

EntschlieÙung
der 10. Landesgesundheitskonferenz
Nordrhein-Westfalen
am 31. August 2001

„Soziale Lage und Gesundheit“

Inhaltsverzeichnis

I. ENTSCHLIEßUNG	4
TEIL 1 ENTSCHLIEßUNGSTEXT	4
1. EINLEITUNG	4
2. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	5
3. SCHICHTENSPEZIFISCHE UNGLEICHHEITEN DER GESUNDHEIT	7
3.1. <i>Prävention, Früherkennung und Lebensweisen</i>	7
3.2. <i>Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen</i>	8
4. GESUNDHEIT VON ZUWANDERERN	10
TEIL 2 EMPFEHLUNGEN	12
1. EMPFEHLUNGEN ZU GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN ASPEKTEN VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	12
1.1. <i>Empfehlungen zu speziellen Krankheiten und Versorgungsbedarf</i>	12
1.2. <i>Rahmenbedingungen, strukturelle Fragen, Forschung</i>	14
2. EMPFEHLUNGEN ZU SCHICHTENSPEZIFISCHEN UNGLEICHHEITEN DER GESUNDHEIT.....	17
2.1. <i>Prävention, Früherkennung und Lebensweisen</i>	17
2.1.1. Erhöhung der Zahl vor allem jugendlicher Nichtraucher	17
2.1.2. Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.....	18
2.1.3. Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern-, Mumps-, Röteln –Impfungen (MMR-Impfungen)	19
2.1.4. Zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennung.....	19
2.1.5. Qualitätssicherung und Dokumentation von Maßnahmen und Strategien.....	20
2.1.6. Gesundheitsberichterstattung	21
2.2. <i>Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von Wohnungslosen</i>	22
2.2.1. Weiterentwicklung bestehender Ansätze	22
2.2.2. Kinder und Jugendliche	23
2.2.3. Krankenwohnungen	23
2.2.4. Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen	23
2.2.5. Die Öffentlichkeit sensibilisieren.....	24
2.2.6. Verbesserung der Erkenntnislage / Gesundheitsberichterstattung.....	24
3. EMPFEHLUNGEN ZUR GESUNDHEIT VON ZUWANDERERN	26
3.1. <i>Gesundheitspolitische Diskussion</i>	26
3.2. <i>Weiterentwicklung bestehender Initiativen und Maßnahmen</i>	26
3.3. <i>Kommunikative Kompetenzen</i>	27
3.4. <i>Kulturelle und religiöse Bedürfnisse</i>	27
3.5. <i>Koordination und Moderation</i>	27
3.6. <i>Öffentlichkeitsarbeit</i>	28
3.7. <i>Gesundheitsberichterstattung</i>	29

II. HINTERGRUNDINFORMATIONEN	30
1. EINLEITUNG	30
2. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	32
2.1. <i>Ausgangssituation</i>	32
2.2. <i>Herausforderungen</i>	34
2.3. <i>Empfehlungen für weitere notwendige Schritte</i>	41
3. SCHICHTENSPEZIFISCHE UNGLEICHHEITEN DER GESUNDHEIT	45
3.1. <i>Prävention, Früherkennung und Lebensweisen</i>	45
3.1.1. <i>Ausgangssituation</i>	45
3.1.2. <i>Herausforderungen</i>	51
3.1.3. <i>Empfehlungen für weitere notwendige Schritte</i>	53
3.2. <i>Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen</i>	58
3.2.1. <i>Ausgangssituation</i>	58
3.2.2. <i>Herausforderungen</i>	60
3.2.3. <i>Empfehlungen für weitere notwendige Schritte</i>	64
4. GESUNDHEIT VON ZUWANDERERN	68
4.1. <i>Ausgangssituation</i>	68
4.2. <i>Herausforderungen</i>	71
4.3. <i>Empfehlungen für weitere notwendige Schritte</i>	71
III. LITERATURVERWEISE	76

I. EntschlieÙung

Teil 1 EntschlieÙungstext

1. *Einleitung*

Mit ihrer EntschlieÙung widmet sich die 10. Landesgesundheitskonferenz NRW einem Thema von hoher Aktualität: Der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und gesundheitsfördernden Ressourcen. Sie geht darin der Frage nach, inwiefern und für welche Bevölkerungsgruppen objektiv nachweisbare Einflüsse sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und Krankheit bestehen und welchen Beitrag die Landesgesundheitskonferenz zur Minderung der damit verbundenen Probleme leisten kann. Dabei geht es sowohl um Unterschiede zwischen den sozialen Schichten als auch um Unterschiede aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Sozialkategorie (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Erwerbsstatus oder Nationalität), die mit spezifischen Lebensstilen und Lebenslagen verbunden sind. Ausgehend davon sind differenzierte, auf spezifische Bevölkerungsgruppen zugeschnittene Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln.

Bei der notwendigen Konzentration auf ausgewählte Bereiche beschäftigte sich die Landesgesundheitskonferenz mit folgenden Themenschwerpunkten:

- Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit;
- Schichtenspezifische Ungleichheiten der Gesundheit;
 - Prävention, Früherkennung und Lebensweisen;
 - gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen als Gemeinschaftsaufgabe;
- Gesundheit von Zuwanderern.

Für jeden dieser drei Kernbereiche werden jeweils die **Ausgangssituation** und die anstehenden **Herausforderungen** beschrieben und **Empfehlungen** für weitere notwendige Schritte gegeben.

2. Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit

Geschlechtsspezifische Aspekte sind sowohl im biologischen (Sex) als auch im sozialen (Gender) Sinne für Gesundheit und Krankheit von wesentlicher Bedeutung. In vielen Bereichen bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Art, Häufigkeit und Ausprägung von Krankheiten sind hier ebenso wie das Gesundheitsverhalten und die Krankheitsbewältigung zu nennen. Hieraus ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitsrisiken, des Krankheitsspektrums und des damit verbundenen Einflusses auf Lebensqualität und Lebenserwartung.

Bereits in den vergangenen Jahren wurden im Land Nordrhein-Westfalen in verschiedenen Zusammenhängen Initiativen gestartet, die dazu beigetragen haben, das Bewusstsein für Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Gesundheit und Krankheit zu schärfen und erste Schritte für konkretes Handeln auf der Landes- wie auf der kommunalen Ebene einzuleiten. Dies betrifft Initiativen der Landesregierung ebenso wie der Fraktionen des Landtags oder verschiedener Akteure besonders auch auf der kommunalen Ebene. Bisherige geschlechtsspezifische Projekte waren vor allem auf Frauen fokussiert, entsprechende Initiativen müssen sich künftig auf Frauen wie auf Männer beziehen.

Die **Herausforderungen**, vor die Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen gestellt sind, lassen sich beispielhaft an folgenden Bereichen verdeutlichen:

- **Lebenserwartung**; diese differiert zwischen Frauen und Männern zuungunsten der Männer beträchtlich. Politik, Gesundheitswesen und Forschung stehen vor der Herausforderung, kausale Zusammenhänge zu identifizieren und dort, wo Handlungsbedarf deutlich erkennbar ist, geeignete zielgruppenorientierte Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.
- **Herz-Kreislauf-Krankheiten**; hier gibt es sowohl deutliche Unterschiede hinsichtlich der Risikofaktoren als auch hinsichtlich des Auftretens, z.B. des Herzinfarkts, und der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Nachsorgeleistungen.
- **Psychische Erkrankungen, psychosomatische Störungen, Sucht**; viele Erkrankungen aus dieser Gruppe weisen deutliche geschlechtsspezifische Unter-

schiede in Häufigkeit und im Zeitpunkt ihres Auftretens auf. Hier stellt sich die Frage nach den Ursachen und den sich daraus möglicherweise ergebenden Behandlungsstrategien.

Die Landesgesundheitskonferenz sieht Handlungsbedarf für eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung und setzt mit ihren Empfehlungen sowohl bei den Rahmenbedingungen als auch bei speziellen Maßnahmen bezogen auf die ausgewählten Krankheitsgruppen an.

Die **Empfehlungen** beziehen sich auf

- die Förderung des Nichtrauchens unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischen Risikoverhaltens,
- die notwendige Verkürzung der Prähospitalphase bei Herzinfarkten bei beiden Geschlechtern,
- verstärkte Präventionsmaßnahmen zur Verringerung des Risikos von Herz-Kreislaufkrankungen bezogen auf unterschiedliche Risiken bei Frauen und Männern,
- die Förderung der verstärkten Inanspruchnahme von notwendigen Rehaleistungen bei Frauen nach Herzinfarkt,
- die stärkere Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Frauen und Frauen mit Kindern bei der psychiatrischen und Suchtkrankheitsbehandlung,
- Qualitätsentwicklungen im Bereich der Brustkrebsversorgung,
- die Erhöhung der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern,
- die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung,
- die Nutzung der kommunalen Gesundheitskonferenzen als Abstimmungsgremien für geschlechtsspezifische Fragestellungen und
- die Verstärkung des Gender-Mainstreaming-Ansatzes durch den Ausbau von Beratung, Wissenstransfer und Koordination, die verstärkte Berücksichtigung in der Gesundheitsforschung und die Realisierung der Chancengleichheit für Frauen und Männer in den Gesundheitsberufen.

3. Schichtenspezifische Ungleichheiten der Gesundheit

3.1. Prävention, Früherkennung und Lebensweisen

Zwischen der Höhe der sozialen Schicht und Krankheit und Sterblichkeit in einer Bevölkerung wurde vielfach eine eindeutig gegenläufige Beziehung nachgewiesen. Diese Beeinflussung geschieht nicht direkt, sondern über ein Bündel von schichtspezifischen Einstellungen, Lebensstilen und Verhaltensweisen. Vor diesem Hintergrund bewirken im Rahmen der Primärprävention allein Aufklärungsprogramme über gesundheitliche Risiken in der Regel keine erfolgreiche Verhaltensänderung; notwendig sind eine Verbesserung des Selbstmanagements, der sozialen Kompetenzen und die Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen zur Beeinflussung gesundheitsschädigender Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz setzt schwerpunktmäßig auf Kinder und Jugendliche: Der Zigarettenkonsum nimmt unter jungen Menschen stark zu. Betroffen sind vor allem Jungen und Mädchen mit niedrigerer Schulbildung. Auch Übergewicht findet sich gehäuft in sozialen Schichten mit niedrigerem Bildungsniveau. Das Gleiche gilt für das Auftreten von Karies. Auch bei der Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang mit der sozialen Schicht besteht.

Vor diesem Hintergrund rücken Präventionsstrategien, die spezifische und niederschwellige Zugangswege bereitstellen, stärker in das Blickfeld. Dem Settingansatz (z.B. Kindergarten, Schule, Stadtteil, Arbeitsplatz/Betrieb) kommt dabei besondere Bedeutung zu, weil er die Betroffenen dort erreichen, wo sie den Großteil ihres Lebensalltags verbringen. Hier kann auf bestehende Aktivitäten aufgesetzt werden.

Zu entwickelnde Strategien müssen sich verschiedensten **Herausforderungen** stellen: Es geht um ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, die Notwendigkeit einer rechtzeitigen und langfristigen Gesundheitsförderung, die Einbindung und die Befähigung der Betroffenen, die Partizipation und Kooperation, integrierte Präventions- und Gesundheitsförderung – bzw. Stadtteilentwicklungskonzepte mit niederschweligen Zugangswegen, die gleichzeitige Berücksichtigung von Verhältnis- und

Verhaltensprävention und nicht zuletzt die Entwicklung integrierter Finanzierungskonzepte.

Die Landesgesundheitskonferenz setzt mit ihren **Empfehlungen** sowohl bei konkreten Projekten und Maßnahmen als auch bei strukturellen Weiterentwicklungen an. Dabei geht es z.B. um

- die Erhöhung der Zahl vor allem jugendlicher Nichtraucher,
- schul- und stadtteilbezogene Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen,
- zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennung,
- Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern, Mumps, Röteln-Impfungen
- die Qualitätssicherung und Dokumentation von Maßnahmen und Strategien der Prävention,
- die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung mit einer verstärkten Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten.

3.2. Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen

Die gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Die Ursachen von Wohnungslosigkeit sind vielfältig und vielschichtig. Zur Überwindung dieser Lebenslage und zur gesellschaftlichen Reintegration bedarf es komplexer und differenzierter Lösungsansätze, die zugleich individuelle Hilfen und strukturelle Maßnahmen gegen Armut und Unterversorgung beinhalten müssen. Dem ÖGD kommt an der Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und Gesundheitswesen im Sinne der Sozialkompensation besondere Verantwortung zu.

Die Zahl obdachloser Menschen kann nur geschätzt werden. Für Nordrhein-Westfalen ist von rund 40.000 alleinstehenden wohnungslosen Menschen auszugehen, davon rund 5.800 Menschen, die auf der Straße leben. Nach ebenso groben Schätzungen sind etwa 10% von ihnen Frauen.

Die **Herausforderungen**, vor die das Gesundheitswesen gestellt ist, liegen in der deutlich erhöhten Krankheitshäufigkeit und Krankheitsschwere sowie der erhöhten Mortalität der Wohnungslosen gegenüber der übrigen Bevölkerung. Hier sind die schwierigen Lebensbedingungen, insbesondere das tägliche Bemühen um physische Existenzsicherung, aber auch strukturelle Barrieren des im Sinne einer „Komm-Struktur“ organisierten Gesundheitswesens in Rechnung zu stellen. Nur durch niedrigschwellige aufsuchende Hilfen, eine Ergänzung der Regelversorgung um eine „Geh-Struktur“, Angebote interdisziplinärer Teamarbeit und eine gesicherte und angemessene Finanzierung entsprechender zielgruppengerichteter Hilfeangebote wird man den Anforderungen an eine bessere Versorgung Wohnungsloser gerecht werden können.

Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich vor diesem Hintergrund mit ihren **Empfehlungen** für eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen ein. Die Empfehlungen betreffen

- Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Erst- und Akutversorgung,
- ein abgestuftes Versorgungskonzept, orientiert an den Erfahrungen bestehender Projekte und Initiativen der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser,
- die Durchführung eines Projekts zur Dokumentation der medizinischen Versorgung Obdachloser mit dem Ziel der Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen
- die besondere Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen im Bahnhofs- und Wohnungslosenmilieu,
- die Entwicklung der Voraussetzungen zur Ermöglichung von häuslicher Krankenpflege und Behandlung in Krankenwohnungen,
- verstärkte Sensibilisierung der Öffentlichkeit,
- Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung.

4. Gesundheit von Zuwanderern

In Nordrhein-Westfalen leben derzeit rund 2 Millionen Menschen mit einem ausländischen Pass. Die größte Gruppe stellen mit rund 700.000 die türkischen Mitbürgerinnen und Mitbürger dar. Nahezu gleich groß ist die Gruppe der Spätaussiedler mit über 600.000 Menschen. Die Gruppe der Zuwanderer ist insgesamt sehr heterogen. Ausländer sind überproportional von Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit betroffen und auch relativ häufiger Bezieher von Sozialhilfe.

Zur gesundheitlichen Lage der Zuwanderer gibt der Bericht "Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen" Auskunft: Er weist darauf hin, dass es in vielen Bereichen deutliche Unterschiede sowohl in Bezug auf Krankheit und Gesundheit als auch bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gibt. Dies gilt z.B. für den Bereich der Infektionskrankheiten, bei Schwangerschaft und Geburt, der Zahngesundheit, der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen, den Bereich der Unfälle und Berufskrankheiten sowie bei der psychischen Gesundheit.

Die soziale und wirtschaftliche Integration der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Zuwanderinnen und Zuwanderer ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe von hohem Rang. Auch die Gesundheitspolitik muss sich diesen **Herausforderungen** in wesentlich stärkerem Maße stellen, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Zuwanderer haben zwar rechtlich den gleichen Zugang zu den Leistungen unseres qualitativ hochentwickelten Gesundheitswesens; Barrieren, ihn zu nutzen, müssen aber überwunden werden. Die Sensibilisierung der Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens für die besonderen Belange von Migrantinnen und Migranten, die Überprüfung der Anwendbarkeit und Wirksamkeit gesundheitspolitischer Instrumente sowie die Aufklärung und Information über die Versorgungsangebote stehen dabei im Mittelpunkt.

Die Landesgesundheitskonferenz sieht konkreten Handlungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen, denen sie mit ihren **Empfehlungen** für weitere notwendige Schritte Rechnung trägt. Dies bezieht sich auf die folgenden Bereiche:

- Erhöhung des Stellenwertes des Themas der Gesundheit von Zuwanderern in der gesundheitspolitischen Diskussion,
- Weiterentwicklung bereits begonnener Initiativen und Maßnahmen, z.B. im Bereich der Sucht- und Aids-Politik,
- Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen in den Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens,
- stärkere Berücksichtigung legitimer kultureller und religiöser Bedürfnisse,
- verstärkte Initiativen im Rahmen der Koordination und Moderation, z.B. durch die kommunalen Gesundheitskonferenzen,
- Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, z.B. im Rahmen von Veranstaltungen und durch Nutzung moderner elektronischer Medien,
- verstärkte Berücksichtigung migrantenspezifischer Aspekte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Teil 2 Empfehlungen

1. *Empfehlungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit*

Für eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung gibt es in vielen gesellschaftlichen Bereichen und Politikfeldern Handlungsbedarf. Die Landesgesundheitskonferenz konzentriert sich im Rahmen der ihr gegebenen Möglichkeiten mit ihren Empfehlungen auf umsetzbare gesundheitspolitische Aktivitäten, die sich sowohl auf Rahmenbedingungen und strukturelle Fragen als auch auf spezielle Maßnahmen bei den beispielhaft ausgewählten Krankheitsgruppen beziehen.

1.1. *Empfehlungen zu speziellen Krankheiten und Versorgungsbedarf*

- Die Verkürzung der Prähospitalphase ist nach wie vor eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Herzinfarkttherapie bei beiden Geschlechtern und bedarf deshalb verstärkter Bemühungen. Die Landesgesundheitskonferenz regt hierzu Informationskampagnen an, die beispielsweise im Rahmen der Herzwoche 2001 zielgruppenorientiert, d.h. z.B. schicht- und geschlechtsspezifisch gestaltet werden könnten. Denkbar wären auch Folgeprojekte von HEUH „Herzinfarkt Erkennen Und richtig Handeln“. Hier wurden in verschiedenen Städten und Kreisen im Regierungsbezirk Arnsberg zwischen 1994 und 1997 erfolgreich entsprechende Projekte durchgeführt.
- Die Übersterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen im mittleren Lebensalter, beruht zu einem Großteil auf den Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere dem Herzinfarkt. Die hier zu Grunde liegenden Gesundheitsrisiken sollten verstärkt in das Bewusstsein der Betroffenen selbst und der Institutionen des Gesundheitswesens gerückt werden. Die Landesgesundheitskonferenz hält es daher für notwendig, diese Zielgruppe bei Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit § 20 SGB V ausdrücklich zu berücksichtigen.
- Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, die Hochrisikogruppe der unter fünfzigjährigen Frauen, die rauchen und hormonelle Kontrazeptiva einneh-

men, vermehrt über die bei ihnen bestehende Risikokonstellation zu informieren und aufzuklären. Insbesondere die Ärzteschaft und die GKV unterstützen eine entsprechende Risikominimierung bei den betroffenen Frauen durch geeignete Maßnahmen der Aufklärung und Beratung.

