

Landesvereinigung für
Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Editorial

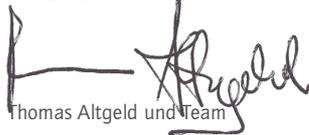
Aktivierungs- strategien für PatientInnen und BürgerInnen

Fast könnte man von einer Wiederentdeckung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen sowie der Bürgerinnen und Bürger in der offiziellen politischen Diskussion sprechen. Das Jahr 2001 war nicht nur das Internationale Jahr der Freiwilligen sondern in der gesundheitspolitischen Debatte auch das Jahr der Patientinnen und Patienten. Es wurden erstmals durch die gesetzlichen Krankenversicherer 10 Millionen DM für die Förderung von Einrichtungen zur VerbraucherInnen- und PatientInnenberatung ausgeben.

Der laute Ruf nach mehr PatientInnensouveränität übertönt allerdings die Unsicherheiten und Unstimmigkeiten bezüglich der einzuschlagenden Strategien. Wie kann mehr PatientInnensouveränität erreicht werden? Welche Informationen wollen PatientInnen? Wie können insbesondere PatientInnengruppen erreicht werden, die von den ganzen Informationsfluten bislang nicht erreicht wurden, d. h. PatientInnengruppen aus sozial benachteiligten Bevölkerungskreisen? Vielleicht kann das Gesundheitswesen von den Aktivierungsstrategien der Freiwilligenarbeit und des BürgerInnenengagements lernen. Das Internationale Jahr der Freiwilligen hat 2001 zu einem Boom an Aktivitäten in diesem Bereich geführt. Diese impu!se-Ausgabe fasst Aktivierungsstrategien für PatientInnen und BürgerInnen zusammen und bietet so einen guten Überblick über aktuelle Trends, bestehende Schwierigkeiten und innovative Ansätze bei Aktivierungsstrategien im Gemeinwesen generell und insbesondere im Gesundheitswesen. Außerdem werden geschlechtsdifferenzierende Strategievorschläge gemacht. Die Sonderrubrik zum Internationalen Jahr der Freiwilligen wurde trotzdem beibehalten und endet mit dieser Ausgabe. In den Rubriken Aktuelles, Mediothek und Termine finden Sie wie gewohnt Tagungsberichte, Veröffentlichungsinformationen, Berichte über neue Medien und politische Initiativen sowie interessante Veranstaltungen.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Gesundheitsförderung im Nahbereich: Familien, Kindergarten und Quartier‹, Redaktionsschluss 08.2.2002 und ›Zugangswege in der Prävention – gesetzliche Vorgaben und die Erreichbarkeit von Zielgruppen‹, Redaktionsschluss 10.05.2002. Wie immer sind Sie herzlich eingeladen sich an den kommenden Ausgaben mit Artikelvorschlägen, Beiträgen, Projektvorstellungen, Veröffentlichungshinweisen, Tagungsberichten oder Terminankündigungen zu beteiligen.

Wir möchten die letzte Ausgabe des Jahres nutzen, um uns bei allen Autorinnen und Autoren der vier Ausgaben im Jahr 2001 herzlich für ihre Beiträge zu bedanken. Ohne Ihre engagierte unentgeltliche Mitwirkung wäre die Herausgabe dieser Zeitung nicht möglich. Außerdem möchten wir uns auch bei den Leserinnen und Lesern für das kontinuierlich wachsende Interesse an unserer Zeitschrift und die vielfältigen positiven Rückmeldungen bedanken. Wir wünschen Ihnen allen schöne Festtage, einen angenehmen Jahresausklang und ein erfolgreiches und gesundheitsförderndes Jahr 2002. Mit freundlichen Grüßen


Thomas Altgeld und Team

Inhalt

- Beteiligung von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen: Vom AnbieterInnen- zum VerbraucherInnenschutz ...Seite 2
- Neue Impulse für das Bürgerschaftliche Engagement ...Seite 3
- Das Gesundheitswesen aus Perspektive der BürgerInnengesellschaft ...Seite 4
- Gemeinsam füreinander aktiv – Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen ...Seite 5
- Gesundheit, Gesundheitsinformationen, gleiche Voraussetzungen für Frauen und Männer? ...Seite 6
- Mechanische Medizin und komplexe Welt ...Seite 7
- Mehr Information ist der Einstieg – das Internet als Aktivierungsstrategie ...Seite 7
- PatientInnenunterstützung in Niedersachsen ...Seite 8
- PatientInnenanliegen – PatientInneninformation ...Seite 9
- Stärkung der VerbraucherInnen- und PatientInnensouveränität bei der Nachfrage von Gesundheitsleistungen...Seite 10
- Freiwilliges Engagement in Deutschland – Besonderheiten des Bereiches ›Gesundheit‹ ...Seite 11
- Geschlechtsspezifische Aspekte freiwilligen Engagements ...Seite 12
- Gesucht: Praxisorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte für Ältere ...Seite 16
- Wann engagieren sich Ehrenamtliche? – Vorschläge eines Verbandsmitglieds ...Seite 19
- Wer Leistung fordert, muss Sinn bieten ...Seite 19
- Telefonische Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitsversorgung im Ennepe-Ruhr-Kreis ...Seite 20

Eine AnbieterInneninteressen wie VerbraucherInnenbedürfnissen gleichermaßen befriedigende Steuerung komplexer Gesundheitssysteme scheint bisher nirgends gelungen. Gesundheitsreformen folgen in immer rascherer Abfolge aufeinander. Die mit hohem, z. T. exorbitantem Aufwand betriebenen Versorgungssysteme führen zu entweder nur schwer beurteilbaren oder aber suboptimal bewerteten Ergebnissen. Immer häufiger bemängelt wird ein Nebeneinander von Unterversorgung und Überversorgung – im überwiegend marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem der USA ebenso wie im Sozialversicherungssystem Deutschlands.

Gründe genug, um nach strukturellen Mängeln aller hochentwickelten Gesundheitssysteme zu suchen. Der Mangel an Qualitätstransparenz hat sich dabei als eines dieser generell zu beobachtenden Strukturprobleme erwiesen. Inzwischen spricht einiges dafür, sich verstärkt mit einem zweiten Strukturproblem moderner Gesundheitssysteme zu befassen: dem unausgewogenen Verhältnis zwischen AnbieterInnen- und VerbraucherInnenschutz. Beide Probleme hängen eng miteinander zusammen: Intransparenz hilft, die bestehenden Unausgewogenheiten zu verschleiern und dadurch aufrechtzuerhalten. Intransparenz verunsichert und frustriert zugleich die Versicherten und PatientInnen, deren Bedürfnisse die Legitimationsgrundlage für die Leistungsangebote bilden und deren Aufwendungen in Form von Steuern und Sozialabgaben ihre Finanzierung ermöglichen; die gezwungen werden, immer größere Teile ihres Einkommens für ein Leistungsgeschehen aufzuwenden, dessen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ihnen immer undurchschaubarer erscheinen und von dessen Weiterentwicklung sie so gut wie ausgeschlossen sind.

In Politik und Versorgungsgeschehen dreht sich heute alles um technikintensive Leistungen der kurativen Medizin, um Einkommenserwartungen der AnbieterInnen und der Industrie, um Erhalt oder Schaffung von Arbeitsplätzen. Müssen zur Finanzierung dieser Leistungen und Arbeitsplätze in Praxen, Krankenhäusern, in Pharmaindustrie und Geräteindustrie Einsparungen erbracht werden, denken die Verantwortlichen in erster Linie an Kürzungen der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege, die als weniger wichtig oder entbehrlich erachtet werden. Dass dies die Verbraucher anders sehen könnten, wird bisher gar nicht ernsthaft erörtert. Und sie werden auch nicht gefragt. Institutionalisierte Rahmenbedingungen für einen direkten Dialog zwischen Politik und VerbraucherInnen im Gesundheitswesen hat man hierzulande bisher nur ansatzweise geschaffen.

Dass dieser Zustand auf Dauer weder der Legitimität noch der Qualität und Effizienz moderner Gesundheitssysteme dienen kann, ist inzwischen weithin anerkannt. In der Ljubljana-Charta von 1996 heißt es ebenso knapp wie zutreffend: *“The citizen's voice and choice should make as significant a contribution to shaping health care services as the decisions taken at other levels of economic, managerial and professional decision-making”*.

Wir haben es hier mit einer Sachlage zu tun, zu deren Verständnis Wissenschaft beitragen kann, deren Bearbeitung aber ein eminent politisches Problem der Macht-, Zuständigkeits- und Ressourcenverteilung beinhaltet. Als Pionier dieser Thematik darf in Deutschland der Medizinsoziologe Chr. v. Ferber gelten, der mit seinem 1976 vorgelegten Gutachten ›Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance‹ wesentliche argumentative Grundlagen aus demokratietheoretischer Sicht gelegt hat.

Unausgewogenheiten im Verhältnis von AnbieterInnen und VerbraucherInnen sind während der BSE-Krise kurzfristig öffentlich akzeptiert und zumindest rhetorisch zugunsten der VerbraucherInnen verändert worden: in der Landwirtschaftspolitik! In der Gesundheitspolitik liegen die Gewichte nach wie vor völlig unverändert – rhetorisch wie praktisch – bei den AnbieterInnen: beim Schutz von Arbeitsplätzen, Einkommenserwartungen und (vermuteten) Wachstumsbranchen. Das Lipobay-Debakel hat diese Schwachstelle moderner Gesundheitssysteme schlaglichtartig erhellt. Ob sich daraus auch strukturelle Konsequenzen ergeben werden, bleibt abzuwarten.

Ausreichender Schutz vor überflüssigen, unwirksamen oder fehlerhaften Leistungen, vor Risiken und Nebenwirkungen, vor einem sich verschärfenden Nebeneinander von Über- und Unterversorgung ist ein zentrales Anliegen des europaweit und auch in den USA beobachtbaren Versuchs, das Thema BürgerInnenbeteiligung im Gesundheitswesen auf die politische Agenda zu setzen. Es geht m. a. W. um das Thema Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, es geht um verbesserten Schutz vor vermeidbaren Ausgaben und vermeidbaren Risiken, und es geht um eine Befähigung der BürgerInnen und PatientInnen zur intelligenten Nutzung der angebotenen Leistungen.

Arzneimittel werden immer wirksamer und damit auch nebenwirkungsreicher und riskanter. Medizintechnik greift immer tiefer ein in zentrale Funktionsbereiche des menschlichen Organismus. Die molekularbiologische Forschung verspricht uns bahnbrechende Therapiemöglichkeiten. Darüber Entscheidungen zu fällen, kann nicht mehr nur ExpertInnen, PolitikerInnen und VertreterInnen von Verbandsinteressen vorbehalten bleiben: in der konkreten Versorgungssituation sind es ja die VerbraucherInnen/PatientInnen, die Therapieziele mit festlegen und NutznießerInnen der erbrachten Leistungen sein sollen; und schließlich sind sie es auch, die Nebenwirkungen und Risiken der Behandlung ausgesetzt sind – nicht die AnbieterInnen.

Noch gibt es keine machtvollen PatientInnenvertretungen, zeigen sich Hilflosigkeit und Frustration mit dem Versorgungsgeschehen eher indirekt: an der rückläufigen Organspenderbereitschaft, am wachsenden Interesse an ›alternativen Heilmethoden‹ oder nicht mehr ›greifenden‹ Ansätzen zur Kostendämpfung. Wir müssen lernen, Gesundheitspolitik mit, nicht ohne die Betroffenen zu betreiben und das Versorgungsgeschehen gemeinsam mit ihnen zu gestalten. Die gesundheitswissenschaftlich betrachtet sehr begrüßenswerte Entwicklung einer Integrierten Versorgung chronisch Kranker wird deutlich machen, wie weit die AnbieterInnen dazu bereit sind.

Wenn dieser Beitrag etwas verdeutlichen sollte, dann dies: Wir müssen den VerbraucherInnen im Gesundheitswesen eine Stimme geben und den Dialog zwischen ihnen, den AnbieterInnen und der Politik entwickeln helfen. Wer den Wettbewerb im Gesundheitswesen bejaht, sollte sich zugleich für geeignete Rahmenbedingungen einsetzen. Im Gesundheitswesen fällt hier dem Staat eine neue Rolle zu. Hat er sich bisher eher als Hüter von AnbieterInnenanliegen verstanden und damit auch zur AnbieterInnendominanz im Gesundheitswesen mit beigetragen, sollte er nunmehr mithelfen, die dadurch entstandenen Unausgewogenheiten zu beseitigen. Auch Stiftungen können hierbei eine wichtige Rolle spielen.

Prof. Dr. Bernhard Badura, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Tel: (05 21) 1 06-42 63, Fax: (05 21) 1 06-64 29, Email: bernhard.badura@uni-bielefeld.de, www.Uni-bielefeld.de/gesundhw/index.html

Gitta Trauernicht **Neue Impulse für das Bürgerschaftliche Engagement**

Mit der im Jahr 2001 gestarteten Offensive *Bürgerschaftliches Engagement* hat die niedersächsische Landesregierung die Grundlage dafür gelegt, dass ehrenamtliche und freiwillige Arbeit in Niedersachsen auch nach Ablauf des *Internationalen Jahres der Freiwilligen* weiter verstärkt und gefördert werden kann. Für den Aktionsplan zur Förderung von Ehrenamt, bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe sind im Doppelhaushalt 2002/2003 des Landes zusätzlich rund eine Million Euro bereitgestellt worden.

Die Arbeit der Ehrenamtlichen ist in den zurückliegenden Monaten in zahlreichen Veranstaltungen öffentlich gewürdigt worden. Dabei ist einmal mehr deutlich geworden, welche Bedeutung ehrenamtliches Engagement für unser Land hat: Es sichert den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft und demokratische Beteiligungsmöglichkeiten. Menschen, die die Gestaltung ihres Lebensumfeldes in die eigenen Hände nehmen, stellen fest: Freiwilliger Einsatz macht Spaß, schafft Kontakte und steigert die Lebensqualität.

Es gibt in fast allen Lebensbereichen eine große Anzahl von Menschen, die sich in ihrer Freizeit für andere einsetzen, ohne Lohn und Bezahlung. In Niedersachsen sind rund zwei Millionen Bürgerinnen und Bürger ehrenamtlich tätig, bürgerschaftlich engagiert oder in der Selbsthilfe aktiv. Weitere 2,5 Millionen Menschen haben Interesse an einem freiwilligen Engagement. Es ist also eine echte Massenbewegung, die manches Mal aber nicht so sichtbar ist, wie es ihrer Bedeutung angemessen wäre.

Wahrscheinlich ist es weitgehend unbekannt, dass rund die Hälfte der Jugendlichen unter 20 Jahren in Niedersachsen in der Freiwilligenarbeit engagiert ist. Wir haben – entgegen manchem Vorurteil – wirklich aktive Jugendliche, die sich auf kommunaler Ebene im Sport, in Freiwilligen Feuerwehren und Rettungsdiensten oder in der Nachbarschaftshilfe engagieren. Deshalb setzt der Aktionsplan des Landes auch einen besonderen Schwerpunkt bei der jungen Generation. So wird mit der Gemeinschaftsaktion *Niedersachsen – Ein Land für Kinder* die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sozialen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen nachhaltig unterstützt und weiterentwickelt. Daneben ist im Rahmen der Aktion *Niedersachsen-Kinderland* gemeinsam mit der Niedersächsischen Lottostiftung der Wettbewerb *Kinder tun was – für Andere* für Städte und Gemeinden ausgeschrieben worden, der in Kürze abgeschlossen wird. Außerdem unterstützt die Landesregierung in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendring die Entwicklung eines Landesjugendservers.

Das jugendliche Engagement in der Gesellschaft gilt es ebenso nachhaltig zu unterstützen wie die große Bereitschaft älterer Menschen, sich freiwillig und bürgerschaftlich zu betätigen. Ein Viertel aller Niedersächsinnen und Niedersachsen zwischen 60 und 70 Jahren ist bereits in unterschiedlichster Weise ehrenamtlich engagiert. Eine ebenso große Zahl wäre bereit, sich ebenfalls freiwillig zu betätigen. Hier gibt es also noch ein großes Potenzial an Wissen und Fähigkeiten für das Gemeinwohl zu erschließen. Niedersachsen wird sich deshalb am Multiplikatorenprogramm *Erfahrungswissen für Initiativen* der Bundesregierung beteiligen, das ältere Menschen dazu befähigen soll, als Trainerinnen und Trainer in der Freiwilligenarbeit vor Ort tätig zu werden.

Stärkere Unterstützung erhalten ältere Menschen, die sich freiwillig und bürgerschaftlich engagieren möchten, jetzt durch das von der Landesregierung eingerichtete Koordinierungsbüro *Freiwilliges*

Engagement von Alt und Jung, das bei der Landesvereinigung für Gesundheit in Hannover angesiedelt ist. Das Büro wird zunächst für drei Jahre mit jährlich mehr als 90.000 Euro gefördert. Es soll gemeinsam mit weiteren Akteuren neue Modelle und Handreichungen zur Förderung generationsübergreifender Ansätze des freiwilligen Engagements entwickeln, Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote vermitteln und Beratungsangebote für Kommunen zum Aufbau von Vernetzungsstrukturen erarbeiten. Im Frühjahr nächsten Jahres wird außerdem ein landesweites Internetportal zum bürgerschaftlichen Engagement ans Netz gehen, in dem auch die Aktivitäten der Seniorinnen und Senioren einen besonderen Stellenwert haben werden.

Wie wichtig der Dialog der Generationen ist, lässt sich an den Auswirkungen des enormen demographischen Wandel in unserer Gesellschaft ablesen: Nach jüngsten Untersuchungen haben nur vier Prozent der unter 30-Jährigen außerhalb von Familie, Ausbildung oder Beruf Kontakte zur älteren Generation. Das freiwillige Engagement kann hier zu einem wichtigen Bindeglied werden. Deshalb werde ich in Kürze den Landeswettbewerb *Dialog der Generationen* ausloben, mit dem vorbildliche Jung-/Alt-Projekte in Niedersachsen ausgezeichnet und modellhaft gefördert werden sollen. Gute Beispiele sind auch für generationsübergreifendes gemeinschaftliches Handeln das beste Vorbild.

Bei der Verbesserung der Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement in Niedersachsen muss neben dem traditionellen Ehrenamt auch stärker neuen Formen des Engagements Rechnung getragen werden. Dieses »neue Engagement« hat viele Gesichter: Freiwilligenzentren und Seniorenbüros, intergenerative Projekte oder auch Bürgerstiftungen. Wir müssen akzeptieren, dass sich viele Menschen heute nicht mehr dauerhaft an einen Verein oder eine Organisation binden wollen, sondern sich projektbezogen engagieren, je nach ihren Möglichkeiten, Zeitbudgets und Lebenssituationen. Diese Veränderungen des Engagements bedürfen eines gesellschaftlichen Konsenses. Deshalb hat das Land den *Niedersachsen-Ring* ins Leben gerufen, in dem alle gesellschaftlich relevanten Gruppen vertreten sind. Der *Niedersachsen-Ring* soll dem Informationsaustausch dienen und die Landesregierung in Fragen der Zielsetzung und Strategie zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements beraten.

Ich meine, Niedersachsen ist damit auf einem guten Weg, um noch mehr interessierte Bürgerinnen und Bürger für ein freiwilliges Engagement gewinnen zu können.

Dr. Gitta Trauernicht, Niedersächsische Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel: (05 11) 1 20-40 40, Fax: (05 11) 1 20-42 99, Internet: www.niedersachsen.de/MS2.htm

Das Spannungsverhältnis zwischen Versicherten und dem Gesundheitswesen, zwischen BürgerInnen und Gesundheitspolitik im Weiteren bietet Einblicke und Erkenntnisse wie in einem Laboratorium der BürgerInnengesellschaft. Das Gesundheitswesen ist in hohem Maße mit sich selbst beschäftigt, so dass die Verbindungslinien von Gesundheitspolitik zur BürgerInnengesellschaft bisher nicht oder nur unter dem Gesichtspunkt wachsender Eigenverantwortung diskutiert wurden. In der eigenen Semantik des Gesundheitswesens bedeutet mehr Eigenverantwortung all zu oft nur Kostenverlagerung auf die Versicherten.

- Das Gesundheitswesen kennt in einigen marginalen Instanzrollen – also als ZusatzhelferInnen in Großeinrichtungen – *Ehrenamtlichkeit* wie die Grünen Damen im Krankenhaus oder Hospizgruppen.
- Das Gesundheitswesen kennt im großen Umfang *Selbsthilfegruppen*, Selbsthilfearbeit im engen Sinne der Betroffenen und im weiteren Sinne der Angehörigen sowie Selbsthilfekontaktstellen.
- Das Gesundheitswesen kennt auch die *Beteiligung von BürgerInnen* etwa über Gesundheits- und Präventionskampagnen und nicht zuletzt Stifter- und Förderkreise, wo es an öffentlicher Förderung z. B. für bestimmte Forschungsbereiche mangelt.
- Schließlich kennt das Gesundheitswesen halbberufliche Funktionsrollen wie geschulte aber nicht vergütete *SuchtshelferInnen* oder ÜbungsleiterInnen im Grenzbereich von Vereinen, Sport und Gesundheitsförderung.

All dieses wird nicht zusammen als BürgerInnenengagement wahrgenommen.

Auf der anderen Seite der hier vorgenommenen Trennlinie von Gesundheitswesen und BürgerInnenengagement steht ein Gesundheitssystem, das sich in einer raschen Transformation befindet. Ein in 100 Jahren aufgebautes vergleichsweise hierarchisches Staats- und Versicherungssystem sieht sich stetig mehr dem Markt, einer Individualisierung und einem Verlust nationalstaatlicher Wirkungsgrenzen ausgesetzt. Das Gesundheitswesen tritt gegenüber den BürgerInnen in verschiedenen Rollen in Erscheinung, die selbst im Wandel begriffen sind: hoheitlich – amtsärztlich, betreuend – fürsorglich, kundenorientiert – konkurrierend.

Der Krankheitsfall ist in hohem Maße strukturiert, erfasst, versichert und verplant worden. Beim Auftreten neuer Krankheitsbilder wurde dann gekämpft, auch diese durch Kasse und Gesundheitsdienstleistungen erfassen zu lassen.

Das Engagement der Versicherten selbst reduzierte sich auf das Einklagen eigener Rechts- und Anspruchslagen. Eigenverantwortliches, privates gegenseitiges Engagement wurde bei Ausfall durch Kassenleistungen teilweise übernommen wie die Haushaltshilfen. Für das Gesundheitswesen war BürgerInnenengagement lange Zeit kein Gegenstand der Beschäftigung, bzw. wurde in den Bereich des Entgelts durch Leistungsanteile an der Versicherung verwiesen.

