind eine frühzeitige Versorgung mit technischen Hilfsmitteln und eine baldmöglichst beginnende Hör- und Spracherziehung. Die Sprachentwicklung und die hierfür notwendige Auswahl muttersprachlicher Mittel orientieren sich an den Zielen einer hörgerichteten Förderung.“

Wenn man den Anspruch der UNO-Menschenrechtskonvention auf Integration/Inklusion für Menschen mit Behinderung ernst nimmt, dann entspricht der beschriebene Weg dem Ziel einer möglichst selbstbestimmten Lebensweise. Er bietet den betroffenen Menschen mit einer Hörschädigung die notwendigen Voraussetzungen für die persönliche und berufliche Teilhabe in unserer Gesellschaft.

**BP:** Herr Harke, vielen Dank für dieses Interview.

Interview: Ellen Steinbach

# Das Bremer „Afrika-Projekt“ – ein Beispiel

Seit Mai 2004 gibt es in Bremen das so genannte „Afrika-Projekt“. Es ist aus dem Arbeitsschwerpunkt „Migration“ der AIDS/STD Beratung am Gesundheitsamt Bremen entstanden. Die Fokussierung auf die Gruppe der Afrikaner entwickelte sich aus den Erfahrungen in der Arbeit mit HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Afrikanern und aus der Erkenntnis, dass eine zielgerichtete Gesundheitskommunikation in der Präventionsarbeit kulturelle Bedingungen beachten muss, um effektiv zu sein („kultursensible Präventionsarbeit“). Als besonders vorteilhaft erwies sich dabei, dass das Bremer Gesundheitsamt in Robert Akpabli einen Mitarbeiter mit afrikanischem Migrationshintergrund für dieses Projekt gewinnen konnte. Seit 2007 wird das Projekt durch den Europäischen Flüchtlingsfond (EFF), die Deutsche AIDS-Stiftung und das Gesundheitsamt Bremen finanziert.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist bei Flüchtlingen in der Regel weniger vorausschauend als bei Bevölkerungsgruppen mit stabilerem Aufenthaltsstatus. Es ist daher sehr schwer, Flüchtlinge mit Präventionsarbeit zu erreichen. Wenn sich Flüchtlinge gesund fühlen, ist Prävention kein Thema und hat keine Priorität. Sie streben stattdessen danach, ihre aufenthaltsrechtlichen und finanziellen Bedingungen zu verbessern.

## Skepsis gegenüber Aufklärungsarbeit

HIV ist – wie auch in Deutschland – in den meisten afrikanischen Ländern ein Tabuthema. Die Flüchtlinge haben sich, wie Erfahrungen zeigen, häufig vorher noch nicht mit diesem Thema beschäftigt oder sie wurden bislang nicht damit konfrontiert. Manche hören hier das erste Mal von HIV/AIDS und sie denken, dass HIV/AIDS etwas mit Rassismus und Diskriminierung zu tun hat. Einige vermuten sogar, dass HIV/AIDS als Grund dafür verwendet werden könnte, um ihnen das Aufenthaltsrecht abzuspüren. Bei anderen ist Ärger darüber zu spüren, dass HIV/AIDS dazu genutzt wird, um Afrika weiter zu isolieren und an die letzte Stelle zu setzen. Diese Themen mussten – so Robert Akpabli – mit den Flüchtlingen zunächst einmal aufgearbeitet werden.

Erst die längerfristige Arbeit im Rahmen des Afrika-Projektes ermöglichte es, die Vorbehalte zu entkräften und zu nachhaltigen Ergebnissen zu gelangen, nämlich Offenheit gegenüber Prävention, Eigen-

und Fremdschutz und generell ein besseres Verständnis der HIV/AIDS-Problematik.

Das Projekt war von Anfang an als ein längerfristiger Prozess angelegt, in den die Afrikaner mit einbezogen werden sollten. Dafür wurden verschiedene Zugangswege, Aktivitäten und Strategien entwickelt, die durch den Kontakt und die Kommunikation mit der Zielgruppe immer wieder neu angepasst wurden.

## Ziele des Projekts

Vor dem geschilderten Hintergrund standen für das Afrika-Projekt folgende Ziele im Fokus:

- Entwicklung von Zugängen sowohl für die Prävention als auch für HIV-Infizierte und an AIDS erkrankte Menschen, damit diese die bestehenden Versorgungsangebote adäquat in Anspruch nehmen können.
- Erfolgreiche Begleitung/Betreuung von HIV-betroffenen Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund durch die Einbindung eines afrikanischen Projektmitarbeiters in die Betreuungsarbeit.
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung durch die Öffnung der afrikanischen Community für das Thema AIDS.
- Impulse für ein Klima der Solidarität mit den in Deutschland von HIV betroffenen Afrikanern setzen.
- Intensivierung der bisher geleisteten Präventionsarbeit für diese Zielgruppe.

