

Generationen- perspektive in der Gesundheits- förderung

Editorial

Die Generationenperspektive in der Gesundheitsförderung ist bislang eher ein theoretisches Konstrukt. Schon für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen allein ist es schwierig, z.B. im Schulbereich, anschlussfähige primärpräventive Programme für verschiedene Altersgruppen zu finden. Die meisten Programme zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung, wenn man einmal von Settingprojekten mit ihrem umfassenden Anspruch absieht, haben definierte Zielgruppen. Dabei sind sowohl Kinder, Jugendliche als auch erwachsene Menschen ab dem vierzigsten Lebensjahr die häufigsten Zielgruppen für diese Programme. Völlig ausgeblendet bleibt meistens die Altersgruppe der 20 bis 40-Jährigen. Angesichts des demographischen Wandels wird in der gesundheitlichen Versorgung die Generationenperspektive neu entdeckt. Ohne das Engagement z.B. pflegender Angehöriger wäre das Pflegerisiko nicht abzudecken. In diesem Newsletter stellen wir Projekte vor, die intergenerative Ansätze verwirklichen. Außerdem werden grundsätzliche Positionierungen zu Generationen im Wandel und mögliche Auswirkungen auf Gesundheitsförderung und auf Arbeitsmarktpolitik diskutiert. Den Schwerpunkt eröffnet ein Artikel der Niedersächsischen Sozialministerin Dr. Ursula von der Leyen, die das neue Angebot der Mehrgenerationenhäuser in Niedersachsen vorstellt.

Im aktuellen Teil des Newsletters werden momentane Entwicklungen in der deutschen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik beschrieben, neue Projekte der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. vorgestellt sowie verschiedene Tagungsberichte und andere Informationen für Sie aufbereitet. Im Rahmen der Mediothek werden Hinweise zu Neuerscheinungen, Internet-Tipps und aktuellen Tagungen gegeben. Die Schwerpunkte der beiden nächsten Ausgaben lauten ›Bildung und Gesundheit/PISA und die Folgen‹ (Redaktionsschluss 15.10.2003) sowie ›Rahmenbedingungen für die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland‹ (Redaktionsschluss 15.01.2004). Wir mussten den Redaktionsschluss leider etwas vorverlegen, um das pünktliche Erscheinen der Newsletterausgaben weiter zu gewährleisten. Dafür bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Artikelvorschlägen, Projektvorstellungen, Hinweisen zu neuen Medienveröffentlichungen, Tagungsberichten und Terminankündigungen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen


Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Mehrgenerationenhäuser in Niedersachsen	...2
■ Generationen im Wandel – Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung	...3
■ Enkel von DemenzpatientInnen	...4
■ Arbeitsmarktpolitische Perspektiven einer zukünftig verlängerten Lebensarbeitszeit	...5
■ Generationsübergreifende Gesundheitsförderung für Mütter und Kinder	...6
■ Produktive Harmonie? Neue Entwicklungen in der deutschen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik	...7
■ Ansprache- und Aktivierungsstrategien für Bürgerbeteiligung	...8
■ Neues Internet-Portal für bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe	...9
■ Großeltern bei Kindern gefragt – Der Großeltern- und Seniorenkurs	...9
■ Studie Tabakwerbung für Jugendliche	...10
■ Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen	...10
■ Niedrigschwellige Betreuungsangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter	...11
■ Hauptstadtkongress	...11
■ Gesund leben lernen	...12
■ Kinderernährung heute	...12
■ PatientenfürsprecherInnen in Krankenhäusern	...13
■ Chronisch krank – Chronisch arm?	...13
■ Kinder Leicht	...14
■ Generationenperspektive in der Gesundheitsförderung	...15
■ Ältere MigrantInnen in Deutschland	...16
■ Datenbank Patientenunterstützung	...16
■ Barrierefreiheit auch im Internet	...17

Die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung und des sich verändernden Altersaufbaus auf unsere sozialen Sicherungssysteme stehen gegenwärtig im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Für die Reform des Gesundheitswesens wurde ein guter Kompromiss gefunden, an dem ich als Mitglied der Verhandlungskommission mitwirken konnte und der nun in Gesetzesform gegossen wird. Zur Debatte stehen derzeit die von der Rürup-Kommission vorgelegten Konzepte für eine langfristige Sanierung der Sozialkassen. In Kürze wird auch die Herzog-Kommission zur Neuordnung der Sozialversicherung ihre Vorschläge auf den Tisch legen.

Über die anstehenden Reformen darf ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen nicht aus dem Blickfeld geraten, das mir besonders am Herzen liegt: der verbesserte Kontakt der verschiedenen Generationen untereinander.

Ziele der Niedersächsischen Landesregierung

Die Niedersächsische Landesregierung hat sich dieser Frage im Koalitionsvertrag angenommen. CDU und FDP streben an, das verständnisvolle Zusammenleben der Generationen zu unterstützen und das Band zwischen den Generationen enger zu knüpfen. Es sollen Wege eröffnet werden, das Gespräch zwischen Alt und Jung zu intensivieren und einem Generationenkonflikt entgegen zu wirken. Zurzeit gibt es in den Kommunen viele isolierte Angebote und Einrichtungen für die unterschiedlichen Altersgruppen. Wir haben ein Nebeneinander von Altentagesstätten, Krabbelgruppen, Kindergärten, Horten, Jugendzentren, Beratungseinrichtungen und Selbsthilfebüros. Die Vielfalt dieser Angebote ist zwar ein Hinweis auf eine gute Infrastruktur. Zugleich wird dadurch aber auch die Kluft zwischen den Generationen vertieft. Nicht nur das gemeinsame Wohnen von drei Generationen unter einem Dach ist selten geworden. Auch der Alltag außerhalb der eigenen vier Wände ist zunehmend geprägt von altersspezifischen, voneinander getrennten Angeboten.

Brücken zwischen den Generationen: Mehrgenerationenhäuser

Was wir brauchen sind generationenübergreifende Treffpunkte. Eine Möglichkeit dazu bieten die »Mehrgenerationenhäuser«, die in Niedersachsen landesweit eingerichtet werden sollen. Dies sind offene Häuser, in denen alle Generationen den Tag miteinander verbringen. Café und Begegnungsräume, Tagespflege für ältere Menschen, Hausaufgabenhilfe, Krabbelgruppe, Ausbildung junger Mütter, Schülertreffs – dies alles kann unter einem Dach gelebt werden. In diesen Tageseinrichtungen können täglich neue Projekte und Ideen entstehen und umgesetzt werden. Seit Jahren geschieht dies bereits im EXPO-Projekt SOS-Mütterzentrum Salzgitter-Bad. Es sind aber auch Mehrgenerationenhäuser in kleinerem Maßstab und mit einer geringeren Angebotsvielfalt denkbar.

Das Mehrgenerationenhaus ist geprägt von freiwilligem Engagement und Hilfe zur Selbsthilfe. Daneben soll ein Netzwerk an Informationen, auch in professioneller Form, angeboten werden. Die Landesregierung hat das Ziel, im Laufe dieser Legislaturperiode bis zu 50 Mehrgenerationenhäuser zu initiieren. In jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt soll nach Möglichkeit eine solche Einrichtung entstehen. Noch in diesem Jahr werden voraussichtlich die ersten drei Mehrgenerationenhäuser in Niedersachsen einen Förderbescheid erhalten.

Rahmenbedingungen für Mehrgenerationenhäuser

Die Idee der Mehrgenerationenhäuser soll gemeinsam mit den Kommunen umgesetzt werden. Bereits jetzt gibt es sehr viele Einrichtungen, in denen engagierte Arbeit für alle Bevölkerungsgruppen geleistet wird. Diese Angebote sollen dort, wo es sich anbietet, stärker miteinander verknüpft und bedarfsgerecht ergänzt werden. Mehrgenerationenhäuser können häufig auf vorhandenen Strukturen aufbauen, wie die Vielzahl von Zuschriften und Anrufen interessierter Einrichtungsträger und Kommunen zeigt.