Ebenen des BürgerInnenengagements

Das Gesundheitswesen nähert sich auf drei Ebenen dem Diskurs um das BürgerInnenengagement. Erstens sind es die wachsenden Ansprüche auf Teilhabe, Selbstbemächtigung (Empowerment) und Interessenwahrnehmung der Versicherten bzw. der BürgerInnen. Zweitens ist es die ungebrochen große Bereitschaft, sich und anderen zu helfen, allerdings unter immer differenzierteren, kleingruppenorientierten, spontanen Formen im Reflex auf Errungen-

schaften, Probleme und Grenzen der Gesundheitsmedizin. Ein Großteil der Versorgungs- und Pflegearbeit wurde im privaten Familiensystem geleistet und wird auch bei dramatischer Veränderung der Wohn- und Lebensweisen und Verkleinerung der Familien weiterhin von Netzwerken erbracht, die allerdings auf Kompatibilität mit flexiblen ambulanten Diensten angewiesen sind. In deren Umfeld lässt sich von ehrenamtlicher Mithilfe bis zum teilzeitvergüteten Hilfeinsatz und dem Freiwilligen Sozialen Jahr alles finden. Aus dem fast gleichen weiblichen Potenzial schöpfen Mutter-Kind-Gruppen, Demenz- und Besuchsdienste, Heimb Besuchsdienste, HeimfürsprecherInnen. Die Medizin lässt Menschen länger und länger mit chronischen Krankheiten leben, wird noch mehr Engagement in Pflegeform teils freiwillig, teils weniger freiwillig, teils privat, teils gesellschaftlich abverlangen. Und zum Dritten sind es die gesundheitspolitischen Nöte einer Risikogesellschaft, die immer schneller z.T. höchst unmittelbar in Lebensweisen und Privatleben eingreifen und um aktive Beteiligung der ›PatientInnen‹ ringen muss (Beisp. Aids-Kampagnen, Gesunde Stadt, Zahnprophylaxe usw.)

Einige Untersuchungsergebnisse zeigen zwar, dass engagierte Menschen auch gesündere Menschen sind, dennoch löst sich die Gesundheitserziehung ähnlich der Stadtplanung und Stadtteilarbeit schwer aus der Dienstleistungsorientierung. Der harte Kern des Gesundheitswesens wendet sich von allgemeinen Kampagnen, wie Koronaren Herzsportgruppen ab, weil ihre Effekte kaum nachweisbar sind. Ernährungsprophylaxe kann sich ein wenig auf Eitelkeiten des Aussehens stützen, Aids-Kampagnen auf die Lebensangst vor Infektion. Selten überwindet die ›Beteiligungsdiskussion‹ (ähnlich wie bei der Lokalen Agenda 21) die Qualitätsgrenze hin zur eigenverantwortlichen Engagementdiskussion.

Perspektiven der Kommunalisierung

Bisher suchen die engagierten BürgerInnen noch die Nähe der Gesundheitsinstitutionen, also die Unterstützung durch Krankenkassen, durch Kontaktstellen, Krankenhäuser oder auf den vereinzelt Pfaden, wo zwischen Gesundheitsämtern und Schulen bzw. Vereinen Projektpartnerschaften entstanden sind. Eine systematische Methodik hat sich nicht herauskristallisiert. Einzelne ÄrztInnen oder Pflegedienstleitungen stellen sich an die Spitze einer Hospizbewegung, eine Kasse stellt SportlehrerInnen oder PsychologInnen ein, die Kurse machen und gelegentlich gibt es ein Bemühen, Gruppenprozesse zu moderieren.

Ein Gesundheitswesen, das das Engagement der BürgerInnen als eine Produktivkraft erkannt hat und nicht nur als weitere Energiequelle für den Gesundheitsmotor, geht mit diesem aktiver, gestalten-der, pflegender und nachhaltiger um. BürgerInnenengagement muss als etwas Eigenständiges erkannt, benannt und beschrieben werden. Es folgt dem Wertekanon der BürgerInnen. Es ist die Haltung, die je nach Situation Interessenvertretung, Eigenverantwortung und/oder Solidarität bedeuten kann. Gesundheit im Sinne der WHO lässt sich ohne engagierte BürgerInnen gar nicht denken. Gefestigt wird die Alltagserfahrung, Unterstützung und das Selbstvertrauen der engagierten BürgerInnen langfristig *nicht innerhalb des Gesundheitswesens, sondern innerhalb der Gesellschaft*. Dort spiegeln und formieren sich Rollen.

Dem Gesundheitswesen darf es nicht um die Erfassung der Engagierten gehen wie mit Mitglieds- oder Patientenkarteen. Dem Gesundheitswesen muss es um die Kooperationen mit anderen Teilsystemen der Bürgergesellschaft gehen.

Über die Kooperation hinaus, wie sie jetzt z.B. bei der Gesundheits-erziehung erfolgt, geht es um Plattformen, Initiativen und Anlaufstellen des Engagements, aus dem heraus Menschen für Gesundheit gewonnen und in die hinein aktivierte Menschen aufgrund gelungener Behandlungsstrategien vermittelt werden können.

Die intermediäre Arbeit zwischen Gesundheitssystem und Gesellschaft ist eine Arbeit, die alle teilen müssen. Innerhalb des Gesundheitssystems gehört dies zu einem eigenen Arbeitsansatz, der über die PatientInnen- und KundInnenorientierung hinausgeht und mit dem/der Versicherten als Subjekt seiner/ihrer Gesundheit spricht. Innerhalb der Gesellschaft gehört dies zu einem lebensweltlichen Wertekanon. Wieviel ist mir Gesundheit, Sicherheit, Bildung, Wohnen, Umwelt, Kultur etc. wert – wofür kann ich mich sinnvoll vielfach engagieren und identifizieren?

Die operative Umsetzung eines solchen Wertekanons braucht kontinuierliche, vernetzte Institutionen, braucht auch – im Unterschied zu autonomen Interessen- und Netzwerkstrukturen – den politisch-demokratischen Diskurs. Schnittstellenprojekte brauchen eine Klärung, wer in der BürgerInnengesellschaft Verantwortung dafür übernimmt.

Setzen wir ganz auf die Kassen, stärken wir den Kooperatismus der Gruppen im Markt. Setzen wir alleine auf den Staat, stärken wir den paternalistischen Staat, der mangelhaft ausgestattet und mit ständig wechselnden Themen weiß, was für die BürgerInnen gut ist. Wollen wir alles refinanzieren, müssen wir das Gesundheitsengagement warenfähig, käuflich machen (was z.B. für eine Hospizgruppe eine traumatische Vorstellung wäre). Die Stärkung der BürgerInnenschaft beginnt also beim kommunalen Diskurs – dort muss das Thema, der Ansatz gewollt sein. Alle MitfinanziererInnen gestalten Umfang, Art und Ausrichtung der Schnittstellen. Dies legt Synergieeffekte mit allen kommunalen Beteiligungsbemühungen nahe (Umwelt, Kultur, Soziales etc.), lässt aber den AkteurInnen freie Hand, die Ausgestaltung mit je eigenem Engagement, eigener Weise zukunftsorientiert vorzunehmen.

Dr. Konrad Hummel, Geschäftsstelle Bürgerschaftliches Engagement/Seniorengesellschaften im Sozialministerium Baden-Württemberg, Schellingstr. 15, 70174 Stuttgart, Tel.: (07 11) 1 23-36 84, Fax (07 11) 1 23-39 89, Email: hummel@sm.bwl.de

Iris Bunzendahl, Karin Lotz **Gemeinsam füreinander aktiv – Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen**

Wie der 1999 durchgeführte Freiwilligensurvey zeigt, ist das Interesse der Bevölkerung am freiwilligen Engagement und Ehrenamt in Deutschland groß. Auch in Niedersachsen engagieren sich Freiwillige in zahlreichen Vereinen, Verbänden und Projekten und leisten damit wertvolle Arbeit für die Gemeinschaft. Freiwilliges Engagement hat gerade auf kommunaler Ebene eine wichtige Funktion, um den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken und ein solidarisches Miteinander zu fördern. Vor allem generationenübergreifende Ansätze sind hier von besonderer Bedeutung.

Die Potenziale im Freiwilligenbereich sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Verschiedene Untersuchungen belegen die große

Bereitschaft zahlreicher BürgerInnen sich zu engagieren oder ihr bisheriges Engagement weiter auszubauen. In den Kommunen fehlt es jedoch häufig an Strukturen, die einen Überblick über bestehende Angebote und Bedarfe im Freiwilligenbereich schaffen und Einrichtungen, Akteure und interessierte BürgerInnen gezielt beraten und vernetzen.

Um landesweit die Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement zu verbessern und generationenübergreifende Ansätze zu fördern, wird seit September 2001 in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. das Projekt »Gemeinsam füreinander aktiv – Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen« aufgebaut. Das Projekt wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Eine wissenschaftliche Begleitung ist über die Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel vorgesehen.

Das Koordinierungsbüro dient als Informations-, Beratungs- und Vernetzungsstelle für freiwilliges Engagement von Alt und Jung in Niedersachsen. Ziel ist es, gemeinsam mit weiteren Akteuren intergenerative Ansätze zum freiwilligen Engagement zu fördern, landesweit Transparenz über bestehende Aktivitäten zu schaffen, Modelle guter Praxis zu verbreiten und Vernetzungen im Freiwilligenbereich zu unterstützen. Die Angebote des Koordinierungsbüros richten sich an Freiwillige sowie an MitarbeiterInnen aus Vereinen, Projekten, Verbänden, Kommunen und Unternehmen, die generationenübergreifende Ansätze im Freiwilligenbereich vorantreiben wollen.

Das Projekt hat folgende Bausteine:

- Einrichtung einer Website als landesweite Plattform für freiwilliges Engagement von Alt und Jung (ab Frühjahr 2002)
- Beratung von Vereinen, Projekten, Verbänden, Kommunen und Unternehmen
- Aufbau von Vernetzungen im Freiwilligenbereich, u. a. durch die Einrichtung eines landesweiten Arbeitskreises
- Erprobung von Modellprojekten in ausgewählten Kommunen
- Entwicklung von Broschüren und Handreichungen zur Förderung intergenerativer Ansätze
- Vermittlung von Fortbildungsangeboten für Freiwillige und Hauptamtliche
- Planung und Durchführung von Veranstaltungen zum Freiwilligen Engagement

In einem ersten Arbeitsschritt wird das Koordinierungsbüro Anfang 2002 eine Ist-Analyse zum freiwilligen Engagement in Niedersachsen durchführen. Ziel ist die Erstellung einer landesweiten Datenbank, die einen Überblick über bestehende Ansätze und Strukturen zum freiwilligen Engagement mit dem Focus auf generationenübergreifende Aktivitäten gibt. Die Datenbank wird MultiplikatorInnen und interessierten Freiwilligen im Internet sowie direkt über das Koordinierungsbüro zur Verfügung stehen.

Die Ist-Analyse bildet für den weiteren Projektverlauf die Basis, um Transparenz über bestehende Aktivitäten im Freiwilligenbereich zu schaffen, Modelle guter Praxis zu verbreiten, Vernetzungen zu fördern und zielgruppengerecht zu beraten.

Ansprechpartnerinnen in der Landesvereinigung: Iris Bunzendahl und Karin Lotz, siehe Impressum

Es ist noch nicht lange her, da wurde Gesundheit geschlechtsneutral gesehen. Auf die spezifischen Anforderungen von Frauen und Männern wurde nicht eingegangen. Die Unterschiede sind jedoch bei näherer Betrachtung sehr vielfältig. Sie betreffen die Organe, den Hormonhaushalt, den körperlichen Rhythmus, die Körperwahrnehmung sowie die Einstellung zum eigenen Körper und nicht zuletzt deutliche Sprachunterschiede. Unterschiede im gesellschaftlichen und sozialen Umfeld verstärken diese Verschiedenheit. Schon in der Art, wie Frauen oder Männer Krankheit wahrnehmen oder Symptome einer Krankheit schildern, zeigen sich große Unterschiede. Die Symptome eines Herzinfarktes wirken sich im Befinden des Mannes oft ungleich stärker und mit anderen Beschwerden aus als bei der Frau. Ärzte und Ärztinnen, insbesondere männliche Kollegen, haben Schwierigkeiten, nicht »typisch« geschilderte Symptome richtig zu deuten. Auch die Wissenschaft bedient sich lieber der eindeutigen Beschreibungen, wie sie von überwiegend männlichen Probanden geschildert und von überwiegend männlichen Wissenschaftlern ausgewertet werden.

Unwissenheit, mangelndes Selbstwertgefühl und fehlender Mut sind häufige Gründe, die Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems zu wenig zu nutzen. Hier muss mit frauenspezifischen Bildungsangeboten gegengesteuert werden. Auch für die Beratung und Unterstützung in Krisensituationen sowohl in gesundheitlicher als auch in psychosozialer Hinsicht sollten bestehende Angebote stärker vernetzt und interdisziplinäre Kooperationen gefördert werden. Dabei geht es nicht nur um die Koordination frauenspezifischer Fragen, sondern um die Betrachtung von Gesundheitsinformation und Therapiemöglichkeiten aus geschlechtsspezifischer Sicht der Frauen und mit der Sprache der Frauen (Gender Mainstreaming).

Die Stärkung der Eigenkompetenz im Umgang mit Gesundheit und Krankheit beginnt mit der Vermittlung spezifischer Informationen. Frauen stellen oft die tragende Säule der Familie dar, gerade wenn es um Fragen der Gesundheit geht. Das wird deutlich, wenn man die geschlechtsspezifische Verteilung der BürgerInnen betrachtet, die sich in Bezug auf Gesundheitsinformationen an eine Beratungsstelle wenden. Bei der Bürgerberatung der Ärztekammer Westfalen-Lippe entfielen 65,4% der 3.520 Anfragen bzw. Beratungen der Jahre 1999 bis 2001 auf Frauen. Die Anfragen von Frauen überwiegen in allen Themen- und Fachbereichen.

Unterschiede in der Art, wie Frauen oder Männer Krankheit wahrnehmen oder Symptome einer Krankheit schildern, wurden bereits dargestellt. Gesundheitsinformationen sind häufig wissenschaftliche Darstellungen mit »typischen« männlich geprägten Schilderungen, die aber oftmals nicht der Wahrnehmungsweise von Frauen entsprechen.

In populärwissenschaftlichen Frauenzeitschriften wird die »Blitzdiagnose-Herzinfarkt durch ein neues Verfahren« beschrieben. Frauen ernten bei ihren Ärzten/Ärztinnen häufig ein gequältes Lächeln, wenn mit den gleichen Worten dieses Verfahren konkret erfragt wird. Bei Männern, die sich über die Möglichkeiten der nicht invasiven kardiologischen Diagnostik erkundigen, wird die »neue Technik der Magnetresonanztomographie« viel eher mitberücksichtigt, dabei handelt es sich um das gleiche Verfahren!

Vorurteile der Medizin lassen sich bei kritischer Betrachtung auch zum Nachteil der Männer finden. Bislang galt die Bulimie nach

Ansicht der meisten MedizinerInnen als eine Erkrankung der Frauen, weshalb diese Diagnose bei Männern oft erst sehr spät oder überhaupt nicht gestellt wurde. Die bisher größte Essstörungs-Studie weltweit mit über 1.100 PatientInnen hat gezeigt, dass Schlankheitswahn und Bulimie nicht nur Frauensache sind. Hochgerechnet leiden immerhin etwa 1% der Männer zwischen 15 und 35 Jahren an Ess-Brech-Sucht. Bei Frauen dieser Altersgruppe beträgt der Anteil über 4%. Grund der Zunahme beim männlichen Geschlecht ist, dass sich heutzutage auch Männer immer mehr am gängigen Schönheitsideal orientieren. Zunehmend kommen dabei jedoch nicht breite Schultern und Waschbrettbauch heraus, sondern schlichtweg Essstörungen – wie die Bulimia nervosa.

Frauen wie Männer werden durch das erfreuliche Interesse der Medien an Gesundheitsthemen einerseits kontinuierlich informiert. Die vielfältigen Informationen über Fernsehen, Internet, Zeitschriften, Bekannte/Laien, Krankenhäuser, Ärzte/Ärztinnen, Institutionen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u. a. führen aber andererseits in vielen Fällen zu einem recht diffusen, unzureichend koordinierten Informationsstand von sehr unterschiedlicher Qualität. Über die medizinische Qualität der Leistungen und Angebote, ihre Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit existieren nur wenige Daten, auf die die Anfragenden meist keinen Zugriff haben. Kurz: Auch in der Medizin ist Information nicht gleichbedeutend mit Wissen! Es heißt: »Das Internet bricht die Expertenmacht der Ärzte«, »Gesundheits-Websites« unterrichten weltweit über alternative Behandlungsmethoden, Kliniken und »Spezialisten«.

Wichtig ist eine qualitative Bewertung dieser Informationen, damit die Frauen und Männer die Qualität und Neutralität von Gesundheitsinformationen zuverlässig beurteilen und für sich persönlich nutzen können.

Prof. Jadad zeigte beim 4. World Congress on the Internet in Medicine einen NutzerInnenvergleich zwischen der gut gestalteten Website »Patienteninformation zu Karzinomerkrankungen« der McMaster Universität, Kanada, und »Melindas Homepage«, auf der ein krebserkranktes Mädchen über ihre Erfahrungen berichtet. »Melindas Homepage« erreichte ein Vielfaches an Internetzugriffen gegenüber der wissenschaftlichen Aufklärungsseite.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass der Bedarf nach qualitativ guten und speziell für Frauen gemachten gesundheitsbezogenen Informationen sehr groß ist, obwohl Informationen in einem nie zuvor vorhandenen Ausmaß für alle verfügbar sind. Die Schwierigkeit ist der Umgang mit dieser Informationsflut.

Es ist notwendig, die Fülle der Gesundheitsinformationen nach qualitätsgesicherten, objektiven Gesichtspunkten auszuwählen, einer Bewertung und Koordination zu unterziehen, geschlechtssensibel aufzubereiten und allgemeinverständlich darzustellen, damit es nicht zu Verunsicherung und zu einer Schwächung der Kompetenz von PatientInnen in Gesundheitsfragen kommt.

Dr. med. Angela Maienborn, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Bürgerberatung, Gartenstr. 210-214, 48147 Münster, Tel.: (02 51) 9 29-29 29, Fax: (02 51) 9 29-21 49, Email: buerger@aeakwl.de

Ein gesunder Mensch gleicht im mechanistischen Denken einer gut geölten, funktionstüchtigen Maschine. Der menschliche Detailaufbau ist sehr kompliziert (complicatus: gefaltet, verworren, verwickelt) und kann nur von hochausgebildeten ExpertInnen verstanden werden. Das Umfeld dieser Maschine ist nur von Bedeutung, wenn Belastungen zum Verschleiß einzelner Teile führen. Ist ein Teil in seiner Funktion gestört, oder füllt sie diese nicht mehr aus, ist die Maschine reparaturbedürftig. Spezialisierte Fachkräfte können anhand ausgeklügelter Pläne, Arbeitsanleitungen und ›Flow-charts‹ die Wiederinstandsetzung nach überprüfbareren Kriterien einleiten und Interventionen durchführen. Je genauer sich dieses Objekt therapeutischer Bemühungen (›der Laie‹) an die Vorschriften handelnder ExpertInnen hält, desto schneller erfolgt die Wiederherstellung. Mediziner nennen dieses Verhalten ›Compliance‹ (›do as asked, agree to, adhere to, obey, ...‹).

Die alternative Weltsicht, nach der alle existierenden Systeme und ihre Umwelt (Erde, Wald, Baum, Mensch, Katze, Wurm, Einzeller u. v. a.) komplex sind (›umfasst, verknüpft‹) ist nicht neu (Heraklit: ›Alles fließt‹). Teile eines Ganzen stehen miteinander in vielfacher Wechselwirkung und führen zu Eigendynamik, reduzierter Berechenbarkeit und ggf. zu chaotischem Verhalten. Die Vorstellung der Welt als Uhrwerk, in dem ein Teilchen gesetzmäßig auf andere wirkt, entstand erst nach dem Dunkel des Mittelalters mit der wiedererwachenden Wissenschaft (u.a. Newton). Das Erkennen von Relativität und Unschärfe veränderte vor etwa 80 Jahren die Weltsicht entscheidend. Universum, Umwelt, Mensch, Bakterium, Atom oder Quark bestehen, wie wir seither wissen, nicht aus wie auch immer gearteten isolierbaren, von einander eindeutig abgrenzbaren Teilchenanhäufungen. Die Nicht-Trennbarkeit von Systemen ist heute eine gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis.

Lebende Systeme sind komplex. Tiere, Menschen, Pflanzen und Gesellschaften verändern sich aus ihrer Eigendynamik heraus. Sie wachsen und bewegen sich und sind mit anderen Systemen vernetzt. Sie sind ›gesund‹ (stabil und elastisch zugleich), wenn sie sich anpassen und flexibel auf Belastung reagieren können. Jedes System besteht aus zahllosen Teilsystemen und ist wiederum Teil übergeordneter Systeme. Teilsysteme sind als Ganzes relativ vorhersagbar (›aus einem bestimmten Samen wird ein bestimmter Baum‹) aber im Detail (›Anordnung der Blätter‹) bleiben sie unvorhersagbar und chaotisch. Während in der Mechanik jedes Teil gleichmäßig ausgelastet seine Funktion im Rahmen enger Zuständigkeiten erfüllt, sind in einem lebenden System oft alle Teile gemeinsam auf die gleiche Problemlösungsaufgabe vorbereitet oder entspannen sich gemeinsam in Ruhephasen. Uns umgibt eine unendliche Vielfalt lebender, hoch-dynamischer, vernetzter Organismen, Strukturen und Beziehungen, die einem ständigen Wandel unterworfen sind und sich aus den ihnen innewohnenden Eigenschaften an veränderte Umweltbedingungen anpassen. Die Fähigkeit selbstständig, spontan, flexibel zu handeln, unter vielen Lösungswegen auszuwählen und angepasste Strategien zu entwickeln, ist für das Überleben komplexer Systeme essentiell. In einem lebenden System bestehen immer mehrere Reparaturmechanismen nebeneinander (z. B.: Blutgerinnung), damit die Blockade eines Weges nicht zwangsläufig zur Katastrophe führt.

Wir sind weiterhin in unserer Medizin von komplizierten mechanischen Geräten, Computern und Organisationshierarchien umgeben. Sie funktionieren und erbringen die Leistung, die wir von ihnen erwarten. Dabei sehen wir nur ungenau auf die komplexen Auswir-

kungen von Maschinen (›Atom Müll‹). Das Design von Maschinen stammt von spezialisierten Ingenieuren, die Einzelereignisse und Feed-back-Schleifen messen. In einer komplizierten, aber von ExpertInnen leicht kontrollierbaren Struktur ist das Subjekt vom Objekt klar getrennt (›Pilot – Flugzeug‹). Ein Wagen führt Befehle aus, er fährt nicht selbst. Maschinen benötigen Ingenieure, die sie warten, reparieren, schmieren und lenken. Werden sie nicht in Schwung gehalten, beginnen sie zu rosten. Die Anpassung an neue Umweltfaktoren erfolgt bei Maschinen durch Re-design oder Reparatur. Das Funktionieren komplizierter, mechanischer oder hierarchischer Strukturen (u.a. im Gesundheitsbereich) beruht auf Kontroll-Mechanismen oder Zyklen von ›Analyse, Planung, Aktion und Evaluierung‹. MechanikerInnen lernen von ihren Maschinen, diese jedoch nichts von ihnen.

Literatur beim Autor: Helmut Jäger, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Reisemedizinisches Zentrum, Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 28 18-8 06 o. -8 05, Fax: (0 40) 4 28 18-3 40, Email: jaeger@gesundes-reisen.de, Internet: <http://www.gesundes-reisen.de>

Birgitt Höldke **Mehr Information ist der Einstieg – das Internet als Aktivierungsstrategie**

Das Informationsnetz für Krebspatienten und ihre Angehörigen (INKA) existiert seit 1996 und ist das erste deutschsprachige Informationsprojekt dieser Art. INKA entstand aus den Bedürfnissen von Betroffenen nach Information und Austausch über ihre Krebserkrankung. Das Internet stellt dabei Methode und Instrument des Informationsaustausches dar. Für INKA hat es einerseits die Funktion einer Kommunikations- und Informationsplattform, auf der sich Menschen mit ihren Fragen, Anliegen und Antworten virtuell ›treffen‹ (www.inkanet.de). Zum anderen kümmert sich INKA um die Vermittlung von ›Internet-Handwerkszeug‹.