Die Landesgesundheitskonferenz sieht für die beiden letztgenannten Empfehlungen in der geplanten Landesinitiative „Förderung des Nichtrauchens, Verringerung der Tabakabhängigkeit“ (s.u. 2.1.1) eine zentrale gesundheitspolitische Maßnahme zur Stärkung der Prävention im Hinblick auf das hohe Herzinfarkttrisiko bei den dort genannten Gruppen.

- Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, offene Fragen im Zusammenhang mit der geringeren Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationsangebote durch Frauen zu klären. Es gibt hierzu laufende Studien, deren Ergebnisse abzuwarten sind. Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich dafür ein, Frauen zur verstärkten Inanspruchnahme von notwendigen Rehabilitationsleistungen zu ermutigen.
- In den verschiedenen Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist auf eine verstärkte Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Frauen zu achten. Z. B. sollten innerhalb der bestehenden Strukturen vermehrt Rückzugsmöglichkeiten für Frauen ermöglicht und auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis beim medizinisch-therapeutischen Personal geachtet werden.
- Aufgrund der vielfach guten ersten Erfahrungen mit der Mutter-Kind-Behandlung in der psychiatrischen- und Suchtkrankenbehandlung setzt sich die Landesgesundheitskonferenz für eine stärkere Berücksichtigung solcher Herangehensweisen ein.
- Die Landesgesundheitskonferenz hält es für notwendig, die v.a. bei Männern viel zu geringe Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung (derzeit Beteiligung von 12% der Anspruchsberechtigten) zu verbessern. Sie greift hierzu die zahlreichen Hinweise zur Bedeutung des Prostatakrebses für Männer

auf und unterstützt die eben erst beginnende Selbsthilfebewegung zu diesem Thema.

Ein im Rahmen der Umsetzung der zehn Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalens geplanter Workshop zur Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation der Früherkennungsuntersuchungen könnte mit der ausdrücklichen Berücksichtigung des Prostatakrebses einen Einstieg für die Entwicklung männerspezifischer Projekte darstellen.

- Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt die von der Ministerin initiierte und mit den Beteiligten des Gesundheitswesens gemeinsam durchgeführte "Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs" in Nordrhein-Westfalen. Hier wird derzeit auf Landesebene ein umfassendes Konzept zur Verbesserung der Versorgung in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge beim Brustkrebs in vier entsprechenden Arbeitsgruppen erarbeitet. Ziele sind u.a. die Etablierung eines umfassenden Qualitätsmanagements, die Bildung flächendeckender Brustzentren mit verbindlichem Anforderungsprofil, die einheitliche Verlaufsdokumentation der Brustkrebsfälle, die Verbesserung der Früherkennung und die Information, Begleitung und psychosoziale Beratung der Patientinnen. Ein Zwischenbericht wird im Oktober 2001 mit den Verantwortlichen im Gesundheitswesen erörtert.

1.2. Rahmenbedingungen, strukturelle Fragen, Forschung

- In Forschungs- und Praxisprojekten sollten die geschlechtsspezifischen Aspekte im Sinne des Gender Mainstreaming verstärkt berücksichtigt werden. Es bedarf einer grundsätzlichen, systematischen Prüfung des Gender-Ansatzes in Gesundheitsprojekten. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird die Entwicklung eines entsprechenden Kriterienkataloges als Instrument zur Überprüfung des geschlechtsspezifischen Ansatzes in Auftrag geben.
- Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Zusammenarbeit mit den Gleichstellungsbeauftragten der kreisfreien Städte und Kreise verstärkt mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen befassen. Das Gesundheitsministerium wird gemeinsam mit dem Iögd die weitere Umsetzung geschlechtsspezifischer Themen in den kommunalen Ge-

sundheitskonferenzen - durch Workshops und die Bereitstellung von Informationen - unterstützen.

- Die Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit NRW“ wird die Beteiligten des Gesundheitswesens und die interessierten Kommunen durch Beratung und Wissenstransfer in der weiteren Entwicklung unterstützen. Hier sollen ferner auch mit Unterstützung des „Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen“ (ZTG) durch Netzbildung zwischen den interessierten Einrichtungen Transparenz und die Entstehung von Synergieeffekten gefördert werden.
- In zahlreichen Feldern gibt es offene Forschungsfragen, die sowohl die Sozialwissenschaften als auch die medizinischen Wissenschaften betreffen. Die Landesgesundheitskonferenz fordert die Forschungseinrichtungen in NRW und darüber hinaus auf, entsprechend dem Ansatz des „Gender-Mainstreaming“ geschlechtsspezifische Fragen stärker zu berücksichtigen und in ihren Projekten grundsätzlich auf die Vermeidung von Gender Bias (geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte) zu achten. Solche Forschungsfragen betreffen z.B.: die Fragen hinsichtlich der Unterschiede in der Lebenserwartung, die Einbeziehung von Frauen in Therapiestudien, insbesondere in solche der Arzneimittelerprobung, offene Fragen bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten, den psychischen Erkrankungen, psychosozialen Bedingungsfaktoren etc.
- Die Landesgesundheitskonferenz weist auf Problemlagen und wahrgenommene Defizite für Frauen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten hin. Hier ist zu prüfen, inwieweit geschlechterdifferenzierende Konzepte im Bereich der gesundheitlichen Versorgung erforderlich sind.
- Um vorhandene Erkenntnisse möglichst transparent zu machen und verfügbares Wissen aufzubereiten, ist es erforderlich, die Gesundheitsberichterstattung des Landes weiterzuentwickeln. Diesem Ziel dient auch das vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Projekt zum Gesundheitsstatus hochbelasteter älterer Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Situation in NRW. Folgende konkrete Themen für weitere Berichtskapitel sind

bereits vorgesehen (s. Vorschläge für weitere Themen im Gesundheitsbericht NRW 2000):

- Diabetes mellitus
- Muskel- und Skeletterkrankungen (rheumatische Erkrankungen, Osteoporose)
- Ursachen für die Frühsterblichkeit der Männer
- Reproduktion
- Schwangerschaft und Geburt
- Frauen und Männer mit Behinderung
- Krankheiten der Geschlechtsorgane.

Notwendig für eine fundierte geschlechtsspezifische Berichterstattung ist auch die Weiterentwicklung der Datenlage. Dies gilt für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung generell.

- Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Ansatzes wird entscheidend davon abhängen, ob bei den Gesundheitsberufen die Chancengleichheit für Männer und Frauen verwirklicht wird. Zwar arbeiten im Gesundheitswesen insgesamt deutlich mehr Frauen als Männer, dieses allerdings weit überwiegend in den nachgeordneten Positionen. Leitungspositionen in Krankenhäusern sind derzeit mit rund 5% durch Frauen besetzt; einen Lehrstuhl in einer bettenführenden klinischen Abteilung einer Universitätsklinik haben nur 2,3 % Frauen inne. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen mittlerweile fast die Hälfte aller erteilten ärztlichen Approbationen inne haben.

Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, dass in den Universitätskliniken und Krankenhäusern, aber auch in den Organisationen des Gesundheitswesens mehr Führungspositionen mit Frauen besetzt werden.

2. Empfehlungen zu schichtenspezifischen Ungleichheiten der Gesundheit

2.1. Prävention, Früherkennung und Lebensweisen

2.1.1. Erhöhung der Zahl vor allem jugendlicher Nichtraucher

- Die Landesgesundheitskonferenz vereinbart, zum Thema „Förderung des Nichtrauchens, Verringerung der Tabakabhängigkeit“ eine gemeinschaftliche Landesinitiative durchzuführen. Vor dem Hintergrund der anstehenden Umsetzung des § 20 SGB V auf Landesebene kommt dabei den Landesverbänden der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen eine besondere Verantwortung zu.

Diese Initiative steht sowohl im Zusammenhang mit der Konkretisierung der Gesundheitsziele 2 (Krebs bekämpfen) und 4 (Fortschreibung des Landesprogramms gegen Sucht) als auch mit der Umsetzung der Entschließung der Landesgesundheitskonferenz von 1999 „Gesundheit für Kinder und Jugendliche“.

Schwerpunktmäßig richtet sich die Initiative an Kinder- und Jugendliche im Setting Schule, wobei Aktionen und Programme vor allem in solchen Schulen durchgeführt werden sollen, die sich in sozial benachteiligten Stadtteilen befinden. Zielgruppenorientierte Ansätze für Mädchen und Jungen sollen dabei berücksichtigt werden. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird bei der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung in NRW GINKO eine Koordinationsstelle einrichten, die neben der gemeinsamen Konzeptentwicklung mit den an der Landesinitiative Beteiligten - insbesondere den Krankenkassen - auch die Begleitung und Abstimmung der vorgesehenen Aktionen, Programme und Projekte vornimmt. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz übernehmen arbeitsteilig die Entwicklung und Durchführung konkreter Programmaktivitäten unter dem Dach der Gemeinschaftsaktion.

Die Initiative wird sich aus einer Vielzahl von „Bausteinen“ zusammensetzen, so dass jede beteiligte Gruppe die Möglichkeit hat, vorhandene Aktivitäten einzubringen. Dabei kann das jeweilige – auch kassenspezifische – Engagement öf-

fentlich sichtbar zum Ausdruck gebracht werden. Angestrebt wird eine flächendeckende Zielgruppenerreichung in NRW.

- Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt, die positiven Erfahrungen erfolgreicher Präventionsmaßnahmen, -projekte und -programme zur Raucherentwöhnung bzw. zur Nikotinvermeidung auszuwerten, zu dokumentieren und öffentlich zu machen. Sie regt an, dass die beteiligten Akteure (Ärztikammern, Krankenkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst u.a.) auf Basis der vorliegenden Erfahrungen Präventionsleitlinien zum Thema Rauchen entwickeln, die den regionalen Akteuren im Gesundheitswesen sowie den Schulen Orientierung und Hilfestellung bei der Konzipierung eigener Präventionsmaßnahmen geben. Um dem sich abzeichnenden Trend zum Rauchen bei jungen Leuten Einhalt zu gebieten, müssen die Anstrengungen darauf gerichtet werden, erprobte schul- und stadtteilbezogene Präventionsmaßnahmen zu verbreitern, um hierüber eine größere Flächenwirkung zu erzielen. Mit Blick auf die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen sind lokale Prioritäten zu setzen. Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich zudem dafür aus, die Thematik verstärkt im Rahmen der Lehrerfortbildung zu erörtern.

2.1.2. Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Die Landesgesundheitskonferenz hat bereits im Jahr 1999 Empfehlungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen unterbreitet. Sie haben nichts an Aktualität eingebüßt und müssen im Bereich kindertagesstätten-, schul- und stadtteilbezogener Prävention weiterverfolgt werden. Hierzu gehört insbesondere die Entwicklung schichten- und geschlechtsspezifischer sowie auf das Alter bezogener Maßnahmen u.a. zur Aufklärung über Bewegungsstörungen und Unfallverhütung, über Essstörungen und Suchtverhalten. Die Landesgesundheitskonferenz unterstützt in diesem Zusammenhang alle zielgruppenorientierten Maßnahmen, die die Handlungskompetenz stärken und zugleich durch eine Verbesserung der Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen Gesundheit nachhaltig fördern. Hierin sollten auch die neuen Medien einbezogen werden. Sie hält es weiterhin für erforderlich, der Gesundheitserziehung und -förderung in der Schule und im Stadtteil größere Beachtung zu schenken und fordert die verantwortlichen Akteure auf, die vor Ort tätigen Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen und

Sozialpädagogen hierin zu unterstützen. Die Landesgesundheitskonferenz räumt interdisziplinär, kooperativ und integrativ angelegten Präventionsmaßnahmen Vorrang ein und fordert, die Projektförderung daran auszurichten.

2.1.3. Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern-, Mumps-, Röteln –Impfungen (MMR-Impfungen)

Die Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern-, Mumps-, Röteln-Impfungen (MMR-Impfungen) ist ein dringendes gesundheitspolitisches Anliegen. Von einer nicht ausreichenden Durchimpfung sind sozial benachteiligte Gruppen zwar nicht ausschließlich, aber doch schwerpunktmäßig betroffen.

In gemeinsamer Umsetzung eines Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und in Einklang mit allen Staaten der europäischen Region der WHO wird das Ziel verfolgt, durch eine 95%-ige zweimalige Durchimpfung die Masern bis zum Jahre 2007 zu eliminieren. Die Landesgesundheitskonferenz verabschiedete hierzu das „Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln in Nordrhein-Westfalen“.

2.1.4. Zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennung

- Die Landesgesundheitskonferenz hält Bemühungen aller Beteiligten für erforderlich, um die Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen deutlich zu verbessern. Erfolgversprechend sind dabei zielgruppenspezifische Strategien und Maßnahmen, die die Besonderheiten der einzelnen Zielgruppen (Unter-, Mittel- und Oberschicht jeweils unter Beachtung des Geschlechts und des Alters) berücksichtigen. Die Landesgesundheitskonferenz weist in diesem Zusammenhang auf die unter Teilziel 4 des Ziels "Krebs bekämpfen" bereits vereinbarte Durchführung eines Workshops hin, in dem geeignete Maßnahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen identifiziert werden sollen. Dabei geht es insbesondere um die Analyse der gegenwärtigen Situation und von Fragen der Zielgruppenspezifität sowie die Entwicklung von Erreichbarkeitsstrategien und Qualitätsstandards.

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt die Entwicklung von Modellen zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennung durch die Bevölkerung

insgesamt und besonders durch soziale Risikogruppen. Sie bittet die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen, entsprechend aktiv zu werden. Als mögliche Ansatzpunkte für solche Modelle werden das Setzen von Anreizen z.B. durch Bonus-Regelungen oder die Verringerung von Zugangsbarrieren durch Erinnerungs- oder Einladungsverfahren diskutiert. Die in den Modellprojekten gemachten Erfahrungen sollen evaluiert und z.B. über den Projektverbund "Gesundes Land" in einer standardisierten Form allen Interessierten zur Verfügung gestellt werden.

- Ein besonderes Augenmerk gilt nach wie vor der Gesundheit von Schwangeren und Neugeborenen aus sozialen Risikogruppen. Hier sind in der Vergangenheit im Rahmen des Landesprogrammes "Gesundheit von Mutter und Kind" verschiedene Ansätze zur Optimierung der Versorgung im Rahmen aufsuchender Betreuung erprobt worden. Hierzu hatten die Gesundheitsämter speziell ausgebildete Familienhebammen eingesetzt. Kernanliegen war von Beginn an insbesondere, die Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen zu verbessern. Geprüft wird derzeit, ob mit einem weiteren Projekt des Landes nunmehr eine Vernetzung dieses auf den ÖGD bezogenen Ansatzes mit niedergelassenen Hebammen in ausgewählten Regionen erfolgen kann.

2.1.5. Qualitätssicherung und Dokumentation von Maßnahmen und Strategien

Stadtteil- und schulbezogene Präventionsansätze müssen auf ihre Effizienz hin überprüft werden. Evaluation und Qualitätssicherung müssen zum festen Bestandteil aller Präventionsprojekte werden. Hinsichtlich offenkundiger Defizite (z.B. unzureichende Dokumentation) besteht Beratungs- und Qualifizierungsbedarf. Die Dokumentation und Veröffentlichung erfolgreicher, aber auch fehlgeschlagener Präventionsmaßnahmen und –modelle findet bislang an unterschiedlichen Orten mit unterschiedlicher Intensität und Qualität statt. Mit der Umsetzung des § 20 SGB V wird für die GKV zukünftig eine systematische Qualitätssicherung und Ergebnisauswertung erfolgen. Außerdem wird empfohlen, beim lögd eine Dokumentationsstelle einzurichten, die vorhandene Ansätze und Erfahrungen u.a. aus den kommunalen Gesundheitskonferenzen transparent macht.

2.1.6. Gesundheitsberichterstattung

Auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung haben bereits vorangegangene Landesgesundheitskonferenzen hingewiesen. Um Problemfelder zu identifizieren und geeignete Interventionsstrategien planen zu können, bedarf es einer besseren Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten. Die zuständigen Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden prüfen, inwieweit soziodemographische Angaben (Bildungsstand, beruflicher Status und Einkommen) in kontinuierliche Statistiken zur Früherkennung einbezogen werden können. Eine wertvolle Informationsquelle steht außerdem mit der Schuleingangsuntersuchung zur Verfügung: die Landesgesundheitskonferenz hält die modellhafte Erprobung der Möglichkeit, in dieser Untersuchung auch soziodemographische Angaben zu erheben, für sinnvoll.

Mit dem Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen als erweiterter Stichprobe des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/1999 stehen für Nordrhein-Westfalen ausreichende Daten zur Verfügung, um die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen durch verschiedene soziale Schichten darzustellen. Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Landesregierung, die Datenlage zukünftig durch Surveys zu ergänzen und zu verbessern.

2.2. Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von Wohnungslosen

Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich für eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung obdachloser Menschen ein. Als besonders dringlich sieht sie die Erst- und Akutversorgung alleinstehender Wohnungsloser an. Solidarität und soziale Gerechtigkeit als Kernwerte unserer Gesellschaft und des sozialstaatlichen Gesundheitswesens sind daran zu messen, dass die für das Gesundheitswesen Verantwortlichen gemeinschaftlich das Problem aufgreifen und in gemeinsamer Verantwortung Lösungsschritte unternehmen. Die Datenlage und die vorliegenden praktischen Erfahrungen in einer Vielzahl von Projekten und Initiativen stellen die Basis für solche erforderlichen Maßnahmen dar. Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als zweckmäßig an, bestehende sinnvolle Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Erst- und Akutversorgung obdachloser alleinstehender Menschen abzusichern, die Versorgung der Wohnungslosen mit Behinderung und chronischer Erkrankung zu verbessern und weitere Schritte eher grundsätzlicher und struktureller Art einzuleiten.

2.2.1. Weiterentwicklung bestehender Ansätze

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen, die sich aus den interdisziplinären Projekten und Initiativen der medizinischen Versorgung als wirksam und zweckmäßig herauskristallisierten Versorgungselemente als Orientierung beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Erst- und Akutversorgung zu nutzen. Bei der Entwicklung von Versorgungsangeboten ist sinnvollerweise nach einem abgestuften Versorgungskonzept - z.B. Straßenbesuche, Einsätze einer fahrbaren Ambulanz, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Behandlung in Krankenwohnungen - vorzugehen. Diese Versorgungselemente und das Stufenkonzept sind von der „Bundesarbeitsgemeinschaft medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ erarbeitet worden und können bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe angefordert werden.