Träger der Mehrgenerationenhäuser können neben Kommunen zum Beispiel Wohlfahrtsverbände, Initiativen oder Träger der Jugend- und Altenhilfe sein. Sie haben die Aufgabe, die Gründung, den Aufbau und die Verstetigung des Mehrgenerationenhauses sicher zu stellen. Für einige Bereiche bieten sich Kooperationen an, etwa mit Einrichtungen der Kinderbetreuung, der Seniorenarbeit, der Fachberatung, Fort- und Weiterbildung oder mit speziellen Dienstleistungserbringern. Entscheidend ist, dass von allen Partnern das Selbsthilfekonzentrat des Mehrgenerationenhauses unterstützt wird. Ein Mehrgenerationenhaus sollte zentral gelegen und gut erreichbar sein, damit es wirklich von allen Generationen genutzt werden kann. Weitere, wünschbare Ausstattungsmerkmale sind eine Fläche ab 100 Quadratmeter, ein größerer Raum, der sich als Tagestreffpunkt oder Café eignet, mehrere zusätzliche Räume als Rückzugsmöglichkeiten für Kinder oder ältere Menschen, Helligkeit sowie eine ausreichende Grünfläche.

Finanzierung von Mehrgenerationenhäusern

Grundsätzlich gehört die Einrichtung von Mehrgenerationenhäusern zu den kommunalen Aufgaben. Die Zusammenarbeit mit den Kommunen ist für die Landesregierung deshalb selbstverständlich. Die kommunale Beteiligung kann zum Beispiel durch Überlassung von geeigneten Räumen, Ausstattung und Sachmitteln erfolgen. Die Träger können ihre Eigenmittel auch durch unbezahlte Freiwilligen-Arbeit, Spenden und Erlöse erbringen.

Das Land Niedersachsen fördert für fünf Jahre die Personalkosten für eine fest angestellte Leitungskraft mit 20 bis 30 Wochenstunden auf der Basis von BAT Vb sowie für Honorarkräfte. Darüber hinaus übernimmt das Land einen Teil der Sachkosten und bietet eine begleitende Fachberatung für Träger, Kommunen und Initiativen in der Gründungsphase an.

Die Arbeit im Mehrgenerationenhaus: Prinzip Selbsthilfe und Freiwilligkeit

Das Potenzial an Menschen, die nicht nur die Begegnung mit anderen suchen, sondern freiwillig und sinnvoll eigene Kompetenzen einsetzen wollen, ist durchaus vorhanden. Dies gilt nicht zuletzt für ältere Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden, aber noch viel zu jung zum »Hände-in-den-Schoß-legen« sind. Mehrgenerationenhäuser bieten eine Fülle von Möglichkeiten, die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten einzusetzen. Das »Personal« sollte deshalb vor allem auch von den Menschen gestellt werden, die das Mehrgenerationenhaus nutzen – nach dem Prinzip »Freiwilligkeit« und »Selbsthilfe«. Jüngere Menschen können zum Beispiel den Älteren das Surfen im Internet zeigen, ältere Menschen wiederum Schulkindern bei den Hausaufgaben helfen oder kleinen Kindern vorlesen. Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Der »Nutzen« von freiwilliger Arbeit und gegenseitiger Unterstützung ist vielfältig – in individueller, sozialer und gesundheitlicher Hinsicht.

Die Idee der Mehrgenerationenhäuser ist eine Alternative zur viel beklagten ›Ellenbogengesellschaft‹ und dem wachsenden Individualismus: Solidarität und Gemeinsinn, Toleranz und Anerkennung, Hilfsbereitschaft und Engagement stehen in den Mehrgenerationenhäusern im Mittelpunkt.

Dr. Ursula von der Leyen, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover

Cornelia Schewppe

Generationen im Wandel – Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung

Der Generationenbegriff hat in der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung eine lange Tradition. Es wird zwischen unterschiedlichen Generationenbegriffen differenziert. Der historisch-soziologische Generationenbegriff dient der Unterscheidung kollektiver historisch-sozialer Gruppierungen, die sich durch eine gemeinsame Lage im historischen Raum sowie gemeinsame Erlebnisse und Handlungsformen auszeichnen. Beim pädagogischen Generationenbegriff geht es um das Grundverhältnis der Erziehung als Verhältnis zwischen einer vermittelnden und einer aneignenden Generation. Der genealogisch-familiensoziologische Generationenbegriff zielt auf die Unterscheidung der Abstammungsfolgen in Familien (Liebau).

Aufgrund von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen wird die Bestimmung des Generationenbegriffes allerdings zunehmend schwieriger. Traditionell stand der Begriff der Generation in Bezug zu einem bestimmten Lebensalter, das wiederum für Lebensstile, Lebensgefühle, Konsumverhalten oder Geschmacksrichtungen stand. Mit der Relativierung bzw. Biografisierung der Lebensalter sind Lebensstile und Konsumgewohnheiten aber nicht mehr unbedingt an bestimmte Altersgruppen gebunden, sondern eher an altersübergreifende Lebensstile und -orientierungen (Böhnisch). Die Bestimmung des Generationenbegriffes erschwert sich darüber hinaus durch das zunehmende Auseinanderklaffen von gesellschaftlich definierten und subjektiv erlebten Lebensaltern.

Der folgende Beitrag fokussiert auf Generationenverhältnisse und -beziehungen innerhalb der Familie. Der Generationenbegriff ist auch in Bezug auf die Familie immer schwieriger zu definieren. Aufgrund der Verlängerung der Lebenszeit und den damit veränderten Familienstrukturen können Familienrollen, die früher mit bestimmten Lebensaltern verbunden waren, nun in ein weites Zeitintervall fallen, was die Zuordnung zur jungen oder alten Generation schwer macht. So gibt es junge Alte und alte Kinder und Großeltern, die gleichzeitig auch Enkel sind. Am Beispiel der 45-jährigen Großmutter wird die Entkoppelung von Lebensalter, Generation und Familienrolle deutlich. Familienrollen lassen sich nicht mehr eindeutig bestimmten Generationen zuordnen.

Familiale Generationenbeziehungen und -verhältnisse nehmen in der öffentlichen Diskussion einen breiten Raum ein und werden häufig als Krisenszenarium thematisiert. Das Brüchigwerden traditioneller Erziehungs- und Versorgungsverhältnisse, die abgeschobenen und von der Familie isolierten Alten und die sich angeblich auflösende Solidarität mit nicht aufgehörender Bezugnahme zur Diag-

nose über die Familie als Verfallsgeschichte und die Auflösung von Familienbeziehungen stehen im Mittelpunkt.

Beziehungen zwischen den Familiengenerationen

Die bisherigen Ergebnisse aus der Familienforschung bestätigen diese Diagnose allerdings keineswegs. Vielmehr zeigen sich enge, verlässliche und solidarische Beziehungen zwischen den Mitgliedern der unterschiedlichen Familiengenerationen. Dies betrifft sowohl die *affektive Ebene*, d. h. das subjektive Zusammengehörigkeits- und Verbundenheitsgefühl von Familienmitgliedern, die *assoziative Ebene*, die sich auf gemeinsame Aktivitäten und die Art und Häufigkeit der Kontakte bezieht als auch auf die *funktionale Ebene*, die Unterstützungshandlungen, also das Geben und Nehmen in Bezug auf Geld (monetäre Hilfen), Zeit (instrumentelle Hilfeleistungen) und Raum (Koexistenz) umfasst. Allerdings müssen diese Daten mit Vorsicht interpretiert werden, denn sie sagen wenig über die Qualität der Beziehungen aus – eng kann z. B. auch zu eng bedeuten und vielfältige Belastungen mit sich bringen. Die Frage nach den familialen Generationenbeziehungen kann erst dann angemessen beantwortet werden, wenn sie im Rahmen der veränderten Lebensbedingungen und -formen der einzelnen Familiengenerationen betrachtet werden, die erhebliche Auswirkungen auf familiäre Generationenbeziehungen haben. Am Beispiel der zunehmenden Pflegebedürftigkeit der älteren Generation kann dies verdeutlicht werden.