Diese Ziele versucht das Afrika-Projekt durch eine spezifisch kul-

tursensible Komponente der Gesundheitskommunikation zu erreichen. Hierzu gehören ein Informations- und Aufklärungsteil, eine aufsuchende beziehungsweise „zuziehende“ Komponente und eine „sozialräumliche Intervention“. Im Einzelnen konnten seit 2004 u.a. die folgenden Maßnahmen umgesetzt werden:

## Informationsveranstaltungen

Ein wichtiger Bestandteil des Projektes sind Informationsveranstaltungen in Vereinen zum Beispiel der Nigerianer, Togoer, Kameruner etc, ferner in Kirchengemeinden oder auch in Afroshops. Diese werden abgestuft durchgeführt. Bei Erstkontakten wird Basiswissen zu HIV/AIDS vermittelt, bei weitergehenden Veranstaltungen werden Filme gezeigt, die die Lebenssituation von HIV-Infizierten im afrikanischen Lebenskontext darstellen. Die Filme dienen als Diskussionsgrundlage, um über die Solidarität mit HIV-Infizierten in der eigenen Community zu sprechen. Die Diskussionen verliefen sehr lebhaft und kontrovers und die Anwesenden konnten für die Lebenssituation von HIV-Infizierten Mitgliedern der Community sensibilisiert werden.

Informationsveranstaltungen in Asylantenheimen waren dagegen bisher nicht erfolgreich. Dort bestand bedauerlicherweise kaum Interesse für diese Thematik. Besser wurden die Informationsveranstaltungen in Wohnheimen für jugendliche Flüchtlinge angenommen.

## Aufklärungsarbeit durch Landsleute

Es war, wie die Projektverantwortlichen berichten, sehr schwierig, Multiplikatoren für das Projekt zu finden, da das Thema HIV/AIDS äußerst negativ besetzt ist. Letztlich gelang es jedoch, in Studentenkreisen Mitarbeiter zu finden, die das Projekt als Honorarkräfte unterstützen.

Die Multiplikatoren nutzen ihre Kontakte in ihrer jeweiligen Community, um die Mitglieder für das Thema HIV/AIDS zu sensibilisieren und Veranstaltungen vorzubereiten. Daneben unterstützen sie Robert Akpabli bei den Besuchen in den Afroshops, Diskotheken und bei sonstigen Veranstaltungen. Darüber hinaus entwickelten sie neue Ideen und Strategien.

Zum alljährlichen „Welt-AIDS-Tag“ am 1. Dezember verteilen die



Projektleiter Robert Akpabli und Lynda Cromwell, Multiplikatorin, informieren im Gottesdienst einer afrikanischen Gemeinde.

Multiplikatoren rote Schleifen in Afro-Shops und stellten dort Spendendosen der Deutschen AIDS-Stiftung auf. Die gesammelten Gelder waren für das Projekt „Dream“ der Deutschen AIDS-Stiftung in Mosambik bestimmt.

## Teilnahme an Gottesdiensten

Ein großer Teil der Afrikaner ist – darauf weist Robert Akpabli hin – sehr gläubig. Religion hat in ihrem Leben eine zentrale Bedeutung. Die Kirche bedeutet für sie Gemeinschaft, hier finden sie zu ihren kulturellen Wurzeln. Die Prediger genießen deshalb ein besonderes Ansehen und auch Vertrauen. Wenn diese einem Thema gegenüber aufgeschlossen sind, können sie ihre Gemeindeglieder dazu bewegen, ihnen in ihrer Haltung zu folgen. Daher ist der Kontakt zu afrikanischen Kirchengemeinden von besonderem Interesse und hoher Bedeutung. Um Veranstaltungen zu HIV und AIDS im Gottesdienst durchführen zu können, waren im Vorfeld viele und lange Gespräche mit den Predigern notwendig. Ein Grund dafür liegt in der konfessionellen Ausrichtung der etwa 25 bis 30 in Bremen ansässigen afrikanischen Kirchengemeinden. Sie sind ausschließlich charismatisch orientiert.

## Einstellung der Prediger ist entscheidend

Das sehr stark an der Bibel orientierte Leben der Charismatiker erschwert die Vermittlung von HIV-Präventionsbotschaften. Sex vor und außerhalb der Ehe ist nicht konform mit den Anforderungen der religiösen Lehre. Was nicht sein darf, gibt es demnach auch nicht. „In der Ehe ist man sich treu und Sex gibt es vor der Ehe nicht, daher gibt es keine Möglichkeit, sich mit HIV zu infizieren“, so die Aussage eines Predigers. Deshalb gelang ein Zugang auch nur in solchen Kir-

chengemeinden, in denen gemäßigte Priester tätig waren. Diese wurden dann zu wichtigen Schlüsselpersonen im Projekt.

Die Projektmitarbeiter erhielten in diesen Gemeinden die Gelegenheit, im Rahmen von Gottesdiensten umfassend über die Thematik zu informieren, ferner auf den internationalen Welt-AIDS-Tag hinzuweisen, Schleifen zu verteilen und Spenden zu sammeln. Mit diesen Aktionen wurde das Ziel verfolgt, auch in den afrikanischen Communities den „Welt-Aids-Tag“ und die rote Schleife als Zeichen der Solidarität für Menschen mit HIV/AIDS zu verankern.