In Kooperation mit der Volkshochschule Hamburg wird seit 1998 der Kurs ›Internet für Patienten und Angehörige‹ angeboten. Im Rahmen des Internetkurses werden in kleinen Gruppen grundlegende Kenntnisse zur Nutzung des Internets vermittelt. Methode und Ziel zugleich ist es, dass jede/r direkt am Computer für seine individuellen Fragestellungen im World Wide Web nach Informationen suchen kann. Neben der praktischen Erprobung des Internets stellt die Möglichkeit zum persönlichen Austausch zwischen den TeilnehmerInnen einen bedeutenden Bereich im Konzept der Kurse dar.

Rasch war das Konzept über die VHS in Hamburg und über die eigentliche Zielgruppe hinaus von Interesse. Immer wieder erreichten INKA Anfragen von MultiplikatorInnen, BeraterInnen und Professionellen bezüglich der Kurskonzeption. Dies gab letztlich den Anstoß dafür, die Internetkurse zu evaluieren. Es sollten folgende Fragen beantwortet werden: Welche Leute kommen zu den Kursen? Was erwarten sie? Was nehmen sie mit?

Die INKA-Internetkurse in Hamburg wurden über 1 Jahr evaluiert und erste Ergebnisse liegen inzwischen vor. Die standardisierte Befragung wurde von einer studentischen Arbeitsgruppe der Fachwissenschaft Gesundheit, an der Universität Hamburg (unter der Leitung von B. Höldke M.P.H.) entwickelt und anonym durchgeführt. Alle TeilnehmerInnen wurden gebeten, am Tag des Kurses einen

Fragebogen auszufüllen und an einer zweiten Befragung nach drei Monaten teilzunehmen.

Die Ergebnisse zeigen deutlich auf, wo Potenziale für Aktivierungsstrategien im Feld der PatientInnen- und BürgerInnenberatung liegen. Den Kurs besuchten überwiegend (65%) Menschen, die angaben, in einer Behandlungspause oder einer Rehabilitationsphase zu sein – oder die sich als »austherapiert« bezeichneten. 78% der KursteilnehmerInnen hatten bis dahin von ihrer/m Ärztin/Arzt noch keine Hinweise oder Informationen zu möglichen Angeboten des Internets bekommen. Beachtliche 70% gaben an, einen Zugang zum Internet zu haben und mehr als die Hälfte hat bereits Erfahrung in der Benutzung dieses Mediums. 1/3 der Befragten sagte, dass ihr/e Arzt/Ärztin zu wenig Zeit zum Reden hat oder sie nicht den Mut haben, Fragen zu stellen oder nachzuhaken. Auf die Frage danach, wie sich die Befragten bisher zu ihrem Thema informiert haben, steht die Information aus PatientInnenratgebern und Büchern an erster Stelle – noch vor einer Beratung durch den Arzt/die Ärztin. Vorrangig wollen die TeilnehmerInnen lernen, mit dem Internet umzugehen, um Therapieerklärungen, ergänzende Methoden, Adressen und Kontakte zu finden. Sie wollen selber aktiv werden und sich mit anderen austauschen.

Die Erwartungen der TeilnehmerInnen haben sich durch die Teilnahme an dem Internet-Kurs voll und ganz erfüllt. Die Form des Kurs-Angebotes sorgte dafür, dass die TeilnehmerInnen zu 100% angaben, sich akzeptiert zu fühlen. In der zweiten Befragung nach drei Monaten bewerteten die TeilnehmerInnen den Besuch des Kurses als gelungenen Einstieg in die Informationsbeschaffung mit Hilfe des Internets. Darüber hinaus hatte der Kurs einen positiven Effekt auf die persönliche Sicherheit und Selbstbestimmtheit im Umgang mit ExpertInnen. Die hier beschriebene Gruppe der KursteilnehmerInnen ist nicht repräsentativ. Dennoch – das persönliche Anliegen, die Wirksamkeit und Nützlichkeit medizinischer Maßnahmen überprüfen zu können, ist deutlich geworden.

Die Ergebnisse der Evaluation des Kursangebotes zeigen, dass die Möglichkeit der Information und des Austausches letztlich Unterstützung und Akzeptanz produziert. Wenn in der Einschätzung der Befragten die Printmedien bisher als wichtigste Informationsquelle fungieren und weiterhin gilt, dass die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen eben nicht immer dazu führt, dass Betroffene sich unterstützt fühlen, dann bietet das Internet aus der Perspektive von Betroffenen offensichtlich vielseitige Möglichkeiten, die vorhandenen Defizite abzudecken. Allerdings nutzen ÄrztInnen und PatientInnen immer noch nicht gemeinsam die im Internet verfügbaren Informationen. Aus der Fachpresse zu diesem Thema gewinnen die LeserInnen eher den Eindruck, dass Professionelle den entsprechenden Aktivitäten der Laien mit Skepsis oder Ablehnung begegnen.

Wenn die Perspektive von Betroffenen im Mittelpunkt steht, können Menschen selbstBEWUSST mit ihren gesundheitlichen Belangen in den Dialog mit der Ärztin/dem Arzt treten. Die Verknüpfung von Elementen der Selbsthilfe und den Möglichkeiten der Informationsbeschaffung über das Internet bietet dafür ideale Voraussetzungen, denn die Gleichung lautet: informiert und akzeptiert = beteiligt.

Birgitt Höldke M.P.H., Praetoriusweg 10, 20255 Hamburg, Tel: (0 40) 40 17 03 21, Fax: (0 40) 40 17 03 23, Email: bhoeldke@uni-hamburg.de

Bärbel Bächlein PatientInnenunterstützung in Niedersachsen

§ 65 b SGB V – Ein neues Modellprojekt bei der Landesvereinigung für Gesundheit

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen den Auftrag erteilt, im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur VerbraucherInnen- und PatientInnenberatung zu fördern. Jährlich sollen hierfür Fördermittel in Höhe von insgesamt 10 Millionen Mark zur Verfügung gestellt werden. In Niedersachsen wird von diesen Geldern in den nächsten drei Jahren der Aufbau einer Informationsleitstelle zur Unterstützung von PatientInnen finanziert.

Anfang 1999 wurde in Niedersachsen erstmals zu einem Fachgespräch »PatientInnenrechte« eingeladen. Hieraus entwickelte sich der institutionenübergreifende Arbeitskreis »PatientInneninformation und -unterstützung«, der seither von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. moderiert wird. Ein Ergebnis des Arbeitskreises war es, dass erstmalig eine Ist-Analyse der vorhandenen Angebote im Bereich PatientInneninformationen und Beschwerdemanagement in Niedersachsen durchgeführt wurde.

Die jetzt im Rahmen von § 65 b SGB V freigegebenen Fördermittel werden auf den seit über zwei Jahren laufenden Aktivitäten aufbauen. So wird zunächst die früher durchgeführte Ist-Analyse durch eine erneute großräumige Abfrage bei niedersächsischen Institutionen aktualisiert. Hierbei geht es u. a. um die Art der Leistung, die die jeweilige Institution vorhält. Präzisiert werden die vorgehaltenen Angebote um die Zielgruppen, die Informationswege und den Medieneinsatz.

Für das Modellprojekt werden die Abfrageergebnisse in unterschiedliche Maßnahmen einfließen. Erstmals soll eine niedersachsenweite Angebotsübersicht für die PatientInnen online verfügbar stehen. Die strukturiert zur Verfügung zu stellenden PatientInneninformationen werden den Interessierten sowohl auf einer separaten Internetseite als auch in festen Telefonsprechzeiten angeboten. Natürlich können die Anfragen auch schriftlich an den Projektträger gerichtet werden.

In einem weiteren Schritt werden die Projektarbeiten den Schwerpunkt auf eine Bedarfsanalyse legen. Es besteht die berechtigte Vermutung, dass zum einen die neuen Informationsmöglichkeiten besondere Zielgruppen nicht oder nur schwer erreichen können. Hier sollen deshalb alternative Zugangswege aufgezeigt werden. Zum anderen bedeutet das Vorhandensein von vielen Informationen noch nicht, dass alle Angebotslücken geschlossen sind bzw. die vorhandenen Angebote sich ergänzen. Aufgabe wird es sein, die Beteiligten auf diese Situation aufmerksam zu machen.

Das eigene Internetportal sowie die festen Telefonsprechstunden werden den PatientInnen und ExpertInnen voraussichtlich ab Februar 2002 zugänglich sein. Parallel sind Fachtagungen geplant.

Ansprechpartnerin in der Landesvereinigung: Bärbel Bächlein, siehe Impressum

PatientInnen wollen und sollen ›mündige‹ PartnerInnen der Gesundheitsversorgung sein. Selbstverantwortung und Souveränität sind die aktuellen ›Lieblingbegriffe‹ in der Diskussion um PatientInneninteressen. Voraussetzung für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind Wissen und Information. Neben dem nach wie vor zentralen Gespräch mit den behandelnden ÄrztInnen sind Wegweiserinstanzen, Clearing- oder Informationsangebote sowie Hilfestellung bei der Erschließung der öffentlich zugänglichen Informationsvielfalt (z. B. im Internet) als Orientierungs- und Übersetzungshilfe notwendig. Immer lauter werden Forderungen von PatientInnen nach transparenteren Informationsangeboten z. B. auf der Suche nach einem ›guten‹ Arzt/Ärztin oder spezifischer gesundheitlicher Hilfe (Alternativmethoden) einerseits und kundenorientiert aufgearbeitetem Wissen andererseits. Diese PatientInnenanliegen können Ausgangspunkt für eine Qualitätsverbesserung gesundheitlicher Versorgung sein.

Die Diskrepanz jedoch zwischen dem, was PatientInnen wissen wollen und brauchen und dem, was sie an Antworten von den unterschiedlichsten AnsprechpartnerInnen bekommen, ist enorm. SEKIS (SEKIS ist die zentrale Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle und Gründungsmitglied des Berliner Forums PatientInneninteressen) in Berlin hat mehrere Schritte zur Annäherung an dieses Dilemma unternommen: Im Berliner Selbsthilfe-Forum für chronisch kranke und behinderte Menschen bei SEKIS haben in einem ersten Schritt die NutzerInnen des Gesundheitswesens begonnen, ihre Kritikpunkte zu dokumentieren. Das Ergebnis ist die sogenannte Berliner Mängelliste (1999) zur gesundheitlichen Versorgung, mit der sich das Selbsthilfe-Forum aktiv in die Formulierung von Gesundheitszielen und die Debatte um Qualitätsanforderungen einmischt.

Ausgehend von dieser Mängelliste hat SEKIS in einem zweiten Schritt in Zusammenarbeit mit dem Berliner Forum PatientInneninteressen zu klären versucht, was konkret die Anforderungen an ›Bedarf und Qualität von PatientInneninformation aus NutzerInnensicht‹ sind (2000). In einer ersten Befragungen der Instanzen zur PatientInneninformation und einem ExpertInnenforum wurde zunächst zusammengetragen,

- welche Fragen PatientInnen denn stellen,
 - welche PatientInnen-Informationsdienste es gibt,
 - welche Anforderungen an PatientInneninformations(systeme) sich aus diesen Fragen ergeben,
 - was die AkteurInnen dazu leisten können und
 - wie die vorhandenen Angebote weiterentwickelt werden müssen.
- Befragt wurden 160 themenübergreifende AkteurInnen im Gesundheitsbereich (Vermittlungs- und Beratungsstellen, Informationsdienste der Standesorganisationen) sowie themen- und zielgruppen-spezifische Informationsinstanzen (z. B. Selbsthilfeinitiativen oder Chronikerverbände). 54 Einrichtungen oder Vereine haben geantwortet. Das Ergebnis ist eine Liste mit Fragen und Informationsbedürfnissen der PatientInnen.

Trotz einer Vielzahl von AkteurInnen und zuständigen Instanzen fehlen spezifische Möglichkeiten zur PatientInneninformation. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass für vier von den ermittelten 15 Themenbereichen erhöhter Informationsbedarf besteht:

- Krankheiten und Krankheitsbilder
- Behandlungsmöglichkeiten und Alternativen
- Markttransparenz zu AnbieterInnen und LeistungsträgerInnen
- Fragen zu AnbieterInnen und LeistungsträgerInnen sowie deren Qualität

PatientInnen wollen wissen,

- welche Methoden und Therapien angewandt und besonders beherrscht werden,
- ob die angewandte Diagnose und Behandlung dem Stand der Forschung entspricht,
- wie der Fortbildungsstand der AkteurInnen ist (Verkürzung der Zeit, die wissenschaftliche Erkenntnisse benötigen, bis sie in der Praxis ankommen),
- welche Bemühungen für eine hohe Dienstleistungsqualität unternommen werden,
- mit wem und welchen Fachinstanzen Kooperationen bestehen und gepflegt werden.

Die Ergebnisse dieser bescheidenen Erhebung zum Leistungsspektrum Berliner PatientInneninformationsinstanzen zeigen aber auch, dass diese Einrichtungen sich oft nur für begrenzte Beratungsthemen zuständig fühlen.

Eingeräumt wird, dass einzelne Instanzen oder ÄrztInnen mit dem Anspruch, dies alles zu können, überfordert sind. PatientInnen wollen aber auch nicht länger den mühsamen Weg ›Versuch und Irrtum‹ gehen, um eine/n ›gute/n‹ Ärztin/Arzt oder eine/n für ihre Krankheit spezialisierte ErnährungsberaterIn zu finden. Der Hinweis der StandesvertreterInnen, dass die Beurteilung der Güte z. B. bei ÄrztInnen sehr stark abhängt vom individuellen (Vertrauens)verhältnis zwischen AnbieterInnen und PatientInnen, wird vehement mit dem Argument zurückgewiesen, dass Qualität keine Frage des individuellen Vertrauensverhältnisses sein darf, sondern – wenn auch mühsam – gemeinsam objektiviert werden muss.

Offen bleibt – bis auf die Forderung der PatientInnen, dass dies eine Sache der Fachverbände, Standesorganisationen und ärztlichen Dachverbände ist – wer das leisten kann. Einigkeit besteht jedoch darin, dass

- für mehr und mehr Bereiche und Themenfelder Indikatoren für Qualität entwickelt werden,
 - diese dann PatientInnen öffentlich zugänglich gemacht werden müssen und
 - das Werbeverbot für ÄrztInnen unter dem Gesichtspunkt einer stärkeren PatientInnenorientierung überdacht werden muss.
- Notwendig ist also nicht nur eine Debatte darüber, wie die Qualität z. B. ärztlicher Angebote und Leistungen in der Öffentlichkeit transparenter gemacht werden kann, sondern auch wo die Foren sein können, die diese Debatte führen und ggf. umsetzen.

Auffällig ist auch der zentrale Stellenwert der Selbsthilfe. Alle professionellen AnbieterInnen haben ihre eigenen Grenzen (thematisch, fachlich, personelle Kapazität, gesetzliche Beschränkungen usw.). Nahezu alle AkteurInnen und AnbieterInnen von Informationen im Gesundheitswesen verweisen dann an Selbsthilfeinitiativen und betonen den besonderen Stellenwert der Information durch Betroffene (ExpertInnen in eigener Sache). Auffällig häufig wird von diesen professionellen Diensten dann die Selbsthilfe als ›Ersatz und ›letzte Möglichkeit‹ genannt.

Diese Verweisungspraxis macht einen besonderen Unterstützungsbedarf der Selbsthilfe deutlich und beinhaltet die Gefahr der Überforderung der Selbsthilfe, da die Mitglieder ihre Leistungen überwiegend ehrenamtlich und neben ihren Krankheitsbelastungen erbringen. In jedem Fall gehören Selbsthilfeinitiativen zu den wichtigen AnbieterInnen im Bereich PatientInneninformation, in der Regel als Instanzen für themen- und krankheitsbezogene Infor-

mationen. Insgesamt wurde deutlich, dass es im Zuge einer verbesserten Gesundheitsinformation und Beratung keineswegs um die Ausweitung zusätzlicher neuer Angebote geht. Im Mittelpunkt muss vor allem eine veränderte Wegweiserqualität der PatientInnen-information stehen.

Kompetentes patientenorientiertes Informationsmanagement kann nur arbeitsteilig erfolgen. Sinnvoll sind angesichts der Vielzahl der AnbieterInnen neutrale und unabhängige Clearinginstanzen. Die Leistungsprofile und Ergebnisse von AnbieterInnen in der gesundheitlichen Versorgung müssen transparenter und öffentlicher werden, und vor allem müssen sie vermittelt werden. Um die Differenz zwischen Informationsbedarf und faktischen Antwortmöglichkeiten zu verringern und die mögliche Überforderung der Selbsthilfe aufzugreifen, hat SEKIS (wieder gemeinsam mit dem Berliner Forum Patienteninteressen) einen dritten Schritt unternommen.

Ziel des aktuellen Projekts ›Wegweiser Patienteninformation‹ (2001, unterstützt durch den Bundesverband der Betriebskrankenkassen) ist es, den Berliner BürgerInnen die gezielte Suche nach Informationen zu Themen wie Gesundheit und Krankheit zu erleichtern. Durch Erstellung einer Datenbank aller Berliner AnbieterInnen in Sachen PatientInneninformation, die später auch im Internet frei zugänglich sein soll, will SEKIS einerseits eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den einzelnen AnbieterInnen ermöglichen und andererseits einen Überblick über bestehende Beratungs- und Informationsangebote herstellen.

Und schließlich soll auf Berliner Ebene ein Arbeitskreis angeregt werden, der all die hier aufgeworfenen Fragen aufgreift und langsam den Status Quo verbessert. Die Ärztekammer Berlin hat ihre Mitarbeit schon zugesagt.

Dr. Monika Hey, SEKIS/Karin Stötzner, SEKIS und Berliner Forum Patienteninteressen, Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel. (030) 89 02 85 38, Email: sekis@sekis-berlin.de, Internet: <http://www.sekis-berlin.de>

Monika Schneider **Stärkung der VerbraucherInnen- und PatientInnensouveränität bei der Nachfrage von Gesundheitsleistungen**

Zur Stärkung der Patientenrechte und Patienteninformation hat der Gesetzgeber die Förderung von Einrichtungen zur Patientenberatung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Der § 65 b SGB V sieht vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen mit jährlich 10 Millionen DM gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben fördern. Gefördert werden neutrale und unabhängige Einrichtungen, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben.

Den Schwerpunkt der Ausgestaltung des Modells bildet die Vermittlung qualitätsgesicherter Informationen über Entstehung und Verlauf von Krankheiten, mögliche Therapieformen sowie die Schaffung von Transparenz in den Angebotsstrukturen der LeistungsanbieterInnen. Dazu wurden zwei Handlungsfelder formuliert. Das eine

beschäftigt sich mit dem Einsatz moderner Medien in der VerbraucherInnen- und PatientInnenberatung. Zahlen belegen, dass rund 18 Prozent der PatientInnen ihre Informationen aus dem Internet beziehen. Ziel ist daher, qualitätsgesicherte Informationen im Internet anzubieten, Beratungseinrichtungen über den Einsatz dieser Angebote zu schulen und VerbraucherInnen und PatientInnen bei der Internetrecherche zu unterstützen. Das zweite Handlungsfeld dient der individuellen Beratung und widmet sich der Struktur- und Transparenzinformation. Hier sollen die VerbraucherInnen und PatientInnen im direkten Kontakt qualitätsgesicherte Informationen über LeistungsanbieterInnen, Versorgungswege, Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden bzw. Therapieformen erhalten. Parallel zu den Beratungsangeboten beschäftigt sich ein drittes Handlungsfeld mit der Analyse des Beratungsbedarfs in der Bevölkerung. Hier sollen auch Erkenntnisse für eine zielgerichtete und effektive Weiterentwicklung der Modellvorhaben gesammelt werden.

Von 291 Einrichtungen, die sich mit einem Gesamtvolumen von 93 Millionen DM um eine Förderung beworben haben, werden 31 Einrichtungen gefördert. Die Entscheidung der Spitzenverbände, basierend auf dem Votum der Jury – ihr gehören die Bundestagsabgeordnete Monika Knoche (Bündnis 90/Die Grünen) und Ulf Fink (CDU) sowie die Professoren Rolf Rosenbrock und Jürgen Freiherr von Troschke an – trägt den pluralistischen und gegliederten Strukturen des Gesundheitswesens Rechnung. Gleichfalls ist die Balance zwischen Einrichtungen auf Bundesebene und auf regionaler Ebene gelungen. Die Vielfalt an Themen wird dadurch deutlich, dass sich unter den geförderten Einrichtungen nicht nur große und etablierte Organisationen, wie zum Beispiel Verbraucherzentralen oder Wohlfahrtsverbände, sondern ein breites Spektrum an bundesweiten, kommunalen und regionalen Einrichtungen befinden. Bei der Auswahl wurde darauf Wert gelegt, dass das Beratungsangebot auch Einrichtungen einschließt, die sich auf Krankheitsbilder mit einem hohen Beratungsbedarf spezialisiert haben.

Zum 01.07.2001 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Modellvorhaben begonnen. Die erste Förderphase ist auf drei Jahre angelegt und wird am 30.06.2004 enden. Die wissenschaftliche Begleitung wird zeigen, ob die Einrichtungen mit ihren Angeboten den Bedürfnissen der VerbraucherInnen und PatientInnen Rechnung tragen. Hohe Erwartungen werden vor allem an die Information über Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten auch hinsichtlich ihrer Qualität gestellt. Weiterhin sind Informationen über Hilfen bei der Bewältigung besonderer Lebenslagen gefragt. Hauptanliegen wird für die Spitzenverbände in der ersten Förderphase sein, dass die geförderten Einrichtungen gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung Qualitätsstandards für die Beratung entwickeln. Ein weiteres Ziel ist, die Vernetzung der geförderten Einrichtungen zu unterstützen.

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten schon heute einen ganz wesentlichen Beitrag, PatientInnenrechte zu stärken und den gesundheitlichen VerbraucherInnenschutz zu verbessern. Sie werden dies auch weiterhin tun und fordern deshalb eine weitere Verbesserung des gesetzlichen Rahmens. Wünschenswert ist, dass insbesondere Krankenkassen zur Weitergabe von Qualitätsinformationen ihrer LeistungserbringerInnen berechtigt werden. Kompetenz und Partizipation von VerbraucherInnen und PatientInnen können aber nur dauerhaft verbessert werden, wenn auch andere Institutionen des Gesundheitswesens daran mitwirken. Dabei sind die vorhandenen Angebote und Strukturen soweit wie möglich zu vernetzen.

VerbraucherInnen/PatientInnen werden sich mit Hilfe der vielfältigen Informationsangebote zu souveränen PartnerInnen im Prozess der medizinischen Versorgung entwickeln. Sie werden in die Lage versetzt, eine aktive Rolle im Genesungs- und Therapieprozess zu übernehmen, was die Compliance fördert und letztlich den Erfolg der Behandlung beeinflusst. Diese Kompetenzen werden sie auch zunehmend nutzen, um ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in die politische Diskussion einzubringen. Informationen zu den geförderten Einrichtungen können unter www.g-k-v.com (Link: Medizinische Versorgung) eingesehen werden.