Durch die Verlängerung der Lebenserwartung und der damit gestiegenen Hochaltrigkeit hat der Pflegebedarf von alten Menschen drastisch zugenommen. Auch diesbezüglich kann nicht vom Verfall der Familie die Rede sei. Die überwiegende Mehrheit pflegebedürftiger alter Menschen wird in der Familie gepflegt; die Familie ist der größte Pflegedienst für hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen und das bei Pflegezeiten und Pflegezuständen, die historisch noch nie so lang bzw. gravierend waren wie heute. Hinter der auf der Oberfläche erscheinenden Normalität und familialen Absicherung von Pflegeleistungen für alte Menschen wird jedoch ein erhebliches Konfliktpotential sichtbar. Eine Vielzahl von Studien hat auf z. T. extreme Belastungen der Pflegenden hingewiesen, die in ihrer Lebensgestaltung und -planung nicht nur stark eingeschränkt, sondern auch mit erheblichen psychischen, sozialen, zeitlichen, körperlichen und finanziellen Problemen oft bis zum völligen Zusammenbruch belastet sind. Die Pflege von alten Menschen birgt somit auch ein besonderes Gesundheitsrisiko in sich. Wie prekär Familienpflege sein kann, wird auch an familialer Gewalt gegenüber hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen deutlich.

Anpassung an veränderte Lebenssituationen

Diese Ambivalenz zwischen Solidarität und Überforderung kann als Ausdruck der heutigen Generationenbeziehungen in der Familie interpretiert werden und ist Zeichen eines gesellschaftlichen Strukturproblems, das darin besteht, dass die gesellschaftliche Antwort auf die veränderten Lebenssituationen und -formen der einzelnen Familiengenerationen zögerlich ist. Im Hinblick auf die Pflege von alten Menschen wird dies an einem qualitativ und quantitativ unzureichenden, gar anachronistischen öffentlichen Altenhilfesystem deutlich. Stationäre Einrichtungen tragen immer noch häufig den Charakter ›totaler Institutionen‹ und die ambulante Altenhilfe hat bei weitem nicht auf den veränderten Bedarf häuslicher Pflege reagiert. Die fehlende gesellschaftliche Antwort wird privatisiert und auf die Familie verlagert. Diese ist aber wegen des veränderten familialen Zusammenlebens schon bereits bei der Sicherstellung der

ihr traditionell zugewiesenen Aufgaben, z. B. der Erziehung von Kindern, tendenziell überfordert. Kommen noch weitere Aufgaben und Anforderungen hinzu, wird sie in der Konsequenz strukturell überlastet, die bislang solidarischen Beziehungen verkehren sich schnell in ihr Gegenteil und die Gesundheitsbelastungen sind z. T. erheblich. Im Falle der Pflege von alten Menschen betrifft dies insbesondere die mittlere Generation, und im Wesentlichen Frauen, die hierdurch nicht nur mit der Doppelbelastung von Kindererziehung und Beruf, sondern zusätzlich mit der Pflege der alt werdenden Familienmitglieder belastet werden.

Im Abbau dieser strukturellen Be- und Überlastungen durch ein auf die sozialen Wandlungsprozesse reagierendes öffentliches Versorgungssystem liegen die zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen nicht nur für die Gestaltung und Sicherung familialer Generationenbeziehungen, sondern insbesondere auch für die Gesundheitsförderung.

Prof. Dr. Cornelia Schewpe, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Pädagogisches Institut, 55099 Mainz, E-Mail: c.schewpe@uni-mainz.de, Literatur bei der Verfasserin

Susanne Zank

Enkel von DemenzpatientInnen

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. Etwa zweidrittel aller Demenzsyndrome beruhen auf einer Alzheimer-Erkrankung und können nicht geheilt werden. Nach vorsichtiger Schätzung leben 900.000 PatientInnen mit mittelschwerer und schwerer Demenz in der Bundesrepublik. Etwa 60 bis 70% aller demenziell Erkrankten werden von Familienmitgliedern zu Hause betreut. Diese Betreuung und Pflege ist mit objektiv und subjektiv hohen Belastungen verbunden, die sich in zunehmendem Maße auch auf den Entwicklungsverlauf der Enkelkinder auswirken.

Die Enkelkinder

Die Enkel von DemenzpatientInnen können Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene sein, vielfach handelt es sich um Jugendliche. Das Jugendalter ist von einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben gekennzeichnet, die bewältigt werden müssen. Zunächst sind die Jugendlichen mit körperlichen und hormonellen Veränderungen konfrontiert. Die Integration in Freundes- und Gleichaltrigengruppen ist von großer Wichtigkeit, da diese auch unterstützend bei der notwendigen Ablösung vom Elternhaus sind. Weiterhin ist die Aufnahme von Liebesbeziehungen mit ersten sexuellen Erfahrungen kennzeichnend für das Jugendalter. Eine erfolgreiche Schulausbildung mit dem Ziel einer realistischen Berufswahl und dem Erlangen entsprechender Ausbildungsmöglichkeiten ist eine weitere, wichtige Aufgabe. Das übergeordnete Ziel oder auch die wichtigste umfassendste Entwicklungsaufgabe ist jedoch die Erreichung einer eigenständigen, unverwechselbaren Identität. Diese lange Liste von Entwicklungsaufgaben zeigt, dass im Jugendalter vielfältige Anforderungen warten, deren Bewältigungsversuche mitunter stürmisch verlaufen. Die Jugendlichen sind dabei auf zuverlässige Unterstützung angewiesen. Diese Periode stellt insgesamt auch bei relativ unproblematischem Verlauf eine erhebliche Herausforderung für Eltern und Jugendliche, also das gesamte Familiensystem, dar.

Auswirkungen auf die Entwicklung

Welche Auswirkungen hat es nun für den Entwicklungsverlauf der Jugendlichen, in deren Familien eine demenzkranke Person betreut

wird? Bedauerlicherweise gibt es bisher ausgesprochen wenig wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema, so dass keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen. Einige bedeutsame Faktoren lassen sich jedoch aus den Befunden zur Belastung pflegender Angehöriger ableiten. So spielen zunächst objektive Bedingungen eine wichtige Rolle, z. B. ob der/die Erkrankte mit im Haushalt der Familie wohnt, wie viel Zeit für seine/ihre Betreuung aufgebracht werden muss, welcher Art die Pflegetätigkeiten sind, ob es formelle und informelle Pflegehilfen gibt, ob die Hauptpflegeperson zusätzlich berufstätig ist oder ob mehrere Kinder im Haushalt leben. Weiterhin sind das bisherige Familienklima und die Beziehungen zur/zum Erkrankten von großer Bedeutung. Wird eine geliebte Mutter und Großmutter, zu der es langjährige gute Beziehungen gab, gepflegt oder handelt es sich um die Übernahme von Pflegeaufgaben bei einer wenig geschätzten Person aus finanziellen Gründen oder vermeintlicher Pflichterfüllung? Die Krankheitsschwere und die Symptome der/des Erkrankten sind ebenfalls sehr wichtig. So sind z. B. Aggressivität, nächtliche Unruhe, paranoide Symptome oder ›Spielen‹ mit Fäkalien äußerst belastende Verhaltensweisen für die Familienmitglieder.