## Begleitung/Betreuung von Menschen mit HIV/AIDS

Robert Akpabli begleitet mehrere HIV-infizierte Afrikanerinnen und Afrikaner. Er wird von ihnen akzeptiert und die Bindung der Klienten zur Beratungsstelle konnte durch diese Kontakte gefestigt werden. Er führt Besuche zu Hause und im Krankenhaus durch, begleitet Klienten zu Ämtern und Beratungsstellen. Diese intensive Unterstützung ist aber erst durch vielfältige vertrauensbildende Maßnahmen möglich geworden. Es sind übliche Rahmen einer professionellen Begleitung hinausgehen, wie gemeinsames Kochen oder auch ein Stadtbummel, der Besuch von Gottesdiensten oder eine Hilfestellung in ganz alltagspraktischen Dingen, wenn es zum Beispiel um die Bestellung von Ziegenfleisch oder geräuchertem Fisch geht. Solche gemeinsamen Aktivitäten haben Vertrauen aufgebaut und bedeuten praktizierte Solidarität.

Carsten Rumpelstin

Umfassendes Informationsmaterial ist bei den Projektmitarbeitern erhältlich.  
E-Mail: Robert.Akpabli@Gesundheitsamt.Bremen.de

# Ziel für kultursensible Präventionsarbeit

Die Blickpunkt-Redaktion sprach mit den Projektverantwortlichen, Robert Akpabli und Martin Taschies.

**BP:** Deutschland ist ein Land mit einem hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sind die häufigsten Ausländergruppen Türken, Bürger aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italiener, Polen, Griechen... Warum haben Sie gerade für die Gruppe der Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund ein besonderes Projekt gestartet?

**R. Akpabli:** Das Bremer Afrika-Projekt ist kein besonderes Projekt für besondere Menschen, sondern ein innovatives Projekt mit innovativen Ansätzen, Zugängen und Methoden. Aufgrund von fehlenden Informationen, Diskriminierungserfahrungen, unsicherem Aufenthaltsstatus, Angst vor Behörden oder Unkenntnis über das Gesundheitssystem ist die Zielgruppe schwer zu erreichen. Sie nehmen die verschiedenen Präventionsangebote nicht wahr und beteiligten sich sehr selten an Gesundheitskampagnen oder Projekten. Ein Großteil der von der Beratungsstelle begleiteten HIV-positiven Migranten stammt vom afrikanischen Kontinent. Für sie ist es äußerst schwierig, in ihrer Community über HIV und ihre Infektion zu sprechen. Um die Community für das Thema zu sensibilisieren – auch im Sinne der betroffenen Mitglieder – entstand das Afrika-Projekt.

## „Es gibt auch Mitglieder der Community die denken, ich sei ein „Spion“...“

**BP:** Herr Akpabli, Sie haben selbst einen afrikanischen Migrationshintergrund, stammen aus Togo. Inwieweit erleichtert Ihnen das den Zugang zu Landsleuten beziehungsweise zu anderen Bürgern mit afrikanischem Migrationshintergrund?

**R. Akpabli:** Da ich selber ein Teil der Community bin, die Probleme kenne, ihre Sprache spreche und weiß, in welchen Strukturen und Kategorien sie denken, erleichtert es mir den Kontakt. Aber natürlich gibt es auch Probleme, wenn beispielsweise Pastoren für die Themen nicht offen sind. Da braucht es dann viele, viele Gespräche um eine Veranstaltung in einer Kirchengemeinde durchführen zu können. Es gibt auch Mitglieder der Community die denken, ich sei ein

„Spion“, der die Daten der Afrikaner für die deutschen Behörden sammelt, diese Einschätzung erschwert dann den Zugang zu der Zielgruppe.

**BP:** Afrika ist ein riesiger Kontinent mit sehr vielen verschiedenen Ethnien. Kann man überhaupt von einer kulturellen Homogenität bei den in Bremen lebenden Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund ausgehen oder müsste man – übertrieben formuliert – zehn verschiedene „Afrika-Projekte“ starten?

**R. Akpabli:** Afrika ist ein riesiger Kontinent, es gibt viele Gemeinsamkeiten und viele Unterschiede. Unser Afrika-Projekt versucht, die vielen Gemeinsamkeiten für die Arbeit zu nutzen. In Deutschland gibt es auch Bayern und Ostfriesen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung macht eine Kampagne für ganz Deutschland. Es geht nicht darum, 54 (so viele Länder gibt es in Afrika) oder 5.000 (so viel Ethnien gibt es) Afrika-Projekte zu starten, aber man muss für die verschiedenen Ethnien mit verschiedenen Multiplikatoren und „Schlüsselpersonen“ zusammenarbeiten, die ihre spezifische Zielgruppe gut versorgen können.

**BP:** Ermöglicht der noch recht neue Schnelltest für das Afrika-Projekt neue Präventionsansätze? Setzen Sie ihn bereits ein und – wenn ja – auch in der aufsuchenden Arbeit?

**M. Taschies:** Zurzeit bieten wir

noch keinen Schnelltest an. Wir diskutieren gerade, ob und in welchem Setting der Test in der Beratungsstelle angeboten werden könnte. In der aufsuchenden Arbeit werden wir ihn nicht anbieten. Die Rahmenbedingungen müssen auch für den Schnelltest angemessen sein. Bei einem reaktiven Ergebnis sollte vor Ort sofort eine Venenpunktion für einen Bestätigungstest durchgeführt werden können.