Monika Schneider, Geschäftsstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen,
c/o AOK-Bundesverband, Rungestr. 3-6, 10179 Berlin, Tel: (0 30) 25 31-1009,
Fax: (0 30) 25 31-1000, Email: Monika.Schneider@dpbln.aok.de, www.g-k-v.com

Thomas Gensicke, Ulrich Schneekloth

Freiwilliges Engagement in Deutschland – Besonderheiten des Bereiches ›Gesundheit‹

Noch bis Ende der 90er Jahre gab es keine detaillierten, alle Bereiche einbeziehenden Informationen über das ›freiwillige Engagement‹ der Bevölkerung in Deutschland. Daher beauftragte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Projektverbund ›Freiwilligensurvey‹ mit einer Bestandsaufnahme dieses gesellschaftlichen Betätigungsfeldes, das in den 90er Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erlangte. *Infratest Sozialforschung München* führte innerhalb des Projektverbunds im Sommer 1999 bei ca. 15.000 zufällig ausgewählten Befragten ab 14 Jahren eine umfangreiche repräsentative Befragung per Telefon durch (›Freiwilligensurvey 1999‹). Die Ergebnisse wurden in drei Bänden in einer Schriftenreihe des Ministeriums veröffentlicht.

Nach dem Freiwilligensurvey 1999 sind 34% der Menschen ab 14 Jahren in Deutschland ›freiwillig engagiert‹. Weitere 32% der Bevölkerung beteiligen sich aktiv in Vereinen, Gruppen und Organisationen, nehmen dort jedoch keine bestimmten ›Aufgaben‹ bzw. ›Arbeiten‹ wahr. ›Aktive Beteiligung‹ und ›freiwilliges Engagement‹ verteilen sich unterschiedlich über 14 Felder. Der Bereich ›Gesundheit‹ gehört zu den kleineren Bereichen, 5% der Bevölkerung beteiligen sich dort aktiv und 1% (also ein Fünftel davon) sind ›freiwillig engagiert‹. Das sind hochgerechnet immerhin ca. 650.000 Menschen.

Die meisten Engagierten stufen ihre Tätigkeit als ›Freiwilligenarbeit‹ ein. Anders liegen allerdings die Verhältnisse im Bereich ›Gesundheit‹. Dort wurde immerhin zu 16% auch der Begriff ›Selbsthilfe‹ gewählt, insgesamt dagegen nur zu 2%. ›Ehrenamt‹ hat im Gesundheitsbereich sogar eine größere Bedeutung als ›Freiwilligenarbeit‹. Auch ein Selbstverständnis des Engagements als ›BürgerInnenengagement‹ ist im Gesundheitsbereich vermehrt anzutreffen. Organisatorisch gesehen ist unter allen Engagementbereichen die *Selbsthilfegruppe*, in der die Beteiligten ein für alle ähnliches Problem bearbeiten, am typischsten für den Gesundheitsbereich. Auch die Organisationsform des *Verbandes* spielt eine besondere Rolle.

Freiwillig Engagierte im Gesundheitsbereich sind zu zwei Dritteln weiblich, im Unterschied zu einer Reihe anderer Engagementbereiche, aber ähnlich wie in den Bereichen ›Soziales‹, ›Kindergarten,

Schule‹ und ›Kirche, Religion‹. Mit durchschnittlich 47 Jahren sind sie älter als im Durchschnitt, dabei vermehrt in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren vertreten.

Das Engagement im Gesundheitsbereich ist besonders *intensiv*, indem im Durchschnitt 2,4 freiwillige Tätigkeiten ausgeübt werden und mit monatlich 24 Stunden deutlich mehr Zeit pro Tätigkeit investiert wird als im Bereichsdurchschnitt von 14 Stunden (›Sozialer Bereich‹ 20 Stunden). Die Tätigkeiten sind besonders oft mit regelmäßigen Terminen und zeitlichen Verpflichtungen verbunden. Tätigkeiten im Gesundheitsbereich erfordern mit 49% weit überdurchschnittlich eine *spezielle Schulung* als Voraussetzung sowie zu 56% besonderes *Fachwissen* (alle Bereiche: 19% bzw. 32%). Was die Engagierten im Gesundheitsbereich freiwillig, ehrenamtlich oder auch in der Selbsthilfe tun, wird im Gegensatz zu den meisten anderen Bereichen besonders häufig auch *professionell* gegen Bezahlung getan. Außerdem überschneiden sich im Bereich ›Gesundheit‹ zur Hälfte aktuelle und frühere berufliche Tätigkeit der Engagierten mit ihrem freiwilligen Engagement.

Persönliche Hilfeleistungen spielen im Bereich ›Gesundheit‹ mit 67% eine viel wichtigere Rolle als anderswo (Durchschnitt aller Bereiche: 27%, ›Sozialer Bereich‹ 55%) und das ist auch in der subjektiven *Tätigkeitsmotivation* deutlich zu erkennen. Organisation und Durchführung von Hilfeprojekten, Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit sind ebenfalls wichtiger. Besondere Herausforderungen werden daran erkennbar, dass zu 63% ›Belastbarkeit‹ in ›starkem Maße‹ gefordert ist, während das im Durchschnitt aller Bereiche nur zu 36% zutrifft (›Sozialer Bereich‹ 51%). Die hohe Beanspruchung im Gesundheitsbereich führt vermehrt zu Überlastungserscheinungen: Immerhin bei 40% der Tätigkeiten wird berichtet, dass man sich den Anforderungen nicht immer gewachsen fühlt (alle Tätigkeiten: 25%). Trotz der besonderen Belastungen bereiten im Gesundheitsbereich die Tätigkeiten mit 85% in ähnlichem Umfang ›Spaß‹ wie in den anderen Engagementbereichen auch.

Resümierend kann Folgendes aufgrund der Ergebnisse des Freiwilligensurveys 1999 sowie der Erkenntnisse für die Bereiche ›Gesundheit‹ und ›Soziales‹ (die sich oft überlappen) festgehalten werden: Die in der Bevölkerung vorhandene Bereitschaft, sich freiwillig in Projekten zu engagieren, wird oft unterschätzt. Freiwilliges Engagement zielt ab auf Selbsthilfe und Erfahrungsaustausch oder, wie z. B. in der Pflege, auf die Mobilisierung zusätzlicher und niedrigschwellig angelegter allgemeiner Betreuungsangebote für hilfebedürftige Menschen. Soll freiwilliges bzw. ehrenamtliches Engagement allerdings auf Stetigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet sein, werden dafür geeignete *Strukturen* benötigt. Hierzu gehören sowohl geeignete Schulungsangebote als auch eine entsprechende professionelle Begleitung, die für die Engagierten die Funktion einer Anlaufstelle übernimmt und für einen regelmäßigen Austausch untereinander sorgt.

Dr. Thomas Gensicke, *Infratest Sozialforschung*, Studienleiter Bereich ›Politik, Bürgerbeteiligung‹, Landsberger Str. 338, 80687 München, Tel.: (0 89) 56 00-5 47, Fax: (0 89) 56 00-4 41, Email: thomas.gensicke@nfoeurope.com und Dipl.-Sozialwissenschaftler Ulrich Schneekloth, *Infratest Sozialforschung*, Bereichsleiter Bereich ›Familie und Senioren‹, Landsberger Str. 338, 80687 München, Tel.: (0 89) 56 00-493, Fax: (0 89) 56 00-4 41, Email: ulrich.schneekloth@nfoeurope.com

Der Anteil freiwillig engagierter Männer und Frauen an der Bevölkerung

Seit Veröffentlichung der dreibändigen Studie ›Freiwilliges Engagement in Deutschland‹ des BMFSFJ (2000) gehen wir in Deutschland von einer Engagementquote der Bevölkerung von 34% aus. Männer sind danach mit 38% stärker engagiert als Frauen (30%). Die Zuverlässigkeit dieses Wertes ist angesichts der Bandbreite früher ermittelter Zahlenwerte zu diesem Thema nicht über alle Zweifel erhaben. Die sogenannte Zeitbudgetstudie ging von einem Engagement der Männer in Höhe von 20% und einem der Frauen von 15% aus. Gaskin, Smith, Paulwitz u.a. gaben ein Engagement von 18% (Männer) bzw. 17% (Frauen) an. Im ›Wertesurvey‹ ergaben sich Anteile von 42% (Männer) und 35% (Frauen). Engels nennt 1991 einen Anteil von 50% Männern und 33% Frauen. Die Unterschiede kommen z. T. dadurch zustande, dass die Fragen nach ›ehrenamtlicher Tätigkeit‹ einmal eher offen und umfassend, ein andermal eher restriktiv formuliert waren. Deutlich und durchgängig ist jedoch der Befund, dass Männer in einem stärkeren Ausmaß freiwillig engagiert sind als Frauen. Dabei ergeben sich zwischen den Geschlechtern in einzelnen gesellschaftlichen Feldern deutliche Unterschiede in der Engagementquote (s. u.).

Auch der Zeitaufwand pro Woche für das freiwillige Engagement, die Regelmäßigkeit und die Dauer (in Jahren) differieren zwischen Männern und Frauen: Gemäß der BMFSFJ-Studie neigen Männer eher zu regelmäßiger Tätigkeit (92% der Engagierten) gegenüber 87% der Frauen. Der Zeitaufwand pro Woche liegt bei den meisten engagierten Personen unter bzw. um 6 Stunden pro Woche. Männer erbringen öfter als Frauen ein höheres Stundendeputat. Das gilt ebenfalls für diejenigen, die überdurchschnittlich lange dabei sind: 61% der über 60jährigen Männer üben das Ehrenamt schon länger als 10 Jahre aus; bei den Frauen sind es 57%; über 30 Jahre sind 8% der Männer und 3% der Frauen tätig.

Bevorzugte Tätigkeitsfelder

Obwohl *Sport* bei beiden Geschlechtern an der Häufigkeitsspitze steht (Männer 15%, Frauen 8%), verteilen sich ansonsten die bevorzugten Bereiche für freiwilliges Engagement unterschiedlich. Bei Männern folgen die Felder *Freizeit und Geselligkeit* (7%) sowie *Kultur und Musik* (6%); bei den Frauen *Kindergarten und Schule* (7%), sodann der *kirchlich-religiöse* Bereich (6%). Der *Soziale Bereich* – auf den häufig ein besonderes Augenmerk gerichtet ist – folgt bei den Frauen an 4. Stelle (mit 5%), bei Männern steht er am 8. Platz (3%). Dies könnte sich in Zukunft ändern. Interessierte, (noch) nicht engagierte Personen sind an den Feldern *Sport* und *Soziales* besonders interessiert: Frauen in erster Linie an sozialer Tätigkeit; Männer in erster Linie am Sport; bei den jeweils zweiten Plätzen sind die Vorlieben vertauscht.

Die Annahme, Männer seien mehr an prestigeträchtigen Ehrenämtern interessiert als Frauen, bestätigt sich in der Studie des BMFSFJ. Männer sind in Leitungs- und Vorstandspositionen häufiger vertreten als Frauen (Männer 44%, Frauen 31%). Dies könnte z. T. darin begründet sein, dass Männer regelmäßiger, häufiger und länger die ehrenamtlichen Funktionen ausüben. Zum anderen mag die stärkere Orientierung der Frauen an unmittelbar personenbezogener Arbeit, die zudem seltener als bei Männern in einem organisatorisch festgefühten Rahmen vonstatten geht, diese Differenz erklären.

Es wird ferner deutlich, dass männliches Engagement sich tendenziell stärker auf Freizeit und Hobb ytätigkeiten richtet (28% Männer,

17% Frauen – bezogen auf die Bevölkerung), das weibliche Engagement dagegen auf familiennahe, personenbezogene Aktivitäten (11% Frauen, 7% Männer). Mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen sich 40% der engagierten Frauen und 33% der Männer.

Der soziale Hintergrund engagierter Männer und Frauen

Einbindung in das Erwerbsleben beeinflusst die Bereitschaft zu freiwilligem Engagement günstig. Arbeitslos gemeldete Personen engagieren sich eher unterdurchschnittlich. Die Gruppe der Hausfrauen macht von dieser Regel eine Ausnahme: mit 37% liegt die Engagementquote über dem Durchschnitt. Das Zusammenleben mit Kindern wirkt sich bei Männern und Frauen positiv auf die Engagementquote aus. Das Gleiche gilt für ein hohes Familieneinkommen und hohen Bildungsstand.

Welche Klischees sollte man besser vergessen?

- Noch immer kann man hören, das Ehrenamt sei eine Domäne der Frauen. Spätestens seit Mitte der 80er Jahre ist deutlich, dass dies nur für einige Felder im *Sozialen Bereich* gilt. Ansonsten sind Männer häufiger, regelmäßiger und zeitlich ausgedehnter engagiert.
- Das sog. *Neue Ehrenamt* mit kurzfristigem und unregelmäßigem Engagement charakterisiert die Praxis nicht in erster Linie. Im Gegenteil arbeiten etwa Dreiviertel der Engagierten mit verpflichtenden und regelmäßigen Zeitvorgaben. (Männer etwas ausgeprägter als Frauen).
- Auch die Haltung der ›Selbstlosigkeit‹, die eher dem *Alten Ehrenamt* zugeschrieben wird, wird von 69% der engagierten Männer und 61% der Frauen als eine bedeutsame Voraussetzung für ihr Engagement angesehen. Dies steht empirisch neben der Erwartung von Nichtengagierten an das Ehrenamt, dass es ›Spaß machen‹ soll (Spaß-Faktor versus Altruismus).
- Soziales Ehrenamt verdränge – so eine These – qualifizierte Personen, insbesondere Frauen des psychosozialen Berufsfeldes in die Arbeitslosigkeit. In der Zeit von 1978 bis 1991 hat sich die Zahl der Beschäftigten in sozialpflegerischen Berufen jedoch um mehr als 100% gesteigert; momentan sind mehr offene Stellen für SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und SozialpädagogInnen ausgeschrieben als für Lehrer, einer Berufsgruppe, für die wegen erhöhten Bedarfs staatliche Sonderprogramme in der Ausbildung aufgelegt werden.

Literatur bei der Autorin: Prof. Dr. Hildegard Müller-Kohlenberg, Universität Osnabrück, Heger-Tor-Wall 9, 49069 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 694 5 62, Fax: (05 41) 9 694 5 85, Email: muellerk@uos.de

Gesundheitsinformationen für jung und alt?

Die Kooperationsveranstaltung des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen und der Landesvereinigung für Gesundheit ging am 25.10.2001 in Hannover der Frage nach, wie die Informationsbedürfnisse älterer Menschen befriedigt werden können. Die Tagung setzt eine bereits vor zwei Jahren begonnene Reihe fort, die zunächst den gesamten Bereich der Versicherten- und PatientInneninformationen im Blick hatte und sich in einer Folgeveranstaltung speziell mit der Informationssituation in der Akutversorgung beschäftigt hat.

Aus der Bevölkerungsentwicklung ist bekannt, dass die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung in Deutschland zu einem höheren Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft führt. Dies wird auch Auswirkungen auf die Inhalte von Gesundheitsinformationen, das Kommunikationsverhalten zwischen PatientInnen und medizinischem Personal sowie die einsetzbaren Informationsmedien haben.

Für die ExpertInnen steht fest, dass zunächst die Prävention und damit das Hinausschieben physiologischer Alterungsprozesse als Chance gesehen werden muss. Besonders in der zweiten Lebenshälfte müssen die Menschen zielgruppengerecht angesprochen werden, um aus den hier vorhandenen Gesundheitspotenzialen zu schöpfen. In der täglichen Arbeit wird das medizinische Personal jedoch hierbei zunehmend zeitlichen Engpässen begegnen. So muss bei älteren PatientInnen eine verlangsamte Informationsverarbeitung eingerechnet werden. Schriftliche Informationen könnten den PatientInnen helfen, die vielen Hinweise während eines Arztbesuches auch noch zu Hause nachzuvollziehen. Nicht verschwiegen werden darf, dass die zeitlich intensivere Kommunikation für Ärzte und Ärztinnen im bisherigen System der Vergütung ärztlicher Leistungen zur Zeit nicht aufwandsspezifisch honoriert wird.

Bei der Abschlussdiskussion wurden von »Betroffenen« konkrete Nachfragen gestellt. Dies betraf z. B. spezielle Internetschulungsangebote für ältere Menschen. Aufgrund der sehr positiven Resonanz der Veranstaltung wird zum Jahresbeginn 2002 eine Dokumentation vorliegen. (bb)

Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., s. Impressum und BKK LV Niedersachsen-Bremen, Hamburger Allee 62, 30171 Hannover, Tel.: (05 11) 3 48 44-0, Fax: (05 11) 3 48 44-1 49, Email: info@bkk-niedersachsen-bremen.de, Internet: www.bkk-niedersachsen-bremen.de

Transparency in Health Care

Die Finnische Seemannskirche in Hamburg war am 3. und 4. September 2001 Veranstaltungsort für eine zweitägige internationale ExpertInnenkonferenz zu einem von der EU geförderten Rechercheprojekt. Die Abschluss-tagung des Patienten Navigation-Projektes stand unter dem Thema »Transparenz im Gesundheitswesen – Leistungsdaten und Beschwerdemanagement«. Die Verbraucherzentralen von Hamburg und Schleswig-Holstein hatten hierzu rund ein Dutzend ausgewiesener Fachleute aus dem europäischen Ausland eingeladen, die die aktuellen Entwicklungen in den jeweiligen Ländern vorstellten.

Der erste Konferenztag war der Transparenz der Leistungsdaten im Krankenhaus gewidmet. Gerade im staatlichen britischen Gesundheitssystem findet eine rege Diskussion über den Nutzen und die Grenzen von erhöhter Transparenz bei der Steuerung von Gesundheitsleistungen statt. Aus deutscher Sicht bleibt hier die traurige Erkenntnis, dass Daten in Hülle und Fülle vorhanden sind, aufgrund institutioneller und gesetzlicher Vorgaben diese jedoch immer noch auf dem berühmten Datenfriedhof lagern.

Ob Beschwerdedaten als Ressource für Qualitätsverbesserung und Transparenz einsetzbar sind, stand im Mittelpunkt des zweiten Veranstaltungstages. So wurden vorhandene Beschwerdemanagementsysteme in ausgewählten Ländern vorgestellt und am Nachmittag in Arbeitsgruppen inhaltlich vertieft. Für Deutschland bleibt festzuhalten, dass hier kein flächendeckendes Angebot zur Verfügung steht. Eine Veröffentlichung der Tagungsergebnisse ist geplant. (bb)

Kontakt: Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V., Kirchenallee 22, 20099 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 483 2-132, Fax: (0 40) 2 483 2-2 90 und Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e.V., Bergstraße 24, 24103 Kiel, Tel.: (04 31) 5 9099-16, Fax: (04 31) 5 9099-77, Internet: www.patientennavigation.org

gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland

Die ersten Ergebnisse des Programms »gesundheitsziele.de« wurden am 31. Oktober 2001 im Berliner Rathaus vorgestellt. Zu der öffentlichen Veranstaltung hatte die Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V. (GVG) eingeladen. Gesund-

heitsziele.de ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit mit der GVG und wird gefördert aus dem Forschungstitel des Ministeriums. Mit dem Programm wurde im Dezember 2000 ein Forum aus über 70 Akteuren aus allen Bereichen des Gesundheitswesens eingerichtet, um gemeinsam Gesundheitsziele für Deutschland als Vorschlag an die Politik zu formulieren.

Auf der Tagung in Berlin wurde als erstes Zwischenergebnis eine exemplarische Auswahl von acht Themen präsentiert, die im weiteren Prozess als Gesundheitsziele bearbeitet werden sollen. Zunächst werden bis Mitte 2002 die Themen Brustkrebs, Diabetes mellitus, die Reduzierung des Tabakkonsums, das Präventionsprogramm »Fit for Future« und die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz von BürgerInnen und PatientInnen herausgegriffen und im Hinblick auf konkrete Zielformulierungen und Umsetzungsstrategien bearbeitet. Die Ergebnisse sollen im Juli 2002 der Politik vorgeschlagen werden. Die Bearbeitung der weiteren Themen (Depression, Herzinfarkt und chronischer Rückenschmerz) wird zeitlich versetzt erfolgen.

Für alle Ziele sollen als Querschnittsanforderungen die Aspekte BürgerInnen- und PatientInnenorientierung, gesundheitliche Chancengleichheit, Gender Mainstreaming, Evidenzbasierung von Maßnahmen, Verzahnung und Integration der Leistungs- und Versorgungsbereiche, Stärkung der Selbsthilfe und Einschluss der Prävention berücksichtigt werden.

Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit, lobte in ihrem Statement den umfassenden Ansatz des Programms und unterstrich ihre Unterstützung der ersten Zielauswahl. Die getroffene Auswahl der Themen bedeute nicht Ausschluss oder Benachteiligung anderer wichtiger Gesundheitsbereiche. Die Arbeit ist vielmehr als kontinuierlicher Prozess zu verstehen und damit offen für weitere Zielformulierungen.

Grundlagen der Gesundheitsziele-Diskussion und Informationen über den aktuellen Stand sind im Bericht »gesundheitsziele.de – Gesundheitsziele für Deutschland. Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte« zusammengestellt, der über die Website www.gesundheitsziele.de abgerufen werden kann. (ib)

Gender Mainstreaming in der Praxis des Gesundheitswesens

Ungleichheit beseitigen und Gleichstellung fördern, das wird mit dem Instrument des Gender Mainstreaming angestrebt. Das Netzwerk *Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen* beleuchtete mit seiner Tagung am 26./27.10.2001 zum Thema Gender Mainstreaming, an der 50 Interessierte teilnahmen, was diese ganz aktuelle Diskussion für das Gesundheitswesen konkret bedeutet.

Regine Steinhauer (KOBRA Berlin) stellte Konzepte und Strategien für Organisationen vor, die Gender Mainstreaming umsetzen wollen. Gender Mainstreaming habe Wirkungen nach innen in die Institution hinein, z. B. im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung. Nach außen seien die Veränderungen z. B. in den Zielsetzungen, den Produkten, der Ressourcenverteilung abzulesen. Personen mit Macht- und Entscheidungskompetenzen und -befugnissen müssten integriert sein, um Gender Mainstreaming erfolgreich zu realisieren.

Dr. Barbara Ehret-Wagener, leitende Ärztin einer Rehabilitationsklinik, nahm eine Bewertung hinsichtlich der Chancen des Gender Mainstreaming Ansatzes in der Rehabilitation vor. Da die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation auf das Erwerbsleben ausgerichtet sei, würden familienversicherte Frauen, die nicht berufstätig seien, diskriminiert. Eine gravierende Unterversorgung sei auch bei den gynäkologisch erkrankten Patientinnen zu verzeichnen, die in der Akutversorgung und im ambulanten Bereich eine große Rolle spielen, in der Rehabilitation aber eine verschwindend geringe. Frau Dr. Ehret-Wagener erwartet bei konsequenter Durchführung von Gender Mainstreaming Strategien erhebliche Qualitätsverbesserungen, da damit den Erfordernissen der evidenzbasierten Medizin entsprochen würde.

Kerstin Walther (Fachhochschule Nordostniedersachsen) erörterte am Thema der ambulanten psychosozialen Beratung, wie Gender Mainstreaming Frage- und Analysehorizonte erweitert. Sie untersuchte Arbeitsverhältnisse, Arbeitszeiten und Berufsbiografien bzgl. Gender Aspekten. Dr. Uta Enders von der Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Frauenforschung stellte ihrer 1994/95 durchgeführten Forschung über Frauen in der stationären psychiatrischen Versorgung im Detail gegenüber, wie diese Fragestellung unter Gender Mainstreaming Gesichtspunkten angelegt und untersucht würde.