2.2.2. Kinder und Jugendliche

Besondere Aufmerksamkeit sollte der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Bahnhofs- und Wohnungslosenmilieu gewidmet werden. Minderjährige stellen eine nicht zu vernachlässigende Klientel in Versorgungsangeboten der niedrigschwelligen medizinischen Hilfen für Wohnungslose dar.

2.2.3. Krankenwohnungen

Kranke wohnungslose Menschen werden aufgrund der beschriebenen Besonderheiten der Gesundheitsvorsorge häufiger als eigentlich erforderlich in Krankenhäuser eingewiesen, im Rahmen der stationären Notfallversorgung behandelt und dann wieder auf die Straße entlassen. Die Landesgesundheitskonferenz hält deshalb die häusliche Krankenpflege und die vorübergehende Behandlung in - an Wohnungshilfeträger angegliederte - Krankenwohnungen für geeignet, unnötige und kostspielige Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Sie fordert das Land dazu auf, ggf. einen Diskurs zu der Thematik zu organisieren, die Ergebnisse an das zuständige Bundesministerium für Gesundheit heranzutragen und ggf. eine Gesetzesinitiative zur Absicherung der häuslichen Krankenpflege zu prüfen.

2.2.4. Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen.

Die Landesgesundheitskonferenz sieht die Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen als sehr dringlich an.

Grundsätzlich besteht ein lückenloser gesetzlicher Leistungsanspruch des obdachlosen Menschen entweder gegenüber der Krankenkasse oder dem zuständigen Sozialhilfeträger. Auf Grund der spezifischen Bedingungen und der speziellen Lebenssituation Obdachloser sind die vorwiegend in den Großstädten entstandenen Initiativen zur Versorgung Obdachloser jedoch finanziell nicht abgesichert. Um in der Zukunft zu tragfähigen Finanzierungsgrundlagen zu kommen, vereinbaren die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, die beteiligten Kommunen, die Ärztekammern und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, im Rahmen eines gemeinsamen Projekts eine Datenbasis der medizinischen Versorgung Obdachloser als Grundlage für eine gemeinsame Finanzierungsregelung zu schaffen. Das auf dieser

Datenbasis zu erarbeitende gemeinsame Finanzierungskonzept wird der 11. Landesgesundheitskonferenz zur Beschlussfassung vorgelegt.

Eine Poolfinanzierung, die auch die Finanzierung der nicht klärbaren Fälle einschließt und als Gemeinschaftsaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen, Vertragsärzte) und der Sozialhilfeträger zu definieren wäre, würde bestehende Defizite am unbürokratischsten angehen. Dies stößt jedoch an gesetzliche Barrieren, da sowohl im SGB V als auch im SGB XI und im BSHG der Leistungsanspruch personenbezogen und auf definierte und spezielle Leistungen formuliert ist.

Die Kommunen, Krankenkassen und Vertragsärzte werden aufgefordert, die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten, insbesondere das Instrument der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie vereinfachter und beschleunigter Verfahren zur Feststellung des Versichertenstatus und der Leistungsbeziehung bereits jetzt so gut wie möglich auszuschöpfen.

2.2.5. Die Öffentlichkeit sensibilisieren

Die Landesgesundheitskonferenz fordert die Kommunalen Gesundheitskonferenzen des Landes auf, die medizinische Versorgung obdachloser und in Wohnungsnot befindlicher Menschen auf die Tagesordnung zu setzen. Die Datenlage weist aus, dass dies insbesondere eine Problematik der Großstädte und Städte ist. Die Initiativen hierzu sollten von den Kommunen, ebenso aber auch von den anderen Beteiligten der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ausgehen.

2.2.6. Verbesserung der Erkenntnislage / Gesundheitsberichterstattung

- Um die Datenlage weiter abzusichern, sieht es die Landesgesundheitskonferenz für erforderlich an, eine bundesweit einheitliche Wohnungsnotfallstatistik zu entwickeln, die insbesondere auf einer einheitlichen Begrifflichkeit der Wohnungslosigkeit aufbaut, um die quantitativen und qualitativen Strukturen und Entwicklungen der Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot gesicherter beobachten zu können. Sie fordert hierzu die Bundesregierung auf, auf der Grundlage der 1998 im Auftrag des Statistischen Bundesamtes durchgeführten Machbarkeitsstudie die gesetzlichen Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche Wohnungsnotfallstatistik zu schaffen. Der Vorschlag unterscheidet zwischen von

Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen und akut Wohnungslosen. Bei der ersten Personengruppe sollten vor allem die Räumungsklagen, die hierzu führenden Gründe, und der Ausgang der Verfahren erfasst werden. Bei der zweiten Personengruppe sollten Daten erfasst werden zu Haushaltsgröße, Art der Unterbringung, Grund der Unterbringung, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Alter. Die Datenerfassung sollte über die Ordnungsämter, Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe erfolgen.

- Erforderlich ist darüber hinaus die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung mit einem besonderen Augenmerk für die Schnittstelle zur Armuts- und Sozialberichterstattung. Sie muss es ermöglichen, die Gesundheits- und Versorgungslage von obdachlosen und in Wohnungsnot befindlichen Menschen handlungsorientiert zu analysieren und zu bewerten. Das Land ist aufgefordert, die Federführung zu übernehmen.
- Angesichts der sehr lückenhaften Daten- und Erkenntnislage der Gesundheitssituation obdachloser Mädchen und Frauen sind darüberhinaus weitere Untersuchungen erforderlich, um spezifische Risiko- und Bedarfslagen identifizieren zu können.

3. Empfehlungen zur Gesundheit von Zuwanderern

Konkreter Handlungsbedarf besteht auf unterschiedlichen Ebenen:

3.1. Gesundheitspolitische Diskussion

Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, dass das Thema Gesundheit von Zuwanderern in der gesundheitspolitischen Diskussion einen wesentlich höheren Stellenwert bekommt. In einem Workshop „Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen – migrantenfreundliche Institutionen“ im April des vergangenen Jahres haben Vertreter des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz sowie Experten aus den verschiedensten Bereichen die vorhandenen Fragen und Probleme diskutiert und Vorschläge u.a. zur Diskussion in der Landesgesundheitskonferenz erarbeitet. Die positiv besetzte Diskussion um den "Standortfaktor Gesundheit" auf der Landes- wie der kommunalen Ebene kann Leitlinie für die öffentliche Behandlung auch des Themas Gesundheit von Zuwanderern sein.

3.2. Weiterentwicklung bestehender Initiativen und Maßnahmen

Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, dass bereits eingeleitete und zum Teil von der Landesregierung geförderte Initiativen und Maßnahmen durch die Beteiligten weiter ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für

- die im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht bereits entwickelten und mit Landesmitteln geförderten Maßnahmen zur Verbesserung der Beratungs- und Hilfeangebote und zur Schaffung migrantenspezifischer Angebote,
- die im Rahmen der Maßnahmen des Landes gegen AIDS von der Landesregierung modellhaft geförderten Projekte zur Entwicklung von kulturspezifischen AIDS-Präventions- und Hilfeangeboten für Migrantinnen und Migranten,
- Projekte in der psychiatrischen Versorgung von Migrantenfamilien und

- Projekte zur Vermittlung berufsspezifischer Fremdsprachenkenntnisse und interkultureller Kompetenzen für Beschäftigte im Gesundheitswesen.

3.3. Kommunikative Kompetenzen

- Voraussetzung für die Sensibilisierung von Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens sind vorrangig kommunikative Kompetenzen sowie eine kulturelle Offenheit und Akzeptanz von Gesundheitskonzepten aus anderen Kulturkreisen. Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als notwendig an, dass migrationsspezifische Aspekte verstärkt im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe berücksichtigt werden.
- Gleichzeitig sollten Mehrsprachigkeit und kulturell vielfältige Lebenserfahrung als Qualifikationsmerkmal stärker gewürdigt und als Bewerbungsvorteil gewertet werden.
- Professionelle Dolmetscherdienste sollten effizient genutzt werden, d.h. durch intelligente Vernetzung sollten möglichst viele Einrichtungen von den vorhandenen Diensten profitieren.
- Einen besonderen Stellenwert haben in diesem Zusammenhang auch mehrsprachige zielgruppenorientierte Broschüren und Informationen.

3.4. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse

Den unterschiedlichen legitimen kulturellen und religiösen Bedürfnissen sollte im Rahmen vorhandener Möglichkeiten durch räumliche Angebote (z.B. islamische Gebetsräume in Krankenhäusern) und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten in der Ernährung Rechnung getragen werden.

3.5. Koordination und Moderation

- Die Landesgesundheitskonferenz regt an, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen als lokale Koordinatoren, Moderatoren und Impulsgeber verstärkt mit dem Thema befassen. Sie regt ferner an, das Thema Soziale Lage und Gesundheit und in diesem Zusammenhang auch das Thema der Gesundheit von

Zuwanderern zu einem Schwerpunkt des Projektverbundes "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen" zu machen.

- Der Öffentliche Gesundheitsdienst trägt nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Zusammenhang mit der sogenannten Sozialkompensation besondere Verantwortung bei der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung auch der Gruppen von Zuwanderern. Insofern ist die Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als „Anwalt“ für die Belange der Zuwanderer zu stärken.

3.6. Öffentlichkeitsarbeit

- Die Landesgesundheitskonferenz hält weiterhin Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wie Veranstaltungen, Fachkonferenzen und die Nutzung elektronischer Medien für notwendig.
- Die Landesgesundheitskonferenz hält mehr Transparenz und Informationen über entsprechende Kompetenzen und vorhandene Leistungsangebote für Migrantinnen und Migranten wie auch für die Beschäftigten im Gesundheitswesen für erforderlich. Sie begrüßt das vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst erstellte Praxisheft „Interkulturelle Gesundheitsförderung“.
- Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt weiterhin, dass im Rahmen des beim „Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen“ (ZTG) im Aufbau befindlichen Bürger- und Patienteninformationssystems „Gesundheit.NRW“ ein Internet-Portal mit einer Übersicht über Projekte, Angebote und Dienste in Nordrhein-Westfalen zum Thema Migration und Gesundheit eingerichtet werden soll, das den Austausch von Informationen, Erfahrungen und Ideen ermöglichen wird.
In diesem Rahmen sollten auch Best Practice-Ansätze, wie etwa Verbundprojekte zwischen spezialisierten Beratungsstellen mit muttersprachlichem Personal und den Einrichtungen der Regelversorgung bekannt gemacht werden. Ein solches Verbundprojekt ist beispielsweise an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Essen erfolgreich etabliert worden.

3.7. Gesundheitsberichterstattung

Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als notwendig an, dass migrantenspezifische Aspekte in der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für fundierte Analysen und Bewertungen verstärkt berücksichtigt werden. Hierbei kann auf den Sonderbericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung NRW aufgesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, inwieweit bei gesundheitsbezogenen Statistiken zukünftig verstärkt eine Differenzierung nach Nationalität und Migrationsstatus erfolgen kann. Ggf. sollten Sonderauswertungen der den Indikatoren zu Grunde liegenden Daten vorgenommen werden. Die Daten des Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen 2000 bieten darüberhinaus weitergehende Erkenntnisse, die entsprechend genutzt werden müssen. Zu Spezialfragestellungen sind ggf. als weitere Möglichkeit gesonderte Studien durchzuführen.

II. Hintergrundinformationen

1. Einleitung

Die Landesgesundheitskonferenz NRW beschäftigt sich in diesem Jahr mit einem Thema, dessen Aktualität trotz wachsenden Wohlstands und gesteigener Wahlmöglichkeiten in allen Lebensbereichen für bestimmte Gruppierungen in unserer Gesellschaft nach wie vor gegeben ist: der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und gesundheitsfördernden Ressourcen. Die im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens Verantwortung tragenden Institutionen und Organisationen widmen sich unter Federführung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit der Frage, inwiefern und für welche Bevölkerungsgruppen objektiv nachweisbare Einflüsse sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und Krankheit bestehen und welchen Beitrag die Landesgesundheitskonferenz zur Minderung der damit verbundenen Probleme leisten kann.

Die soziale Verursachung von Krankheit wurde bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts thematisiert. Hinreichend gesichert ist seither der Einfluss von gesundheits-schädigenden Lebens- und Arbeitsbedingungen, von unzureichender Hygiene und von schlechten Wohnverhältnissen auf die Genese und die Manifestation von Erkrankungen. In diesen Zusammenhang sind damalige Forderungen nach einem weitreichenden Gesundheitsschutz durch den Staat, nach umfassenden Bildungsmaßnahmen und einem Ausbau der medizinischen Versorgung vor allem in unteren sozialen Schichten einzuordnen.

Wenngleich sich grundlegende Unterschiede zwischen den Schichten innerhalb des letzten Jahrhunderts verringerten, so kann dennoch bis heute im internationalen Vergleich westlicher Industriegesellschaften zwischen der Höhe der sozialen Schicht wie auch einzelner Indikatoren eines sozioökonomischen Status und der Morbidität und Mortalität einer Bevölkerung vielfach eine eindeutig gegenläufige Beziehung nachgewiesen werden.

Ansätze zur Beschreibung der vertikalen Differenzierung in einer Gesellschaft erklären jedoch nicht hinreichend die Unterschiede von Krankheitsrisiken und Gesund-

heitschancen. Ausgehend von Grenzen des Schichtenkonzeptes werden seit Beginn der 80er Jahre darüber hinaus Ansätze zur Erklärung horizontaler Ungleichheit diskutiert. Demnach sind Krankheit und Sterblichkeit wie auch der Umgang mit Krankheit und das Gesundheitsverhalten je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Soziallage unterschiedlich ausgeprägt. Stärker beachtet wird, dass Geschlecht, Alter und Generation, Familienstruktur, Erwerbsstatus, Region und Nationalität eng mit Potenzialen von Lebenschancen verknüpft sind und ungleiche Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie unterschiedliche Formen der sozialen Absicherung die Lebensqualität von Menschen in starkem Maße beeinflussen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die vertikale Struktur unserer Gesellschaft nach wie vor einen sozialen Gradienten in Verbindung mit Krankheit und Gesundheit bedingt. Darüber hinaus werden jedoch in Konzepten einer horizontalen gesellschaftlichen Differenzierung nach sozialen Lagen, sozialen Milieus und Lebensstilen Möglichkeiten eröffnet, spezifische Benachteiligungen oder Bevorzugungen kleinerer gesellschaftlicher Gruppen differenzierter zu analysieren. Das Problem ungleich verteilter Gesundheitsrisiken lässt sich auf diese Weise präziser beschreiben und erklären. Interventionsmöglichkeiten können auf spezifische Bevölkerungsgruppen zugeschnitten und z.B. Unterschiede im Präventions- und Vorsorgeverhalten von Angehörigen bestimmter sozialer Lebenslagen insgesamt differenzierter angegangen werden. Konzepte, die in diesem Zusammenhang auf reine Verhaltensprävention abstellen, haben die angestrebten Ziele nicht erreicht. Sie sind zu unterstützen durch wirksame Maßnahmen der Verhältnisprävention, die eben diese soziale Umwelt mit einbezieht und selbst zum Gegenstand ihrer Bemühungen macht.

Die Landesgesundheitskonferenz greift die beschriebenen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit und Krankheit aktiv auf. Sie tut dies vor dem Hintergrund gesicherter Erkenntnisse und nachweislicher Datengrundlagen über Gesundheitsgefährdungen in bestimmten sozialen Lagen und in Verbindung mit differenzierten Sozialkategorien. Dabei liegt nahe, dass im Kontext der Entschließung der Landesgesundheitskonferenz die Auswahl der zu behandelnden Teilbereiche begrenzt bleiben muss. Die in der Abfolge erkennbare Konzentration auf ausgewählte Bereiche erfolgte auf der Basis folgender Kriterien:

- nachweislich strukturelle Benachteiligung in der gesundheitlichen Versorgung;
- Identifikation auf empirischer Basis mit vertretbarem Aufwand leicht möglich;
- realistische Chance auf Umsetzbarkeit der erarbeiteten Lösungsvorschläge.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die Landesgesundheitskonferenz in diesem Jahr mit folgenden Themenschwerpunkten:

- Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit;
- Schichtenspezifische Ungleichheiten der Gesundheit
 - Prävention, Früherkennung und Lebensweisen
 - Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen als Gemeinschaftsaufgabe;
- Gesundheit von Zuwanderern.

2. *Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit*

2.1. Ausgangssituation

Geschlechtsspezifische Aspekte sind sowohl im biologischen (sex), als auch im sozialen (gender) Sinne für Gesundheit und Krankheit von wesentlicher Bedeutung. In vielen Bereichen bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: dies gilt für Art, Häufigkeit und Ausprägung von Krankheiten, wie auch für das Gesundheitsbewusstsein und die Krankheitsbewältigung. Die u.a. aus Verhaltensdifferenzen erwachsenden Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitsrisiken spielen dabei eine besondere Rolle, insbesondere auch in Anbetracht des sich ändernden Krankheitspektrums mit der Zunahme chronischer Krankheiten und dem damit verbundenen Einfluss auf Lebensqualität und Lebenserwartung.

Die Bedeutung dieser Aspekte wurde auch durch die Frauenbewegung in den 70er Jahren hervorgehoben. Sie hat mit ihrem Einfluss auf die gesellschaftliche Entwicklung auch wichtige Anstöße für die Gesundheitspolitik gegeben. Damals ging es vornehmlich um Fragen der Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Geburt, aber auch um die Selbstbestimmung der Frau in gesellschaftlichen Zusammenhängen.

In der jüngeren Vergangenheit wurden die Fragen einer geschlechterdifferenzierenden Betrachtungsweise seitens der Wissenschaft und Politik zunehmend in einen breiteren, Gesundheit und Krankheit umfassenden Zusammenhang gestellt. Auf der Basis von Studienergebnissen, insbesondere aus den USA und einigen europäischen Ländern, aber zunehmend auch aus Deutschland, wird zwischenzeitlich die Notwendigkeit belegt, eine stärkere Geschlechterdifferenzierung im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit vorzunehmen.

Die Strategie des Gender-Mainstreaming, nach der die Geschlechterperspektive in sämtliche Handlungsstränge der Politik Eingang finden soll, ist bereits ein hochrangiges politisches Ziel in der Europäischen Union und wird auch in Deutschland in der Gesundheitspolitik zunehmend diskutiert.

Im Land Nordrhein-Westfalen wurde in den vergangenen Jahren in verschiedenen Zusammenhängen und auf unterschiedlichen Ebenen bereits eine Reihe von Initiativen gestartet, die dazu beigetragen haben bzw. dazu beitragen, das Bewusstsein für eine entsprechende Geschlechterdifferenzierung zu schärfen, Forschungsfelder zu benennen, die vorhandenen Erkenntnisse soweit wie möglich transparent zu machen und erste Schritte für konkretes Handeln auf der Landes- wie der kommunalen Ebene einzuleiten:

- So hat der nordrhein-westfälische Landtag – die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen – im Jahre 2000 einen Antrag zur „Frauengerechten Gesundheitspolitik“ verabschiedet; zudem wird mit der Einrichtung der Enquête-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" im Düsseldorfer Landtag eine längerfristige Perspektive für dieses Thema eröffnet.
- Mit dem geschlechterdifferenzierenden Gesundheitsbericht des Landes "Gesundheit von Frauen und Männern in NRW" aus dem Jahre 2000 wird erstmals über Gesundheitsrisiken, die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung in Bezug auf die Geschlechter differenzierend, und wo dies möglich ist, vergleichend berichtet und diese interpretiert, um die unterschiedlichen Belastungen, bestehende Defizite, aber auch die Verfügbarkeit psycho-sozialer Ressourcen bei beiden Geschlechtern zu verdeutlichen.