**BP:** Wie gestalten Sie die Betreuung und Begleitung von HIV-infizierten Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund und inwieweit spielen religiöse Einflüsse eine Rolle bei Ihrer Arbeit?

**R. Akpabli:** Die Betreuung ist nur möglich, wenn man die folgenden zwei Punkte berücksichtigt: Vertrauen gewinnen und Beziehungen



**Auch bei Sportereignissen im Einsatz:  
Robert Akpabli beim Africa-Cup, einem Fußballturnier in Bremen**

pflegen. Der HIV-Infizierte muss sicher sein, dass ich ihn nicht aufgrund der Infektion diskriminiere und dass ich nicht seine Infektion in der Community bekannt mache. Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten spielen in afrikanischen Communities eine größere Rolle als in der deutschen Gesellschaft. Gleichzeitig sind Afrikaner in der Regel stärker gemeinschaftlich orientiert als Deutsche. Die Pflege der Beziehung bedeutet, dass in vielen Lebenslagen geholfen wird, bei Behörden, der Krankenkasse, Schulproblemen der Kinder etc. Es lässt sich manchmal schwer zwischen professioneller Hilfe und privater Unterstützung trennen. Religion hat einen großen Einfluss auf meine Arbeit, da Afrikaner in der Regel sehr religiös sind. Ich arbeite oft mit charismatisch orientierten Kirchengemeinden zusammen und muss ihre Argumente kennen. Viele Afrikaner sind in diesen Kirchengemeinden organisiert und der Gottesdienst ist der Ort, an dem sie sich treffen. Hier ist eine gute Gelegenheit, um unsere Präventionsbotschaften zu den Mitgliedern zu bringen.

**BP:** Wie gestalten Sie die Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Projekt? Erreichen Sie darüber eine verbesserte Akzeptanz der deutschen Bevölkerung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund und zum Thema HIV/AIDS?

**M. Taschies:** Wir veröffentlichen Pressemitteilungen und Interviews, wir gestalten Flyer, Infotische und führen Veranstaltungen durch und stellen auf Fachkongressen das Projekt vor.

**R. Akpabli:** Ich bin in der nationalen Arbeitsgruppe von Aids und Mobility, vertrete dort das Afrika-

Projekt und biete Fortbildungen für die Deutsche Aidshilfe zum Thema HIV-Präventionsarbeit für und mit Migranten an. Die Tatsache, dass ein Migrant bei der Umsetzung des Projektes in einem Amt tätig ist, hat

pekte der Kultursensibilität, zum Beispiel Mehrsprachigkeit von Aufklärungsmaterialien, hinausgehen. Dazu gehören der intensive Einsatz von Multiplikatoren aus der Community und eine aufsuchende, an

## „Die Zusammenarbeit mit den afrikanischen Kirchengemeinden war ein sehr großer Erfolg.“

schon viel bewirkt an gegenseitigem Verständnis und kultureller Bereicherung. Es ist wichtig, dass sich Migranten professionalisieren können.

**BP:** Das „Afrika-Projekt“ wird vom psychologischen Institut der Universität Oldenburg evaluiert. Gibt es bereits erste (Zwischen-) Ergebnisse?

**M. Taschies:** Ja, zum Beispiel wurde die besondere Bedeutung der Arbeit der Multiplikatoren herausgestellt. Als ein wesentlicher Baustein des Projektes wurde die Einbeziehung von Schlüsselpersonen – im Sinne der Partizipation – bei der Erarbeitung von Präventionsstrategien und der Vermittlung von Botschaften erkannt. Ergebnisse der Pilotstudie zeigen die Komplexität einer kultursensiblen und bedürfnis- und ressourcenorientierten HIV/AIDS-Prävention und Betreuung. Insbesondere die Ressourcen der Zielgruppe spielen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung des Zugangs zum Versorgungssystem. Nur unter Nutzung der Ressourcen, wie sie sich beispielsweise in der besonderen Dichte der Netzwerke ausdrücken, ist es möglich, Zugänge herzustellen, die über reine Oberflächenas-

der Lebenswelt der Afrikaner in Bremen ausgerichtete Arbeit. Dazu gehört auch eine interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems selbst. Es sollte Integration und Teilhabe als Ziele verfolgt und eine Erreichbarkeit der Angebote für alle Menschen in Deutschland – unabhängig von ihrer Herkunft – ermöglicht werden.

**BP:** Was ist für Sie persönlich der bisher größte Erfolg des Projektes und was wünschen Sie sich, um die von Ihnen geleistete Präventions- und Betreuungsarbeit zukünftig noch besser ausgestalten zu können?

**R. Akpabli:** Die Zusammenarbeit mit den afrikanischen Kirchengemeinden und die Diskussion über HIV/AIDS in den Kirchen waren bisher ein sehr großer Erfolg. In deutschen Kirchengemeinden ist diese Diskussion im Gottesdienst bis heute kaum vorstellbar. Als weiteren Erfolg sehe ich, dass HIV-positiv Afrikaner mich in der Begleitung akzeptieren. Ich wünsche mir dauerhaft gesicherte Finanzmittel, damit diese Präventionsarbeit nicht nur ein Projekt bleibt, sondern langfristig und kontinuierlich durchgeführt werden kann.