In den Arbeitsgruppen wurden diese Themen vertieft. In der abschließenden Podiumsdiskussion

wurde deutlich, dass Gender Mainstreaming sich sehr gut mit der Qualitätsdiskussion verknüpfen lässt. Dadurch könnten auch Männer für das Thema gewonnen werden. Damit Gender Mainstreaming auch in den Kommunen greifen kann, sollten regional und überregional Gendertrainings durchgeführt werden, damit nicht die Last der Überzeugungsarbeit bei den Frauenbeauftragten bleibt. Diese sollten durch die Landesregierung gefördert werden. Die Landesregierung solle zudem deutlicher als bisher Gendersignale an die Kommunen aussenden.

Die 14. Tagung des Netzwerkes, das von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sowie dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen getragen wird, wurde diesmal in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. und der Stiftung Leben und Umwelt durchgeführt. Eine Tagungsdokumentation wird erstellt. (us)

Kontakt: Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit e. V., siehe Impressum

Tagungsbericht »Merkt denn keiner was?«

Wie erleben Kinder Armut und wie gehen Schulen und andere Einrichtungen mit armen Kindern um?

»Merkt denn keiner was?« lautete der Titel einer Fachtagung, die von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Evangelischen Stadtakademie Hannover e.V. und dem Deutschen Kinderschutzbund LV Niedersachsen am 18. Oktober 2001 in Hannover veranstaltet wurde. Rund 50 TeilnehmerInnen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich folgten der Einladung, um sich über neue und aktuelle Forschungsergebnisse zum Thema zu informieren. Anlass für die Veranstaltung bot die seit Jahren konstant hohe Zahl der von Armut betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die Veröffentlichung verschiedener Berichte und Studien, u.a. der Wohlfahrtsverbände oder der Bundesregierung belegt immer wieder neu die besondere Betroffenheit von Kindern und Jugendlichen, ohne dass spürbare Verbesserungen ihrer sozialen Lage in den verschiedenen Lebensbereichen wahrnehmbar sind.

Die ReferentInnen griffen die Thematik unter verschiedenen Gesichtspunkten auf. Prof. Dr. Christoph Butterwegge von der Universität zu Köln beleuchtete die Zusammenhänge von

Globalisierung, Sozialstaatsentwicklung und Kinderarmut. Er stellte fest, dass sich hierzulande bereits seit geraumer Zeit eine duale Armutsstruktur ausbildet: Den armen Erwerbslosen, die wegen fehlender oder niedriger Lohnersatzleistungen auf das Existenzminimum zurückgeworfen werden, treten die erwerbstätigen Armen zur Seite, deren Lohn für ein Leben im gesicherten Wohlstand nicht ausreicht. Ein an sich vielleicht wenig dramatisches Ereignis im Lebensverlauf, wie etwa Krankheit, der Verlust des (Ehe-)Partners und/oder des Arbeitsplatzes, aber auch die Geburt von Kindern kann zur zeitweiligen oder dauerhaften Unterversorgung führen.

Beate Hock, ehemalige Mitarbeiterin des ISS Frankfurt/M. stellte einige bedeutende Ergebnisse der AWO/ISS-Studie vor. Sie betonte insbesondere, wie sehr der regelmäßige Besuch einer Kindertagesstätte den negativen Auswirkungen von Armutslagen vorbeugen kann und forderte den Ausbau der institutionellen Betreuung. Dr. Sabine Toppe, von der Uni Oldenburg stellte Ergebnisse ihres Forschungsprojekts zu Armut in der Grundschule vor. An den Grundschulen bestimmt die Armut der Kinder zunehmend den Schulalltag, so dass die Wissensvermittlung zunächst in den Hintergrund treten muss, um grundlegende Bedürfnisse der Kinder zu befriedigen. Nach Ihren Erkenntnissen sind die Lehrkräfte dazu noch nicht überall ausreichend sensibilisiert.

Petra Hofrichter (jetzt Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.) stellte die Ergebnisse des gemeinsamen Forschungsprojekts der Landesvereinigung für Gesundheit und dem Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften in Lüneburg zur Wahrnehmung von Armut im Gesundheits- und Sozialbereich vor. Untersucht wurde u. a. das Verständnis von sozialer Benachteiligung, Ausmaß von sektorenübergreifender Kooperation und fördernde oder hemmende Faktoren der Zusammenarbeit. Dr. Antje Richter, Landesvereinigung für Gesundheit, nannte mögliche Auswirkungen von Armut für betroffene Kinder und Jugendliche und beschrieb ihren Umgang mit armutsbedingten Belastungen, ergänzt durch Zitate aktueller qualitativer Untersuchungen. Personale und soziale Ressourcen, die auch in Armutslagen Gesundheit, Wohlbefinden und Schulerfolg von Kindern und Jugendlichen steigern können, wurden als Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Maßnahmen aufgeführt und zum Teil mit Beispielen belegt. (ar)

Unter diesem Titel fand am 4. und 5. Oktober 2001 in Berlin die Tagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum ersten deutschen Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland statt. Bundesministerin Dr. Christine Bergmann eröffnete die Tagung und verkündete die Einrichtung einer bundesweiten Koordinierungsstelle *Frauen und Gesundheit*.

Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider und Prof. Cornelia Helfferich stellten den Bericht vor. Leitlinien für die Erstellung des Berichtes seien die Beachtung der Frauen als Handelnde und als Subjekte gewesen, die ihr Leben und damit auch Gesundheit und Krankheit gestalteten. Dem Bericht liege eine Ressourcenorientierung zugrunde. Eine angemessene Problemsicht werde angemahnt, d. h. medizinische Probleme sollten als solche angesehen werden, soziale Probleme aber als soziale und nicht als medizinische. Die Ressourcen, die in der Laienkompetenz lägen, seien zu nutzen. Die Leistung krankler und behinderter Frauen sowie ihre Kompetenz als Partnerinnen in der Gesundheitsversorgung würden im Bericht gewürdigt. Nicht Krankheit, sondern die Kranke stehe im Mittelpunkt dieses Berichtes.

In der Diskussion wurde kritisiert, dass es kein Kapitel zu Sexualität gebe. Positiv herausgestellt wurde, dass Gewalt Thema im Bericht geworden ist und dass reproduktive Gesundheit mit einem salutogenen Ansatz seinen Platz im Bericht gefunden hat; beides keine Selbstverständlichkeiten. Als Probleme in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen nannte Cornelia Helfferich die Fehlleitungen und Verschiebungen zwischen sozialen und medizinischen Lösungen, die Institutionalisierung unnötiger Medikalisierung von Frauen sowie die Notwendigkeit, ethische Kriterien für eine humane Gesundheitsversorgung bereitzustellen.

Dr. Bärbel-Maria Kurth vom Robert-Koch-Institut sprach über die Möglichkeiten und Grenzen einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung. In Arbeitsgruppen wurden Handlungsempfehlungen zu den Themenbereichen Erwerbsarbeit von Frauen, reproduktive Gesundheit, Gewalt als Gesundheitsproblem, Sucht und Essstörungen, Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen sowie Gender Mainstreaming in der Gesundheitsforschung entwickelt. Prof. Gisela Fischer mahnte in ihrem Vortrag ein zeitgemäßes und zukunftsfähiges Frauen- und Mütterbild an. Eine gut transportierbare Vision fehle. Ulrike Hauffe

konstatierte Defizite in der Strukturbildung in den Bundesländern zu einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung. Politikberatung sei dringend erforderlich, damit strukturverändernde Arbeit auch in den Kommunen verankert werde.

Prof. Carol Hagemann-White stellte für die europäische Ebene das European Women's Health Network (EWHNET), einen Zusammenschluss von Organisationen aus neun Ländern, die gute Praxis im Bereich Frauengesundheit machen, als innovatives Projekt der letzten Jahre auf europäischer Ebene vor. In allen beteiligten Ländern sowie auf europäischer Ebene konnte das Netzwerk wichtige neue Impulse setzen. Von der Podiumsdiskussion am Schluss der Tagung waren viele TagungsteilnehmerInnen enttäuscht. Statt die spürbare Aufbruchstimmung zu verstärken, machte das Podium deutlich, wie schwerfällig wichtige KooperationspartnerInnen noch sind, die jedoch unbedingt gebraucht werden, um nachhaltig eine bessere Frauengesundheitsversorgung aufzubauen. (us)

Tagungsbericht

Qualität im Gesundheitswesen

Nach der ›Qualität der Qualität‹ im Jahr '99 stand bei der diesjährigen Kooperationsveranstaltung von AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. die Qualität aus ›Sicht der Patientinnen und Patienten‹ im Mittelpunkt. Am 20. und 21.11.2001 wurde in Celle in Plenums- und Forumsveranstaltungen der Stand der Diskussion vorgetragen und neue Ansätze vorgestellt. Die rund 80 TeilnehmerInnen konnten an den beiden Tagen Foren mit folgenden Leitfragen besuchen:

- Angebotstransparenz als Qualitätssteuerungsinstrument?
- Leistungsbewertung durch Patientinnen und Patienten?
- TQM/EFQM, ISO und Casemanagement als Königswege der Patientenbeteiligung?

Insgesamt 13 Referenten stellten sich den Fragen und Anregungen der TeilnehmerInnen. Es wurden u. a. Projekte zur Patientenberatung, Ergebnisse einer EU-weiten Studie zur Kommunikation im Sprechzimmer und die patientenorientierte Arbeit in einem zertifizierten Arztnetz vorgestellt.

Der Fachkongress wurde mit einer engagierten Podiumsdiskussion abgeschlossen. Zentrale Forderung war dabei, dass PatientInnen zukünftig bei der weiteren Entwicklung immer beteiligt werden müssen. Dies stellt eine Herausforderung an alle Akteure dar, da es den Patienten/die Patientin so nicht gibt. Zum einen sind Menschen viel zu heterogen, zum anderen ist man nicht sein Leben lang Patient oder Patientin. Bei der Beteiligung selbst, die ansatzweise zum Beispiel bei der Leitlinienentwicklung bereits erfolgt, wird der Fokus zu sehr auf die RepräsentantInnen von Verbänden und nicht auf Betroffene selbst gerichtet. Ob Landesgesundheitskonferenzen deshalb eine neue Möglichkeit des Dialoges sein können, wurde von den DiskutantInnen nicht einhellig befürwortet. Der Wunsch besteht in neuen regionalen Foren, die nicht von vornherein politisch institutionalisiert sind. Ein unkonventioneller Vorschlag könnte den richtigen Weg weisen: Die jährliche Ausschreibung eines PatientInnenpreises für den besten Verbesserungsvorschlag im derzeitigen Gesundheitswesen.

Eine ausführliche Dokumentation der Veranstaltung wird im kommenden Jahr erscheinen. (bb)

Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., s. Impressum.

Tagungsbericht

›Sexualerziehung, die ankommt ...‹

Unter diesem Arbeitstitel veranstaltete die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Zusammenarbeit mit dem Landesverband von PRO FAMILIA Niedersachsen am 22.11.2001 die dritte Fachtagung zum Thema Sexualpädagogik. Erfahrungen in Grundschule und Hortbereich haben gezeigt, dass sexuelle Ausdrucksformen von Mädchen und Jungen im Alter von 6–10 Jahren im pädagogischen Alltag oft mit Unbehagen irgendwie wahrgenommen werden und mit diesem ›irgendwie‹ sich Lehrkräfte und ErzieherInnen in ihren Handlungsmöglichkeiten häufig verunsichert fühlen. Hinzu kommt, dass in der Ausbildung von LehrerInnen und ErzieherInnen Sexualpädagogik selten Thema ist und PädagogInnen, die Sexualerziehung unterrichten wollen, sich die Methoden autodidaktisch aneignen müssen. Diesen Unsicherheiten zu begegnen und sich mit grundlegenden Fragen der Sexualerziehung auch

im interkulturellen Kontext im Grundschulalter auseinanderzusetzen, war ein wesentliches Anliegen dieser Fachtagung. Die hohen Anmeldezahlen zeigten, dass die VeranstalterInnen zum einen den »Nerv« getroffen hatten und zum anderen in diesem Themenbereich noch viele Fragen einer Antwort bedurften.

Mit dem Thema »Sexualerziehung zwischen Auftrag und Intimität« wies Christa Wanzeck-Sielert von der Universität Flensburg darauf hin, dass Mädchen und Jungen im Alter von 6–10 Jahren sich nicht in einer – wie früher oft behaupteten – sexuellen Latenzphase befinden, sondern Sexualität auch in diesem Alter ein wichtiges Thema ist. In diesem Zusammenhang kann von einer »verfrühten Jugendphase« gesprochen werden, in der sich die Kinder z. B. an Gleichaltrigen, Medien, Filmen bzw. Serien sowie an Boy- und Girlgroups orientieren. Nach einer Studie von Petra Millhofer wünschen sich die Mädchen und Jungen, dass heikle Themen im Bereich der Sexualerziehung angesprochen werden können. Allerdings sollte dies in einem notfreien, geschlechtsgetrennten und schuluntypischen Raum wie z. B. Klassenfahrten, Arbeitsgemeinschaften o. ä. stattfinden. Eine Frau als Ansprechpartnerin wünschen sich 2/3 der befragten Mädchen und nur 1/5 der Jungen einen Mann. Sexualpädagogik ist somit auch als wichtige Aufgabe von Erziehungs- und Bildungsprozessen in Grundschule und Hort anzusehen.

Lucyna Wronska aus Berlin machte deutlich, dass Kinder ausländischer Herkunft selten über eine sexuelle Sprache verfügen und ihre Eltern klaren traditionellen Vorstellungen verbunden sind. Darum sollten PädagogInnen vermeiden, ihre persönlichen Vorstellungen von Sexualerziehung den Eltern zu präsentieren. Vielmehr sollten sie neue Begegnungsformen finden, die Eltern einladen, über das Thema zu sprechen. Erst wenn sie sich öffnen, erlaubt dies ihren Kindern den Zugang zur Sexualerziehung in der Schule. Sexualpädagogik im interkulturellen Kontext kann nur dann erfolgreich sein, wenn Elternarbeit vorab einen hohen Stellenwert erhält. Sie beinhaltet den achtsamen Umgang miteinander, das Aufzeigen und Einhalten von Grenzen und ist damit mehr als Aufklärung und Information. (am)

Weitere Hinweise zur Fachtagung und Fortbildungsangeboten erhalten Sie durch: Angelika Maasberg, Landesvereinigung für Gesundheit, s. Impressum, Hildegard Müller, Pro Familia Landesverband Nds. e.V., Steintor 6, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 18 57 80, Fax: (05 11) 30 18 57 87, Email: hmueller@profamilia-niedersachsen.de

»Nein« hätte seine Antwort gelautet, wenn er es sich hätte einfach machen wollen. Doch Staatssekretär Heinz-Hermann Witte vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hatte eine ausführlichere Antwort in seinem Grußwort vorbereitet. Der Landesverband der Innungskrankenkassen in Niedersachsen und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. hatten am 8. November 2001 eine gemeinsame Einladung nach Hannover zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems im Kontext der europäischen Integration ausgesprochen.

Auch Brüssel könne die Probleme im deutschen Gesundheitswesen nicht lösen, so Dr. Hans Stein vom Bundesministerium für Gesundheit. Ansonsten müssten entweder in Deutschland die Ausgaben sinken oder aber die anderen EU-Mitgliedsländer ihre Ausgaben erhöhen. Aktuell setzt man jedoch die Hoffnung auf regionale Vereinbarungen, z. B. zwischen den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen, die die Inanspruchnahme von LeistungserbringerInnen im jeweils anderen Land ermöglichen sollen. Problematisch kann sich dabei die Osterweiterung gestalten, wenn nach EU-Recht die einzelnen BürgerInnen überall die medizinischen Leistungen abfordern können, die nationalen Gesundheitssysteme jedoch ein sehr unterschiedliches Versorgungsniveau haben. Oder in den Worten von Günter Danner (Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung): die »Patientenmigration« steht uns dann bevor.

Prof. Bernard Braun von der Universität Bremen erläuterte den rund 80 ZuhörerInnen, was sich in Deutschland konkret ändern müsste, wenn man z. B. das viel zitierte und für gut befundene niederländische Gesundheitssystem auf Deutschland übertragen wollte. Neben geringeren Einnahmen der Krankenkassen in Höhe von jährlich rund 18 Milliarden Mark aufgrund des Wegfalls der Zuzahlungen müsste auf dem Arbeitsmarkt eine beträchtliche Erhöhung der Teilzeitarbeitsverhältnisse erfolgen. Einem Mentalitätswandel der Ärzte (Qualität statt Wettbewerb) stünde die Wandlung der Krankenkassen von Zahlstellen zu Gestalterinnen oder sogar die Abschaffung der über 500 Einzelkassen gegenüber. Da die oben genannten Konsequenzen nicht ernsthaft in Deutschland umsetzbar seien, müsse zukünftig in solchen Szenarien realistisch »learn about« vor »learn from« gefordert werden.

Eine ganzheitliche Vision des Gesundheitswesens weit nach der Jahrtausendwende stellte Prof. Adelheid Kuhlmeier von der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel vor. Die PatientInnen müssen mit ihren Kompetenzen, dem Mehr an Wissen und den differenzierten Lebensstilen begriffen werden. Das Gesundheitswesen muss höhere Investitionen in die direkte Versorgung von Versicherten und PatientInnen durch Präventionsmaßnahmen, Beratung und Schulung tätigen. Dabei sind Gesundheitsziele immer auch abhängig vom Zeitgeist. Ernst Bloch beschrieb dies mit den Worten: »Gesundheit war bei den Griechen Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit und ist in unserer Gesellschaft Erwerbsfähigkeit.« (bb)

Gesucht: Praxisorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte für Ältere

Die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. suchen für eine Tagungsveranstaltung praxisorientierte Präventionsprojekte, die die ältere Bevölkerung in den Mittelpunkt ihrer Angebote stellen. Dazu zählen

- Angebote für verschiedene Zielgruppen (jüngere Ältere, ältere Ältere, Hochbetagte),
- konkrete präventive Maßnahmen (z. B. Sturzprophylaxe, Gedächtnistraining, Diabetes),
- Angebote in der Pflege (auch für pflegende Angehörige),
- Programme unter Einbezug von Gesundheitsprofessionen (z. B. ÄrztInnen, ApothekerInnen, FußpflegerInnen),
- Maßnahmen in unterschiedlichen Settings (Stadtteil, Kirche, Tagesstätten, Heime, etc.),
- übergreifende Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (z. B. zur Bewegung, Ernährung und sozialen Unterstützung).

Hinweise zu Projekten mit AnsprechpartnerIn und vollständiger Adresse senden Sie bitte an: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel.: (05 11) 3 5 00 05 2, Fax: (05 11) 3 5 05 5 95, Email: lv-gesundheit.nds@t-online.de oder Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin, Gesundheitssystemforschung, OE 5410, 30623 Hannover, Tel.: (05 11) 532-44 55, Fax: (05 11) 5 32-53 47, Email: walter.ulla@mh-hannover.de

Schwerpunkt des diesjährigen Niedersachsen Forums ›Alter und Zukunft‹ war das freiwillige Engagement älterer Menschen. Zu der Veranstaltung am 22. November 2001 in der Göttinger Stadthalle hatten das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und die Stadt Göttingen eingeladen. Die von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. koordinierte Tagung fand reges Interesse unter rund 500 interessierten BürgerInnen und Fachleuten aus dem Bereich der Freiwilligen- und Altenarbeit. Die BesucherInnen hatten weiterhin Gelegenheit, sich auf einem großen ›Markt der Möglichkeiten‹ über die Arbeit von 35 Initiativen, Vereinen und Verbänden aus dem Senioren- und Freiwilligenbereich zu informieren.

In ihrem Grußwort betonte die niedersächsische Sozialministerin Dr. Gitta Trauernicht die gesellschaftliche Bedeutung des freiwilligen Engagements der Bürgerinnen und Bürger und stellte die Offensive ›Bürgerschaftliches Engagement für Niedersachsen‹ vor. Im Rahmen dieses Aktionsplanes der Niedersächsischen Landesregierung zur Förderung von Ehrenamt, bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe werden im Haushalt 2002/2003 jährlich 2 Millionen DM Fördergelder zur Verfügung gestellt. Zu den Maßnahmen zählen z. B. die Einrichtung eines Beirates, der Aufbau eines interaktiven Internetportals, Veranstaltungsreihen und Landeswettbewerbe sowie Modellprojekte zur Vernetzung auf kommunaler Ebene.

Joachim Braun stellte zentrale Ergebnisse des Freiwilligen-Surveys vor, der ersten repräsentativen Befragung zu Ehrenamt und freiwilligem Engagement in Deutschland. Danach engagieren sich 34% aller BürgerInnen freiwillig in Verbänden, Initiativen, Projekten und Vereinen. Die Bereitschaft, sich für das Gemeinwohl einzusetzen sei groß – das Engagementpotenzial der BürgerInnen noch unausgeschöpft. Insbesondere im Übergang vom Berufsleben in die dritte Lebensphase sind qualifizierte Informations- und Beratungsmöglichkeiten wichtig für die Aktivierung des freiwilligen Engagements von SeniorInnen.

Freiwilliges Engagement als Chance für einen generationenübergreifenden Dialog war das Thema des zweiten Hauptvortrages der Tagung von Ulrich Kluge, Leiter des Seniorenbüros Hamburg. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels erörtere er zunächst Veränderungen im Bezie-

hungsverhältnis zwischen den Generationen. Anhand der Praxisbeispiele einer Zeitzugentbörse und eines generationenübergreifenden Wohnprojektes wurden dann Potenziale zur Verständigung der Generationen aufgezeigt.

Zwei Workshops der Veranstaltung boten ein Diskussionsforum für Akteure der Freiwilligenarbeit, Fachleute und interessierte BürgerInnen. Ergebnis des Workshops ›Freiwilliges Engagement in der Kommune‹ war eine Zusammenstellung von Mindeststandards förderlicher Rahmenbedingungen für das freiwillige Engagement von und für SeniorInnen in der Kommune. In der Diskussion wurde vor allem der Frage nachgegangen, welche Strukturen sich in der Praxis der Freiwilligenarbeit als hinderlich erweisen bzw. einer dringenden Veränderung bedürfen. Im Workshop ›Engagieren sich Frauen anders als Männer?‹ wurden von der Hauptreferentin, Frau Prof. Hildegard Müller-Kohlenberg, zunächst geschlechtsspezifische Unterschiede im freiwilligen Engagement und Ehrenamt herausgearbeitet. Die anschließende Diskussion beschäftigte sich u. a. mit der Frage, wie freiwilliges Engagement von Frauen in der Öffentlichkeit stärker sichtbar gemacht werden kann. Weiterhin wurden Möglichkeiten diskutiert, die Bedingungen für freiwilliges Engagement von Frauen auf struktureller Ebene zu fördern.