Da die Pflege Demenzkranker von vielen Angehörigen als sehr belastend und zeitraubend geschildert wird, liegt die Vermutung nahe, dass diese Aktivitäten auch zur Vernachlässigung der berechtigten Anliegen der Jugendlichen führen. Eine der wenigen Studien zu diesem Thema belegt negative Auswirkungen für das soziale Leben und eine schlechte Beziehung dieser Jugendlichen zu ihren Großeltern. Aus einer weiteren Studie werden jedoch auch positive Aspekte vermerkt. In dieser Studie wurden 20 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 20 Jahren u. a. zu ihrer Beziehung zu der/dem Erkrankten, zu anderen Familienmitgliedern und zur Kommunikation über die Krankheit interviewt. Die meisten Befragten gaben an, dass die Krankheit die familiären Beziehungen erheblich beeinflusst, in der Regel jedoch positiv. Sie verbrachten zwangsläufig mehr Zeit mit ihren Geschwistern. Dies hatte eine Verbesserung der Beziehungen zur Folge. Weiterhin wurde ein innigeres Verhältnis zur Hauptpflegeperson festgestellt. Die Jugendlichen berichteten von größerem Verständnis für alte Menschen. Probleme wurden allerdings in Bezug auf die Beziehungen zu Gleichaltrigen genannt. Scham über die Verhaltensweisen der Erkrankten oder Verletzungen durch uneinfühlsame Reaktionen der FreundInnen führten dazu, dass FreundInnen/Bekannte sehr sorgfältig ausgewählt werden mussten.

Ausblick

Der unzureichend wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Auswirkung familiärer Pflege auf die Entwicklung adoleszenter Familienmitglieder sollte dringend verbessert werden. An der Freien Universität Berlin wird deshalb zurzeit ein Forschungsprojekt durchgeführt, um die Auswirkungen der Pflege auf die Beziehungen der Enkel zu Gleichaltrigen genauer zu beleuchten.

Aus den Forschungen zu anderen Erkrankungen ist zu vermuten, dass Informationen über die Erkrankung und offene Kommunikation über die Pflegesituation den Jugendlichen helfen, die Situation zu bewältigen. Die demographische Entwicklung wird zu einer erheblichen Zunahme von Demenzkranken führen, und da ein medizinischer Durchbruch zur Heilung dieser Erkrankungen mittelfristig nicht zu erwarten ist, stellt die Unterstützung der betroffenen Familien eine gesamtgesellschaftlich äußerst wichtige Aufgabe dar.

PD Dr. Susanne Zank, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Arbeitsgruppe Gerontologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Literatur bei der Verfasserin

Arbeitsmarktpolitische Perspektiven einer zukünftig verlängerten Lebensarbeitszeit

Arbeitsplatzgestaltung – Gesundheitsförderung – Berufliche Bildung

Der frühzeitige Ruhestand war vordergründig ein probates Instrument zur sozialen Bewältigung der zäh verharrenden Massenarbeitslosigkeit. Die großzügigen Regelungen zum Vorruhestand und zur Altersteilzeit sind für ArbeitnehmerInnen sehr verführerisch.

Die Gewerkschaften sehen darin die Möglichkeit, einen Beitrag zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit zu liefern. Alte, lange gediente ArbeitnehmerInnen machen den Platz frei für Junge, das klingt gut. Die Arbeitgeber vor allen Dingen sind froh, ihre Belegschaften zu verjüngen, sich »unblutig« von ihren kostspieligen älteren MitarbeiterInnen zu trennen (60% der Unternehmen in Deutschland beschäftigen kaum jemanden über 50). Die Regierung und das Parlament schließlich machen sich sozialpolitisch verdient. Dies alles geschieht auf Kosten Dritter, ein typischer Fall von rheinischem Kapitalismus oder Korporatismus zum Nachteil von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft.

Aufgrund der Vorruhestandsregelung arbeiten heute ArbeitnehmerInnen kaum noch bis zum offiziellen Rentenalter von 65 Jahren. In ca. zehn Jahren werden infolge der demographischen Entwicklung aber wieder händeringend Arbeitskräfte gesucht. Deren Abwesenheit hat eine verlängerte Lebensarbeitszeit zur Folge. Die Risiken und Nebenwirkungen der Frühverrentung holen uns somit wieder ein. Das System der Frühverrentung hat somit ausgedient, denn es ist finanziell nicht mehr tragbar. Mit den Älteren geht viel Humankapital und Know-how, insbesondere Erfahrungswissen, verloren und der Rückgang der Erwerbsbevölkerung – besonders der Jüngeren – beschert uns binnen weniger Jahre Arbeitskräftemangel und Strukturprobleme am Arbeitsmarkt.

»Wer rastet, der rostet«

Es wird nicht leicht werden, das süße Gift der Frühverrentung zu eliminieren. Aber unsere Gesellschaft hat keine Wahl mehr. Das Programm erscheint als das Richtige, das Rentenalter sukzessive herauf zu setzen und den zunehmenden Kräftermangel zu kompensieren. Allerdings scheint es kontraproduktiv, bereits derzeit die (Wochen-)Arbeitszeit drastisch zu erhöhen. Dies würde die gegenwärtig vorhandene Arbeitslosigkeit weiter erhöhen. Ab 2010/2015 wird der Arbeitskräftemangel drastisch eintreten. Man kann allerdings die Hypothese vertreten, dass für viele frühzeitige RuheständlerInnen ein längeres Verbleiben im Erwerbssystem höhere Zufriedenheit, ein qualitativ höherwertiges, da ausgefüllteres Leben bereit hält. »Wer rastet, der rostet«, ist die populäre Umschreibung dessen, was man in der Psychologie und Arbeitswissenschaft den »Disuse-Effekt« nennt. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die brachliegen, werden im Laufe der Zeit eingebüßt. Vorzeitige Alterungsprozesse können sich einstellen. Demgegenüber wird der alterungsbedingte Abbau von Befähigungen weit überschätzt. So lange man physisch, emotional und psychisch zur Erwerbsarbeit in der Lage ist, sollte man sie ausüben – zum eigenen Nutzen.

Arbeitsplatzgestaltung

Allerdings muss sich auch die Betriebs- und Arbeitsorganisation auf die Bedürfnisse älterer MitarbeiterInnen einstellen. Es stellt sich arbeitsorganisatorisch günstig dar, altersgemischte Arbeitsgruppen zu gestalten, vor allem zu vermeiden, dass die Jüngeren neueste Technologien, die Älteren »Auslaufmodelle« als Arbeitsobjekte betreuen. So wird erleichtert, voneinander zu lernen, vom Wissen der jeweils anderen Generation zu profitieren.

Die betriebliche Arbeitszeitorganisation ist gehalten, die Bedürfnisse Älterer zu berücksichtigen. Dies betrifft Lage und Verteilung

der Arbeitszeit, Schichtarbeit und Schichtwechsel, Möglichkeiten der Einräumung von Teilzeit, Auf- und Abbau von Arbeitszeitkonten, schließlich die Möglichkeiten eines gleitenden Überganges in den Ruhestand. Generell sollte ein Betriebsklima herrschen, das auf die Belange und Bedürfnisse Älterer wie Jüngerer eingeht und ihre Arbeitsfreude auch immateriell fördert. Dazu zählt ebenfalls das Führungsverhalten. Ältere MitarbeiterInnen schätzen es, gebraucht und nicht zum »alten Eisen« gezählt zu werden.