Interview: Carsten Rumpelint



## Gesunder Start ins Leben



Wie kann die gesunde Entwicklung eines Kindes gezielt gefördert und unterstützt werden?

37 Beiträge von Experten zeigen in diesem Buch die verschiedenen Aspekte der Kindergesundheit von der Geburt bis ins Schulalter. Dabei wird nicht nur das medizinische Vorsorgeangebot betrachtet, z. B. die Schwangerendiagnostik, die Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9, J1) oder die Impfungen, sondern auch das psychologische und sozialpädagogische Angebot von Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Als ein Beispiel wäre hier die unterstützende Betreuung durch Familienhebammen zu nennen. Auch die Förderung der Kinder im familiären Umfeld durch gesunde Ernährung, geeignete Spiele oder Bewegung wird angesprochen. Das Buch ist klar und übersichtlich gegliedert. Beispiele erfolgreicher Präventionsmaß-

nahmen sind ebenso zu finden wie wissenschaftliche Beiträge zur Epidemiologie der Versorgung von Kindern im Krankenhaus, zur Arzneimitteltherapie bei Kindern oder zu Ursachen und Häufigkeit von Unfällen im Kindesalter. Nach jedem Beitrag findet der Leser ein „Fazit für die Praxis“ mit konkreten Anregungen oder Aufträgen an Gesellschaft und Politik.

Dieses Buch richtet sich an Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Betreuer. Es ist aber ebenfalls lesenswert für interessierte Eltern, die mehr erfahren wollen über die Notwendigkeit der Schwangerenvorsorge, einer entsprechenden Ernährung werdender Mütter, der Impfprophylaxe, der Frühdiagnostik, z. B. von Sprachentwicklungsstörungen, und über vorhandene Hilfsangebote.

Für eine Vertiefung einzelner Themen dienen die aktuellen und umfangreichen Literaturhinweise am Ende der Beiträge. Zahlreiche Krankheiten, die erst später auftreten, ließen sich verhindern oder verringern, wenn sie im Kindesalter frühzeitig erkannt würden. Das Buch bietet notwendiges Wissen, um Eltern zu beraten und frühe Entlastungs- und Unterstützungsangebote zu vermitteln.

Petra Münstedt

Eva M. Bitzer u. a. (Hrsg.)  
**Kindergesundheit stärken.**  
Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung.  
Berlin, Heidelberg: Springer Verlag  
2009, 343 S., 44,95 EUR  
ISBN 978-3-540-88046-2

## Zwischen Himmel und Erde



nachgegangen, wie Verwesungsstörungen ermittelt werden können und wie diese zu bewerten sind. Für Mitarbeiter der Gesundheitsämter, die im kommunalen Umwelt- und Gesundheitsschutz tätig sind, ist dieses Fachbuch zweifelslos interessant und aufschlussreich.

Petra Münstedt

Albrecht, Michael Carl  
**Bodenkundlich-hygienische Untersuchung von Friedhofsflächen.**

Verwesungsstörungen auf dem Friedhof, Dokumentation und Ursachenermittlung.

Hrsg.: Institut für Bodenkunde der Leibniz-Universität Hannover.

Tönning, Lübeck: Der Andere Verlag 2009, 216 S., 29,90 EUR

(Horizonte, Bd. 22)

ISBN 978-3-89959-825-4

hören ebenso beteiligt wie bei der damit verbundenen Festlegung der Ruhefristen bzw. Liegezeiten. Es sind vornehmlich auch die Gesundheitsämter, die die schriftliche Genehmigung zur Ausgrabung oder Umbettung einer Leiche bzw. der Urne eines Verstorbenen erteilen. Die Festlegung der Ruhefristen ist abhängig von der bodenkundlichen Beurteilung und dem Nachweis über die Verwesung im Boden und findet Eingang in die Friedhofsordnungen. Dem Boden kommt deshalb eine zentrale Rolle bei der Bewertung für die Friedhofsnutzung zu. Während z. B. das Sargmaterial, die Sargausstattung, die Bekleidung sowie die Grababdeckung beeinflussbare Größen sind, ist die Bodenbeschaffenheit nicht veränderbar. Das Auftreten von Verwesungsstörungen kann die Bewertung aus hygienischer und bodenkundlicher Sicht und somit die zeitliche und räumliche Planung von Friedhöfen maßgeblich in Frage stellen. Die vorliegende Buchveröffentlichung ist zugleich auch die Dissertation des Agraringenieurs Michael Carl Albrecht. Der Autor ist öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Bodenbewertung im Bereich Friedhof und als Experte zu diesem Thema auch als Dozent in der Ausbildung der Hygienekontrollenure tätig. Das Buch beschäftigt sich u. a. mit den Ursachen von Verwesungsproblemen, dem Einfluss des Bodens und anderer Faktoren, wie z. B. Wasserdurchlässigkeit, Luftkapazität, Bestattungsmonat oder Liegedauer. Anhand von Untersuchungen bei Graböffnungen auf Friedhöfen wird der Frage

## Internet-Tipp

[www.aid.de](http://www.aid.de)