Eine Dokumentation der Tagungsbeiträge wird als ›Fachinfo‹ zum Thema Ehrenamt vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales herausgegeben. (kl)

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: 3 50 55 95,
e-mail: LV-Gesundheit.Nds@T-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Iris Bunzendahl, Karin Lotz, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Ute Sonntag

Beiträge: Bärbel Bächlein, Prof. Dr. Bernard Badura, Dr. Hans-Jochaim Boschek, Iris Bunzendahl, Dr. Thomas Gensicke, Dr. Monika Hey, Birgitt Höldke, Dr. Konrad Hummel, Helmut Jäger, Reinhard Liebig, Karin Lotz, Dr. Angela Maienborn, Adalbert Mauerhof, Prof. Dr. Hildegard Müller-Kohlenberg, Ulrich Schneekloth, Monika Schneider, Karin Stötzner, Dr. Gitta Trauernicht, Armin Wensky, Ulrich Wöhler

Redaktionsschluß Ausgabe Nr. 34: 08.02.2002
Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales;

Auflage: 5.000

Gestaltung: Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des/der Autors/in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Falls diese Ausgabe keinen Rückmeldecoupon mehr enthält, können Sie sich unter der oben angegebenen Adresse der Landesvereinigung kostenlos in den Newsletter-Verteiler aufnehmen lassen und/oder weitere Informationen über unsere Arbeit anfordern.

Von Ehrenamt bis Bürgerarbeit: Orientierungshilfen im Dschungel der Begriffe

In den letzten Jahren und insbesondere im ›Internationalen Jahr der Freiwilligen‹ sind verstärkt Themen rund um die Begriffe Ehrenamt, Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit, bürgerschaftliches Engagement oder Bürgerarbeit in immer neuen Wendungen in die Öffentlichkeit transportiert worden. Doch diese vielfältigen Aktivitäten haben nicht dazu geführt, dass der Umgang mit diesen Themen heute durch mehr Transparenz und Klarheit gekennzeichnet ist. Es ist eher das Gegenteil eingetreten: Die Vielfalt der politischen Konzepte, Meinungen, Vorschläge, Rekrutierungsstrategien, empirischen Befunde und nicht zuletzt der Begriffe macht es schwer, sich in diesem ›Dschungel‹ zurechtzufinden. In knapper Form sollen Orientierungspunkte gegeben werden, die die bereits genannten Begriffe in einer idealtypischen Weise beleuchten.

Zuerst ist festzustellen, dass kein einheitsstiftender Ausdruck existiert, der die begriffliche Vielfalt reduzieren kann und alle Facetten, alle Formen des Engagements einschließt und repräsentiert. Ein analytischer Vergleich kommt zu dem Ergebnis, dass die in Frage kommenden Begriffe sich nicht gegenseitig ersetzen können, sondern jeweils mit spezifischen Traditionen und bestimmten Bedeutungen verbunden sind. Mit anderen Worten: Mit jedem Begriff wird etwas Besonderes hervorgehoben und ein spezifischer Aspekt des sozialen Phänomens ins Blickfeld gerückt – gleichzeitig wird anderes mehr oder weniger bewusst ausgeblendet und vernachlässigt. Vor diesem Hintergrund erscheinen die verschiedenen Begriffe auch als Symbole für bestimmte Selbstverständnisse und Positionierungen,

die um die ›semantische Lufthoheit‹ und damit letztlich um Einfluss und häufig auch um monetäre Ressourcen ringen.

Der Terminus ›Ehrenamt‹ formte sich wesentlich mit Bezug auf die sozialen Verhältnisse und Gegebenheiten des 19. Jahrhunderts – zu dieser Zeit hatte das Ehrenamt einerseits den Status eines ›öffentlich-rechtlichen Amtes‹, andererseits stellte es unter funktionalen Gesichtspunkten ein Gegengewicht gegen den zentralistischen Obrigkeitsstaat dar. Heute werden in der Regel unter ehrenamtlichen Tätigkeiten Aktivitäten verstanden, die jenseits öffentlich-rechtlicher Anbindung verfasst und irgendwo im breiten Spektrum der etablierten deutschen Vereinslandschaft (z. B. Jugend- und Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Parteien) organisiert sind. Das Ehrenamt entwickelt sich eher in traditionellen, wertgebundenen Milieus, die sich mit gemeinnütziger Ausrichtung organisiert haben und in denen relativ festgelegte Rollen für die freiwillige und unentgeltliche Mitarbeit existieren.

In Differenz dazu steht ›Selbsthilfe‹ etwa seit Mitte der 1970er Jahre für neue Ideale und andere Milieus, die eher als autoritäts- und expertenskeptisch charakterisiert werden können. In bewusster Abgrenzung zu den traditionellen Vereinen und Verbänden wurden bzw. werden eher Konzepte der überschaubaren Solidarität fern von (Groß-) Organisationen realisiert, in denen die Mitglieder ›in eigener Sache‹ handeln. Der relativ junge Begriff ›Freiwilligenarbeit‹ steht eher für ein spontanes, oftmals projektgebundenes Engagement, das sich milieunabhängig und kaum wertgebunden

umsetzt. Gemeint ist ein Engagement, das sich nicht etwa als Fortsetzung einer familiären Tradition oder als Erfüllung einer von anderen definierten Pflicht oder Aufgabe begreift, sondern vielmehr ohne spezifische Botschaft und Ideologie etwas für sich und andere tun möchte.

Mit dem Ausdruck ›bürgerschaftliches Engagement‹ verbinden sich zivilgesellschaftliche und kommunitaristische Ideen und Konzepte, die das gemeinwohlorientierte Engagement als Element der demokratischen Gesellschaft und Ausdruck des sozialen Ausgleichs im lokalen Raum verstehen. Es sind einerseits Anknüpfungspunkte zu der bürgerlichen, kommunalen Selbstverwaltung und andererseits zu der philanthropischen Tradition auszumachen, die beide auf die konstitutionelle Differenz von Staat und Gesellschaft Bezug nehmen.

Im Unterschied dazu wird der Begriff ›Bürgerarbeit‹ genutzt, um einem bestimmten Konzept ein Etikett zu verleihen, das die bestehende ›Erwerbsarbeits-Gesellschaft‹ kritisiert. Ihr prominentester Vertreter ist der Soziologe Ulrich Beck. Vor dem Hintergrund der offensichtlich limitierten Zugangschancen zum Ersten Arbeitsmarkt wird ein Verfahren vorgeschlagen, nach dem Menschen bezahlte Möglichkeiten eröffnet werden, sinnvolle Tätigkeiten jenseits der hausarbeitsnahen Eigenarbeit und jenseits tariflich entlohnter Arbeit auszuführen.

Literatur beim Autor: Reinhard Liebig, Universität Dortmund, Fachbereich 12, Institut für Sozialpädagogik, Erwachsenenbildung und Pädagogik der frühen Kindheit, 44221 Dortmund, Tel. (02 31) 7 55-55 53, Email: rliebig@fb12.uni-dortmund.de

Armin Wensky **Wann engagieren sich Ehrenamtliche? – Vorschläge eines Verbandsmitglieds**

In Deutschland sind rund 22 Millionen Menschen über 14 Jahre ehrenamtlich engagiert, wobei junge Menschen zwischen 14 und 24 Jahren überdurchschnittlich aktiv sind. Weitere 20 Millionen wären bereit, sich zu betätigen.

Ob aus ihnen Mitglieder werden, hängt von der Einstellung der Verbände gegenüber den Ansprüchen der Freiwilligen ab. Grundvoraussetzung ist ein klares, an den Bedürfnissen der Freiwilligen orientiertes Konzept: in welchen Bereichen man Freiwillige braucht, ob ihre Ideen aufgegriffen werden und wie die Verknüpfung der Ansprüche freiwilliger und hauptamtlicher MitarbeiterInnen geschaffen werden kann.

So kann z. B. der AWO Stadtverband Hildesheim ehrenamtliche Kräfte mit Erfolg in anspruchsvollen Bereichen wie der Kurberatung einsetzen. Ein Erfolg, der sich durch Zahlen auch belegen lässt. Hier besteht die Stärke der Freiwilligen in der zeitintensiven, sehr persönlichen Beratung der KlientInnen. Ein weiteres Beispiel für den erfolgreichen Einsatz Freiwilliger ist auch die eigenständige Führung von drei Begegnungsstätten im Hildesheimer Stadtgebiet durch ehrenamtliche Kräfte.

Formen der Teilhabe von Ehrenamtlichkeit müssen in die Verbände implementiert werden (z. B. Mitspracherechte, Teilnahme an Betriebsfeiern, Dienstgesprächen).

Identität schafft Anerkennung. So führt der AWO Stadtverband Hildesheim regelmäßig Dienstbesprechungen unter gleichberechtigter Einbeziehung der ehren- und hauptamtlichen Kräfte durch. Ehrenamtliche haben hier umfassende Gestaltungs- und Mitbestimmungsrechte in ihrem Aufgabenbereich. Viele Verbesserungen sind den Freiwilligen zu verdanken.

Es ist notwendig, ehrenamtliches Engagement zu einem Thema in Erziehung, Bildung und Ausbildung zu machen. Die Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Beteiligung am kommunalen Gemeinwesen entwickelt sich in der Kindheit. Kindern und Jugendlichen müssen Angebote gemacht werden. Nur wenn sie die Erfahrung machen, dass man auf sie hört, ihr Engagement schätzt und sie etwas bewirken können, werden sie auch zukünftig aktiv sein. Im AWO Stadtverband Hildesheim z. B. hat ein(e) JugendvertreterIn automatisch einen stimmberechtigten Sitz im Vorstand. Es kommt darauf an, soziales Lernen so zu verankern, dass Jugendliche

den Wert ehrenamtlichen Engagements selbst erfahren. Beim Freiwilligen Sozialen Jahr gibt es zurzeit die Situation, dass mehr junge Menschen bereit sind, sich zu engagieren als Plätze vorhanden sind. Es darf nicht sein, dass jungen Menschen mit freiwilligem Engagement mitgeteilt wird, dass hierfür keine Möglichkeit besteht. Ihnen muss vielmehr vermittelt werden, dass Erwerbstätigkeit nicht die einzige Möglichkeit ist, um eine Gegenleistung oder Anerkennung zu erhalten. Ihr freiwilliges Engagement könnte dokumentiert und am Schuljahresende im Zeugnis zertifiziert werden.

Kontakt: Armin Wensky, Arbeiterwohlfahrt Stadtverband Hildesheim, Goslarsche Strasse 1, D-31134 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 3 86 87, Fax: (0 51 21) 3 86 86, Email: armin@awo-hildesheim.de, Internet: www.awo-hildesheim.de

Adalbert Mauerhof **Wer Leistung fordert, muss Sinn bieten**

Ein aktiver Staat braucht aktive BürgerInnen. Als Appell formuliert findet sich dieser Slogan in vielen Reden von PolitikerInnen und VerbandsvertreterInnen. Doch was motiviert BürgerInnen, aktiv zu werden und – wie kann man sie aktivieren? Das Aktivitätspotenzial der BürgerInnen war gerade in den letzten fünf Jahren Gegenstand vieler wissenschaftlicher Untersuchungen, mit dem überraschenden Ergebnis, dass der Anteil engagierter und engagementbereiter BürgerInnen steigt. Das klassische Ehrenamt mit langjähriger, ideologischer Vereinsbindung ist zugunsten eines eher projektorientierten und zeitlich befristeten Engagements zurückgegangen, bei dem der Spaß an der Tätigkeit im Vordergrund steht. Spaß am Engagement entsteht durch eine gemeinschaftlich getragene sinnvolle Aktivität. Sich engagieren bedeutet daher auch immer, zu wissen was ich tue und für wen. Eine Grundvoraussetzung für die Aktivierung von BürgerInnen ist somit eine transparente Politik über die geforderte Leistung. Klare Aussagen über AdressatIn und AbsenderIn mit einer Tätigkeitsbeschreibung sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation mit den BürgerInnen.

›Wer Leistung fordert, muss Sinn bieten‹ – dies kann eine Faustregel für die Aktivierung von BürgerInnen sein. Der Sinn einer Handlung wird in einer individualisierten Gesellschaft nicht über Werte und Normen oder gar moralische Ansprüche hergestellt, sondern durch Selbstbestimmung des eigenen Tuns.

Das Anliegen einer Sache muss nachvollziehbar sein, mit einem eigenen erkennbaren Handlungsspielraum. Aktivierungspotentiale liegen somit in der Erweiterung von Handlungsvielfalt.

Hier setzen Freiwilligenagenturen an: Menschen, die freiwillig an der solidarischen Gestaltung des Gemeinwesens mitwirken oder sich für ein freiwilliges Engagement interessieren, sollen die Möglichkeit erhalten, ihren Interessen, Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechend in freiwillige Tätigkeitsfelder vermittelt zu werden.

Freiwilligenagenturen können gleichsam selbst als Aktivierungsstrategie für BürgerInnen auf kommunaler Ebene verstanden werden. Sie sind sehr unterschiedlich ausgerichtet. Beispielhaft werden im folgenden die Aufgaben und Ziele des Freiwilligenzentrums Hannover e.V. beschrieben. Das Freiwilligenzentrum entwickelt und erprobt neue, moderne Formen der Freiwilligenarbeit. Wir arbeiten dabei als Koordinierungsstelle, die kostenlos

- interessierte BürgerInnen über freiwillige Tätigkeitsfelder informiert,
- Non-Profit-Organisationen bei der Etablierung attraktiver Tätigkeitsfelder für Freiwillige berät und diese Tätigkeiten anbietet,
- Anreize für freiwilliges Engagement schafft.

Unsere Tätigkeit geht weit über Vermittlung hinaus – keinesfalls verstehen wir uns als ›Arbeitsamt für Freiwillige‹. Wir informieren und beraten Freiwillige und Organisationen sehr intensiv und arbeiten in zahlreichen anderen Arbeitsfeldern daran, die Infrastruktur für Freiwilligenarbeit zu verbessern. Dabei verstehen wir uns als Lobby für Freiwillige. Mit der ausschließlichen Vermittlung an Non-Profit-Organisationen, der strikten Unentgeltlichkeit und zeitlichen Befristung des Engagements soll eine Abgrenzung vom Arbeitsmarkt gewährleistet werden. Die Umsetzung unserer Ziele wird sichergestellt durch eine breite Trägerschaft von Non-Profit-Organisationen aus Sport, Ökologie, Kultur und dem Sozialbereich, die eine verbands- und bereichsübergreifende Arbeit ermöglicht und Neutralität schafft.

Welche Erfahrungen haben wir mit den BürgerInnen gemacht, die zu uns kommen und sich freiwillig engagieren möchten? Die/den ›typische/n‹ NutzerIn unseres Informations- und Beratungsangebotes könnte man so charakterisieren: Es handelt sich um

Hans-Joachim Boschek Telefonische Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitsversorgung im Ennepe-Ruhr-Kreis

Ca. 1.200 BürgerInnen im Ennepe-Ruhr-Kreis wurden in einer telefonischen Repräsentativumfrage zu Gesundheitsthemen befragt. Durchgeführt wurde diese Aktion über das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) aus Bielefeld. Themenschwerpunkte waren: Beurteilung der gesundheitlichen Situation und die Qualität der medizinischen Versorgung, Erwartungen an die Gesundheitspolitik, Formulierung von Prioritäten in der gesundheitlichen Prävention, Bedarf an Gesundheitsberatung und die Einstellung zur Selbsthilfe. Neben den üblichen persönlichen Daten wie Alter und Geschlecht wurde zusätzlich der Ausbildungsstand der Interviewten erfragt. Ein Ziel der Befragung war es, die Arbeitsplanung der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf die Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerung abzustimmen. Letztlich sollen Gesundheitsziele und ein Handlungsprogramm für den Ennepe-Ruhr-Kreis entwickelt werden. Außerdem ist die Darstellung von Beratungs- und Versorgungsdefiziten ein wichtiger Schritt auf dem Wege der Entwicklung einer Gesundheits- und Sozialplanung.

eine Frau mittleren Alters (ca. 50 Jahre) mit höherer Schulbildung, die aus der örtlichen Presse von uns erfahren hat und sich für eine freiwillige Tätigkeit im Veranstaltungsbereich oder dem Bereich der sozialen Betreuung interessiert. Hierfür hat sie bis zu fünf Stunden pro Woche Zeit. Sie möchte die Gesellschaft aktiv mitgestalten und ist nicht auf ein Engagement für eine bestimmte Zielgruppe von Personen festgelegt. Auch der Bereich des Engagements ist zu Beginn der Beratung noch nicht klar festgelegt.

Interessant ist weiterhin das Verhältnis zwischen erstmaligem und vorherigem Engagement: 53% der von uns beratenen Freiwilligen wollten sich zum ersten Mal freiwillig engagieren. Unser Zentrum erfüllt damit für zahlreiche BürgerInnen, die ein freiwilliges Engagement erwägen, die Funktion einer ersten Anlauf- und Informationsstelle.

Neue Projekte mit neuen Formen des Engagements, bei denen der Spaß an der Arbeit im Vordergrund steht, erwiesen sich als die besten Werbeträger. So wird auch betont, dass ein zeitlich befristetes Engagement ohne eine langfristige Bindung möglich ist.

Adalbert Mauerhof, 1. Vorsitzender des Freiwilligenzentrums Hannover e.V., Hausmannstr. 9-10, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 64 03-27, Fax: (05 11) 1 64 03-91, Email: info@freiwilligenzentrum-hannover.de

Die Mehrzahl der Befragten beurteilten die eigene Gesundheit als gut. Dies galt übrigens für alle Altersgruppen. Auch die medizinische Versorgung (durch niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser usw.) wurde überwiegend gut oder sehr gut bewertet (66%), immerhin rund ein Drittel fanden sie aber als nicht zufriedenstellend. An Problemen wurden am häufigsten die mangelnde Verordnung von Hilfsmitteln oder Medikamenten durch ÄrztInnen genannt. Für die Befragten war die Pflege von älteren und behinderten Menschen ein weiteres wichtiges Thema.

Überhaupt wurden Aktivitäten im Zusammenhang mit konkreten Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauferkrankungen oder Krebs von der Bevölkerung für wichtiger gehalten als ein Mehr an allgemeinen Gesundheitsinformationen oder das Thema BürgerInnen-nähe, die in den Landesgesundheitszielen NRW thematisiert werden.

Dies wird am Beispiel Herzinfarkt deutlich. So wurde konkret nach dem Wissen über die Symptome beim Herzinfarkt gefragt. Zwar wissen fast alle BürgerInnen über das richtige Verhalten im Notfall Bescheid. Aber mehr als ein Drittel haben Probleme einen Herzinfarkt zu erkennen und bei der Anwendung von Maßnahmen der Ersten-Hilfe. Ein solcher Informationsbedarf wird von den Befragten auch für Krankheiten wie Krebs,

Schlaganfall und für die Themen Drogen/Sucht und Kindergesundheit genannt.

Für den Ennepe-Ruhr-Kreis ist die Unterstützung der Selbsthilfe ein wichtiges Gesundheitsziel. Daher wurde nach der Bereitschaft gefragt, bei gesundheitlichen oder seelischen Problemen eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Von den Befragten gaben 67% an, ein solches Angebote annehmen zu wollen. Überraschenderweise galt dies sowohl für Männer wie auch für Frauen.

Parallel zur Bevölkerungsumfrage wurden die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz nach ihren Einschätzungen und Handlungsprioritäten befragt. Dabei zeigte sich ein deutlicher Unterschied zur Bevölkerungsbefragung. Die ExpertInnen tendieren zur Behandlung von Strukturfragen (z. B. Rahmenbedingungen für Prävention und Kooperation). Für die BürgerInnen sind konkrete Fragen wichtiger. Als gemeinsame relevante Schwerpunkte wurden die Themen ›Alter und Pflege‹, ›Kinder- und Jugendgesundheit‹ sowie ›Gesundheitsprobleme von Frauen und Familien‹ herausgearbeitet. Sie sollen künftig im Rahmen der Gesundheitskonferenz behandelt werden.

Die Resonanz auf die Initiative des Gesundheitsamtes bei den Befragten und in der Öffentlichkeit war überaus positiv. Die telefonische Bevölkerungsumfrage hat sich als ein effektives Instrument erwiesen, die Bevölkerung in den Prozess der kommunalen Gesundheitsplanung einzubeziehen. Die Orientierung an den Erwartungen der Bevölkerung wird hoffentlich wichtige Impulse für das Erreichen von Gesundheitszielen geben. Zur Zeit wird eine zweite Befragung zum Thema ›Gesundheit im Alter‹ durchgeführt.

Dr. Hans-Joachim Boschek, Kreisgesundheitsamt Ennepe-Ruhr, Hauptstr. 92, 58332 Schwelm, Tel. (0 23 36) 93-24 68, Fax: (0 23 36) 93-1 24 68, Email: H.Boschek@en-kreis.de

Ulrich Wöhler **Freiwilliges Engagement in den Kommunen
stärker fördern: Aktionen und Konzeptentwicklung
im Landkreis Hildesheim**

Das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern erfolgt überwiegend auf der lokalen Ebene und beeinflusst insbesondere das soziale Klima und Miteinander in der kommunalen Gemeinschaft. Die verstärkte Förderung des freiwilligen Engagements sollte daher ein zentrales und dauerhaftes Thema in den kommunalen Verwaltungen und Parlamenten sein.

Da der Landkreis Hildesheim die mit dem Internationalen Jahr der Freiwilligen (IJF) verfolgten Ziele ausdrücklich begrüßt, wurde von einer durch die Verwaltungsleitung eingesetzten Projektgruppe ein Aktionsprogramm entwickelt. In der Projektgruppe sind MitarbeiterInnen aus allen Fach- und Aufgabenbereichen der Kreisverwaltung vertreten. Zu Beginn wurde festgelegt, das sich die Aktivitäten nicht nur auf das Jahr 2001 begrenzen dürfen sondern darauf zielen, das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in der Kommune und für die Gemeinschaft nachhaltig und zukunftsweisend zu gestalten. Vor dem Start des Aktionsprogramms wurde es mit allen Fachbereichen und Fachausschüssen der Kreisverwaltung sowie den kreiszugehörigen Städten und Gemeinden abgestimmt.

Zunächst ging es der Projektgruppe darum, die bisherigen Aktivitäten und Berührungspunkte der Kreisverwaltung zum bürgerschaftlichen Engagement, zur Selbsthilfe und zum Ehrenamt zu erfassen und zu beschreiben. Beschreibungsmerkmale waren: In welchen Tätigkeitsfeldern erfolgt freiwilliges Engagement, welche Tätigkeiten werden ausgeübt, wie viele BürgerInnen engagieren sich, Intensität, Anlässe und Motive, Berührungspunkte zur Kommunalverwaltung,

Unterstützung: durch wen und wie? Bei der Erfassung haben die MitarbeiterInnen der Projektgruppe Kontakt zu vielen in der Freiwilligenarbeit engagierten Verbänden, Vereinen, Gruppen und Initiativen aufgenommen und diese gebeten, ihre Aktivitäten im Rahmen einer großen, gemeinsamen Ausstellung zu präsentieren.

Diese große und bunte Ausstellung – und das war der zweite Schritt des Aktionsprogramms – wurde im Sommer 2001 einer breiten Öffentlichkeit gezeigt. Die Präsentation umfasste vielfältige und informative Beiträge und Beispiele des bürgerschaftlichen Engagements aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend, Senioren, Frauen, Kultur, Politik, Selbsthilfe, Gemeinde- und Stadtteilarbeit, Bildung und weitere. Gezeigt wurde auch die vom BMFSFJ zum IJF entwickelte Wanderausstellung ›Freiwillig – für mich – für uns – für andere!‹. Es fand eine öffentlichkeitswirksame Auftaktveranstaltung mit einem bunten Rahmen- und Mitmachprogramm für jung und alt statt.