Die (betriebliche) Gesundheitspolitik ist gehalten, Prävention und Rehabilitation zur Reduzierung von Ausfallzeiten und früher Ausgliederung aus dem Erwerbsleben zu forcieren. Gesundheitsförderung in Betrieben ist eine wesentliche Umsetzungsstrategie dieser Form von ernst gemeinter Gesundheitspolitik. Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst sämtliche Anstrengungen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Kombination aus folgenden Maßnahmen erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und -bedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung an der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen

Berufliche Bildung

Auch hinsichtlich der beruflichen Bildung muss einiges getan werden, um den älteren MitarbeiterInnen entgegen zu kommen. Für Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung darf es kein Höchstalter geben. Denn ältere MitarbeiterInnen besitzen nicht nur die höchsten Akademikeranteile (22%), sondern auch die niedrigsten Ungelerntenquoten (9%). Wechselnde Aufgaben und Schwerpunkte sollen die Anpassungsfähigkeit fördern, um den so genannten »Disuse-Effekt«, der Menschen in monotonen, gleichförmigen Arbeitssituationen lernentwöhnt, zu vermeiden.

Auch organisiertes Lernen in Form von Lehrgängen soll möglichst arbeitsintegriert sein und an den beruflichen Erfahrungen anknüpfen. Es soll unmittelbar anwendbar sein. Altersgemischte Belegschaften sind auch für den Wissenstransfer förderlich – durchaus nicht nur zum Vorteil Älterer. Es sei daran erinnert, dass 80% des handlungsrelevanten Wissens Erfahrungswissen ist, über das ältere Menschen in höherem Ausmaß verfügen. Über längere Zeit haben wir noch hohe Bestände an Qualifizierten mittleren und höheren Alters, deren berufliche Kompetenz durch verstärkte Fortbildung erhalten und weiterentwickelt werden kann und muss. Ältere MitarbeiterInnen werden in wenigen Jahren in den Unternehmen wertvoll, da unverzichtbar sein, ansonsten würden aus Arbeitskräftemangel immer mehr Aufträge/Projekte nicht mehr übernommen werden können. Die Unternehmen sollten ältere MitarbeiterInnen schätzen und pflegen – heute bereits.

Dr. Heinz Willi Bach, Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, Fachbereich Arbeitsverwaltung, Seckenheimer Landstr. 16, 68163 Mannheim, Tel.: (06 21) 42 09-1 75, E-Mail: heinz-willi.bach@arbeitsamt.de

Das Müttergenesungswerk (MGW): Lobby für erholungsbedürftige Mütter und Kinder

Nach dem Krieg mussten für die große Zahl der notleidenden Frauen dringend Erholungsheime geschaffen werden. Elly-Heuss-Knapp gründete 1950 die Sammlungsstiftung ›Müttergenesungswerk‹ als Zusammenschluss der fünf Trägergruppen der freien Wohlfahrtspflege. Ziel war es, die für die Arbeit notwendigen Mittel zu sammeln, das Recht auf Erholungsfürsorge für Mütter in die Öffentlichkeit zu tragen und eine Einbeziehung der nicht berufstätigen Frau in das Sozialversicherungssystem zu erreichen. 1962 gelang die Verankerung der Müttergenesung im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und 1974 in die Reichsversicherungsordnung.

Anfang der 70er Jahre wurde es in immer mehr Kureinrichtungen möglich, auch Kinder mitzubringen. Damit trug das MGW der Entwicklung Rechnung, dass viele Frauen für ihre kranken Kinder ebenfalls eine stationäre Maßnahme benötigten, sie sich aus einem anderen Erziehungsverständnis heraus für die Dauer der Maßnahme nicht von ihrem Kind trennen wollten oder niemanden für die Betreuung des Kindes gehabt hätten.

Die Verknüpfung der Mutter-Kind-Einheit und der Kindergesundheit

Neue wissenschaftliche Untersuchungen verdeutlichen eine Zunahme von Gesundheitsgefährdungen und chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Die kindliche Lebenswelt ist geprägt von vielfältigen Stressreizen, Schnelllebigkeit, Leistungsanforderungen und Umweltschädigungen, die Kinder unter Druck setzen und in der Reaktion zu vielfältigen Erkrankungen führen können.

Unter diesen Bedingungen kommt der Mutter-Kind-Interaktion eine wichtige Rolle zu, da die Beziehung zwischen Mutter und Kind der wichtigste protektive Gesundheitsfaktor in den ersten Lebensjahren eines Kindes ist. Sie hat eine ausgleichende Funktion für kindliche Erkrankungen oder Störungen und die emotionale, kognitive, physische und soziale Entwicklung des Kindes wird entscheidend durch die Mutter-Kind-Interaktion beeinflusst. So kommt der Gemeinsamkeit von Müttern und Kindern als familienmedizinischer Einheit im Rahmen der stationären Maßnahme einer Mutter-Kind-Kur eine zentrale Bedeutung zu.

Bedeutung des generationsübergreifenden Ansatzes für die stationäre Prävention/Reha im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur

Die generationsübergreifende Gesundheitsförderung ist eine adäquate Reaktion auf die Erkenntnis, dass die Gesundheit und Krankheit von Müttern und Kindern immer eng miteinander verknüpft sind.

- Ein auf Frauen und Mütter zugeschnittener Gesundheitsansatz bedeutet, neben den medizinisch-therapeutischen Maßnahmen die Lebenswirklichkeiten von Müttern zum Thema zu machen, z. B. durch Einzelgespräche oder Gruppensitzungen mit den Themen Erziehung, Suchterkrankungen, Partnerschaft, Stress, Selbstsicherheit. In der Auseinandersetzung wird deutlich, wie wichtig die Selbstverantwortung für das eigene Gesundheitshandeln ist. Neben der schulmedizinisch orientierten Behandlung werden auch die Stärken und Kompetenzen der einzelnen Frauen und Kinder als heilsame Ressourcen bestmöglich gefördert.

Für ein Einrichtungskonzept bedeutet dies, dass die Maßnahmen der Mütter und der Kinder gleichwertig nebeneinander stehen. Jede/Jeder erhält die jeweils individuellen Therapien einerseits (z. B. Massage-Bäder, Sport, Einzel- und Gruppengespräche für die Frauen und Entspannungsübungen, Psychomotorik, Inhalationen, Bäder, Atemschule für die Kinder). Daneben gibt es auch gemein-

same neue Erfahrungen in einem therapeutischen Umfeld im Rahmen der Mutter-Kind-Interaktionsangebote (z. B. Bewegung, Baden, Entspannungsübungen, Massagen, Singen) zur Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung. Die Weiterbehandlungsempfehlungen am Ende der Maßnahme sind Bausteine gemeinsamer Gesundheitsförderung, die auch zu Hause fortgeführt werden.

- Die gemeinsam erlebte Erfahrung von Heilung hat im Krankheitserleben von Müttern und ihren Kindern eine besonders hohe Qualität, da sie ein Vorbild für das Verhalten im familiären Umfeld sein kann. Das ›Negativbild‹ die Mutter wird krank, weil das Kind krank ist, wird umgewandelt in ein ›Positivbild‹ wir beide werden gemeinsam gesund.

Reaktionen des MGW auf gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen

Die Konzepte in den Einrichtungen des MGW orientieren sich immer an den gesellschaftlichen Entwicklungen und dem Klientel, das in die Häuser kommt. Besonders der Anteil der alleinerziehenden Mütter steigt ständig. Auffällig ist bei dieser Gruppe der oft hohe Bildungsstand mit einer geringen sozialen und finanziellen Absicherung. Für diese Frauen bieten die Konzepte neben den medizinischen Therapien individuelle Hilfestellungen z. B. zur Strukturierung des Alltags mit wesentlichen Impulsen für gesundheitsförderliche Copingstrategien. Unterstützend wirkt auch die Erfahrung der Gemeinsamkeit in den Maßnahmen, der Austausch und das Anstreben von Veränderungen für Zuhause.