Der aid ist ein gemeinnütziger Verein, der mit öffentlichen Mitteln gefördert wird und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Er bietet auf seinen Internetseiten praxistaugliche Medien an, die auch für die Gesundheitsämter von Interesse sind. Die Informationen betreffen insbesondere die Themen: Ernährungskunde, Landwirtschaft, Verbraucherschutz, Lebensmittelkunde und Gesunde Schule. Geboten wird verständliches Basiswissen für Verbraucher, Hintergrundinformationen für Lehrer und Multiplikatoren und Journalisten sowie Lernspiele für Kinder und Jugendliche. Für Projekte und Unterricht können die zielgruppenorientierten Broschüren und Poster auch in gedruckter Form bestellt werden. Viele der Medien stehen zum Download zur Verfügung. Besonders erwähnenswert ist die „Schulseite des aid“. Dort geht es um die Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen und Kindertagesstätten. Die weiterführenden Hinweise, Internetadressen und Materialien sind vor allem für gesundheitsfördernde Projekte hilfreich.

mün

## Küchenhygiene als Krimi

Wieder ein Film zur Hygiene, könnte man sagen, aber dieser Film unterscheidet sich von den anderen in einigen Punkten: Er bezieht sich auf einen speziellen „Anlass“, den Ausbruch einer Infektionskrankheit in einer „Küche zur Gemeinschaftsverpflegung“. Dass durch ein Nicht-Beachten der Hygieneregeln Menschen zu Schaden kommen können, will dieser Film deutlich machen. Welche Fehler sind gemacht worden, welche Hygieneversäumnisse führen zum Tatbestand? Aufgrund des vorliegenden Krankheitsausbruches nimmt der „Kommissar“, ein externer Prüfer eines Hygieneinstituts, das Hygienemanagement der Küche einmal genauer unter die Lupe. Dabei werden die wichtigsten Maßnahmen zur Lebensmittelsicherheit kurz und prägnant dargestellt: Maßnahmen der Personal- und der Produktionshygiene (z. B. verschiedenfarbige Schneidebretter etc.) sowie die HACCP-Grundsätze am Beispiel der Temperaturkontrolle und der Dokumentation u. a. Des Weiteren beschäftigt sich dieser Kurzfilm mit



den Film zu besprechen. Hierbei sollten die Fachleute des Gesundheitsamtes die wichtigsten Punkte noch einmal erläutern und vor allem nachfragen, ob die Maßnahmen verstanden worden sind. Die DVD gibt es auch mit Untertiteln in verschiedenen Sprachen (Englisch, Französisch, Türkisch, Polnisch, Russisch, Arabisch, Portugiesisch, Spanisch). Ein detailliertes Begleitheft ist diesem Videofilm beigelegt.

Andrea Quenzer  
quenzer@akademie-oegw.de

der Nachverfolgbarkeit des Krankheitsausbruches und greift z. B. das Thema der Untersuchung von Stuhl- und Lebensmittelproben auf. Über den Befund der Proben wird letztendlich die Ursache des Ausbruches gefunden: Der Fehler im Hygienemanagement kann aufgedeckt werden.

Der Film ist so angelegt, dass er in 20 Minuten die wichtigsten Infektionsschutzmaßnahmen aufzeigt. Die entscheidenden Maßnahmen werden mit akustischen Signalen unterlegt und farblich eingehend gekennzeichnet (Signalwirkung).

Für eine Hygieneschulung ist dieses Video als unterstützendes, unterhaltsames Medium sehr gut geeignet. Es ist empfehlenswert, gemeinsam mit dem zu schulenden Personal aus der Lebensmittelbran-

Ulrike Arens-Azevedo u. a. (Hrsg.)  
**Tatort Küche.** DVD-Video.  
Der Krimi für die etwas andere Hygieneschulung. Hrsg. von. Beilage: Booklet, 30 S.  
Hamburg: Behr's Verlag 2008, ca. 20 Min., ohne Untertitel: 89,50 EUR, mit Untertitel: 129,50 EUR  
ISBN 978-3-89947-439-8

# Über die Schwierigkeit der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

„Die wachsende Ungleichheit von Gesundheitschancen wird heute in den Politikbereichen produziert“, konstatiert Rolf Rosenbrock, „die nicht das Wort ‚Gesundheit‘ im Etikett haben, wo aber zugleich Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheits-Chancen, also von Lebensdauer und Lebensqualität in der Bevölkerung fallen: Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik und Einkommensverteilung“. Dennoch richten sich die Angebote und Bemühungen der Gesundheitsförderung meist nur an einzelne Zielgruppen, in Zeiten finanzieller Ressourcenknappheit primär nur (noch) an so genannte Randgruppen. Was jedoch ist gerecht und was ist ungerecht? Wann besteht Chancengleichheit?

Über diese Fragen debattieren Philosophen und Theologen seit vielen Jahrhunderten. Bei allen Unterschieden stimmen die meisten Theologen und Philosophen darin überein, dass im Kern von irdischer Gerechtigkeit die Chancengleichheit steht. Bezogen auf Gesundheit hat dies die Sozialepidemiologin Margret Whitehead so formuliert: „Jeder Mensch soll eine faire Chance haben, seine Gesundheitspotenziale zu entfalten. Durch Politik und öffentliche Anstrengungen sollen Hindernisse auf diesem Weg so weit wie möglich beseitigt werden.“ Kommunale Gesundheitsförderung will und soll dazu ihren Beitrag leisten. Doch sind ihre Instrumente wirklich ausreichend, um einen effizienten Beitrag dazu zu leisten?