- Im Jahre 2000 wurde in Nordrhein-Westfalen die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW mit je einem Standort in beiden Landesteilen (Köln und Bad Salzuflen) gegründet, um die Entwicklungen in diesem Bereich durch Vernetzung, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen.
- In den Kommunen des Landes wurden zum Teil die kommunalen Gesundheitskonferenzen bereits dazu genutzt, sich dieses Themas auch auf Ebene der Städte und Kreise anzunehmen. In der zum ÖGD-Gesetz erlassenen Ausführungsverordnung wird ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, kommunale Gleichstellungsbeauftragte hierbei einzubinden.
- Vom 25.10. – 23.11.2001 werden vom MFJFG gemeinsam mit den kommunalen Gleichstellungsstellen landesweite Aktionswochen zum Thema „Frauen und Gesundheit“ durchgeführt.

Bisherige geschlechtsspezifische Projekte waren vor allem auf Frauen fokussiert. Im Rahmen der Anhörung im Düsseldorfer Landtag zum Gesundheitsbericht 2000 „Gesundheit von Frauen und Männern in NRW“ am 11. Mai 2001 wurde darauf hingewiesen, dass bislang zu wenig männerspezifische Projekte durchgeführt wurden. Geschlechtsspezifische Projekte sollten sich daher zukünftig auf Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern beziehen.

2.2. Herausforderungen

Das Gesundheitswesen steht zunehmend vor der Herausforderung, sich mit seinen Maßnahmen stärker auf bestimmte Zielgruppen zu konzentrieren. Dazu gehört auch, verstärkt geschlechterdifferenzierende Ansätze in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems im Sinne des Gender-Mainstreaming zu berücksichtigen. Frauen und Männer stellen keine in sich homogenen Gruppen dar; die jeweilige soziale Lage spielt neben und innerhalb der Kategorie Geschlecht eine bedeutende Rolle.

An einem sehr prägnant zwischen den Geschlechtern differierenden Gesundheitsindikator, nämlich der Lebenserwartung und an zwei Krankheitsgruppen soll beispiel-

haft verdeutlicht werden, vor welche Herausforderungen Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen bei diesem Thema gestellt sind:

Lebenserwartung

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen ist in der Vergangenheit kontinuierlich gewachsen. Einen wesentlichen Anteil daran haben der Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie der Rückgang der Müttersterblichkeit. Die maximal mögliche menschliche Lebensspanne hingegen ist seit Jahrtausenden unverändert. Sie wird heute jedoch signifikant vermehrt ausgeschöpft (von Frauen häufiger als von Männern). Diese Tatsache ist weltweit zu beobachten, besonders ausgeprägt in den westlichen Industrieländern.

Für diesen erst in den vergangenen 100 Jahren aufgebauten Überlebensvorteil der Frauen bzw. für die verkürzte Lebenserwartung der Männer gibt es zahlreiche Erklärungsansätze (Landesgesundheitsbericht NRW 2000).

Diskutiert wird u.a. ein höheres biologisches Überlebenspotenzial bei den Frauen, bedingt durch genetische Dispositionen und den darauf aufbauenden Besonderheiten im Hormon- und Immunstatus, das durch verbesserte soziale, hygienische und medizinische Bedingungen zum Tragen gekommen ist. Die männliche Übersterblichkeit bei den Feten und Säuglingen ist möglicherweise rein biologisch begründet, u.a. durch die x-chromosomal vererbten Krankheiten.

Innerhalb der Sozialwissenschaften wird der Frage nachgegangen, welche Rolle die Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten der Lebensbedingungen zwischen den Geschlechtern spielen. In Deutschland hat sich eine partielle Angleichung der Lebensstile von Frauen und Männern einschließlich des Risikoverhaltens entwickelt. Welche Veränderungen bezüglich der Lebenserwartung für Frauen und Männer in Deutschland sich dadurch möglicherweise ergeben werden, bleibt abzuwarten. Hierzu nur einige Beispiele:

- Bezüglich der Erwerbsquotenentwicklung zeigt sich für Frauen zwischen 25 und 60 Jahren eine steigende Tendenz (Statistisches Bundesamt 2001). Gleichzeitig

beträgt der Anteil am Erziehungsurlaub, den Männer in Anspruch nehmen, konstant ca. 2 %, und nur jeder 16. Mann arbeitet in Teilzeit.

- Am Beispiel Rauchen lässt sich bei den jüngeren Jahrgängen eine fast vollständige Angleichung des Risikoverhaltens von Frauen und Männern nachweisen. Bei den 55 bis 59 - jährigen rauchen noch mehr als doppelt so viel Männer wie Frauen (30 % vs. 14 %). Bei den jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre) hingegen ist das Verhältnis rauchender Frauen zu rauchenden Männern mit 44 % vs. 49% nahezu gleich (Bundesministerium für Gesundheit 2000).
- Bei den jungen Männern zwischen 15 und 29 Jahren besteht eine den gleichaltrigen Frauen gegenüber etwa dreifach erhöhte Mortalität durch Drogen, Unfälle und Suizid, die über die vergangenen 15-20 Jahre sogar eine steigende Tendenz zeigt. Und auch die Herz-Kreislauf-Krankheiten haben mit der Beeinflussbarkeit von Risikofaktoren eine stark verhaltensabhängige Komponente, wenngleich diese allein das gravierend höhere Risiko der Männer in bestimmten Altersgruppen nicht erklärt.

Politik, Gesundheitswesen und Forschung stehen vor der Herausforderung, kausale Zusammenhänge zu identifizieren, und dort, wo Handlungsbedarf deutlich erkennbar ist, z.B. bei der unterschiedlichen Entwicklung des Risikoverhaltens von Frauen und Männern, geeignete zielgruppenorientierte Maßnahmen umzusetzen.

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Während noch am Ende des 19. Jahrhunderts Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit und auch der Tod durch Herzinfarkt eher seltene Ereignisse waren, handelt es sich dabei heute um regelrechte Volkskrankheiten. Quantitativ haben die Herz-Kreislauf-Krankheiten für Männer – und zwar bereits im mittleren Lebensalter - nach wie vor eine größere Bedeutung als für Frauen. Neuere Studien belegen, dass diese Erkrankungen nicht nur ebenfalls eine große Relevanz für Frauen haben, sondern sich zwischen Männern und Frauen unterschiedliche Ausprägungen hinsichtlich der Risikowahrnehmung, des Auftretens und der Inanspruchnahme des Versorgungssystems ergeben.

Für Männer und Frauen gelten als Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Krankheiten: Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Übergewicht und Rauchen. Im zeitlichen Verlauf hat sich die Prävalenz der einzelnen Risikofaktoren unterschiedlich entwickelt (Thefeld 2000). Insgesamt weisen Männer über alle Altersgruppen hinweg nach wie vor die höheren Risiken auf. Dies spiegelt sich wider in der Übersterblichkeit der Männer an Herz-Kreislauf-Krankheiten, die besonders deutlich zwischen 35 und 64 Jahren besteht: im Jahr 1998 starben in dieser Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen am akuten Myokardinfarkt 733 Frauen, bei den Männern waren es mit 2763 mehr als dreieinhalb mal so viele (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW). Angesichts des leicht zurückgehenden Raucheranteils bei den Männern (seit 1992 minus 5,7%) und des leicht zunehmenden Raucheranteils vor allem bei Mädchen und jungen Frauen insgesamt (seit 1992 plus 3,3%, Mikrozensus 1999) ist eine Relativierung dieser Übersterblichkeit zu prognostizieren.

Die Risikofaktoren zeigen in ihrem Ausmaß und ihrer Häufigkeit eine deutliche Abhängigkeit von der sozialen Schicht. Grundsätzlich ist bei Männern über die Jahre von einer im Wesentlichen unveränderten Risikobelastung auszugehen, während sich bei den Frauen in den letzten Jahren eine Zunahme der Risikobelastung entwickelt (Thefeld 2000).

Zwar treten Herzinfarkte bei jüngeren Frauen (unter 50 Jahren) deutlich seltener auf als bei gleichaltrigen Männern; im Falle eines Herzinfarkt ereignisses ist die Mortalität nach einer US-amerikanischen Studie jedoch bei Frauen mehr als zweimal so hoch (Vaccarino 1999). Für diese Altersgruppe ist auch in Deutschland ein hohes Mortalitätsrisiko bei Herzinfarkt bekannt. Als eine Hochrisikogruppe sind dabei Frauen, die sowohl rauchen, als auch Kontrazeptiva einnehmen, anzusehen (Mannebach 2001).

Ein weiteres Problemfeld stellt die Prähospitalsterblichkeit dar. Relativ mehr Frauen als Männer (44% versus 31%) sterben an ihrem Herzinfarkt, bevor sie ein Krankenhaus erreichen (Landesgesundheitsbericht NRW 2000).

In diversen Studien konnte z.B. für die Schweiz und die USA (Naegeli et al. 1998, Vaccarino 1999) eine Frauen benachteiligende intensive und invasive Diagnostik und Therapie gezeigt werden. Hierzu gibt es derzeit für NRW keine Belege. Dennoch bie-

ten sich auch hier Möglichkeiten an, potenzielle Risiken bereits im Vorfeld zu minimieren. Hierzu gehört beispielsweise ein verstärktes Bewusstsein von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich einer möglichen lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankung auch bei jüngeren Frauen, das die Heilungschancen für die Betroffenen verbessern würde.

Rehabilitationsleistungen werden international und auch in Deutschland von Frauen weniger in Anspruch genommen als von Männern. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Anschlussheilbehandlung und Langzeitrehabilitation für die Reinfarktprophylaxe wesentliche Bedeutung haben.

Nach Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die etwa 60 bis 70 % aller Rehabilitationsleistungen übernehmen – der übrige Anteil wird im Wesentlichen von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen -, betrug 1997 bei den unter 65-jährigen in den wichtigsten Indikationsbereichen der kardiologischen Rehabilitation die unterschiedliche Inanspruchnahme in Nordrhein-Westfalen 7 : 1 zugunsten der Männer. Dieses Verhältnis erklärt sich nicht allein durch die unterschiedliche Häufigkeit von Herzerkrankungen bei Frauen und Männern (Landesgesundheitsbericht NRW 2000). Welche Gründe zur Unterinanspruchnahme führen, ist im einzelnen noch ungeklärt.

Insgesamt gesehen sind geschlechtsspezifische Differenzen z.B. bei der Häufigkeitsverteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, bei speziellen Risikoprofilen oder Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen damit offensichtlich. Unklar bleiben vielfach noch die Ursachen und damit auch die möglichen Gegenmaßnahmen.

Psychische Erkrankungen, psychosomatische Störungen, Sucht

Viele Erkrankungen aus dieser Gruppe zeigen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit und im Zeitpunkt ihres Auftretens. Dies wirft Fragen nach den Ursachen dieser Geschlechterrelation und den sich daraus möglicherweise ergebenden Behandlungsstrategien auf. Um diese Situation anschaulich zu machen, werden im Folgenden einige Beispiele aufgeführt:

Psychosomatische Störungen treten bei Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern (Richter 2001, Wittchen et al. 2000). Von einer der häufigsten psychischen

Erkrankungen, der Depression, sind Frauen bis zu dreimal so häufig betroffen wie Männer. Dieser jedoch nicht in allen Altersstufen gleichermaßen bestehende Geschlechtsunterschied lässt sich auch in weltweiten Untersuchungen belegen und gehört somit zu den stabilsten epidemiologischen Forschungsergebnissen. Für die Ursachen dieser Unterschiedlichkeit werden verschiedene Faktoren (u.a. divergierende Belastungserfahrungen und Bewältigungsstrategien, Hormonstatus) verantwortlich gemacht (Remschmidt 1999).

Bei Magersucht und Bulimie, die vorrangig als psychosomatische Krankheitsbilder mit Suchtaspekten (in unterschiedlichen Ausprägungen) betrachtet werden, sind 95 % der Betroffenen weiblich. Zur intensiveren Befassung mit diesem Thema verweist die Landesgesundheitskonferenz auf die im Sommer veröffentlichte Fortschreibung des „Landesprogramms gegen Sucht“, das die Essstörungen in einem Exkurs behandelt.

Von Arzneimittelabhängigkeit sind in Deutschland fast 1,5 Millionen Menschen betroffen. Davon sind etwa 70 % Frauen. Frauen sind auch diejenigen, die bis zu zwei Drittel der Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial (z.B. Benzodiazepine) verordnet bekommen. Der weitaus überwiegende Teil dieser Medikamente ist verschreibungspflichtig und wird u.a. aufgrund von bei Frauen besonders häufig diagnostizierten psychosomatischen Erkrankungen verordnet. Der Verbrauch dieser Medikamente steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter an, allerdings bei Frauen auf einem deutlich höheren Niveau als bei Männern. Bei den betroffenen Frauen handelt es sich häufig um Frauen in benachteiligten sozialen Lagen (Verbundprojekt – Frauengesundheit in Deutschland 2001).

Bei anderen Suchtkrankheiten hingegen sind Männer gegenüber den Frauen deutlich häufiger betroffen. Dies betrifft z.B. den Alkoholismus. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, beträgt das Geschlechterverhältnis bei den ca. 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholkranken 3 : 1 zuungunsten der Männer (Landesprogramm gegen Sucht 1999).

Auch bei Analyse der Krankenhausfälle zeigen sich Unterschiede: hier findet sich in der Altersgruppe der über 44-jährigen Personen bei allen psychischen Krankheiten (ohne Sucht) ein erheblich höherer Anteil (bis zu ca. einem Drittel) von Frauen. Eine

Angleichung des Geschlechterverhältnisses zeigt sich erst wieder ab einem Alter von 80 Jahren (Landesgesundheitsbericht NRW 2000).

Bei psychischen Erkrankungen von Frauen spielen vielfach geschlechtsspezifische Erlebnisse eine Rolle. Bedeutung haben hierbei auch zum Teil sexuelle Gewalterfahrungen. Als krankheitsverursachend, -auslösend, oder –unterhaltend können u.a. die schwer lösbaren Widersprüche zwischen den neuen gesellschaftlichen Anforderungen und traditionellem Rollenverhalten wirken.

Neben diesen und weiteren möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren spielen auch die physiologischen Prozesse und natürlichen Hormonschwankungen im weiblichen Organismus eine wichtige Rolle bei den psychischen Krankheiten. In Zukunft stärker als bislang zu berücksichtigen sind die zum Teil bei Frauen und Männern unterschiedlichen Stoffwechselprozesse beim Gebrauch von Psychopharmaka.

Bei stationären Behandlungen von psychischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen auf gemischtgeschlechtlichen Stationen ist darüber hinaus der Bedarf einer geschützten Privatsphäre zu beachten. In einer für sie persönlich schwierigen Situation müssen Männer und Frauen sich einige Zeit auf relativ engem Raum miteinander arrangieren. Patientinnen und Patienten benötigen daher ausreichende Rückzugsmöglichkeiten. Frauen mit sexueller Gewalterfahrung benötigen eine zum Teil besondere Herangehensweise in Diagnostik und Therapie, z.B. die Möglichkeit, eine Therapeutin wählen zu können.

Bei Frauen mit kleinen Kindern, die einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürfen, kann es heilungsfördernd für die Patientin, aber auch im Interesse des Kindes sein, lange Trennungszeiten zu vermeiden. Es ist notwendig, verstärkt die Möglichkeit für die Aufnahme von Frauen mit ihren Kindern zu schaffen. Hier gibt es insbesondere aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe gute Beispiele.

Auch bei den psychischen, psychosomatischen und Suchterkrankungen wird damit deutlich, dass einerseits noch Forschungsbedarf besteht, es andererseits aber auch darum geht, geschlechtsspezifische Unterschiede deutlicher wahrzunehmen und daraus konkretes Handeln abzuleiten.

2.3. Empfehlungen für weitere notwendige Schritte

Für eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung gibt es in vielen gesellschaftlichen Bereichen und Politikfeldern Handlungsbedarf. Die Landesgesundheitskonferenz konzentriert sich im Rahmen der ihr gegebenen Möglichkeiten mit ihren Empfehlungen auf umsetzbare gesundheitspolitische Aktivitäten, die sich sowohl auf Rahmenbedingungen und strukturelle Fragen als auch auf spezielle Maßnahmen bei den beispielhaft ausgewählten Krankheitsgruppen beziehen.

2.3.1. Empfehlungen zu speziellen Krankheiten und zum Versorgungsbedarf

- Die Verkürzung der Prähospitalphase ist nach wie vor eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Herzinfarkttherapie bei beiden Geschlechtern und bedarf deshalb verstärkter Bemühungen. Die Landesgesundheitskonferenz regt hierzu Informationskampagnen an, die beispielsweise im Rahmen der Herzwoche 2001 zielgruppenorientiert, d.h. z.B. schicht- und geschlechtsspezifisch gestaltet werden könnten. Denkbar wären auch Folgeprojekte von HEUH „Herzinfarkt Erkennen Und richtig Handeln“ Hier wurden in verschiedenen Städten und Kreisen im Regierungsbezirk Arnsberg zwischen 1994 und 1997 erfolgreich entsprechende Projekte durchgeführt.
- Die Übersterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen im mittleren Lebensalter, beruht zu einem Großteil auf den Herz-Kreislauf-Krankheiten, insbesondere dem Herzinfarkt. Die hier zu Grunde liegenden Gesundheitsrisiken sollten verstärkt in das Bewusstsein der Betroffenen selbst und der Institutionen des Gesundheitswesens gerückt werden. Die Landesgesundheitskonferenz hält es daher für notwendig, diese Zielgruppe bei Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit § 20 SGB V ausdrücklich zu berücksichtigen.
- Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, die Hochrisikogruppe der unter fünfzigjährigen Frauen, die rauchen und hormonelle Kontrazeptiva einnehmen, vermehrt über die bei ihnen bestehende Risikokonstellation zu informieren und aufzuklären. Insbesondere die Ärzteschaft und die GKV unterstützen eine entsprechende Risikominimierung bei den betroffenen Frauen durch geeignete Maßnahmen der Aufklärung und Beratung.

Die Landesgesundheitskonferenz sieht für die beiden letztgenannten Empfehlungen in der geplanten Landesinitiative „Förderung des Nichtrauchens, Verringerung der Tabakabhängigkeit“ (s.u. 3.1.3.1) eine zentrale gesundheitspolitische Maßnahme zur Stärkung der Prävention im Hinblick auf das hohe Herzinfarkttrisiko bei den dort genannten Gruppen.

- Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, offene Fragen im Zusammenhang mit der geringeren Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationsangebote durch Frauen zu klären. Es gibt hierzu laufende Studien, deren Ergebnisse abzuwarten sind. Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich dafür ein, Frauen zur verstärkten Inanspruchnahme von notwendigen Rehabilitationsleistungen zu ermutigen.
- In den verschiedenen Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist auf eine verstärkte Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Frauen zu achten. Z.B. sollten innerhalb der bestehenden Strukturen vermehrt Rückzugsmöglichkeiten für Frauen ermöglicht und auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis beim medizinisch-therapeutischen Personal geachtet werden.
- Aufgrund der vielfach guten ersten Erfahrungen mit der Mutter-Kind-Behandlung in der psychiatrischen- und Suchtkrankenbehandlung setzt sich die Landesgesundheitskonferenz für eine stärkere Berücksichtigung solcher Herangehensweisen ein.
- Die Landesgesundheitskonferenz hält es für notwendig, die v.a. bei Männern viel zu geringe Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung (derzeit Beteiligung von 12% der Anspruchsberechtigten), zu verbessern. Sie greift hierzu die zahlreichen Hinweise zur Bedeutung des Prostatakrebses für Männer auf und unterstützt die eben erst beginnende Selbsthilfebewegung zu diesem Thema.

Ein im Rahmen der Umsetzung der zehn Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalens geplanter Workshop zur Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation der Früherkennungsuntersuchungen könnte mit der ausdrücklichen Berücksichtigung des

Prostatakrebses einen Einstieg für die Entwicklung männerspezifischer Projekte darstellen.

- Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt die von der Ministerin initiierte und mit den Beteiligten des Gesundheitswesens gemeinsam durchgeführte "Konzertierte Aktion gegen Brustkrebs" in Nordrhein-Westfalen. Hier wird derzeit auf Landesebene ein umfassendes Konzept zur Verbesserung der Versorgung in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge beim Brustkrebs in vier entsprechenden Arbeitsgruppen erarbeitet. Ziele sind u.a. die Etablierung eines umfassenden Qualitätsmanagements, die Bildung flächendeckender Brustzentren mit verbindlichem Anforderungsprofil, die einheitliche Verlaufsdocumentation der Brustkrebsfälle, die Verbesserung der Früherkennung und die Information, Begleitung und psychosoziale Beratung der Patientinnen. Ein Zwischenbericht wird im Oktober 2001 mit den Verantwortlichen im Gesundheitswesen erörtert.

2.3.2. Rahmenbedingungen, strukturelle Fragen, Forschung

- In Forschungs- und Praxisprojekten sollten die geschlechtsspezifischen Aspekte im Sinne des Gender Mainstreaming verstärkt berücksichtigt werden. Es bedarf einer grundsätzlichen, systematischen Prüfung des Gender-Ansatzes in Gesundheitsprojekten. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird die Entwicklung eines entsprechenden Kriterienkataloges als Instrument zur Überprüfung des geschlechtsspezifischen Ansatzes in Auftrag geben.
- Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Zusammenarbeit mit den Gleichstellungsbeauftragten der kreisfreien Städte und Kreise verstärkt mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen befassen. Das Gesundheitsministerium wird gemeinsam mit dem Iögd die weitere Umsetzung geschlechtsspezifischer Themen in den kommunalen Gesundheitskonferenzen - durch Workshops und die Bereitstellung von Informationen - unterstützen.
- Die Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit NRW“ wird die Beteiligten des Gesundheitswesens und die interessierten Kommunen durch Beratung und Wis-

senstransfer in der weiteren Entwicklung unterstützen. Hier sollen ferner auch mit Unterstützung des „Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen“ (ZTG) durch Netzwerkbildung zwischen den interessierten Einrichtungen Transparenz und die Entstehung von Synergieeffekten gefördert werden.

- In zahlreichen Feldern gibt es offene Forschungsfragen, die sowohl die Sozialwissenschaften als auch die medizinischen Wissenschaften betreffen. Die Landesgesundheitskonferenz fordert die Forschungseinrichtungen in NRW und darüber hinaus auf, entsprechend dem Ansatz des „Gender-Mainstreaming“ geschlechtsspezifische Fragen stärker zu berücksichtigen und in ihren Projekten grundsätzlich auf die Vermeidung von Gender Bias (geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte) zu achten. Solche Forschungsfragen betreffen z.B.: die Fragen hinsichtlich der Unterschiede in der Lebenserwartung, die Einbeziehung von Frauen in Therapiestudien, insbesondere in solche der Arzneimittelerprobung, offene Fragen bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten, den psychischen Erkrankungen, psychosozialen Bedingungsfaktoren etc.
- Die Landesgesundheitskonferenz weist auf Problemlagen und wahrgenommene Defizite für Frauen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten hin. Hier ist zu prüfen, inwieweit geschlechterdifferenzierende Konzepte im Bereich der gesundheitlichen Versorgung erforderlich sind.
- Um vorhandene Erkenntnisse möglichst transparent zu machen und verfügbares Wissen aufzubereiten, ist es erforderlich, die Gesundheitsberichterstattung des Landes weiterzuentwickeln. Diesem Ziel dient auch das vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Projekt zum Gesundheitsstatus hochbelasteter älterer Frauen unter besonderer Berücksichtigung der Situation in NRW. Folgende konkrete Themen für weitere Berichtskapitel sind bereits vorgesehen (s. Vorschläge für weitere Themen im Gesundheitsbericht NRW 2000).
 - Diabetes mellitus
 - Muskel- und Skeletterkrankungen (rheumatische Erkrankungen, Osteoporose)
 - Ursachen für die Frühsterblichkeit der Männer
 - Reproduktion

- Schwangerschaft und Geburt
- Frauen und Männer mit Behinderung
- Krankheiten der Geschlechtsorgane

Notwendig für eine fundierte geschlechtsspezifische Berichterstattung ist auch die Weiterentwicklung der Datenlage. Dies gilt für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung generell.

- Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Ansatzes wird entscheidend davon abhängen, ob bei den Gesundheitsberufen die Chancengleichheit für Männer und Frauen verwirklicht wird. Zwar arbeiten im Gesundheitswesen insgesamt deutlich mehr Frauen als Männer, dieses allerdings weit überwiegend in den nachgeordneten Positionen. Leitungspositionen in Krankenhäusern sind derzeit mit rd. 5% durch Frauen besetzt, einen Lehrstuhl in einer bettenführenden klinischen Abteilung einer Universitätsklinik haben nur 2,3 % Frauen inne. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen mittlerweile fast die Hälfte aller erteilten ärztlichen Approbationen inne haben.

Die Landesgesundheitskonferenz hält für erforderlich, dass in den Universitätskliniken und Krankenhäusern, aber auch in den Organisationen des Gesundheitswesens mehr Führungspositionen mit Frauen besetzt werden.

3. Schichtenspezifische Ungleichheiten der Gesundheit

3.1. Prävention, Früherkennung und Lebensweisen

3.1.1. Ausgangssituation

Der Begriff „Soziale Schicht“ bezieht sich auf die vertikale Differenzierung einer Gesellschaft, in der ihre Mitglieder hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Lage und ihrer Lebenschancen nach gemeinsamen Merkmalen wie z.B. Stellung im Berufsleben, Einkommens- und Vermögenssituation und Bildungsniveau zusammengefasst werden. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht kann eine Krankheit mitverursachen bzw. deren Verlauf beeinflussen. Dies geschieht nicht direkt, sondern über ein Bündel von schichtspezifischen Einstellungen, Lebensstilen und Verhaltensweisen, die ihrerseits wieder schichtspezifisch sind.

Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit und Krankheit sind nicht nur wissenschaftlich hinreichend belegt; Gesundheitsrisiken sind in der Bundesrepublik Deutschland auch de facto nach wie vor ungleich verteilt.

Nachdem über längere Zeit vor allem individuenzentrierte und weitgehend undifferenzierte Präventionsansätze im Vordergrund standen, richten sowohl die Public Health Forschung als auch die Gesundheitspolitik mittlerweile das Augenmerk zunehmend auf die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dies geschieht vor dem Hintergrund umfangreicher Erfahrungen, dass traditionelle Angebote und Interventionsstrategien allenfalls kurzfristige Verhaltensänderungen erzielten, überwiegend mittelschichtorientiert waren und somit besonders gefährdete Zielgruppen in gesundheitlich benachteiligten sozialen Lagen in der Regel nicht erreichten. Erst in letzter Zeit wird – zumindest theoretisch – stärker als bislang berücksichtigt, dass klassische Appelle und Aufklärungsprogramme alleine keine stabilen Veränderungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bewirken. Dazu bedarf es vielmehr einer Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch der Berücksichtigung personaler und sozialer Ressourcen, die für bestimmte Lebenslagen charakteristisch und ihrerseits mit soziostrukturellen Merkmalen verknüpft sind. Vor diesem Hintergrund rücken Strategien, die spezifische und niedrighschwellige Zugangswege präferieren, in das Blickfeld gesundheitspolitischer Entscheidungsträger. Diese Ausrichtung findet sich ausdrücklich in der Neuformulierung des § 20 SGB V.

Zwar spielt auch der Abbau von Ungleichheiten und in diesem Zusammenhang der Ausbau niedrighschwelliger Zugangsbedingungen in der Diskussion der gesundheitlichen Versorgung insgesamt eine wichtige Rolle. Zum einen bietet aber das deutsche Gesundheitswesen insgesamt gute Zugangschancen für alle sozialen Gruppen. Zum anderen ist insbesondere aus internationalen Forschungsergebnissen bekannt, dass durch eine Optimierung der kurativen Maßnahmen die vermeidbaren Todesursachen nur um etwa 20 % reduziert werden könnten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention haben dagegen eine ungleich größere Bedeutung (Das Public Health Buch 1998).

Zielgruppenspezifische Maßnahmen sollten möglichst früh beginnen, damit bereits im Kindes- und Jugendalter die Gesundheit begünstigende Verhaltensweisen eingeübt werden. Die folgenden Ausführungen setzen daher auch schwerpunktmäßig auf Kinder und Jugendliche. In wesentlichen Feldern stellt sich die Situation wie folgt dar:

Zigarettenkonsum / Suchtmittel

Internationale repräsentative Studie weisen nach, dass der Nikotinkonsum insbesondere unter jungen Menschen in NRW stark zunimmt, überproportional bei den Mädchen. In der Altersgruppe der 15-jährigen greifen 27,6% der Jungen und 35,8 % der Mädchen regelmäßig zur Zigarette. Insgesamt nimmt Deutschland bei den jugendlichen Rauchern im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz ein. Repräsentative Studien (Setter et al. 1998) belegen überdies den Einfluss von schulischer Bildung auf Häufigkeit und Intensität des Rauchens. Männer und Frauen mit höherer Schulbildung bzw. Sozialstatus haben ein relativ geringeres Risiko, regelmäßig zu rauchen, als diejenigen mit niedrigerer Schulbildung/Sozialstatus. So weist der Mikrozensus von 1995 aus, dass von den Männern mit Hauptschulabschluss insgesamt 41% rauchen (Frauen 32%), Männer mit Hochschulreife jedoch lediglich zu 23% (Frauen 18%). Auch im Rahmen der DHP-Studie zeigt sich die starke Schichtabhängigkeit des Risikofaktors Rauchen: der Anteil der männlichen Raucher lag in der Unterschicht doppelt so hoch wie in der Oberschicht, im Trend bestätigte sich dieses Ergebnis auch für Frauen.

Übergewicht

Schuleingangsuntersuchungen belegen eine steigende Tendenz der Übergewichtigkeit von Kindern. Die Zahl der übergewichtigen Kinder wird heute bereits mit über 30% veranschlagt. Studien aus den USA zeigen, dass von übergewichtigen 6-jährigen etwa 40% auch im Alter von 19 Jahren noch übergewichtig sind. Zum Risikoindikator Übergewicht ergab sich hingegen bei beiden Geschlechtern sowohl in der Referenzpopulation als auch in den Interventionsregionen ein deutlicher inverser Schichtgradient: das Risiko des Übergewichts steigt mit abnehmender Schicht, bei Frauen zeigt sich dies am deutlichsten. Dauerhaftes Übergewicht geht nicht nur mit einer Prädisposition für spätere Skelett- und Herzerkrankungen einher, sondern belastet ebenfalls vielfach die Psyche. Depressionen oder Minderwertigkeitskomplexe können die Folge sein.

Zahngesundheit

Zahnärztliche Untersuchungen im Kindergarten und in der Schule legen trotz einer in den letzten Jahren positiven Entwicklung immer noch große Defizite in der Zahngesundheit offen. 70-80% aller Kariesbefunde entfallen auf nur 30% der Kinder. In zwei nationalen Surveys (Micheelis, Bauch 1991) hat die zahnmedizinische Forschung Daten gewonnen, die auf einen offensichtlichen Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Krankheitsbild schließen lassen: Bei 8/9 jährigen und 13/14 jährigen Kindern aus unteren sozialen Schichten waren 2-fach erhöhte Kariesbefunde im Vergleich zu Altersgenossen aus der Oberschicht vorfindbar.

Auch in dem aktuellen IDZ-Survey (Micheelis, Reich 1999) konnte dieser soziale Gradient in der Kariesverteilung erneut ermittelt werden. Interessanterweise hat sich aber das Ausmaß etwas abgeschwächt.

Sprachentwicklungsstörungen

Immer häufiger konstatieren Lehrer, Erzieher u.a. Defizite in der Sprachentwicklung. Bei Erstklässlern fallen sowohl Ausspracheprobleme als auch ein nicht altersgemäßer Wortschatz und Satzbau auf. Notwendige kompensatorische Maßnahmen der Sprachförderung werden i.d.R. zu spät eingeleitet, da Eltern das Problem oft nicht wahrnehmen bzw. weder den Kinderarzt noch eine Beratungsstelle des Gesundheitswesens darauf ansprechen. Auch in diesem Bereich konnte das häufigere Auftreten bei Kindern in benachteiligten sozialen Lagen nachgewiesen werden.

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder umfasst insgesamt 9 Untersuchungsschritte, sechs davon fallen in das erste Lebensjahr. Es hat eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel und will erreichen, dass Behandlungen frühzeitig einsetzen. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig.

Ein Blick auf die Gesundheitsindikatoren für Nordrhein-Westfalen zeigt auf, dass die entsprechenden Angebote nicht umfassend genutzt werden. So verfügten 1999 nur 70% der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung über ein Vorsorgeheft, in dem die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U3 bis U9) vollständig dokumentiert waren. 85% der Schulanfänger 1999 hatten einen Impfpass.

Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

Ähnliches lässt sich bei den Erwachsenen feststellen: der Gesundheits-Check-Up, auf den Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 36. Lebensjahr Anspruch haben, wurde 1999 in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe nur bei 1,5 Millionen Versicherten durchgeführt. Die Inanspruchnahme lag damit schätzungsweise bei ca. 20% (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, vgl. Punkt 2.3.1 der Empfehlung). Auf Untersuchungen zur Früherkennung ausgewählter Krebsarten haben Männer ab dem 45. Lebensjahr, Frauen ab dem 20. Lebensjahr Anspruch. Sie wurden 1999 von 294.492 Männern und 3.120.541 Frauen in Nordrhein-Westfalen in Anspruch genommen. Auch hier gehen die Schätzungen von Raten der Inanspruchnahme von Größenordnungen zwischen 14% (Männer) und 48% (Frauen) aus (ebenda, S. 394).

Eine Analyse der Inanspruchnahme nach sozialen Merkmalen lässt sich für die Früherkennungsuntersuchungen nicht durchführen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang mit der sozialen Schicht besteht. Zu diesem Schluss führt die Auswertung des Gesundheitssurveys Deutschland 1997/1998 (Kahl et al 1999). In dem Gesundheitssurvey gaben Angehörige der Unterschicht seltener als Angehörige der Oberschicht an, die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung in Anspruch zu nehmen. Ähnlich war der Zusammenhang bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die mit der Schichtzugehörigkeit anstieg. Allerdings fand sich beim Gesundheits-Check-Up ein Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit in der umgekehrten Richtung: Hier ließ sich feststellen, dass Angehörige der Unterschicht häufiger von dieser Möglichkeit Gebrauch machten als Angehörige der Oberschicht.

Methoden der Intervention

Viele traditionelle Angebote / Interventionsstrategien sind nach wie vor zu sehr mittelschichtorientiert, „d.h., sie berücksichtigen weder von ihren Inhalten noch von der Form ihrer Vermittlung her die sozial differentiellen Erfordernisse und ihre Inanspruchnahme erfolgt verstärkt durch Personen, die geringere Gesundheitsgefährdung und einen höheren Sozialstatus ausweisen.“ (Siegrist, Joksimovic 2001)

Vor diesem Hintergrund rücken Präventionsstrategien, die spezifische und niederschwellige Zugangswege bereitstellen, in das Blickfeld. Maßnahmen und Programme, die dabei auf die Schule, den Stadtteil oder den Arbeitsplatz fokussieren, bieten die Chance und Möglichkeit, die Zielgruppe dort zu erreichen, wo sie den Großteil ihres Lebensalltags verbringt.

Neben dem individuenzentrierten Ansatz in der Prävention kommt dem sog. Setting-Ansatz besondere Bedeutung zu. Ziel im jeweiligen Setting (z.B. Kindergarten, Schule, Stadtteil/Gemeinde, Arbeitsplatz /Betrieb) ist eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation des oder der Betroffenen über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse und die Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens. Dabei kommt der aktiven Beteiligung des Betroffenen sowie der Kooperation im Setting entscheidende Bedeutung zu. Als vorteilhaft für das Setting erweisen sich die aufsuchende Information und Intervention, da sich die sozial Benachteiligten mit individuellen Angeboten über die üblichen Zugangswege kaum ansprechen lassen und oft überfordert sind, aus eigener Kraft Verhaltensänderungen in ihren Alltag zu integrieren. Die Chancen, die das Setting bietet, hängen somit maßgeblich von seiner konkreten Ausgestaltung ab.

Zur Zielgruppe der sozial Benachteiligten gehören insbesondere Kinder, Ältere, Jugendliche und Frauen in schwieriger sozialer Situation, Langzeitarbeitslose, Wohnungslose, Migranten sowie Einwohner in sog. sozialen Brennpunkten. Diese Gruppen sind z.B. überdurchschnittlich in den sog. Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf anzutreffen.