Ebenso sind immer mehr Frauen berufstätig und entwickeln in der Doppelrolle der berufstätigen Mutter Stresssymptome und Überlastungskrisen. Als therapeutische Hilfen haben Stressverarbeitungstrainings, Entspannungsverfahren und Zeitmanagementgruppen im Rahmen der Mutter-Kind-Maßnahme gute Erfolge.

Zu der gesellschaftlichen Entwicklung, dass immer mehr Väter in der Erziehungsverantwortung sind, hat das MGW eine klare Position: Das MGW ist aus seiner Tradition heraus für Frauen zuständig. Die Einrichtungen bieten einen Schutzraum für Frauen und frauenspezifische Präventions- und Rehamassnahmen für Mütter und Kinder. Ihre Therapien umfassen immer medizinische, psychische und soziale Aspekte von Krankheit. Sie sind deshalb indikationsgerecht und zugleich spezifisch für die Situation von Müttern und Kindern.

Ein festgelegtes Konzept zur Qualitätssicherung garantiert die Anpassung an die sich verändernden Rahmenbedingungen.

*Sabine Köther, Leiterin des Ev. Kurzentrums und Sanatoriums für Frauen und Kinder
CODE TIED, Königsbergerstr. 12-16, 25761 Büsum, Tel.: (0 48 34) 9 50 90,
Fax: (0 48 34) 9 50 94 00, E-Mail: godeltied@ne-fw.de, Internet: www.ne-fw.de*

Produktive Harmonie? Neue Entwicklungen in der deutschen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik

Soviel Einigkeit wie im Jahr 2003 war selten festzustellen zwischen Regierungs- und Oppositionsparteien, zwischen Bund und Ländern: der Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung soll eingeleitet werden. In der EntschlieÙung der 76. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 2./3. Juli 2003 in Chemnitz wurde einstimmig diese Forderung nach einem Paradigmenwechsel festgehalten, »durch den der Prävention und Gesundheitsförderung ein zumindest gleichrangiger Stellenwert neben der Kuration und der Rehabilitation zugebilligt wird«. Die GMK ist der Überzeugung, dass die zukünftige Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems durch »Aufwertung und Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung geschehen muss, da die kurative Medizin sonst nicht im Stande sein wird, die zunehmende Krankheitslast zu bewältigen«. Die Länder bitten die Bundesregierung »sicherzustellen, dass eine kommunale und regionale Steuerung von Maßnahmen« erfolgen kann und halten eine Verstärkung des Engagements der gesetzlichen Krankversicherung (GKV) in der Primärprävention für »dringlich geboten«. Zur Umsetzung dieser Bitten und Forderungen wird die Bundesregierung gebeten, »den angekündigten Entwurf eines Präventionsgesetzes kurzfristig einzubringen, der vor allem folgende Leitlinien berücksichtigen sollte:

- Entwicklung eines zeitgemäÙen Verständnisses von Prävention und Gesundheitsförderung, das auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen umfasst,
- Beschreibung prioritärer Präventionsziele und Bündelung von Ressourcen
- Stärkung des Bewusstseins sowie der Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Menschen
- Stärkung des Stellenwertes der Selbsthilfe im Gesundheitswesen
- Eröffnung von Möglichkeiten zu regional- und zielgruppenspezifischen Maßnahmen auch unter Berücksichtigung sozial bedingter Ungleichheiten, insbesondere durch Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und in Kooperation mit Akteuren aus dem Bereich der Wirtschaft, dem Kultur-, Bildungs- und Freizeitbereich,
- Förderung der Präventionsforschung und Intensivierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe.«

Die EntschlieÙung endet mit einem klaren Bekenntnis der Länder zu den föderalen Aufgaben im Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Bundesregierung hat darauf sehr prompt reagiert. Nachdem in dem ersten Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Verpflichtung der GKV zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten vorgesehen war, werden jetzt nach den Gesundheitskonsensgesprächen keine Änderungen an dem § 20, Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V) vorgenommen. Zunächst soll das von den Ländern und Opposition geforderte, im Koalitionsvertrag bereits festgehaltene Präventionsgesetz verabschiedet werden. Für die Eckpunkte zu einem Präventionsgesetz liegen erste Entwürfe vor. In die-

Kassenart	Ausgaben je Versicherten 2001	Ausgaben je Versicherten 2002	Veränderung in Prozent
AOK	1,44	1,74	20,8
BKK	0,62	0,87	40,3
Bundesknappschaft	0,11	0,31	181,8
Ersatzkassen für Angestellte	0,42	0,66	58,2
Ersatzkassen für Arbeiter	1,40	2,41	72,1
Innungskrankenkassen	1,36	1,74	27,9
See-Krankenkasse	0,08	0,12	50,0
Bundesverband der Landwirt. Kassen	0,53	0,54	1,9
GKV insgesamt	0,91	1,19	30,8

GKV-Ausgaben je Versicherten für Leistungen nach § 20, Abs. 1 und 2, SGB V in den Jahren 2001 und 2002 (in Euro)

sen Entwürfen wird eine Gesamtstrategie Prävention entwickelt, die auf verschiedenen Ebenen ansetzt:

- Auf Bundesebene: Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, Präventionsgesetz, in jeder Legislaturperiode einen nationalen Präventionsbericht sowie einen nationalen Aktionsplan »Prävention«
- Auf Länderebene: Gesundheitskonferenzen, Öffentliche Gesundheitsdienst-Gesetze (ÖGD) sowie landesweite Aktionspläne
- Auf kommunaler Ebene: kommunale Gesundheitskonferenzen und kommunale Aktionspläne.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Präventionsgesetzes liegen auf vier Ebenen:

- Koordination und Kooperation, wobei der »Begrifflichen Vereinheitlichung« und der einheitlichen Leistungskonkretisierung eine besondere Bedeutung zukommt,
- Qualitätssicherung,
- Lebensweltorientierte Maßnahmen, insbesondere in Kindergarten, Schulen, Betrieben und sozial benachteiligten Stadtteilen,
- Neuordnung der primären Prävention in der Sozialversicherung, hierzu sollen neben

der GKV auch die Pflegekassen und Rentenversicherer einbezogen werden.

Der finanzielle Rahmen soll sich an der Summe von 180 Millionen Euro orientieren, die im Rahmen der GKV (theoretisch) jährlich zur Verfügung stehen und durch Anteile von Bund, Ländern und anderen Sozialversicherungszweigen aufgestockt werden.

Die jetzt vorliegenden Zahlen der GKV für das Jahr 2002 zeigen, dass der finanzielle Rahmen des § 20, SGB V wiederum nicht einmal zur Hälfte ausgeschöpft wurde. Von

den im Jahr 2002 zur Verfügung stehenden 2,62 Euro je Versicherten wurde durchschnittlich ganze 1,19 Euro ausgegeben.

Der seit Mai 2003 vorliegende Pilotbericht der Aktivitäten der GKV in Settings 2001 zeigt zudem ganz nebenbei, dass die meisten Mittel in individuelle Maßnahmen fließen. Auffallend am Bericht 2001 ist zudem das Ungleichgewicht der erfassten Leistungen zur Primärprävention im Vergleich zu den Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Es wurden erheblich mehr Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (N = 1.189) als Leistungen der Primärprävention (N = 149) erfasst. Im Pilotbericht wird dieses Ungleichgewicht folgendermaßen erklärt: »Der große Erfahrungsvorsprung, den die Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor den nichtbetrieblichen Settings haben, zeigt sich in der Dokumentation insbesondere auch an den unterschiedlichen Fallzahlen« (S. 8). Inwieweit sozial benachteiligte Gruppen gemäß der Intention des § 20, SGB V erreicht werden, bleibt völlig offen.