**„Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden.“**

(Dennis Burkitt, Chirurg und Tropenmediziner)

Gesundheitsförderung, nicht nur auf medizinische und soziale Versorgung ausgerichtet, sollte Gesundheit ja stets mit allen gesellschaftlich relevanten Faktoren verknüpft sehen. Das Bedürfnis nach einer sozial und ökologisch ausgeglichenen Umwelt, der gleichberechtigte Zugang aller Teile der Bevölkerung zu unserem Gesundheitssystem und insgesamt zu allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens wird von breiten Bevölkerungsschichten bewusst wahrgenommen und artikuliert.

Arbeits- und Alltagsleben sind jedoch, bedingt durch gesellschaftliche und individuelle Zwänge, meist in einer Weise organisiert, die das Wohlbefinden beziehungsweise die Gesundheit des Einzelnen auf Dauer beeinträchtigen. Der Mangel an Bewegung und Entspannung – eine wichtige Ursache von Übergewicht, Herz-Kreislaufstörungen, Stress und Suchtmittelkonsum – steht dabei an erster Stelle.

Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionen, die nachhaltig eine Morbiditätskompression erreichen können. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn sie zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Gesundheitssystems

werden. Nur so können die Herausforderungen des veränderten Krankheitspektrums bewältigt werden.

Prävention wird dabei bislang eher medizinisch und individuell, Gesundheitsförderung dagegen eher gesundheitswissenschaftlich und schicht-beziehungsweise zielgruppenorientiert ausgerichtet, um auch Randgruppen und sozial schwächere Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Doch ist dieser Ansatz noch zielführend und/oder gar nachhaltig?

**„Tatsachen hören nicht auf zu bestehen, weil sie unbeachtet bleiben.“**

(Aldous Huxley, Schriftsteller)

Soziale Ungleichheit, Randgruppenzugehörigkeit, Migrationshintergrund – das alles sind Chiffren, die unbestritten Einfluss auf den Gesundheitsstatus haben. Ist aber die fokussierte Ausrichtung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen auf einzelne Zielgruppen hilfreich und effektiv?

Bereits in Bezug auf die Interpretation der sozialen Ungleichheit entsteht eine ambivalente Situation. Die Abstände in der Einkommenshierarchie und fundamentale Bestimmungen der Lohnarbeit sind gleich geblieben. Auf der anderen Seite tritt für das Handeln der Menschen die Bindung an soziale Klassen eigentümlich in den Hintergrund. Es entstehen der Tendenz nach individualisierte Existenzformen und Existenzlagen, die die Menschen dazu zwingen, sich selbst – um des eigenen materiellen Überlebens willen – zum Zentrum ihrer eigenen Lebensplanungen und Lebensführungen zu machen. Dadurch kann eine „Klassenlosigkeit“ entstehen mit allen damit verbundenen Strukturen und Problemen sozialer Ungleichheit.

Diese Tendenz zur „Klassenlosigkeit“ sozialer Ungleichheit tritt exemplarisch in der Verteilung der Massenarbeitslosigkeit hervor. Die Zahl der Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen und ebenso die Zahl derer, die dauerhaft aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden oder überhaupt nie in ihn hineingekom-

mitives Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit, und damit auch die Gesundheit verbessert werden können.

Wer einmal erlebt hat, wie ein betrieblicher Gesundheitszirkel buchstäblich Hunderte von realistischen Verbesserungsvorschlägen formuliert, oder wie die Bewohner eines

**...wer von Bildungspolitik, Arbeitsmarktchancen und Einkommensverteilung nicht reden will, soll von gesundheitlicher Chancengleichheit schweigen...**

sozialen Brennpunktes in einer Planungsgruppe zusammen arbeiten und die beschlossenen Änderungen dann gemeinsam umsetzen oder wie ein Dutzend türkische Jungen von 15 Jahren zusammen begeistert kochen lernen, der weiß, was hier gemeint ist. Das fördert und verbessert die Gesundheit und verändert dann auch Verhalten. Ähnlich erfolgreich wird partizipative Gesundheitsförderung auch in Finnland praktiziert. Unter starker Mitwirkung der Kommunen ist es dort gelungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten 20 Jahren um über 60 Prozent zu reduzieren. Aber mit solchen Kampagnen ist natürlich nicht viel Geld zu verdienen, meist reduzieren sie sogar die Geschäftsmöglichkeiten, zum Beispiel die der Tabak- oder Ernährungsindustrie. Steigende Umsatzzahlen kann nur die Wellnessbranche vermelden.

Klassische Präventionsprojekte und Gesundheitskampagnen haben es da schwerer: Sie sprechen nicht die Sprache der Marktwirtschaft, weil sie sich eben nicht an die individuelle Kaufkraft richten.