Im dritten Schritt des Aktionsprogramms ging es darum, Rückmeldungen, Kritiken, Ideen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu bekommen. Landkreisweit wurden Bürgerinnen und Bürger sowie die Facheinrichtungen zu Workshops, Diskussionsforen und anderen Veranstaltungen eingeladen. So lauteten z. B. die Themen der durchgeführten Workshops: ›Wie Bürgerinnen und Bürger für freiwilliges Engagement gewonnen werden können‹, ›Ein gutes Leben lehren: Selbsthilfe in der Zivilgesellschaft‹, ›Wie Bürgerinnen und Bürger bei ihrem freiwilligen Engagement optimal unterstützt werden können‹, ›Freiwilliges Engagement von Frau-

en‹ und ›Ich.Du.Wir: Wie sich bürgerschaftliches Engagement zum Vorteil der Gemeinde (Orts-, Stadtteil) und seiner BewohnerInnen gestalten lässt‹. Zu Beginn der Workshops wurden kurze Impulsreferate durch Fachleute gehalten. Dabei wurden positive Beispiele und Modelle vorgestellt. Danach wurde gemeinsam erarbeitet, welche Faktoren und Bedingungen für die gelungenen Beispiele und Modelle bedeutsam sind und wie diese verbreitet und für die jeweiligen Tätigkeitsfelder genutzt werden können.

Im vierten Schritt, der noch nicht zu Ende geführt ist, werden die vielfältigen Ergebnisse, Eindrücke und Rückmeldungen gesammelt, ausgewertet und in einem Bericht zusammengefasst. In diesem Bericht wird auch ein zukunftsorientiertes Handlungskonzept entworfen.

Wenn der Bericht fertiggestellt ist, wird er – im fünften Schritt – wiederum der Verwaltungsleitung, den politischen Gremien und den kreiszugehörigen Städten zur Diskussion und zur Entscheidung über die enthaltenen Handlungsvorschläge vorgelegt. Selbstverständlich erhalten den Bericht auch alle Institutionen, Gruppen, Bürgerinnen und Bürger, die an dem Aktionsprogramm des Landkreises Hildesheim mitgewirkt haben.

Literatur und weitere Informationen beim Verfasser. Der Bericht, der in den nächsten Wochen fertiggestellt wird, kann gegen Herstellungs- und Versandkosten zugesandt werden. Ulrich Wöhler, Fachdienst Gesundheitsförderung, Landkreis Hildesheim, Ludolfinger Straße 2, 31137 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 30 97 69, Fax: (0 51 21) 30 97 98, Email: Ulrich.Woehler@LandkreisHildesheim.de

Arzneiverordnungs-Report 2000

Der von Schwabe und Paffrath herausgegebene Band beschäftigt sich in seinem Schwerpunkt mit Generikaprodukten. Angesichts der immensen Kostensteigerung im Jahr 2001 ist der Rückblick auf das Jahr 1999 und auf dessen moderaten Anstieg der Arzneimittelausgaben fast schon ein wenig nostalgisch. Allerdings bietet das Schwerpunktthema Generika und Analogpräparate gerade in der aktuellen Diskussion um eine Reform der Ärztlichen Verschreibungspraxis wertvolle Hinweise über die Wirkungen und Nebenwirkungen solcher Medikamente. Die Autoren konnten für das Jahr 1999 bereits nachweisen, dass die Budgetgrenzen insbesondere die Verschreibungspraxis umstrittener Arzneimittel beeinflussen. Insgesamt bietet der Band damit, trotz seiner teilweise veralteten Zahlen, interessante Bereicherungen für die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. (ta)

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2000*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2001, 930 Seiten, ISBN 3-540-67573-6, 79,90 DM bzw. 40,85 Euro (ab 01.01.2002)

Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen

Das von Francke und Hart geschriebene Buch bietet einen umfassenden Überblick über BürgerInnenbeteiligung im Gesundheitswesen. Es erarbeitet zunächst konzeptionelle Grundlagen einer BürgerInnenbeteiligung, nimmt entsprechende Definitionen vor und diskutiert die Legitimation solcher Anstrengungen. Anschließend wird die rechtliche Seite der Regelungen von Beteiligungsmöglichkeiten vorgestellt und die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers betont. Der Band endet mit konkreten Vorschlägen für die Praxis der BürgerInnenbeteiligung, z. B. der Beteiligung an Informationssystemen, der Beteiligung an Normierung und Evaluierung von Behandlungen, an Entscheidungsprozessen von Organisationen oder bei der Erstellung von Richtlinien. Als ein innovatives Instrument zur rechtlichen Stellung von PatientInnen wird unter anderem die Einführung von Verbandsklagebefugnissen für BürgerInnen, Versicherte und PatientInnenorganisationen diskutiert. (ta)

Robert Francke/Dieter Hart, *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001, 334 Seiten, ISBN 3-7890-7367-9, 49,00 DM bzw. 25,05 Euro (ab 01.01.2002)

Das Gefängnis als lernende Organisation

Der von Christoph Flügge, Bernd Maelicke und Harald Preusker herausgegebene Band beleuchtet die Modernisierungsprozesse in deutschen, österreichischen und schweizerischen Justizvollzugsanstalten. Gefängnisse gelten gemeinhin in der öffentlichen Diskussion als weitgehend veränderungsresistente Institutionen. Dass aber Management und Organisationsentwicklung auch im Justizvollzug stattfinden, beleuchtet der Band sehr nachdrücklich. Es werden Einzelaspekte von der Personalentwicklung bis zur Bedeutung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen genauso geschildert wie Controlling- und Leistungskennzahlen im Strafvollzug. Außerdem wird die Qualität externer DienstleisterInnen thematisiert. (ta)

Christoph Flügge/Bernd Maelicke/Harald Preusker (Hrsg.), *Das Gefängnis als lernende Organisation*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001, 376 Seiten, ISBN 3-7890-7156-0, 89,00 DM bzw. 45,51 Euro (ab 01.01.2002)

Arbeit Poor

Die amerikanische Journalistin Barbara Ehrenreich hat in verschiedenen Bundesstaaten der USA im Selbstversuch erkundet, wie man im Niedriglohnsektor von seiner Hände Arbeit leben kann. Dazu ließ sie sich als Putzfrau bei einer Reinigungsfirma anstellen, arbeitete als Serviererin in einem Fastfood-Restaurant, als Pflegekraft im Altersheim und als Verkäuferin bei Wal-Mart.

Die einzelnen Kapitel des Buches zeigen die verschiedenen Stationen ihres Selbstversuchs, durch einfache und unattraktive Tätigkeiten Einkommen und Auskommen in Deckung zu bringen, so wie es die wirklich Armen in den USA tagtäglich versuchen. Eine ihrer wichtigsten Entdeckungen war, dass sie für keine der sechs Tätigkeiten, die sie in diesem Jahr ausübte, wirklich unqualifiziert war. Die meisten erforderten erhebliche Konzentration, neue Techniken und Fertigkeiten. Alle Jobs waren körperlich anstrengend und einige sogar auf Dauer gesundheitsgefährdend.

Die entscheidende Frage war jedoch nicht, ob sie mit ihrer Arbeit zurechtkommen kann, sondern ob sie von dieser Arbeit leben kann. Das ist ihr trotz leergefegtem Arbeitsmarkt in den USA nicht gelungen. Sie fragt am Schluss des Buches, warum sie bei ihren KollegInnen keine Anzeichen für einen Widerstand gegen diese Arbeitsbedingungen entdecken konnte und analysiert ausführlich die Mechanismen der Einschüchterung.

Herausgekommen ist ein engagiertes und ungeheuer spannend zu lesendes Buch. Wichtig für jeden, der mehr über das amerikanische Jobwunder und die (leidvolle) Basis seines Erfolgs wissen möchte. Wichtig zu lesen vor allem für jene, die dieses Prinzip auf den deutschen Arbeitsmarkt übertragen wollen. (ar)

Barbara Ehrenreich, *Arbeit Poor - Unterwegs in die Dienstleistungsgesellschaft*, Verlag Antje Kunstmann, München, 2001, 253 Seiten, ISBN 3-88897-283-3, 37,00 DM bzw. 18,92 Euro (ab 01.01.2002)

Hilfesysteme bei gesundheitlichen Belastungen von Schülern

In diesem Buch geht es um die Beziehung von Schule und Expertensystemen, wie z. B. medizinische und sonderpädagogische Einrichtungen, die sich vor allem mit jenen Kindern und Jugendlichen befassen, die in der Schule als auffällig wahrgenommen werden. Die AutorInnen gehen davon aus, dass das Problem ›auffälliger‹ Kinder kein innerschulisches Problem ist, welches in der Kooperation von allgemeiner Schule- und Sonderpädagogik allein gelöst werden könnte. Für Schule und Pädagogik gilt es, von der Vorstellung des Normalkindes Abschied zu nehmen. In diesem Sinne sollte Schule sich einerseits darauf besinnen, dass sie im Gegensatz zu den Expertensystemen eine Einrichtung für alle Kinder ist und allgemeine Bildung für alle leisten will und andererseits mit den Expertensystemen ein Netzwerk bildet.

Die GesundheitswissenschaftlerInnen sprechen in diesem Zusammenhang von einer gesunden Schule, SonderpädagogInnen von einer integrativen Schule und beide meinen damit eine Schule, in der die Probleme, an denen Schule heute krankt, besser gelöst werden können. Die AutorInnen verbinden mit diesem Buch ein praktisches und theoretisches Interesse, um Studierende unterschiedlicher pädagogischer Studiengänge sowie LehrerInnen mit Hilfe von epidemiologischen Untersuchungen, über gesundheitliche Belastungen von Schülern und vorhandenen Expertensystemen zu informieren. (am)

Dagmar Hänsel/Hans-J. Schwager (Hrsg.), *Hilfesysteme bei gesundheitlichen Belastungen von Schülern*, Schulen im Netz medizinischer, sozialer und sonderpädagogischer Institutionen, Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, 229 Seiten, ISBN 3-7799-1189-2, 36,80 DM, 18,82 Euro (ab 01.01.2002)

Das Informationszeitalter 1: Die Netzwerkgesellschaft

Manuel Castells entwirft in seinem auf drei Bände angelegten Werk eine umfassende Darstellung des Informationszeitalters. Der in den Vereinigten Staaten bekannte Soziologe Castells zeichnet auf Grundlage eines reichhaltigen empirischen Materials die Entwicklung unserer Welt von der Industriegesellschaft zur Informationsgesellschaft nach. Der erste Band dieser Trilogie liegt jetzt auf Deutsch vor und beschreibt die grundlegenden Strukturen der informationstechnologischen Revolution und ihre Auswirkungen auf die Ökonomie. Castells beschreibt dabei Netzwerke als »neue soziale Morphologie unserer Gesellschaften« (S. 527). Das Buch ist packend geschrieben und versteht es, brillante soziologische

Analysen verständlich zu verpacken. (ta)
Manuel Castells, Das Informationszeitalter, Band 1: Die Netzwerkgesellschaft, Leske und Budrich Verlag, Opladen 2001, 632 Seiten, ISBN: 3-8100-3223-9, 68,00 DM bzw. 34,77 Euro (ab 01.01.2002)

Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung

Seit gut zwei Jahren wird in Deutschland über die Einführung eines bundesweiten Programmes zur mammographiegestützten Brustkrebs-Früherkennung diskutiert. Um die Nützlichkeit des Einsatzes von Mammographien auf die Sterblichkeitsrate von Frauen an Brustkrebs in Deutschland zu ermitteln, sind in den Regionen Weser-Ems, Wiesbaden und Bremen Modellprojekte zum Mammographie-Screening begonnen worden. Das auch unter Fachleuten nicht unumstrittene Vorhaben wird von den Gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Mammographie-Screening bedeutet ein bevölkerungsbezogenes Früherkennungsprogramm, an dem alle gesunden Frauen der Modellregionen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren teilnehmen sollen.

In Bremen hat die Benennung als Modellregion zu einer erneuten öffentlichen Diskussion geführt, die unter anderem von der Universität Bremen organisiert wurde. Das vorliegende Buch spiegelt die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung in all ihrer Vielfältigkeit. Die jetzige Struktur der Früherkennung wird beschrieben, Wege zu einem umfassenden Qualitätsmanagement werden aufgezeigt, die niederländischen Erfahrungen und das Bremer Konzept des Brustkrebs-Screenings dargestellt. Besonders wichtig sind die Beiträge, die Patientinnen

und Konsumentinnen der Gesundheitsversorgung so informieren wollen, dass diese eine informierte Entscheidung zu diesem Bereich treffen können. Die subjektiven Einstellungen von Frauen und ihre Bedürfnisse im Gesundheitsbetrieb bei der Brustkrebs-Früherkennung sind in vielen Beiträgen ein wichtiger Focus. Das Buch ist sowohl für interessierte Frauen, als auch für ExpertInnen aus Praxis, Politik und Wissenschaft gleichsam zu empfehlen. (us)

Frauke Koppelin/Rainer Müller/Annelie Keil/Ulrike Hauffe (Hrsg.), Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001, 148 Seiten, ISBN 3-456-83545-0, 39,80 DM bzw. 19,95 Euro (ab 01.01.2002)

Rehabilitation weiblich-männlich

Seit 1998 forschen bundesweit acht regionale Forschungsverbände zu rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen. Im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern wurde die Arbeitsgruppe »Geschlechtsspezifische Forschung in der Rehabilitation« gegründet, die 1999 eine Tagung zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Rehabilitation ausrichtete. Die Beiträge dieser Tagung, ergänzt um weitere aktuelle Ansätze, geben einen Überblick über den aktuellen Forschungs- und Diskussionsstand.

Im Buch wird zur Frage, ob die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Frauen ihren Belastungen in Beruf und Familie gerecht wird, erheblicher Forschungsbedarf angemeldet. Es werden geschlechtsspezifische Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme identifiziert und Strategien zur Überwindung entwickelt. In den Indikationsbereichen Kardiologie, unspezifische Rückenschmerzen und psychosomatische Störungen werden geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation detailliert vorgestellt. Auf die Rehabilitation von Müttern und Lehrkräften wird speziell eingegangen. Die Erfassung von Haus- und Familienarbeit in der Rehabilitationsforschung ist eine zentrale Forderung für geschlechtssensitive Forschung in diesem Bereich. Ein Fragebogeninstrument wird dazu vorgestellt. Richtlinien für eine angemessene Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Belange in der Gesundheitsforschung runden den Band ab. (us)
Ulrike Worringen/Christian Zwingmann (Hrsg.), Rehabilitation weiblich-männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung, Juventa Verlag, Weinheim und München, 2001, 264 S., ISBN 3-7799-1433-6, Best.-Nr.: 1433 6, 44,98 DM bzw. 23,00 Euro (ab 01.01.2002)

Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung

Das Buch von Ingwer Borg beschreibt in seiner völlig überarbeiteten Auflage, wie MitarbeiterInnenbefragungen optimal in der betrieblichen Praxis durchgeführt werden können. Dabei werden sowohl die theoretischen und methodischen Grundlagen als auch konkrete Praxiskonzepte für die Durchführung solcher Befragungen dargestellt. Das Buch betreibt quasi eine Metaanalyse von MitarbeiterInnenbefragungen in mehr als hundert Unternehmen aller Branchen und aller Größenordnungen. Die Fragebogen-gestaltung und die Art der Datenerhebung und Datenanalyse werden ausführlich geschildert und vor allzu naiven Modellen von MitarbeiterInnen gewarnt. (ta)

Ingwer Borg, Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, 2000, 364 Seiten, ISBN 3-8017-1228-1, 69,00 DM bzw. 35,28 Euro (ab 01.01.2002)

Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement

Der von der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung herausgegebene Band zeigt Gesundheitsmanagementstrategien an Hand erfolgreicher Beispiele aus der Arbeitswelt auf. Dabei werden zunächst die Elemente einer gesunden Organisation definiert, z. B. partnerschaftliche Unternehmenskultur oder Qualitätsentwicklung durch Gesundheitsmanagement. Anschließend werden Problemfälle und Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements in verschiedenen Firmen und Branchen beleuchtet.

Das Spektrum der Branchen reicht von der Automobilindustrie über Kliniken, Einzelhandel bis hin zu Klein- und Mittelbetrieben. Dabei werden abschließend auch Kriterien für die Effizienzmessung von Gesundheitsmaßnahmen definiert. Das Themenspektrum innerhalb des praktischen Bereiches reicht von der Senkung von Fehlzeiten, über Anti-Mobbing in der Praxis bis hin zu Reengineering im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Insgesamt verdeutlicht der Band damit die Auswirkungen der Unternehmensorganisation auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Beschäftigten sowie die wesentlichen Problemstellungen und Kernprozesse eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements. (ta)

Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2000, 340 Seiten, ISBN 3-89204-504-6, 44,01 DM bzw. 22,50 Euro (ab 01.01.2002)

Psychologie und Zukunft

Der von Möller, Strauß und Jürgensen herausgegebene Band untersucht zukunftsbezogene Gedanken und Handlungen aus psychologischer Perspektive. Erklärtes Ziel der HerausgeberInnen ist es, zu zeigen wie sich die wissenschaftliche Psychologie mit dem Thema Zukunft auseinandersetzt und welche praktischen Ergebnisse daraus nutzbar sind. Dafür werden zunächst mentale Modelle von Zeit und Zukunft sowie grundsätzliche zukunftsorientierte Haltungen vorgestellt. Der Band zeigt auch konkrete Managementfehler auf Grund von gelernter Sorglosigkeit auf und versucht das Planen im Alltag als einen wissensbasierten Prozess zu charakterisieren. (ta)

Jens Möller/Bernd Strauß/Silke M. Jürgensen (Hrsg.), *Psychologie und Zukunft*, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto und Seattle, 2000, 294 Seiten, ISBN 3-8017-0950-7, 69,00 DM bzw. 35,28 Euro (ab 01.01.2002)

Wie Gesundheit entsteht

Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung

In diesem Buch geht der Autor Eckhard Schiffer, Psychotherapeut und Arzt, der Frage nach, was die schöpferischen Kräfte sind, die seelische und körperliche Gesundheit in der Entwicklung von Kindern ermöglichen. Er bezieht sich dabei auf Aaron Antonovsky und die von ihm geprägte Begrifflichkeiten wie z. B. Kohärenzgefühl oder »innere« und »äußere« Widerstandsressourcen. Anhand der biographischen Darstellung des Malers Joan Miró, versucht der Autor zu erklären, was Salutogenese bedeuten kann. »Salutogenetisch formuliert heißt das, dass allein die Möglichkeit eine Sinnperspektive aufsuchen zu können, schon gesundheitsförderlich ist. ... Miró hat in seinem langen Leben immer wieder neue Wege beschritten, um das auszuprobieren, was ihm sinnvoll erschien ... Der intensive Dialog, den Miró schon als Kind gesucht hatte, war nicht unbedingt an die Menge der ausgetauschten Worte gebunden. Vielmehr vollzog sich die Sinnsuche, ..., im Zwiegespräch.« Der Autor versteht Gesundheit als Schatzsuche im Spiel, als Fähigkeit zum echten Dialog und als Suche nach dem Lebenssinn. Mit Hilfe von Fallbeispielen bemüht sich Schiffer auf einfache Weise zu erklären, dass Lebensgeschichte und Gesundheit eng miteinander verbunden sind. (am)

Eckhard Schiffer (Hrsg.): *Wie Gesundheit entsteht, Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2001, 184 Seiten, ISBN 3-407-22090-1, 24,00 DM bzw. 12,00 Euro (ab 01.01.02)

Bürgerengagement in Deutschland

Der von Heinze und Olk herausgegebene Band nimmt eine Bestandsaufnahme und eine Betrachtung der Perspektiven des BürgerInnenengagements in Deutschland vor. Dabei geht es um die Kernfragen, wie der Beitrag von BürgerInnenengagement zur Integration der Gesellschaft aussehen kann, wie hoch das Engagement überhaupt ist, welche Gruppen sich engagieren und welche Möglichkeiten und Modelle es zur Förderung des Engagement von Bürgerinnen und Bürger gibt. Deshalb wird zunächst die Gesellschaftstheoretische Dimension des BürgerInnenengagements ausführlich diskutiert. Im zweiten Teil wird dann das vorhandene BürgerInnenengagement in Deutschland analysiert, z. B. sein Image, seine Intensität oder seine Bereiche.

Es werden Standorte und Strukturen des Engagementpotenziales lokalisiert und beschrieben sowie als Vergleichsbeispiel ein Blick über die Grenzen in die Niederlande geworfen. Der letzte Teil des Bandes beschreibt ausführlich politische Initiativen und Förderungsstrategien für BürgerInnenengagement. Hier werden konkrete Projekte verschiedener Kommunen und Bundesländer vorgestellt und grundsätzliche Konzepte zu Engagementförderung diskutiert. Interessant sind dabei vor allem die Unterkapitel zum aktivierenden Staat und zur kommunalen Verwaltungsmodernisierung und deren Anknüpfungspunkte zu bürgerschaftlichem Engagement. (ta)

Rolf G. Heinze/Thomas Olk (Hrsg.), *Bürgerengagement in Deutschland*, Leske und Budrich Verlag, Opladen, 2001, 572 Seiten, ISBN 3-8100-2707-3, 67,99 DM bzw. 34,76 Euro (ab 01.01.2002)

Qualitätsmanagement für Senioreneinrichtungen

Auch für SeniorInneneinrichtungen wird die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems immer wichtiger. Die Autoren Mario Schmitz und Werner Hofmann stellen in diesem Band praxisnah die Einführung, Umsetzung und Dokumentation eines Qualitätsmanagement-Systems in SeniorInnen-einrichtungen anhand von Checklisten, Verfahrensanweisungen, Flow-Charts etc. vor. Ausgangspunkte sind die 20 Elemente der ISO-Norm 9000 ff.

Das Buch wendet sich in erster Linie an EinrichtungsträgerInnen, denen daran gelegen ist, über die gesetzlichen Anforderungen

des §80 SGB XI hinaus ein Qualitätsmanagement einzuführen, das alle Bereiche der Einrichtung einschließlich der Schnittstellenproblematik berücksichtigt. Indem die Autoren auf eine Vorformulierung der einzelnen Elemente verzichten, wird den Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, eigenständig die für ihre spezifische Situation relevanten Verfahren und Checklisten zu erarbeiten. Der vorliegende Band ist in Kooperation mit dem TÜV Süddeutschland entstanden. (ib)

Mario Schmitz/Werner Hofmann, *Qualitätsmanagement für Senioreneinrichtungen*, Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover, 2000, ISBN 3-87706-551-1, 78,00 DM bzw. 39,88 Euro (ab 01.01.2002)

Neopaternalistische Medizin

Können PatientInnen so aufgeklärt werden, dass sie eine qualifizierte Entscheidung treffen können? Wer haftet letztendlich bei Fehlentscheidungen? Gehört beim derzeitigen Rationierungsdruck auf das Gesundheitswesen zum Aufklärungsgespräch das Offenlegen ökonomischer Motive? Muss einem Patienten/einer Patientin mitgeteilt werden, wenn eine teure Leistung vorenthalten wird?