Der BKK-Bundesverband hat als erste Kassenart auf die vehemente Kritik an der mangelnden Orientierung der GKV-Präventionsaktivitäten auf sozial benachteiligte Zielgruppen im August 2003 reagiert mit neuen Aktivitäten zur Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung für

sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen unter dem Motto »Mehr Gesundheit für alle«. Darüber werden zwölf Teilprojekte in den Bereichen Schule/Kindertagesstätten, Arbeitslose, MigrantInnen sowie drei weitere Einzelprojekte mit einem Förderbetrag von insgesamt 1,7 Millionen Euro im Jahr 2003 gefördert. Ein ähnlich breiter Ansatz fehlt bei den anderen Kassenarten bislang.

Trotz dieser ersten Schritte einer Kassenart in die vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgeordnete Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen hat sich ansonsten im Jahr 2003 wenig geändert in der Prävention und Gesundheitsförderung. Neu ist die Harmonie zwischen Bund und Ländern, Regierungs- und Oppositionsparteien und die schnelle Taktung der Forderungen, jetzt endlich gemeinsam zu handeln und Prävention und Gesundheitsförderung einen neuen Stellenwert zukommen zu lassen. Aber allein diese neue doppelte Wortmarke »Prävention und Gesundheitsförderung« zeigt, dass zunächst eine begriffliche Klärung und vielleicht auch wieder Vereinzeln beider Ansätze notwendig ist. In den Eckpunkten und in der Bundesratsentscheidung wird diese Art der Konkretisierung folgerichtig gefordert. Unklar ist nur, wer sie vornehmen kann und soll und ob das jetzt von allen geforderte nationale Präventionsgesetz der erste Schritt in diese Richtung oder Endpunkt vieler Diskussionen sein soll.

Anschrift: siehe Impressum, Literatur beim Verfasser

Tagungsbericht

»Ansprache- und Aktivierungsstrategien für Bürgerbeteiligung«

Bei der Konzeption und Planung von Plätzen, Straßen oder ganzen Wohnquartieren steht die aktive Mitarbeit einer Vielzahl von interessierten BürgerInnen und BewohnerInnen ganz weit oben auf der Wunschliste der planungsverantwortlichen Akteure.

Leider bleibt dieser Wunsch vielerorts unerfüllt. Vor diesem Hintergrund führte das Bürgerbüro Stadtentwicklung Hannover am 25. Juni 2003 einen Workshop zum Thema »Ansprache- und Aktivierungsstrategien für Bürgerbeteiligung« in der Reihe »Qualifizierung für Bürgerbeteiligung und bürgerschaftliches Engagement« in Hannover durch.

»Platz da« für neue Ideen

Für großes Aufsehen beim TeilnehmerInnenkreis, der sich aus VertreterInnen der verschiedenen Stadtverwaltungsdienste, Initiativen und Vereine aus der Stadt Hannover und Umgebung zusammensetzte, sorgte das Projekt »Platz da!« aus Köln, vorgetragen von Herrn Angelis vom Büro für Architektur und Gestaltung in Köln. Mit der Aktion, eine Straßenkreuzung mit Hilfe einer auffälligen Zebrastreifenmarkierung zu einem temporär neuen und besonderen öffentlichen Ort umzugestalten, entstand eine Aktionsfläche mit nicht alltäglichen Begegnungen und damit eine ganz neue Art der BürgerInnenaktivierung. Die Aktion hat einen Umgestaltungsprozess ausgelöst, der noch in vollem Gange ist.

Hainholz himmelwärts und Co.

Die Vorstellung von Aktivierungsstrategien aus den Raum Hannover eröffnete Frau Gingrich von der Gemeinwesenarbeit Mittelfeld mit der Präsentation der aktivierenden Befragung der BewohnerInnen des Zittauer Hofs. Hintergrund war die dort anstehende Sanierung eines Wohnblocks mit dem Ziel, die Bewohnerschaft bei der Umgestaltung aber auch bei der Belegung der Wohnungen mit einzubeziehen. Infolge einer Fragebogenaktion in den Wohnungen der Befragten wurde eine Ausstellung mit den Ergebnissen der Anregungen durchgeführt und eine »Aktiv«-Gruppe ins Leben gerufen, die bei der Sanierung des Blocks mit einbezogen wird.

Petra Volk führte die Projektvorstellungen mit der Darstellung des Planungsprozesses eines sozialen und kulturellen Zentrums in Roderbruch fort. Mit der Organisation und Durchführung einer Besichtigungstour zu bereits bestehenden Kulturtreffs, mit der Vergabe von Detektivaufträgen an Kinder, gute und schlechte Beispiele zu sammeln sowie einem Expertenkolloquium und einer Passantenbefragung wurden verschiedene Beteiligungsmodelle gewählt, um das Interesse und die Mitmachbereitschaft der BürgerInnen aus Roderbruch zu mobilisieren.

Einen ähnlich breiten Beteiligungsansatz wählte das zuletzt vorgestellte Projekt »Hainholz himmelwärts«, präsentiert von Katrin Schuh vom Büro Feste & Architektur in Hannover. Ziel des Projektes ist die soziale und räumliche Aufwertung dieses Stadtteils, die mit Mitteln aus dem Stadterneuerungsprogramm »Soziale Stadt« finanziert wird. Im Mittelpunkt der Umgestaltung und Aufwertung des Stadtteils steht die Sensi-

bilisierung und Aktivierung der BewohnerInnen für ihren Stadtteil. Als Initialzündung wurde die Organisation und Durchführung eines Festes mit einem Umzug durch das Viertel, einem Bauzaun als Symbol für beginnende Baumaßnahmen sowie einem Tisch der Kulturen und einem reichhaltigen Kultur- und Musikprogramm gewählt. Das Konzept wurde vom Büro Feste & Architektur erarbeitet und mit Hilfe der BewohnerInnen dann in mehreren Workshop-Phasen verfeinert und gemeinsam umgesetzt.

Methodenmix: Open Space Konferenz

Die Veranstalter des Workshops boten den TeilnehmerInnen neben den Praxisprojekten mit einer anschließenden Open Space Konferenz zusätzlich die Gelegenheit, eigene Themen und Projekte zur Diskussion zu stellen, um neue Anregungen und Ideen zu erhalten. Die Themenauswahl wurde durch Projekte ergänzt, die einige TeilnehmerInnen schon im Vorfeld der Veranstaltung eingebracht hatten. In vier Arbeitsgruppen wurden die Aktivierungsmöglichkeiten von Freiwilligen aus verschiedenen Kulturkreisen, die Gründe für die mangelnde Akzeptanz von Plätzen durch die BewohnerInnen, die Aktivierungsmöglichkeiten von BewohnerInnen in sozialen Brennpunkten sowie die Beteiligungspotenziale bei der Umgestaltung des Küchengartenplatzes in Hannover diskutiert und protokolliert.

Weiter geht's ...

Mit einem prallen Rucksack voller neuer Ideen zu Aktivierungsansätzen äußerten sich die TeilnehmerInnen durchweg positiv über den Verlauf und den Gehalt der Veranstaltung. Ein Lob auch an die Veranstalter, die mit der Auswahl interessanter Projekte und unterschiedlicher Methoden ein Maximum an Information und Anregungen aus dem Teilnehmerkreis für deren weitere Arbeit zusammengetragen haben. (mgw)

Eine Dokumentation der Workshopergebnisse ist über das Bürgerbüro Stadtentwicklung Hannover, Braunschweigstraße 28, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 7 0009 37, E-Mail: buergerbuero-stadtentwicklung@t-online.de erhältlich

Neues Internet-Portal für bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit unterstützt die Arbeit der Ehrenamtlichen mit dem neu entwickelten Internet-Portal FreiwilligenServer Niedersachsen

Der FreiwilligenServer Niedersachsen richtet sich sowohl an diejenigen, die bereits einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen, als auch an die, die daran interessiert sind, aber noch nicht die für sie passende Aufgabe gefunden haben. Die Adressdatenbank umfasst zum Start des Portals ca. 30.000 Organisationen. Die leistungsfähige Suchfunktion ermöglicht es Interessierten, Organisationen und Vereine nach thematischen und geografischen Kriterien zu finden. Noch nicht verzeichnete Vereine können sich schnell und einfach selbst registrieren, so dass die Datenbank täglich an Umfang zunimmt.