**„Der größte aller Fehler besteht darin, nichts zu tun, weil man nur wenig tun kann. Tu, was du kannst.“**

(Sydney Smith, Essayist)

Wirklich wirksame Prävention setzt an belastenden und krankmachenden Lebensverhältnissen an. Sie interveniert dort, wo Menschen zusammen lernen, arbeiten, spielen und sich erholen. Sie ist dann erfolgreich, wenn sie nicht für sondern mit den Betroffenen organisiert wird und deren Bedürfnisse und Lebenslagen ernst nimmt. Aus dem reichhaltigen, nunmehr zwanzigjährigen Erfahrungsschatz des Gesunde-Städte-Netzwerkes – und nicht nur von diesem – wissen wir dies von Beispielen aus Betrieben, Schulen, Krankenhäusern und Stadtteilen. Dort wurde bewiesen, dass durch Partizipation und Transparenz gegenseitige Unterstützung, individuelles und kolle-

ktives Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit, und damit auch die Gesundheit verbessert werden können.

Ähnlich erfolgreich wird partizipative Gesundheitsförderung auch in Finnland praktiziert. Unter starker Mitwirkung der Kommunen ist es dort gelungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten 20 Jahren um über 60 Prozent zu reduzieren. Aber mit solchen Kampagnen ist natürlich nicht viel Geld zu verdienen, meist reduzieren sie sogar die Geschäftsmöglichkeiten, zum Beispiel die der Tabak- oder Ernährungsindustrie. Steigende Umsatzzahlen kann nur die Wellnessbranche vermelden.

Klassische Präventionsprojekte und Gesundheitskampagnen haben es da schwerer: Sie sprechen nicht die Sprache der Marktwirtschaft, weil sie sich eben nicht an die individuelle Kaufkraft richten.

**„Wenn der Mensch nicht weiß, welchen Hafen er ansteuern soll, ist kein Wind der richtige.“**

(Seneca, Philosoph)

Deshalb ist politische Unterstützung gefragt. Absichtserklärungen und Deklarationen zu Prävention und Gesundheitsförderung haben wir genug. Was fehlt, sind Taten. Selbst wenn das seit Jahren angekündigte Präventionsgesetz doch noch kommen sollte, bleibt es ein kleiner Tropfen auf einem sehr heißen Stein.

Wer Chancengleichheit will, muss die nicht-medizinische Prävention neben Medizin, Pflege und Rehabilitation tatsächlich zu einer vierten Säule der Gesundheitssi-

cherung auf- und ausbauen. Bislang sieht dieser Säule noch eher aus wie ein Bauklötzchen. Mit den Mitteln und Instrumenten dessen, was heute in der Gesundheitspolitik bekannt ist, davon ist auch Rolf Rosenbrock überzeugt, können wir die gesundheitlichen Konsequenzen dieser Politik wohl niemals vollständig kompensieren. Böse könnte man sagen: wer von Bildungspolitik, Arbeitsmarktchancen und Einkommensverteilung nicht reden will, soll von gesundheitlicher Chancengleichheit schweigen. Positiv gesprochen: Mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben für die gesamte Bevölkerung heißt nicht nur nachhaltige Finanzierung und mehr Effizienz in der Krankenversorgung und mehr Primärprävention, sondern fordert auch Engagement gegen wachsende Ungleichheit auf den Feldern Bildung, Arbeit und Einkommen.

Es ist also an der Zeit, sich auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit den Themen „Grundeinkommen“, „Regionalwährung“ und „Sozialer Fußabdruck“ zu beschäftigen, will man sich der Minimierung der Ungleichheit von Gesundheitschancen wirklich nähern.

Herbert J. Süßmeier

Kontaktadresse:  
Münchener Aktionswerkstatt  
G'sundheit  
MAG's-Gesundheitsbildung  
herbert.suessmeier@magsmuenchen.de

## Impressum

**Herausgeber und Vertrieber:**  
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanlerstraße 4, 40472 Düsseldorf  
Tel. (021 1) 31096-0, Fax (021 1) 31096-69  
Internet: [www.akademie-oegw.de](http://www.akademie-oegw.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-oegw.de](mailto:steinbach@akademie-oegw.de)  
Petra Münstedt  
E-Mail: [muenstedt@akademie-oegw.de](mailto:muenstedt@akademie-oegw.de)  
Carsten Rumpeltin  
E-Mail: [carsten.rumpeltin@web.de](mailto:carsten.rumpeltin@web.de)

**Grafik-Design:**  
Franziska Müller  
E-Mail: [franziska.mueller@akademie-oegw.de](mailto:franziska.mueller@akademie-oegw.de)

**Anzeigen**  
Ellen Steinbach  
**Druck:** WAZ Druck, Duisburg  
Auflage: 4300, Ausgabe: August 2009  
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 4/2009 ist der 30. September 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**

## Publizistik-Preis 2009

Der diesjährige Publizistik-Preis der Stiftung Gesundheit geht an das Autorenteam um den Arzt Clemens Schiestl vom Zentrum für brandverletzte Kinder des Kinderspitals Zürich. Ausgezeichnet wird das Buch „Schaut mich ruhig an. Wie brandverletzte Kinder und Jugendliche ihr Leben meistern“. Der Preis, der mit 2.500 EUR dotiert ist, wird jedes Jahr für journalistische Arbeiten verliehen, denen es gelingt, gesundheitliches Wissen anschaulich und auch für Laien verständlich zu vermitteln. Mehr zu dem Preis unter: [www.stiftung-gesundheit.de](http://www.stiftung-gesundheit.de)