Im Rahmen des gleichlautenden Programms der Landesregierung NRW (Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf - Ressortübergreifendes Handlungsprogramm der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, federführend: Ministerium f. Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport des Landes NRW), das zwar nicht explizit die Verbesserung der Gesundheit in den betroffenen Kommunen anstrebt, aber durch eine aktive und integrative Stadtentwicklungspolitik auf die Verbesserung der Lebenssituation abzielt, sind in Nordrhein-Westfalen bereits seit Mitte der 90er Jahre Modellprojekte der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung durchgeführt worden (z.B. Dortmund Scharnhorst; Gelsenkirchen-Bismarck). Mit Projekten wie „focus“ – stadtteilorientierte

Sozialpolitik werden die neu eingeschlagenen Wege im Rahmen einer integrierten Stadteilerneuerung fortgesetzt.

Im Schulbereich finden sich ebenfalls innovative Vorhaben und Kooperationsansätze. Entsprechende Projekte zeichnen sich durch neue Formen der Kooperation von Schulen, Ärzteschaft, Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern, Gesundheitsamt, Eltern und Kindern/Schülern aus. Darüber hinaus liegen erste Erfahrungen im Aufbau von Netzwerken vor. Im Rahmen eines Modellversuchs der Bundesländerkommission „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit in NRW“ arbeiten derzeit 27 Schulen in einem gemeinsamen Verbund daran, (Schul-)gesundheit in diversen Projekten und Maßnahmen umzusetzen. Sie alle haben Schulgesundheit zu einer Leitidee der Schulentwicklung gemacht. Die Aktivitäten richten sich generell auf die Verbesserung gesundheitsrelevanten Wissens und gesundheitsrelevanten Verhaltens sowie auf Maßnahmen zur Beeinflussung gesundheitsschädigender Umgebungsbedingungen.

3.1.2. Herausforderungen

Bedeutung von Prävention und Früherkennung

Eine auf individuelle und strukturelle Prävention angelegte Strategie der Gesundheitsförderung bedarf der Verankerung eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit, das über die Abwesenheit von Krankheit hinaus auf eine gesundheitsförderliche Lebensstilentwicklung und die Schaffung einer gesundheitsfördernden Lebensumwelt abzielt.

Erfahrungen, dass Präventionsappelle und Angebote im Erwachsenenalter zunehmend schwieriger zu vermitteln sind, unterstreichen die Notwendigkeit rechtzeitiger und langfristiger Gesundheitsförderung.

Erfolgversprechende Maßnahmen

Die Erfolgsaussichten gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte im Stadtteil hängen maßgeblich von der Einbindung der Betroffenen selbst in ein Präventionsnetzwerk ab, in dem die Institutionen vor Ort (Kindergärten, Jugendeinrichtungen, Sportvereine) gemeinsam mit politischen und administrativen Entscheidungsträgern kooperieren. Partizipation und Kooperation gehören zu den Herausforderungen, die

über Erfolg und Misserfolg stadtteil- und schulbezogener Präventionsansätze entscheiden.

Informationen über Präventionsmaßnahmen, ärztliche Appelle und vermehrte Öffentlichkeitsarbeit haben bislang nicht zu einer spürbaren Änderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen geführt. Dies trifft für sozial Benachteiligte im besonderen Maße zu. Traditionelle Konzepte sind deshalb auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und um neue, innovative Ansätze zu ergänzen. Dabei ist dem Einfluss von Lebens- und Arbeitsbedingungen auf das Risikoverhalten im Alltag größere Beachtung als bislang zu schenken.

Mit Blick auf niederschwellige Zugangswege genießen integrierte Präventions- und Gesundheitsförderungs bzw. Stadtteilentwicklungskonzepte Vorrang. Die Erfahrung lehrt, dass isolierte nicht in ein Gesamtkonzept eingebettete Projekte und Präventionsmaßnahmen gerade bei sozial Benachteiligten zum Scheitern verurteilt sind. Personenorientierte und systemische Entwicklungsperspektiven sollten miteinander kombiniert werden. Mit Blick auf die Zielgruppe sozial Benachteiligter ist eine Integration von Verhältnisprävention und Verhaltensprävention anzustreben.

Sozialpolitische Projekte im Stadtteil und in der Schule, innerhalb derer die Gesundheitsförderung integrierter Bestandteil eines übergreifenden und vernetzten sozialpolitischen Politikkonzepts ist, bedürfen nicht zuletzt integrierter Finanzierungskonzepte. Die Förderrichtlinien für entsprechende Projekte müssen hierauf ausgerichtet werden.

Präventionsansätze müssen zukünftig verstärkt auf ihre Effizienz hin überprüft werden. Die Evaluation und der Erfahrungsaustausch über durchgeführte Maßnahmen müssen daher selbstverständlicher Bestandteil der praktischen Umsetzung werden. Mit Blick auf stadtteilorientierte Ansätze stellt sich insbesondere die Frage nach einer räumlichen Konzentration zielgruppenbezogener Maßnahmen, die es erlauben, in besonders betroffenen Gebieten größere Wirkung zu entfalten.

Gerade bei sozial Benachteiligten kommt schließlich der Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) entscheidende Bedeutung zu. Eine bundesweite Recherche über die Ge-

sundheitsförderung sozial Benachteiligter im Rahmen des ENHPA-Projekts kommt zu der Feststellung, dass nur wenige Projekte explizit darauf zielen, sozial Benachteiligte in ihren Fähigkeiten zu stärken, eigene Ressourcen zu mobilisieren und selbstbestimmt zu handeln, obwohl gerade hierin ein erfolgversprechender Ansatz der Verhaltensprävention liegt.

Verbesserung der empirischen Grundlagen für Nordrhein-Westfalen

Bislang lässt sich nur an ausgewählten Studien nachweisen, dass Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken auch in Nordrhein-Westfalen mit der sozialen Schicht variieren. Soziodemographische Angaben werden beispielsweise bei der Schuleingangsuntersuchung nicht erhoben. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen durch Erwachsene. Das Fehlen einer repräsentativen und kontinuierlich geführten Datenbasis, mit der dieser Zusammenhang auch in und für Nordrhein-Westfalen beschrieben werden kann, stellt eine Herausforderung für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen dar. Nur so können Veränderungen registriert und die Erfolge von Interventionen sichtbar gemacht werden.

Mit Gesundheitssurveys steht eine gut geeignete Methode zur Verfügung, mit der Zusammenhänge zwischen der sozialen Schichtung und Inanspruchnahme von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen dargestellt werden können. Die regelmäßige Durchführung von Surveys erlaubt Aussagen darüber, welche Zusammenhänge zwischen der sozialen Schicht und Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken bestehen und wo sich Veränderungen ergeben (haben). Längsschnittliche Weiterführungen dieser Untersuchungen würden umfassendere Aussagen ermöglichen.

3.1.3. Empfehlungen für weitere notwendige Schritte

Aus den vorab skizzierten Herausforderungen lassen sich nachfolgende Handlungsempfehlungen ableiten:

3.1.3.1. Erhöhung der Zahl vor allem jugendlicher Nichtraucher

- Die Landesgesundheitskonferenz vereinbart, zum Thema „Förderung des Nichtrauchens, Verringerung der Tabakabhängigkeit“ eine gemeinschaftliche Landesinitiative durchzuführen. Vor dem Hintergrund der anstehenden Umsetzung des § 20 SGB V auf Landesebene kommt dabei den Landesverbänden der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen eine besondere Verantwortung zu.

Diese Initiative steht sowohl im Zusammenhang mit der Konkretisierung der Gesundheitsziele 2 (Krebs bekämpfen) und 4 (Fortschreibung des Landesprogramms gegen Sucht) als auch mit der Umsetzung der EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz von 1999 „Gesundheit für Kinder und Jugendliche“.

Schwerpunktmäßig richtet sich die Initiative an Kinder und Jugendliche im Setting Schule, wobei Aktionen und Programme vor allem in solchen Schulen durchgeführt werden sollen, die sich in sozial benachteiligten Stadtteilen befinden. Zielgruppenorientierte Ansätze für Mädchen und Jungen sollen dabei berücksichtigt werden. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wird bei der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung in NRW GINKO eine Koordinationsstelle einrichten, die neben der gemeinsamen Konzeptentwicklung mit den an der Landesinitiative Beteiligten - insbesondere den Krankenkassen - auch die Begleitung und Abstimmung der vorgesehenen Aktionen, Programme und Projekte vornimmt. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz übernehmen arbeitsteilig die Entwicklung und Durchführung konkreter Programmaktivitäten unter dem Dach der Gemeinschaftsaktion.

Die Initiative wird sich aus einer Vielzahl von „Bausteinen“ zusammensetzen, so dass jede beteiligte Gruppe die Möglichkeit hat, vorhandene Aktivitäten einzubringen. Dabei kann das jeweilige – auch kassenspezifische – Engagement öffentlich sichtbar zum Ausdruck gebracht werden. Angestrebt wird eine flächendeckende Zielgruppenerreichung in NRW.

- Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt, die positiven Erfahrungen erfolgreicher Präventionsmaßnahmen, -projekte und -programme zur Raucherentwöhnung bzw. zur Nikotinvermeidung auszuwerten, zu dokumentieren und öffentlich zu machen. Sie regt an, dass die beteiligten Akteure (Ärztikammern, Krankenkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst u.a.) auf Basis der vorliegenden Erfahrungen Präventionsleitlinien zum Thema Rauchen entwickeln, die den regionalen Akteuren im Gesundheitswesen sowie den Schulen Orientierung und Hilfestellung bei der Konzipierung eigener Präventionsmaßnahmen geben. Um dem sich abzeichnenden Trend zum Rauchen bei jungen Leuten Einhalt zu gebieten, müssen

die Anstrengungen darauf gerichtet werden, erprobte schul- und stadtteilbezogene Präventionsmaßnahmen zu verbreitern, um hierüber eine größere Flächenwirkung zu erzielen. Mit Blick auf die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen sind lokale Prioritäten zu setzen. Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich zudem dafür aus, die Thematik verstärkt im Rahmen der Lehrerfortbildung zu erörtern.

3.1.3.2. Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Die Landesgesundheitskonferenz hat bereits im Jahr 1999 Empfehlungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen unterbreitet. Sie haben nichts an Aktualität eingebüßt und müssen im Bereich kindertagesstätten-, schul- und stadtteilbezogener Prävention weiterverfolgt werden. Hierzu gehören insbesondere die Entwicklung schichten- und geschlechtsspezifischer sowie auf das Alter bezogener Maßnahmen u.a. zur Aufklärung über Bewegungsstörungen und Unfallverhütung, über Essstörungen und Suchtverhalten. Die Landesgesundheitskonferenz unterstützt in diesem Zusammenhang alle zielgruppenorientierten Maßnahmen, die die Handlungskompetenz stärken und zugleich durch eine Verbesserung der Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen Gesundheit nachhaltig fördern. Hierin sollten auch die neuen Medien einbezogen werden. Sie hält es weiterhin für erforderlich, der Gesundheitserziehung und -förderung in der Schule und im Stadtteil größere Beachtung zu schenken und fordert die verantwortlichen Akteure auf, die vor Ort tätigen Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen hierin zu unterstützen. Die Landesgesundheitskonferenz räumt interdisziplinär, kooperativ und integrativ angelegten Präventionsmaßnahmen Vorrang ein und fordert, die Projektförderung daran auszurichten.

3.1.3.3. Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern-, Mumps-, Röteln –Impfungen (MMR-Impfungen)

Die Verbesserung der Durchimpfungsrate bezogen auf die Masern-, Mumps-, Röteln-Impfungen (MMR-Impfungen) ist ein dringendes gesundheitspolitisches Anliegen. Von einer nicht ausreichenden Durchimpfung sind sozial benachteiligte Gruppen zwar nicht ausschließlich, aber doch schwerpunktmäßig betroffen.

In gemeinsamer Umsetzung eines Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und in Einklang mit allen Staaten der europäischen Region der WHO wird

das Ziel verfolgt, durch eine 95%-ige zweimalige Durchimpfung die Masern bis zum Jahre 2007 zu eliminieren. Die Landesgesundheitskonferenz verabschiedete hierzu das „Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln in Nordrhein-Westfalen“.

3.1.3.4. Zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennung

- Die Landesgesundheitskonferenz hält Bemühungen aller Beteiligten für erforderlich, um die Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen deutlich zu verbessern. Erfolgversprechend sind dabei zielgruppenspezifische Strategien und Maßnahmen, die die Besonderheiten der einzelnen Zielgruppen (Unter-, Mittel- und Oberschicht jeweils unter Beachtung des Geschlechts und des Alters) berücksichtigen. Die Landesgesundheitskonferenz weist in diesem Zusammenhang auf die unter Teilziel 4 des Ziels "Krebs bekämpfen" bereits vereinbarte Durchführung eines Workshops hin, in dem geeignete Maßnahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen identifiziert werden sollen. Dabei geht es insbesondere um die Analyse der gegenwärtigen Situation und von Fragen der Zielgruppenspezifität sowie die Entwicklung von Erreichbarkeitsstrategien und Qualitätsstandards.

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt die Entwicklung von Modellen zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennung durch die Bevölkerung insgesamt und besonders durch soziale Risikogruppen. Sie bittet die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen entsprechend aktiv zu werden. Als mögliche Ansatzpunkte für solche Modelle werden das Setzen von Anreizen z.B. durch Bonus-Regelungen oder die Verringerung von Zugangsbarrieren durch Erinnerungs- oder Einladungsverfahren diskutiert. Die in den Modellprojekten gemachten Erfahrungen sollen evaluiert und z.B. über den Projektverbund "Gesundes Land" in einer standardisierten Form allen Interessierten zur Verfügung gestellt werden.

- Ein besonderes Augenmerk gilt nach wie vor der Gesundheit von Schwangeren und Neugeborenen aus sozialen Risikogruppen. Hier sind in der Vergangenheit im Rahmen des Landesprogrammes "Gesundheit von Mutter und Kind" verschiedene Ansätze zur Optimierung der Versorgung im Rahmen aufsuchender Betreu-

ung erprobt worden. Hierzu hatten die Gesundheitsämter speziell ausgebildete Familienhebammen eingesetzt. Kernanliegen war von Beginn an insbesondere, die Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen zu verbessern. Geprüft wird derzeit, ob mit einem weiteren Projekt des Landes nunmehr eine Vernetzung dieses auf den ÖGD bezogenen Ansatzes mit niedergelassenen Hebammen in ausgewählten Regionen erfolgen kann.

3.1.3.5. Qualitätssicherung und Dokumentation von Maßnahmen und Strategien

Stadtteil- und schulbezogene Präventionsansätze müssen auf ihre Effizienz hin überprüft werden. Evaluation und Qualitätssicherung müssen zum festen Bestandteil aller Präventionsprojekte werden. Hinsichtlich offenkundiger Defizite (z.B. unzureichende Dokumentation) besteht Beratungs- und Qualifizierungsbedarf. Die Dokumentation und Veröffentlichung erfolgreicher, aber auch fehlgeschlagener Präventionsmaßnahmen und –modelle findet bislang an unterschiedlichen Orten mit unterschiedlicher Intensität und Qualität statt. Mit der Umsetzung des § 20 SGB V wird für die GKV zukünftig eine systematische Qualitätssicherung und Ergebnisauswertung erfolgen. Außerdem wird empfohlen, beim lögd eine Dokumentationsstelle einzurichten, die vorhandene Ansätze und Erfahrungen u.a. aus den kommunalen Gesundheitskonferenzen transparent macht.

3.1.3.6. Gesundheitsberichterstattung

Auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung haben bereits vorangegangene Landesgesundheitskonferenzen hingewiesen. Um Problemfelder zu identifizieren und geeignete Interventionsstrategien planen zu können, bedarf es einer besseren Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten. Die zuständigen Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden prüfen, inwieweit soziodemographische Angaben (Bildungsstand, beruflicher Status und Einkommen) in kontinuierliche Statistiken zur Früherkennung einbezogen werden können. Eine wertvolle Informationsquelle steht außerdem mit der Schuleingangsuntersuchung zur Verfügung: die Landesgesundheitskonferenz hält die modellhafte Erprobung der Möglichkeit, bei dieser Untersuchung auch soziodemographische Angaben zu erheben, für sinnvoll.

Mit dem Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen als erweiterter Stichprobe des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/1999 stehen für Nordrhein-Westfalen ausreichen-

de Daten zur Verfügung, um die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen durch verschiedene soziale Schichten darzustellen. Die Landesgesundheitskonferenz bittet die Landesregierung, die Datenlage zukünftig durch Surveys zu ergänzen und zu verbessern.

3.2. Gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen

3.2.1. Ausgangssituation

Grundsätze

Der Gemeinwohlcharakter unserer Gesellschaft zeigt sich insbesondere darin, Solidarität mit Menschen in besonders prekären Lebenslagen zu praktizieren. Zu ihnen gehören auch die obdachlosen und von Wohnungsnot betroffenen Menschen. Ihre gesundheitliche Versorgung stellt eine Gemeinschaftsaufgabe dar.

Die Ursachen von Wohnungslosigkeit sind vielfältig und vielschichtig. Zur Überwindung dieser Lebenslage und zur gesellschaftlichen Reintegration bedarf es komplexer und differenzierter Lösungsansätze zugleich. Individuelle Hilfen und strukturelle Maßnahmen gegen Armut und Unterversorgung müssen dabei gleichermaßen Bestandteil von Lösungskonzepten sein. Die gesundheitlichen Probleme obdachloser Menschen sind daher nicht isoliert zu sehen, sie sind Bestandteil einer umfassenden Problemlage Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot.

Die gesundheitliche Versorgung gehört zur elementaren Existenzsicherung des obdachlosen Menschen. Sie darf nicht diskriminieren und ist an dem Ziel auszurichten, den obdachlosen Menschen in die Regelversorgung zurückzuführen. Ihre Sicherstellung allein führt den obdachlosen Menschen aber nicht aus seiner prekären Lebenslage.

Die Hilfen für obdachlose Menschen insgesamt wie die gesundheitliche Versorgung selbst sind klassische Gemeinschaftsaufgaben. Im pluralistisch organisierten Gesundheitswesen tragen Sozialhilfeträger, Krankenkassen und Vertragsärzte gemeinsam Verantwortung für die medizinische Versorgung obdachloser Menschen. Die gesundheitlichen Hilfen müssen verflochten werden mit den sozialen Hilfen, um dauerhaft erfolgreich zu sein.

Dem ÖGD an der Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und Gesundheitswesen fällt im Sinne der Sozialkompensation besondere Verantwortung zu, die in § 4 ÖGDG zum Ausdruck kommt. Er hat auch für diesen Personenkreis Initiativ- und Anwaltsfunktion wahrzunehmen, Kooperation zu organisieren sowie Koordinations- und Moderationsaufgaben zu übernehmen; ggf. kann er subsidiär die medizinische Versorgung selbst bereitstellen, wenn dem Bedarf dieses Personenkreises nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.