Mit diesen Fragen beschäftigt sich der Reader »Neopaternalistische Medizin« aus der Sicht von Ärzten/Ärztinnen, aus ethischer Perspektive, aus juristischer Sicht. Eine ökonomische Studie darüber, wie ökonomische Einflüsse auf therapeutische Entscheidungen an PatientInnen vermittelt werden, wird vorgestellt. Auf der anderen Seite werden Expansionsdynamiken am Beispiel neuer gentechnischer Leistungsangebote beleuchtet. Ein besonderer KlientInnenschutz wird in diesem Bereich gefordert. Eine Gestaltungsmöglichkeit für PatientInnen wird in Form der Vorausverfügung für das Lebensende dargestellt. Kollektive und individuelle Ansatzpunkte für BürgerInnenbeteiligung im Gesundheitswesen runden den Band ab.

Leider ist das Thema wenig geschlechtsdifferenziert aufbereitet worden. Es werden zudem Vorkenntnisse vorausgesetzt. Dennoch ist es ein Buch mit interessanten Thesen zu einem relevanten Thema und von daher sehr empfehlenswert. (us)

Günter Feuerstein/Ellen Kuhlmann (Hrsg.), *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999, 163 Seiten, ISBN 3-456-83250-8, 39,80 DM bzw. 20,35 Euro (ab 01.01.2002)

Selbstbefähigung fördern

Das von Knuf und Seibert geschriebene Buch beschreibt Empowermentstrategien in der psychiatrischen Arbeit. Es wird dabei zunächst definiert, was Empowerment ist und wie es im praktischen Psychiatriealltag umgesetzt werden könnte. Dabei werden sowohl Konzepte als auch professionelle Haltungen zu diesem Themenfeld vorgestellt. Beispielsweise werden hier Aufklärung, Informationsaustausch und Krankheitsbewusstsein als mögliche Empowermentstrategien in der Psychiatrie diskutiert. Im letzten Teil des Bandes werden neue Wege, insbesondere für professionelles Arbeiten in der Psychiatrie, aufgezeigt. Dabei geht es unter anderem über die Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente, wie etwa Professionelle und Betroffene hier zu gemeinsamen Entscheidungen überhaupt gelangen können oder um die Umsetzung im Alltag einer Facharztpraxis. Der Band endet mit einem interessanten Fragebogen zur Anregung von Empowermentprozessen. (ta)

Andreas Knuf/Ulrich Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern*, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2000, 300 Seiten, ISBN 3-88414-253-4, 39,80 DM bzw. 20,35 Euro (ab 01.01.2002)

Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften

In dem von Bengel und Koch herausgegebenen Band werden Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung beschrieben. Dabei wird das relativ neue Feld der Rehabilitationswissenschaft zunächst definiert und der Stand der Rehabilitationswissenschaftlichen Forschung reflektiert. Im zweiten Teil des Bandes werden zentrale Forschungsthemen, beispielsweise zur Epidemiologie, zu Angebotsformen oder Interventionsmethoden der Rehabilitation sowie zur Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben vorgestellt. In diesem praktischen Teil werden auch geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation am Beispiel der koronaren Herzkrankheit beleuchtet. Im dritten Teil des Bandes werden Forschungsstrategien und Methoden vorgestellt. Der Band endet mit Ausführungen zu Implementierung und dem Transfer rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsergebnisse. (ta)

Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2000, 582 Seiten, ISBN 3-540-65777-0, 99,89 DM bzw. 51,07 Euro (ab 01.01.2002)

Organisation gestalten

Die mittlerweile dritte, aktualisierte Auflage des Buches von Graf-Götz und Glatz zeigt neue Wege und Konzepte für Organisationsentwicklung und Selbstmanagement auf. Dabei wird zunächst der Begriff der Organisation definiert und Organisationen als soziale Systeme geschildert. Dann werden die Änderungen in Organisationen als Managementaufgabe geschildert, Aufgabenverteilung, Werkzeuge und Grundsätze des Managements vorgestellt und neue Praxisfälle, wie z.B. Prozessmanagement, Qualitätsmanagement und Projektmanagement ausführlich erläutert. Der dritte Teil des Bandes bietet eine Einführung ins Selbstmanagement. Dabei wird eine Analyse des Selbstmanagements und der Organisation betrieben bzw. Instrumente dafür an die Hand gegeben. Abschließend werden erfolgreiche Strategien für das Selbstmanagement vorgestellt. (ta)

Friedrich Graf-Götz/Hans Glatz, *Organisation gestalten*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 3. überarbeitete Auflage, 2001, ISBN 3-407-36382-6, 274 Seiten, 69,00 DM bzw. 35,69 Euro (ab 01.01.2002)

Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen

Der von Borgetto und Troschke herausgegebene Band fasst die Ergebnisse eines gleichnamigen Symposiums, das von der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften veranstaltet wurde, zusammen. Dort wurden die Entwicklungsperspektiven von und mit VertreterInnen der Politik, der Sozialversicherungsträger, der Ärzteschaft, der Wissenschaft und der Selbsthilfeträger diskutiert und ein gemeinsames Thesenpapier verabschiedet. Der Band bietet damit einen sehr guten Überblick über die sich wandelnden Rahmenbedingungen und den Stellenwert, den sich Selbsthilfe innerhalb des Gesundheitswesens mittlerweile erarbeitet hat. (ta)

Bernhard Borgetto/Jürgen v. Troschke (Hrsg.), *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*, 2001, 238 Seiten, 24,80 DM, zu beziehen über: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, Hebelstraße 29, 79104 Freiburg, Tel.: (0761) 203-55 21, Fax: (0761) 203-55 16

Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing

In dem von Volker J. Kreyher herausgegebenen Band werden die Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren von Gesundheits- und Medizinmarketing diskutiert. Hauptanliegen des Buches ist, den Einsatz von modernen Managementmethoden zur Lösung von gesundheitsökonomischen Problemstellungen zu veranschaulichen. Der Band richtet sich in erster Linie an LeistungsanbieterInnen und KostenträgerInnen im Gesundheitswesen. Die Bandbreite der Themen reicht von der Qualitäts- und Kundenorientierung über Innovations- und Relationship-Marketing bis hin zu Patienten-Empowerment und E-Health. Die AutorInnen des Bandes sind Marketing- und Managementexperten. Die Sicht von Patientinnen und Patienten spielt deshalb in den Beiträgen nur indirekt eine Rolle. Direkt einbezogen in die Konzeption des Bandes sind sie leider nicht. (ta)

Volker J. Kreyher (Hrsg.), *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing*, R.v. Decker, Hüthig Fachverlage, Heidelberg, 2001, 664 Seiten, ISBN 3-7685-9792-X, 190,00 DM bzw. 95,00 Euro (ab 01.01.2002)

Management von Gesundheitsnetzen

Der von Wolfgang Hellmann herausgegebene Band versucht theoretische und praktische Grundlagen für ein neues Berufsfeld aufzuzeigen. Die Begriffe Vernetzung und Integrierte Versorgung sind in den letzten Jahren im Gesundheitswesen ein hochaktuelles Thema gewesen. Im Band wird der Aufbau sektorübergreifender Versorgungsstrukturen und die Anforderungen, die an die beteiligten Organisationen und die KoordinatorInnen solcher Netzwerke gestellt werden, beschrieben. Dafür werden zunächst die theoretischen Grundlagen für zukünftige NetzmanagerInnen gelegt. Perspektiven für die Netzwerkarbeit in der Gesundheitsversorgung werden über Berichte aus laufenden Netzen aufgezeigt. Der Band endet mit einer Planungsanleitung für effiziente Netzwerke, mit Hinweisen zu Fortbildungen, Institutionen und Verbänden sowie weiterführender Literatur aus diesem Bereich. (ta)

Wolfgang Hellmann (Hrsg.), *Management von Gesundheitsnetzen*, Kohlhammer Krankenhaus, Stuttgart, Berlin, Köln, 2001, 298 Seiten, ISBN 3-17-016557-7, 97,80 DM bzw. 50,00 Euro (ab 01.01.2002)



Alter(n) in der Fremde – Versorgung pflegebedürftiger MigrantInnen in der Kommune

Workshop im Rahmen der Fortbildungsreihe ›Gesundes Land Niedersachsen‹, 17.04.2002 in Hannover

Der Anteil älterer MigrantInnen an der Bevölkerung nimmt kontinuierlich zu. Dies führt zu einem steigenden Bedarf an pflegerischen und betreuerischen Leistungen für Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Für die Kommunen und die professionellen Hilfesysteme ergeben sich daraus neue Anforderungen, die sowohl den Erwerb interkultureller Kompetenzen als auch eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen und Diensten betreffen. Dieser Workshop will Defizite in der Versorgung pflegebedürftiger MigrantInnen aufzeigen. Es werden Möglichkeiten diskutiert, die Zugangswege für MigrantInnen zu Versorgungsangeboten im ambulanten und stationären Bereich zu verbessern, Praxisbeispiele vorgestellt und Handlungsperspektiven auf kommunaler Ebene erarbeitet.

Der Workshop richtet sich an MitarbeiterInnen aus der Altenhilfe, ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen, dem MDK, Gesundheits- und Sozialämtern, Kranken- und Pflegekassen sowie Beratungsstellen.

Jahrestagung 2002 – Königswege, Schleichwege und Umwege in der Prävention

22.04.2002, 13.00–18.00 Uhr, Hannover

Die Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. soll das bislang vernachlässigte Thema Zugangswege in der Prävention aufgreifen und die Erreichbarkeit/Nichterreichbarkeit verschiedener Zielgruppen diskutieren. Angesichts der neuen Konjunktur für alte und neue Präventionskonzepte müssen solche Kernfragen intensiv bearbeitet werden.

Männergesundheit(en)

25.4.2002 Hannover

Männer gelten zwar allgemein als das starke Geschlecht, aber sie sterben früher und weisen für viele Erkrankungen viel höhere Krankheitsraten als Frauen auf. Der Gesundheitsmarkt für Männer

wird gerade erst entdeckt. Der Siegeszug von Viagra, die Zunahme von Diättipps für Männer oder spezielle Angebote der Schönheitschirurgie sind nur einige aktuelle Entwicklungen in diesem Markt. Wie steht es tatsächlich um die Gesundheit und Krankheit von Männern? Was kann man(n) für seine Gesundheit tun? Das sind Kernfragen des Tagungsvorhabens.

Bewegte Erziehung

13.–15.05.2002, Hannover

In dieser Fortbildung wird den TeilnehmerInnen Raum gegeben, sich in Theorie und Praxis mit Fragen und Beispielen zur ›Bewegten Erziehung‹ im Elementarbereich auseinander zu setzen.

Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen unter dem Motto: ›be smart don't start‹

31.05.2002, Hannover

Die Fachtagung findet am Weltnichtrauchertag statt und soll dazu beitragen, das Thema ›Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen – Motivationsunterstützung für Kinder und Jugendliche‹ in der Öffentlichkeit zu thematisieren. Eingeladen sind Lehrkräfte, Eltern, SchülerInnen sowie VertreterInnen aus den Arbeitsfeldern Jugend, Gesundheit, Bildung, Kommunalpolitik und alle Interessierte, die z.B. Modelle zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen unterstützen wollen.

Soziale Lage und Bildung

04.06.2002, Hannover

Ein Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit ist bereits vielfach belegt worden: Finanzielle Armut und ein niedriges Bildungsniveau stellen ein gesundheitliches Risiko für die Betroffenen dar. Die Bildungsbeteiligung der nachrückenden Generationen ist jedoch durch die besonders unter Kindern und Jugendlichen verbreitete Armut sehr gefährdet. Die Tagung wird Konzepte aufgreifen, die eine stärkere Bildungsbeteiligung unterer sozialer Lagen fördern und dabei auch auf gesundheitsfördernde Präventionsmaßnahmen zurückgreifen.

www.bagfa.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. bietet auf ihrer Internetseite eine nach Bundesländern gegliederte Übersicht von Freiwilligenagenturen an. Daneben besteht die Möglichkeit, Veranstaltungstermine in einen öffentlichen Kalender einzutragen. Da sich die Internetseite noch im Aufbau befindet, ist das angelegte Archiv noch wenig ergiebig.

Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. bagfa, Torstraße 231, 10115 Berlin, Tel.: (0 30) 20 453 36 6, Fax: 2 80 94 69 9, Email: bagfa@bagfa.de

www.buergerkonferenz.de

Eine neue Form der Bürgerbeteiligung erprobt das Deutsche Hygiene-Museum Dresden. Es führte die erste bundesweite »Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik« durch, die im Internet in Methodik und Ablauf verfolgt werden kann. Das Verfahren orientiert sich an dem Modell der vom dänischen Technologierat durchgeführten Konsensus-Konferenzen. Nach einem Zufallsverfahren wurden 10.000 Personen angeschrieben, die sich um die Teilnahme an der Bürgerkonferenz beteiligen konnten. Die 20köpfige Bürgergruppe setzt sich zu gleichen Teilen aus Frauen und Männern aus ganz Deutschland im Alter von 17 bis 75 Jahren zusammen.

Kontakt: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Stichwort: »Bürgerkonferenz«, Lingnerplatz 1, 01069 Dresden, Tel.: (03 51) 48 46-711 oder -473, Fax: 4846-587, Email: science@dhmd.de

www.buergerstiftungen.de

Die Bertelsmannstiftung hat im Rahmen eines europäisch-amerikanischen Netzwerkes zur Förderung von Bürgerstiftungen in Deutschland und Europa (TCFN) einen Internetauftritt rund um Bürgerstiftungen aufgebaut. Neben Gesetzestexten ist u.a. eine Musterstatzung und eine Checkliste zur Gründung einer Bürgerstiftung hinterlegt. Die Internetseite kann auch in englischer Sprache eingesehen werden.

Kontakt: Dr. Alexandra Schmied, Projektleiterin Bereich Stiftungswesen, Bertelsmann Stiftung, Tel.: (0 52 41) 81-811 07, Fax: 81-6811 07

www.freiwillig.de

»Was ich kann, ist unbezahlbar.« So lautet das offizielle Motto zum Jahr der Freiwilligen 2001, für das das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine eigene Internetseite eingerichtet hat. Unter der Adresse finden sich u.a. allgemeine Informationen zum Thema, eine Linkliste zu freiwilligem Engagement und ein öffentlicher Terminkalender, der Eintragungen von Dritten erlaubt. Die Internetseite wird auch über das Jahresende fortgeführt und ist unter der Alternativadresse www.freiwillig2001.de ebenfalls aufrufbar.

Kontakt: Geschäftsstelle Internationales Jahr der Freiwilligen, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 9 58 07-403, Fax: 9 58 07-1 64, Email: kontakt@freiwillig.de

www.freiwilligen-kultur.de

Der Förderverein für Jugend- und Sozialarbeit e.V. publiziert mindestens zweimal im Jahr das online Magazin »freiwilligen-kultur«. Die internetbasierte Zeitung ist jetzt in ihrer dritten Ausgabe erschienen und bietet neben aktuellen Texten und Rezensionen auch Berichte aus dem Ausland. Eine sehr ausführlich kommentierte Linkliste zur Freiwilligenkultur findet sich in der Link-Bibliothek.

Kontakt: Akademie für Ehrenamtlichkeit i. d. Jugendhilfe im Förderverein f. Jugend und Sozialarbeit e.V., Comeniushof, Gubener Str. 47, 10243 Berlin-Friedrichshain, Tel.: (0 30) 2 75 493 8, Fax: 2 79 01 26

www.maecenata.de

Das Berliner MAECENATA INSTITUT für Dritter-Sektor-Forschung will durch Forschung, Dokumentation und Information sowie dem Austausch zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis das Wissen über und das Verständnis für den Dritten Sektor fördern.

Die Website bietet u. a. eine Stiftungs- bzw. Stipendiatendatenbank und einen Bibliothekskatalog an.

Kontakt: Maecenata Institut, Albrechtstraße 22, 10117 Berlin-Mitte, Tel.: (0 30) 28 3 87 90 9, Fax: 2 83 87 9 10, Email: mi@maecenata.de

www.mitarbeit.de

Die Stiftung MITARBEIT hat sich die »Demokratieentwicklung von unten« zur Aufgabe gemacht und versteht sich als Servicestelle für das bürgerschaftliche Engagement außerhalb von Parteien und großen Verbänden. Die 1963 gegründete Stiftung berät und informiert Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen, veranstaltet Fachtagungen und vergibt Starthilfeszuschüsse für neue Projekte, Initiativen und Projekte, die die aktive Beteiligung von BürgerInnen voranbringen.

Kontakt: Stiftung MITARBEIT, Bornheimer Straße 37, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 6 04 24-0, Fax: 6 04 24-22, Email: info@mitarbeit.de

www.senioren-initiativen.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und das Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) haben im Rahmen eines Projektes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Datenbank aufgebaut, die die Selbstdarstellung von 577 Initiativen, Gruppen und Einrichtungen enthält. Hier kann man sich informieren, wo ältere Menschen aktiv sind und wie Kontakt zu ihnen aufgenommen werden kann. Daneben sind 38 Einrichtungen von Wissensbörsen in der Datenbank hinterlegt. Wer sich für die Pilotphase des Europäischen Volontariats älterer Menschen interessiert, findet auf der Internetseite weitere Hinweise.

Kontakt: ISIS - Institut für Soziale Infrastruktur, Nonnenpfad 14, 60599 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 65 44 59 und 65434 0, Fax: 6 55 09 6, Email: isis@isis-sozialforschung.de, Internet: www.isis-sozialforschung.de

www.zdf.de/ratgeber/praxis/nakos/index.html

Eine Medienpartnerschaft ist die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) eingegangen. Unter der Homepage des Zweiten Deutschen Fernsehens können die Datenbanken von NAKOS durchsucht und eingesehen werden. Neben den roten, grünen, blauen und gelben Adressen kann die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift »NAKOS-Info« als pdf-Datei heruntergeladen werden.

Kontakt: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel.: (0 30) 8 91 40 19, Fax: 8 934 0 14, Email: nakos@gmx.de

www.bzga.de/infodienst/angebote/tage_main.htm

Mittlerweile gibt es eine Fülle von themenbezogenen Gesundheitstagen, die sich jährlich zu einem festen Datum wiederholen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat alle in einer Übersicht zusammengestellt und auch die zentralen Ansprechpartner angeführt.

Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln, Fax: (02 21) 8 992 2 57

Termine

Niedersachsen

Typisch Mädchen!? Typisch Junge!?

23.01.2002, Hannover, Kontakt: Landesjugendamt Hannover, Am Waterlooplatz 11, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 06-31 30

Ausbildung mentales Training bei Hypertonie und Niereninsuffizienz, 25.01.2002, Hildesheim, Kontakt: Institut für Therapie und Beratung an der FH Hildesheim/Holzminen/Göttingen, Hohnsen 1, 31134 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 88 14 21, Email: it@fh-hildesheim.de

Kongress ›Spielraum und Bewegung‹

27.02-01.03.2002, Winsen, Kontakt: Fachmesse ›Stadt und Raum‹, Alte Schule Bannetze, 29308, Winsen, Tel.: (0 51 46) 98 86-0, Fax: (0 51 46) 98 89-29, Email: fachmesse@stadtundraum.de

Veränderung, Lernen und Widerstand in Organisationen

11.-13.03.2002, Hannover, Kontakt: Evangelische Fachhochschule Hannover, Zentrale Einrichtung Weiterbildung, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-125, Fax: (05 11) 53 01-193, Email: zew@efh-hannover.de

Deutschland

Neugestaltung der ärztlichen Arbeitszeit

16.01.2002, Oberursel bei Frankfurt/Main, Kontakt: Management Circle, Postfach 5629, 65731 Eschborn/Ts., Tel.: (0 61 96) 47 22-0, Fax: (0 61 96) 47 22-656, Email: info@managementcircle.de

Interkulturelle Altenpflege von der Theorie zur Praxis

22.01.2002, Königswinter bei Bonn, Kontakt: Daniela Bürger, DIE - Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Außenstelle Bonn, Hermann-Ehlers-Straße 10, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 13-14 71, Fax: (02 28) 24 99 13-14 99

Nachhaltige Regionalentwicklung im Ländlichen Raum und bürgerschaftliches Engagement

28.-29.01.2001, Hinterzarten (Schwarzwald), Kontakt: Stiftung MITARBEIT, Bornheimer Str. 37, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 6 04 24-0, Fax: 6 04 24-22, <http://www.mitarbeit.de/Veranstaltungen/2002/index2002.html>

Jugendbeteiligung konkret

4.-5.02.2002, Nürtingen, Kontakt: Stiftung MITARBEIT, Bornheimer Str. 37, 53111 Bonn, Tel.: 0228/60424-0, Fax: 60424-22 <http://www.mitarbeit.de/Veranstaltungen/2002/index2002.html>

Das Eigene und das Fremde - Interkulturelle Sexualpädagogik in Theorie und Praxis

14.-15.02.2002, Berlin, Kontakt: Akademie für Gesundheits- und

Sozialberufe, Frau Christa Liebelt, Straßburger Straße 56, 10405 Berlin, Tel.: (0 30) 90 2058-21, Fax: (0 30) 90 2058-40

Pflegenetzwerke und Patienten-Beteiligung

18.-19.02.02, Witten-Herdecke, Kontakt: Heinrich Böll Stiftung, Huckarder Str. 12, 44147 Dortmund, Tel.: (02 31) 91 44 04-22, Fax: (02 31) 91 44 04-44, Email: info@boell-nrw.de

Qualität lässt sich feststellen! - Evaluation für Kindertagesstätten

18.-22.02.2002, Frankfurt am Main, Kontakt: Deutscher Verein für Öffentliche und private Fürsorge, Marion Geißler, Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt/Main, Tel.: (0 69) 9 58 07-202, Fax.: 9 58 07-3 81

14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung; Gentherapie statt Psychotherapie?: ein Abschied vom Sozialen?

23.-27.02.2002, Berlin, Kontakt: Congress Organisation Thomas Wiese GmbH, Goßlerstr. 30, 12161 Berlin, Tel.: (0 30) 85 9962-0, Fax: (0 30) 85 07 98-26, Email: mail@ctw-congress.de

Professionalität und Ehrenamt - Professionalität des Ehrenamtes

25.-28.02.2002, Weingarten (Oberschwaben), Kontakt: Tagungshaus Weingarten, Kirchplatz 7, 88250 Weingarten (Oberschwaben), Tel.: (07 51) 56 86-0, Fax: (07 51) 56 86-222, Email: weingarten@akademie-rs.de

Verschuldung und psychische Gesundheit

8.-9.03.2002, Wiesloch, Kontakt: Sekretariat Frau Feil, Tel.: (0 62 22) 55 20 57, Fax: (0 62 22) 55 2652, Wolfgang Egner-Koch, Tel.: (0 62 22) 55 22 76, Fax: (0 62 22) 55 2912-2 76

Interkulturelle Öffnung - Erfahrung, Perspektiven und Bilanzierungen kultursensibler sozialer Arbeit

17.04.2002, Berlin, Kontakt: Caritasverband für Berlin e. V., Migrationsdienst, Silva Demirci, Tel.: (0 30) 25 4503 13, Email: migrationsdienst@caritas-berlin.de

Suchttherapietage

21.-24.5.2002, Hamburg, Kontakt: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ZIS, Kongressbüro Suchttherapietage, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 2803 5121, Email: kontakt@suchttherapietage.de

International

3. Europäische Konferenz Rauchen oder Gesundheit

20.-22.06.2002, Warschau, Polen, Kontakt: Tel.: 0048-22-8 31 91 73, Fax: 0048-22-8 31 91 77, Email: ecoth2002@mazurkas.com.pl

Antwort

bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 505 595

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

Gesundheitswesen Bildungsbereich Sozialbereich

Sonstiges

Ich möchte ...

den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen
 weitere Informationen über die Landesvereinigung für Gesundheit

Anregungen, Kritik, Wünsche