Das Ausmaß der Wohnungslosigkeit

Die vorliegenden Zahlen zu wohnungslosen Menschen basieren auf Schätzungen. Unmittelbar zuständig für die Thematik Wohnungsnot und Obdachlosigkeit sind die Kommunen. Der Deutsche Städtetag hat 1987 eine Definition übernommen, die sich in der kommunalen Fachdiskussion und Praxis weitgehend durchgesetzt hat. Unterschieden und definiert werden drei Gruppen von „Wohnungsnotfällen“. Wohnungsnotfälle sind demnach gegeben, wenn Personen (1) unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind oder (2) aktuell von Obdachlosigkeit betroffen sind oder (3) aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Die Problematik der medizinischen Versorgung wird im wesentlichen für die zweite Personengruppe diskutiert. Einen Anhalt für das Ausmaß der Wohnungslosigkeit geben die Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. .

Danach lebten in der Bundesrepublik 1999 etwa 180.000 alleinstehende Wohnungslose, davon ca. 38.000 Frauen. Insgesamt waren ca. 26.000 im Wortsinne ohne „Dach über dem Kopf“ und lebten auf der Strasse; darunter befanden sich ca. 2.500 bis 3.000 Frauen.

Bricht man die Bundeszahlen auf die Länderebene herunter, so dürften 1999 in Nordrhein-Westfalen rund 37.800 alleinstehende Menschen wohnungslos gewesen sein. Insgesamt lebten danach rund 5.290 Menschen auf der Straße, darunter ca. 500-600 Frauen.

Nach der Wohnungslosenstatistik in Nordrhein-Westfalen, die jährlich vom Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik herausgegeben wird, waren 1997 insgesamt 44.355 Personen ordnungsbehördlich in Wohnungslosenunterkünften untergebracht. Bei der Abschätzung des Ausmaßes von Wohnungslosigkeit in unserem Land ist die Problematik der Dunkelziffer zu beachten. Sie ist bei den Frauen deutlich größer als bei den Männern. Im Gegensatz zu den Männern handelt es sich bei den Frauen zum größten Teil um verdeckte Wohnungslosigkeit.

3.2.2. Herausforderungen

Besonderheiten der gesundheitlichen Lage

Inzwischen zeichnen die vorliegenden Studien (Ärztammer Westfalen-Lippe 1998, Fichter, M. et.al. 1999, Kunstmann, W. 1999, Locher, G. 1990, Trabert, G. 1994) insgesamt ein klares Bild des Ausmaßes und der Art der gesundheitlichen Belastungen wohnungsloser Menschen. Allerdings beziehen sich diese Daten fast ausschließlich auf die Gesundheit wohnungsloser Männer. Für wohnungslose Frauen sind solche Daten kaum verfügbar.

Wohnungslose sind in besonderem Maße gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Die organbezogenen Krankheitshäufigkeiten liegen zum Teil um das 7 bis 9fache über denen der Wohnbevölkerung. Aber auch die Mortalität ist unter Wohnungslosen deutlich erhöht: Während 20 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland über 60 Jahre alt sind, erreichen nur 9 % der allein stehenden Wohnungslosen dieses Alter.

Häufiger als in der Wohnbevölkerung liegen bei obdachlosen Menschen Doppel- und Dreifacherkrankungen vor. Besondere Probleme im Vergleich zum „Normalkranken“ sind der nicht selten schwerere Krankheitsverlauf und der verzögerte Genesungsprozess selbst bei geringfügigen Krankheiten.

Bestimmungsfaktoren der Unterversorgung

Lebensbedingungen

Wohnungslosigkeit bedeutet, fortwährend der Witterung ausgesetzt zu sein, mit der Folge einer Schädigung vor allem der Atemwege, der Haut und der Gelenke. Hinzu kommen mangelnde Möglichkeiten der Körperhygiene, einseitige und unregelmäßige Ernährung, ein erhöhtes Unfall- und Verletzungsrisiko sowie das Risiko gewaltsamer Übergriffe. Bestehende Süchte werden verstärkt. Suchtmittel dienen der Stressbewältigung und der subjektiven Bewältigung von Isolation, Perspektivlosigkeit und psychischer Traumatisierung.

Individuelles Gesundheitsverhalten und Leistungsanspruchnahme

Das tägliche Bemühen um physische Existenzsicherung wirkt sich nachteilig auf das Gesundheitsbewusstsein und – verhalten aus, so wird z. B. Gesundheit in ihrer Bedeutung nachrangig; häufig steht einem subjektiven Gesundheitsempfinden ein konträrer ärztlicher Befund gegenüber; die Verdrängung des eigenen Wohnungslosenschicksals verhindert die Auseinandersetzung mit der Krankheit; Suchtmittelkonsum und Kälte verändern das Schmerzempfinden. Häufig bestimmen Misstrauen und Scham das Verhalten wohnungsloser Menschen. Im Ergebnis wirken diese als subjektive Barrieren für eine rechtzeitige Inanspruchnahme medizinischer Hilfen.

Strukturelle Barrieren

Einer der Lage der Wohnungslosen entsprechenden Nutzung stehen zudem strukturelle Charakteristika des medizinischen Versorgungssystems und des Systems der Sozialhilfegewährung entgegen, die als Barrieren wirken. Kennzeichnend für unser Gesundheitswesen ist die „Komm-Struktur“, die Nutzung ist an Regeln, wie Sprechstundenzeiten und die Vergabe von Behandlungsterminen, gebunden, die im scharfen Kontrast zu einem weitgehend entstrukturierten Lebensalltag der obdachlosen Menschen stehen. Mangelnde Hygiene und begrenzte Mobilität erschweren den Praxisbesuch. Der mit der Behandlung verbundene Zeitaufwand erschwert die Möglichkeit der Behandlung von Wohnungslosen. Hinzu kommt die Wartezimmersituation, die die Akzeptanz häufig einschränkt. Ein ungeklärter Versicherungsstatus erschwert die Leistungsabrechnung, und die praktische Beschaffung der amtlichen Berechtigung

gungsbescheinigung ist für viele wohnungslose Menschen ein den Arztbesuch erschwerender/verhindernder Aufwand.

Herausforderungen an eine adäquate gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen

Kernproblem ist also, dass unsere medizinische Regelversorgung wohnungslose Menschen auf Grund ihrer spezifischen Lebenssituation vielfach nicht erreicht.

Niedrigschwellige und aufsuchende Hilfen

Es bedarf niedrigschwelliger und aufsuchender Hilfen, die nicht nur die beschränkte Mobilität der Zielgruppe, sondern auch ihre geringe gesundheitliche Selbstwahrnehmung berücksichtigen. Die medizinische Behandlung muss daher vor Ort, also an den Treffpunkten und den Einrichtungen für wohnungslose Menschen, angeboten werden. Das heißt, der Erstkontakt ist auf der Straße zu suchen, Sprechstunden sind in mobilen Einrichtungen an sozialen Brennpunkten oder in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durchzuführen. Um die bestehenden Defizite zu beheben, müsste die klassische „Komm-Struktur“ der Regelversorgung, bei der der Patient den Arzt aufsucht, ergänzt werden um eine „Geh-Struktur“, innerhalb derer der Arzt den potenziellen Patienten aufsucht.

Besondere Aufmerksamkeit muss auch der gesundheitlichen Situation Minderjähriger gewidmet werden, für deren Versorgung im ambulanten ärztlichen Bereich sowohl niedergelassene Haus- als auch Fachärzte zuständig sind. Die Zahl der dokumentierten Kontakte aus der Kölner Arbeit mit Trebegängern zeigt beispielhaft, dass durch dieses an „Komm-Strukturen“ (klassisches Praxismodell der ambulanten ärztlichen Versorgung) orientierte System bei weitem nicht alle minderjährigen Wohnungslosen in einem ausreichenden Umfang erreicht werden.

In diesem Bereich fehlt es grundsätzlich an ausreichenden und geeigneten gesundheitspädagogischen Maßnahmen, aber auch an zielgruppenspezifischen Hilfen z.B. in Form von aufsuchenden Angeboten im kinder- und jugendärztlichen sowie im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Als ein Beispiel sei hier die noch unzureichende Zahl an Angeboten zum qualifizierten Entzug und zur Entwöhnungsbehand-

lung für minderjährige drogenmissbrauchende und –abhängige Kinder und Jugendliche genannt, aber auch fehlende spezifische aufsuchende Angebote zur allgemeinen kinder- und jugendärztlichen Behandlung.

Für die Niedrigschwelligkeit ist kennzeichnend, dem obdachlosen Menschen eine unbürokratische, für ihn kostenlose und an keinerlei Vorbedingungen geknüpfte medizinische Akuthilfe zu gewähren. Dazu gehört auch im Rahmen des geltenden Rechts eine anonyme Behandlung. Um das notwendige Vertrauen aufzubauen, ist die Regelmäßigkeit und Konstanz der aufsuchenden Hilfe unabdingbar. Dies sichert den obdachlosen Menschen Vertrautheit und Kontinuität der (be)handelnden Personen (Arzt, Pflegekraft).

Interdisziplinäre Teamarbeit

In den bestehenden Projekten hat sich die Zusammenarbeit haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter unterschiedlichster Professionen bewährt. Ärzte, Krankenschwestern, Pflegekräfte und Sozialarbeiter sind beteiligt. Dies entspricht dem Wissen, dass Gesundheitsprobleme wohnungsloser Menschen nur ein Glied einer umfassenden Problemkette darstellen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen dabei eine Klärungsfunktion hinsichtlich der erforderlichen medizinischen, pflegerischen und häufig auch der psychosozialen Hilfen. Sie bedürfen einer großen praktischen Berufserfahrung in der Patientenversorgung mit entsprechender ärztlicher bzw. pflegerischer Qualifikation sowie einer genauen Kenntnis der relevanten sozialen Problemlagen und verfügbaren Hilfen.

Vernetzte Angebote

Eine niedrigschwellige Akut- und Erstversorgung strebt die Wiederanbindung und Reintegration wohnungsloser Patienten in die Regelversorgung an. Dies kann nur dort gelingen, wo Schnittstellen mit den anderen Versorgungseinrichtungen geschaffen und Versorgungsnetzwerke aufgebaut werden.

Gesicherte und angemessene Finanzierung

Die Regelungen im SGB V und im BSHG weisen formale Zuständigkeiten und Finanzverantwortlichkeiten aus, die auf die etablierten Strukturen der ambulanten me-

dizinischen Versorgung zugeschnitten sind. Der niedrigschwellige aufsuchende Hilfeansatz wird jedoch davon nur teilweise erfasst.

Bei ca. 20 % der behandelten Wohnungslosen ist die Kostenträgerschaft (Krankenkasse, Sozialamt) unklar, nur sehr zeitaufwendig und erheblich behandlungsverzögernd zu klären oder wegen des Wunsches auf Anonymität nicht klärbar. In diesen Fällen unterstützen die Landesverbände der Krankenkassen die Klärung. Die betroffene Kommune tritt im Rahmen des geltenden Rechts in Vorleistung.

Das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung bildet nur teilweise die Besonderheiten der für den Wohnungslosen notwendigen aufsuchenden medizinischen Hilfen ab, insbesondere der hohe zeitliche Aufwand findet keine Entsprechung. Die Krankenhilfe nach § 37 BSHG erfordert in der Praxis vor Behandlungsbeginn die Beschaffung des Behandlungsscheines beim zuständigen Sozialamt.

Hieraus entstehen den Projekten der niedrigschwelligen aufsuchenden Hilfen systematische und strukturelle Finanzierungslücken. Erforderlich ist daher die Entwicklung angemessener Finanzierungsinstrumente und von Verfahren gemeinschaftlicher Finanzierung für die aufsuchenden Gesundheitshilfen.

3.2.3. *Empfehlungen für weitere notwendige Schritte*

Die Landesgesundheitskonferenz setzt sich für eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung obdachloser Menschen ein. Als besonders dringlich sieht sie die Erst- und Akutversorgung alleinstehender Wohnungsloser an. Solidarität und soziale Gerechtigkeit als Kernwerte unserer Gesellschaft und des sozialstaatlichen Gesundheitswesens sind daran zu messen, dass die für das Gesundheitswesen Verantwortlichen Tragenden gemeinschaftlich das Problem aufgreifen und in gemeinsamer Verantwortung Lösungsschritte unternehmen. Die Datenlage und die vorliegenden praktischen Erfahrungen in einer Vielzahl von Projekten und Initiativen stellen die Basis für solche erforderlichen Maßnahmen dar. Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als zweckmäßig an, bestehende sinnvolle Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Erst- und Akutversorgung obdachloser alleinstehender Menschen abzusichern, die Versorgung der Wohnungslosen mit Behinderung und chronischer Erkrankung zu verbessern und weitere Schritte eher grundsätzlicher und struktureller Art einzuleiten.

3.2.3.1. Weiterentwicklung bestehender Ansätze

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen, die sich aus den interdisziplinären Projekten und Initiativen der medizinischen Versorgung als wirksam und zweckmäßig herauskristallisierten Versorgungselemente als Orientierung beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Erst- und Akutversorgung zu nutzen. Bei der Entwicklung von Versorgungsangeboten ist sinnvollerweise nach einem abgestuften Versorgungskonzept - z.B. Straßenbesuche, Einsätze einer fahrbaren Ambulanz, Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Behandlung in Krankenwohnungen - vorzugehen. Diese Versorgungselemente und das Stufenkonzept sind von der „Bundesarbeitsgemeinschaft medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ erarbeitet worden und können bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe angefordert werden.

3.2.3.2. Kinder und Jugendliche

Besondere Aufmerksamkeit sollte der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Bahnhofs- und Wohnungslosenmilieu gewidmet werden. Minderjährige stellen eine nicht zu vernachlässigende Klientel in Versorgungsangeboten der niedrigschwelligen medizinischen Hilfen für Wohnungslose dar.

3.2.3.3. Krankenwohnungen

Kranke wohnungslose Menschen werden aufgrund der beschriebenen Besonderheiten der Gesundheitsvorsorge häufiger als eigentlich erforderlich in Krankenhäuser eingewiesen, im Rahmen der stationären Notfallversorgung behandelt und dann wieder auf die Straße entlassen. Die Landesgesundheitskonferenz hält deshalb die häusliche Krankenpflege und die vorübergehende Behandlung in - an Wohnungshilfeträger angegliederte - Krankenwohnungen für geeignet, unnötige und kostspielige Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Sie fordert das Land dazu auf, ggf. einen Diskurs zu der Thematik zu organisieren, die Ergebnisse an das zuständige Bundesministerium für Gesundheit heranzutragen und ggf. eine Gesetzesinitiative zur Absicherung der häuslichen Krankenpflege zu prüfen.

3.2.3.4. *Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen*

Die Landesgesundheitskonferenz sieht die Schaffung dauerhafter und angemessener Finanzierungsgrundlagen als sehr dringlich an.

Grundsätzlich besteht ein lückenloser gesetzlicher Leistungsanspruch des obdachlosen Menschen entweder gegenüber der Krankenkasse oder dem zuständigen Sozialhilfeträger. Auf Grund der spezifischen Bedingungen und der speziellen Lebenssituation Obdachloser sind die vorwiegend in den Großstädten entstandenen Initiativen zur Versorgung Obdachloser jedoch finanziell nicht abgesichert. Um in der Zukunft zu tragfähigen Finanzierungsgrundlagen zu kommen, vereinbaren die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, die beteiligten Kommunen, die Ärztekammern und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, im Rahmen eines gemeinsamen Projekts eine Datenbasis der medizinischen Versorgung Obdachloser als Grundlage für eine gemeinsame Finanzierungsregelung zu schaffen. Das auf dieser Datenbasis zu erarbeitende gemeinsame Finanzierungskonzept wird der 11. Landesgesundheitskonferenz zur Beschlussfassung vorgelegt.

Eine Poolfinanzierung, die auch die Finanzierung der nicht klärbaren Fälle einschließt und als Gemeinschaftsaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen, Vertragsärzte) und der Sozialhilfeträger zu definieren wäre, würde bestehende Defizite am unbürokratischsten angehen. Dies stößt jedoch an gesetzliche Barrieren, da sowohl im SGB V als auch im SGB XI und im BSHG der Leistungsanspruch personenbezogen und auf definierte und spezielle Leistungen formuliert ist.

Die Kommunen, Krankenkassen und Vertragsärzte werden aufgefordert, die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten, insbesondere das Instrument der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie vereinfachter und beschleunigter Verfahren der Feststellung des Versichertenstatus und der Leistungsbeziehung, bereits jetzt so gut wie möglich auszuschöpfen.

3.2.3.5. *Die Öffentlichkeit sensibilisieren*

Die Landesgesundheitskonferenz fordert die Kommunalen Gesundheitskonferenzen des Landes auf, die medizinische Versorgung obdachloser und in Wohnungsnot be-

findlicher Menschen auf die Tagesordnung zu setzen. Die Datenlage weist aus, dass dies insbesondere eine Problematik der Großstädte und Städte ist. Die Initiativen hierzu sollten von den Kommunen, ebenso aber auch von den anderen Beteiligten der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ausgehen.

3.2.3.6. *Verbesserung der Erkenntnislage / Gesundheitsberichterstattung*

- Um die Datenlage weiter abzusichern, sieht es die Landesgesundheitskonferenz für erforderlich an, eine bundesweit einheitliche Wohnungsnotfallstatistik zu entwickeln, die insbesondere auf einer einheitlichen Begrifflichkeit der Wohnungslosigkeit aufbaut, um die quantitativen und qualitativen Strukturen und Entwicklungen der Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot gesicherter beobachten zu können. Sie fordert hierzu die Bundesregierung auf, auf der Grundlage der 1998 im Auftrag des Statistischen Bundesamtes durchgeführten Machbarkeitsstudie die gesetzlichen Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche Wohnungsnotfallstatistik zu schaffen. Der Vorschlag unterscheidet zwischen von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen und akut Wohnungslosen. Bei der ersten Personengruppe sollten vor allem die Räumungsklagen, die hierzu führenden Gründe, und der Ausgang der Verfahren erfasst werden. Bei der zweiten Personengruppe sollten Daten erfasst werden zu Haushaltsgröße, Art der Unterbringung, Grund der Unterbringung, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Alter. Die Datenerfassung sollte über die Ordnungsämter, Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe erfolgen.
- Erforderlich ist darüber hinaus die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung mit einem besonderen Augenmerk für die Schnittstelle zur Armuts- und Sozialberichterstattung. Sie muss es ermöglichen, die Gesundheits- und Versorgungslage von obdachlosen und in Wohnungsnot befindlichen Menschen handlungsorientiert zu analysieren und zu bewerten. Das Land ist aufgefordert, die Federführung zu übernehmen.
- Angesichts der sehr lückenhaften Daten- und Erkenntnislage der Gesundheitssituation obdachloser Mädchen und Frauen sind darüberhinaus weitere Untersuchungen erforderlich, um spezifische Risiko- und Bedarfslagen identifizieren zu können.

4. Gesundheit von Zuwanderern

4.1. Ausgangssituation

In Nordrhein-Westfalen haben derzeit rund 2 Millionen Menschen einen ausländischen Pass. Dies entspricht einem Anteil von 11,4 % an der Gesamtbevölkerung. Rund 700.000 Ausländerinnen und Ausländer in Nordrhein-Westfalen stammen aus der Türkei, rund 180.000 aus dem ehemaligen Jugoslawien. Rund 500.000 Bürgerinnen und Bürger kommen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Darüber hinaus leben in Nordrhein-Westfalen mehr als 78.000 Personen aus Polen, mehr als 74.000 aus der ehemaligen Sowjetunion und mehr als 300.000 Personen aus Afrika, Amerika, Asien und Australien. Zur Gruppe der Zuwanderer zählen aber auch die über 600.000 Spätaussiedler, die nach Art. 116 GG als Statusdeutsche nach Deutschland gekommen sind, sowie illegal nach Deutschland eingewanderte Migrantinnen und Migranten. Zuwanderer wird als Oberbegriff für alle Gruppen verwendet, die die grenzüberschreitende Verlegung des Lebensmittelpunkts als wesentliches biografisches Merkmal vorweisen (Zuwanderungsbericht 2000).

Die überwiegende Mehrheit der Ausländerinnen und Ausländer hat seit mindestens 10 Jahren ihren Lebensmittelpunkt in Nordrhein-Westfalen, mehr als ein Drittel sogar 20 Jahre und länger. Lediglich ein knappes Fünftel der in Nordrhein-Westfalen lebenden Nichtdeutschen hat eine Aufenthaltsdauer von bis zu 4 Jahren.

Rund 86.000 Asylbewerber (4,3 %) leben in Nordrhein-Westfalen; zur Zahl der "illegalen" Zuwanderer stellt der aktuelle Zuwanderungsbericht der Landesregierung fest: "Naturgemäß können über die Zahl der ohne Aufenthaltstitel in Deutschland lebenden Zuwanderer keine präzisen Angaben gemacht werden. In der migrationspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussion herrscht jedoch Übereinstimmung darin, dass ihre Zahl in den vergangenen Jahren europaweit stark angestiegen ist" (Zuwanderungsbericht 2000).

Die Gruppe der Zuwanderer in Deutschland ist sehr heterogen. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Aufenthaltsdauer, des sozialen Status, aber auch bezogen auf den jeweiligen sprachlichen, ökonomischen und kulturellen Hintergrund.

Soziale Lage

Valide Daten, die eine umfassende, differenzierte Analyse der sozialen Situation der in Nordrhein-Westfalen lebenden Zuwanderer ermöglichen würden, liegen nicht vor. Als Indikatoren für eine allgemeine Bewertung können folgende statistische Aussagen herangezogen werden:

- Ausländer sind überproportional von Einkommensarmut betroffen. Der Sozialbericht NRW 1999 weist den Anteil dieser Personen in Haushalten mit einem Einkommen von unter 50 % des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens (Armutsgrenze) auf der Basis des Mikrozensus 1995 bei knapp 36 % aus, der der Deutschen bei 8,2 %. Lediglich deutsche Haushalte mit 5 Personen und mehr weisen ähnlich schlechte Werte auf (Sozialbericht NRW 1999).
- Die Sozialhilfedichte bei Ausländerinnen und Ausländern lag Ende 1999 bei 7,9 %, die Quote der Deutschen bei 3,2 %. 24 % der Sozialhilfebezieher sind Ausländer, jeder 12. Ausländer in Nordrhein-Westfalen ist auf Sozialhilfe angewiesen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW).
- Nach wie vor sind Ausländerinnen und Ausländer häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Deutsche. So lag die Arbeitslosenquote bei Ausländern im Mai 2001 bei 20 %, die allgemeine Arbeitslosenquote bei 8,5 %. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen stellt in ihrem Bericht vom Oktober 2000 fest: "Der erfreulichen Tatsache des absoluten Rückgangs der Arbeitslosenzahlen steht der weitere Anstieg der relativen Differenz zwischen der Arbeitslosenquote insgesamt und der der Ausländer gegenüber. ... Von den arbeitslosen Ausländerinnen und Ausländern hatten 1999 87 % keine abgeschlossene Berufsausbildung, bei den deutschen Arbeitslosen waren es ... 37,9 %" (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000).

Gesundheitliche Lage

Eine migrationsspezifische Analyse vorhandener sozialmedizinischer und epidemiologischer Datenbestände zur Darstellung der gesundheitlichen Lage von Zuwanderern wird zunächst dadurch erschwert, dass es eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung für Zuwanderer nicht gibt. Nordrhein-Westfalen hat als erstes Bun-

desland mit dem Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstattung den Versuch unternommen, die vorhandenen sozialmedizinischen und epidemiologischen Daten zur gesundheitlichen Situation und zur gesundheitlichen Versorgung der Zuwanderer in NRW zu erfassen und zu analysieren. Der Bericht weist - bei allen methodischen Problemen, die insbesondere durch Unterschiede im Altersaufbau, aber auch in der sozialen Lage bedingt sind - nach, dass es in vielen Bereichen deutliche Unterschiede sowohl im Bezug auf Krankheit und Gesundheit als auch bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gibt. Dies gilt zum Beispiel für den Bereich der Infektionskrankheiten, bei Schwangerschaft und Geburt, der Zahngesundheit, der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen und dem Bereich der Unfälle und Berufskrankheiten, aber auch bei der psychischen Gesundheit. So bezeichnen es die Autoren als sehr auffällig, dass

- der Zuwandereranteil an den jährlich bundesweit gemeldeten AIDS-Fällen von 12,5 % in 1990 auf 14,2 % in 1995 und 21,3 % in 1998 stetig angestiegen ist.
- Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass die Tbc-Inzidenz in der zugewanderten Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nahezu viermal so hoch verglichen mit der deutschen Bevölkerung ist.
- Weiterhin auffällig ist, dass bei der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen knapp 55 % der deutschen Schwangeren 11-15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen, während die meisten Schwangeren nicht-deutscher Nationalität (mit Ausnahme von Frauen aus Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) lediglich 6-10 Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließen.
- Einen weiteren Beleg dafür, wie wichtig Aufklärung und Prävention sind, findet sich im Bereich der Zahngesundheit. So lag der Kariesbefall bei Kindern aus Zuwandererfamilien nach einer 1998 veröffentlichten Studie deutlich über dem der deutschen Kinder. Unterschiede waren auch bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen feststellbar: Nur halb so viele ausländische wie deutsche Kinder gehen zweimal jährlich zum Zahnarzt.

Auch zum Gesundheitspersonal enthält der Bericht interessante Angaben: So waren im Jahre 1998 in Nordrhein-Westfalen etwa 77.000 Ärzte tätig, von denen 6,2 % (4.779) nichtdeutscher Nationalität waren. 37,4 % der nichtdeutschen Ärzte arbeiteten in Krankenhäusern, 29,5 % als niedergelassene Ärzte und 33,1 % in sonstigen Bereichen. Auch beim Personal im nichtärztlichen Gesundheitsbereich ist der Zuwandereranteil relativ niedrig: 6,4 % Krankenschwestern und -pfleger, 5,4 % Sprechstundenhilfen und 4,4 % Sozialarbeiter.

4.2. Herausforderungen

Die soziale und wirtschaftliche Integration der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Zuwanderer ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe von hoher Priorität. Für die Zukunft kommt es darauf an, den Prozess der Zuwanderung offensiv zu gestalten und sich den Herausforderungen zu stellen, die mit einer verstärkten Zuwanderung auch in den kommenden Jahren verbunden sind.

Die Gesundheitspolitik muss sich diesen Herausforderungen in wesentlich stärkerem Maße stellen, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Im Vordergrund steht dabei die Chancengleichheit. Alle Bürgerinnen und Bürger und damit auch die bei uns lebenden Zuwanderer haben zwar rechtlich den gleichen Zugang zu den Leistungen unseres qualitativ hochentwickelten Gesundheitswesens; Barrieren, ihn zu nutzen müssen aber überwunden werden. Die Sensibilisierung der Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens für die besonderen Belange von Migrantinnen und Migranten vor dem Hintergrund ihrer spezifischen kulturellen Erfahrungen und ihrer Lebensumstände ist dabei eine der zentralen Herausforderungen. Erforderlich ist weiterhin die Überprüfung der Anwendbarkeit und Wirksamkeit gesundheitspolitischer Instrumente bezogen auf die Zielgruppe der Zuwanderer. Die Aufklärung und Information über die Angebote der gesundheitlichen Versorgung, der Beratung und Prävention stehen dabei besonders im Mittelpunkt.

4.3. Empfehlungen für weitere notwendige Schritte

Konkreter Handlungsbedarf besteht auf unterschiedlichen Ebenen:

4.3.1. Gesundheitspolitische Diskussion

Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich dafür aus, dass das Thema Gesundheit von Zuwanderern in der gesundheitspolitischen Diskussion einen wesentlich höheren Stellenwert bekommt. In einem Workshop „Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen – migrantenfreundliche Institutionen“ im April des vergangenen Jahres haben Vertreter des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz sowie Experten aus den verschiedensten Bereichen die vorhandenen Fragen und Probleme diskutiert und Vorschläge u.a. zur Diskussion in der Landesgesundheitskonferenz erarbeitet.

Die positiv besetzte Diskussion um den "Standortfaktor Gesundheit" auf der Landes- wie der kommunalen Ebene kann Leitlinie für die öffentliche Behandlung auch des Themas Gesundheit von Zuwanderern sein.

4.3.2. Weiterentwicklung bestehender Initiativen und Maßnahmen

Die Landesgesundheitskonferenz hält es für erforderlich, dass bereits eingeleitete und zum Teil von der Landesregierung geförderte Initiativen und Maßnahmen durch die Beteiligten weiter ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für

- die im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht bereits entwickelten und mit Landesmitteln geförderten Maßnahmen zur Verbesserung der Beratungs- und Hilfeangebote und zur Schaffung migrantenspezifischer Angebote,
- die im Rahmen der Maßnahmen des Landes gegen AIDS von der Landesregierung modellhaft geförderten Projekte zur Entwicklung von kulturspezifischen AIDS-Präventions- und Hilfeangeboten für Migrantinnen und Migranten,
- Projekte in der psychiatrischen Versorgung von Migrantenfamilien und
- Projekte zur Vermittlung berufsspezifischer Fremdsprachenkenntnisse und interkultureller Kompetenzen für Beschäftigte im Gesundheitswesen.

4.3.3. Kommunikative Kompetenzen

- Voraussetzung für die Sensibilisierung von Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens sind vorrangig kommunikative Kompetenzen sowie eine kulturelle Offenheit und Akzeptanz von Gesundheitskonzepten aus anderen Kulturkreisen. Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als notwendig an, dass migrationsspezifische Aspekte verstärkt im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe berücksichtigt werden.
- Gleichzeitig sollten Mehrsprachigkeit und kulturell vielfältige Lebenserfahrung als Qualifikationsmerkmal stärker gewürdigt und als Bewerbungsvorteil gewertet werden.
- Professionelle Dolmetscherdienste sollten effizient genutzt werden, d.h. durch intelligente Vernetzung sollten möglichst viele Einrichtungen von den vorhandenen Diensten profitieren.
- Einen besonderen Stellenwert haben in diesem Zusammenhang auch mehrsprachige zielgruppenorientierte Broschüren und Informationen.

4.3.4. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse

Den unterschiedlichen legitimen kulturellen und religiösen Bedürfnissen sollte im Rahmen vorhandener Möglichkeiten durch räumliche Angebote (z.B. islamische Gebetsräume in Krankenhäusern) und die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten in der Ernährung Rechnung getragen werden.

4.3.5. Koordination und Moderation

- Die Landesgesundheitskonferenz regt an, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen als lokaler Koordinator, Moderator und Impulsgeber verstärkt mit dem Thema befassen. Sie regt ferner an, das Thema Soziale Lage und Gesundheit und in diesem Zusammenhang auch das Thema der Gesundheit von Zuwanderern zu einem Schwerpunkt des Projektverbundes "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen" zu machen.

- Der Öffentliche Gesundheitsdienst trägt nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Zusammenhang mit der sogenannten Sozialkompensation besondere Verantwortung bei der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung auch der Gruppen von Zuwanderern. Insofern ist die Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als „Anwalt“ für die Belange der Zuwanderer zu stärken.

4.3.6. Öffentlichkeitsarbeit

- Die Landesgesundheitskonferenz hält weiterhin Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wie Veranstaltungen, Fachkonferenzen und die Nutzung elektronischer Medien für notwendig.
- Die Landesgesundheitskonferenz hält mehr Transparenz und Informationen über entsprechende Kompetenzen und vorhandene Leistungsangebote für Migrantinnen und Migranten wie auch für die Beschäftigten im Gesundheitswesen für erforderlich. Sie begrüßt das vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst erstellte Praxisheft „Interkulturelle Gesundheitsförderung“.
- Die Landesgesundheitskonferenz begrüßt weiterhin, dass im Rahmen des beim Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) im Aufbau befindlichen Bürger- und Patienteninformationssystems „Gesundheit NRW“ ein Internet-Portal mit einer Übersicht über Projekte, Angebote und Dienste in Nordrhein-Westfalen zum Thema Migration und Gesundheit eingerichtet werden soll, das den Austausch von Informationen, Erfahrungen und Ideen ermöglichen wird.
In diesem Rahmen sollten auch Best Practice-Ansätze, wie etwa Verbundprojekte zwischen spezialisierten Beratungsstellen mit muttersprachlichem Personal und den Einrichtungen der Regelversorgung bekannt gemacht werden. Ein solches Verbundprojekt ist beispielsweise an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Essen erfolgreich etabliert worden.

4.3.7. Gesundheitsberichterstattung

Die Landesgesundheitskonferenz sieht es als notwendig an, dass migrantenspezifische Aspekte in der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für fundierte Analysen und Bewertungen verstärkt berücksichtigt werden. Hierbei kann auf den Sonder-

bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung NRW aufgesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, inwieweit bei gesundheitsbezogenen Statistiken zukünftig verstärkt eine Differenzierung nach Nationalität und Migrationsstatus erfolgen kann. Ggf. sollten Sonderauswertungen der den Indikatoren zu Grunde liegenden Daten vorgenommen werden. Die Daten des Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen 2000 bieten darüber hinaus weitergehende Erkenntnisse, die entsprechend genutzt werden müssen. Zu Spezialfragestellungen sind ggf. als weitere Möglichkeit gesonderte Studien durchzuführen.

III. Literaturverweise

Ärzttekammer Westfalen-Lippe (1998): Modellprojekt Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose. Abschlussauswertung der Projektdaten aus den vier Projektstandorten. Berichtszeitraum: 1.1.97 - 30.9.97. Münster: Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Zitiert als: [Ärzttekammer Westfalen-Lippe 1998]

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2000): Daten und Fakten zur Ausländersituation. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 19. Aufl., S. 18

Zitiert als: [Beauftragung der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000]

BMFSFJ (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland : eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kurztitel: Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer

Zitiert als: [Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland 2001]

BMG (2000): Gesundheit in den neuen Ländern : Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Zitiert als: [Bundesministerium für Gesundheit 2000]

Fichter M; Quadflieg N; Koniarczyk M et al. (1999): Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. Psychiatrische Praxis 26, Nr. 2, S.76-84

Zitiert als: [Fichter et al. 1999]

Kahl H; Hölling H; Kamtsiuris P (1999): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. S163 -S168

Zitiert als: [Kahl et al. 1999]

Kunstmann W (1999): Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose – Ursachen, Modelle, Erfolge. Univ. Witten, Diss. rer. medic.

Zitiert als: [Kunstmann 1999]

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Zitiert als: [Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW]

Locher G (1990): Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen, Bielefeld

Zitiert als: [Locher 1990]

MASQT (2000): Zuwanderungsbericht 2000. Zuwanderung und Integration in NRW. Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Zuwanderung“ der Landesregierung. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie. 2000

Zitiert als: [Zuwanderungsbericht 2000]

MASSKS (1999): Sozialbericht 1998 für das Land Nordrhein-Westfalen : Materialienband. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen

Zitiert als: [Sozialbericht NRW 1999]

MFJFG (1999): NRW-Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Zitiert als: [Landesprogramm gegen Sucht]

MFJFG (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2000. Hrsg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Zitiert als: [Landesgesundheitsbericht 2000]

Mannebach H (2001): Geschlechtsspezifische Aspekte bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten. Vortrag in der Arbeitsgruppe „Soziale Lage und Gesundheit“ des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz am 6.2.2001

Zitiert als: [Mannebach 2001]

Micheelis W (Hrsg.); Bauch J (Hrsg.) (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Zitiert als: [Micheelis, Bauch 1991]

Micheelis W ; Reich E (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III): Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland. Hrsg.:Institut der Deutschen Zahnärzte. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Zitiert als: [Micheelis, Reich 1999]

Naegeli B; Bertel O; Urban P et al. (1998) :Der akute Myokardinfarkt in der Schweiz : Resultate aus dem PIMICS-Herzinfarkt-Register. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 128, Nr. 19, S. 729-736

Zitiert als: [Naegeli et al. 1998]

Remschmidt H (1999): Depressive Störungen auf verschiedenen Altersstufen: 23. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ vom 20. bis 23. Januar 1999. Deutsches Ärzteblatt 96; Nr. 22, S. A 1501 ff

Zitiert als: [Remschmidt 1999]

Richter A (2001): Der „kleine“ Unterschied. Gesundheit von Frauen I. Deutsches Ärzteblatt 98, Nr. 14 S. C 705-706

Zitiert als: [Richter 2001]

Schwartz F W; Badura B; Leidl R; Raspe H; Siegrist J (Hrsg.) (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Zitiert als: [Das Public Health Buch 1998]

Setter C; Peter R; Siegrist J; Hort W (1998): Impact of school and vocational education on smoking behavior. Results from a large scale study on adolescents and young adults in Germany. Sozial- und Präventivmedizin 43, Nr. 3, S. 133-140

Zitiert als: [Setter et al. 1998]

Siegrist J; Joksimovic L (2001): „Tackling Inequalities in Health“ – ein Projekt des ‚European Network of Health Promotion Agencies‘ (ENPHA) zur Gesundheitsförderung der sozial Benachteiligten – Abschlussbericht für das deutsche Teilprojekt

Zitiert als: [Siegrist, Joksimovic 2001]

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel. 1998. S. 393, S. 394

Zitiert als: [Gesundheitsbericht für Deutschland 1998]

Statistisches Bundesamt (2001), www.statistik-bund.de

Zitiert als: [Statistisches Bundesamt 2001]

Thefeld W (2000): Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. Bundesgesundheitsblatt 43, Nr. 6, S. 415-423

Zitiert als: [Thefeld 2000]

Trabert G (1995): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH, Verlag Soziale Hilfe

Zitiert als: [Trabert 1995]

Vaccarino V (1999): Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. New England Journal of Medicine 341, Nr. 4, S. 217-225

Zitiert als: [Vaccarino 1999]

Wittchen H-U; Winter S; Pfister H (2000): Ergebnisse des German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement (GHS-MHS). DGPS-Kongress Jena 9/2000

Zitiert als: [Wittchen et al. 2000]