Vielfältiges Serviceangebot für niedersächsische Vereine

Eine Reihe von Serviceangeboten steht den niedersächsischen Vereinen und Verbänden mit dem Portal zur Verfügung. Sie können die eigene Arbeit, Ziele und aktuelle Projekte darstellen und so neue Aktive gewinnen. Jede registrierte Organisation hat über ein eigenes Passwort Zugang zum Terminkalender und kann hier auf Veranstaltungen hinweisen.

Der Kultur der Anerkennung wird im FreiwilligenServer Niedersachsen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Unter dem Menüpunkt ›Ehrungen‹ werden Personen vorgestellt, die eine Auszeichnung für ihr ehrenamtliches Engagement erhalten haben. Dies kann eine verbands- bzw. vereinsinterne, aber auch eine öffentliche Ehrung durch die Kommune, das Land, die Medien oder andere Stellen sein. Auch in dieser Datenbank der Ehrungen sind eigene Einträge der Aktiven willkommen.

Beispielhafte Projekte, die sich auf die eine oder andere Art auszeichnen, werden ebenfalls porträtiert. Die Redaktion nimmt gerne Hinweise auf Projekte entgegen, die z. B. besonders einzigartig sind oder Modellcharakter besitzen oder die bereits mit einer Auszeichnung gewürdigt wurden. Für den Erfahrungsaustausch oder ein zwangloses Kennenlernen steht das Forum allen NutzerInnen des FreiwilligenServers offen. Weiterhin bietet der FreiwilligenServer zahlreiche Informationen über Serviceangebote und aktuelle Meldungen rund um das Thema bürgerschaftliches Engagement. Informationen über Landesprogramme, die

bürgerschaftliches Engagement betreffen, oder bundesweite Initiativen, an denen das Land Niedersachsen beteiligt ist, werden in diesem Portal gebündelt.

Ganz gleich ob Infoservice zu Versicherungsschutz, Vereinsrecht oder Fördermöglichkeiten – hinter dem FreiwilligenServer verborgen sich wertvolle Informationen, die das Engagement im Ehrenamt erleichtern. »Mit dem FreiwilligenServer tragen wir dem Wunsch zahlreicher Organisationen und Verbände Rechnung, die Informations- und Kontaktmöglichkeiten im Ehrenamt erheblich zu verbessern«, erklärte Ministerin Ursula von der Leyen bei der Freischaltung des Portals im Juni 2003.

Thomas Hermann, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 29 74, Marlis Seelmann, RegioOnline Betreibergesellschaft mbH, Schiffgraben 46, 30175 Hannover, E-Mail: seelmann@regioonline.de, Internet: www.freiwilligenserver.de

Uwe Dietrich

Großeltern bei Kindern gefragt – Der Großeltern- und Seniorenkurs

Ausgangslage

Betrachten wir die Rolle der SeniorInnen in unserer Gesellschaft: sie hat sich innerhalb des vorigen Jahrhunderts grundlegend verändert. Die Großeltern hatten früher eine tragende Funktion in der Erziehung. Die Veränderung der Familienstruktur hin zur Kleinfamilie und die steigende Zahl der Alleinerziehenden sowie die zunehmende räumliche Flexibilität hat viele Großeltern der Pflicht entbunden, sich um ihre Enkelkinder zu kümmern. Schade, denn viele alte Menschen schätzen den Kontakt zu Kindern – seien es die eigenen Enkel oder fremde Kinder. Andererseits genießen Kinder die Aufmerksamkeit und Hingabe, mit der sich Großeltern ihren Anliegen widmen.

Allerdings klappt zwischen dem Wunsch vieler SeniorInnen nach Kontakt zur jungen Generation und der Realität des gehetzten Alltags eine große Lücke. Oft fehlt schlichtweg der Mut und der Anknüpfungspunkt, sich dem Nachwuchs zu nähern. Dabei könnten sich die beiden Lebensalter befruchten und voneinander profitieren.

Das Projekt

Der Großeltern- und Seniorenkurs des Waldorfkinderkulturseminars Hannover möchte helfen, die Kluft zwischen diesen Generationen zu überbrücken. Das Interesse vieler SeniorInnen liegt weniger darin, die Zeit mit den Enkelkindern vor dem Computer oder dem Fernsehapparat zu verbringen, als vielmehr darin, im gemeinsamen spielerischen Miteinander einander zu erfahren und den Kindern Anregungen mit auf den Weg zu geben. Umgekehrt lassen sich die Großeltern aber auch gerne durch das Erleben der kindlichen Fantasie mit ihrer Unkompliziertheit beflügeln.

Der Seniorenkurs möchte Großeltern, auch Wahlgroßeltern, den Hintergrund und das Handwerkszeug für den kreativen Umgang mit kleinen Kindern vermitteln. Dazu tragen die Beschäftigung mit der Entwicklungspsychologie von Kindern, die Analyse von Zeichnungen, das Kennenlernen von altersgemäßen Spielen und Spielzeugen, pädagogische Gesichtspunkte und der Einblick in andere, die Kindheit betreffende Themen, als Anknüpfungspunkt für eine Annäherung bei.

Kursinhalte

Der bundesweit angebotene Weiterbildungskurs umfasst drei zeitlich auseinanderliegende jeweils einwöchige Kurse innerhalb eines Jahres. In den Gruppen der KursteilnehmerInnen findet ein reger Austausch über die Erfahrungen mit Kindern statt. Das Erlernen von Spielen, Geschichten und Liedern wie auch die künstlerischen Kurse zur Bereicherung der eigenen Ausdruckskraft, Fantasie und Kreativität bringen den SeniorInnen viel Spaß, neue Fertigkeiten und Kenntnisse.

Die Fragen „wie werde ich den mir anvertrauten Kindern individuell gerecht“, „wie kann ich sie kreativ in ihrer Entwicklung fördern“, beschäftigen Eltern, Tagesmütter und Großeltern gleichermaßen, ebenso wie drängende Problemstellungen, die in der heutigen Zeit nach Antworten suchen. Durch die unterschiedlichen Lebensalter und Lebenserfahrungen der KursteilnehmerInnen entstehen vielfältige Gesprächsmöglichkeiten und ein fruchtbarer Austausch. Der Großeltern- und Seniorenkurs wird im Rahmen gerontologischer Forschungen von der Universität Vechta begleitet und als Modellprojekt vom Land Niedersachsen gefördert.

Information: Waldorfkinderkulturseminar Hannover, Rudolf-von-Bennigsen-Ufer 70b, 30173 Hannover. Tel.: (05 11) 88 40 33 (vormittags), Fax: (05 11) 88 40 34

A

Aktuelles

Die Studie Tabakwerbung für Jugendliche widerlegt die Behauptung der Tabakkonzerne, die Umwerbung von Jugendlichen sei für sie ein Tabu. Ganz im Gegensatz zu den ständigen Erklärungen der Zigarettenhersteller wird in der Studie nachgewiesen, dass die Zigarettenindustrie regelmäßig und systematisch mit jugendlich wirkenden Modellen, coolen Sprüchen und Prominenten wirbt. Damit wird ständig gegen die Selbstverpflichtung verstoßen, die sich die Tabakindustrie selbst gegeben hat.

In dem Bezirk Steglitz-Zehlendorf hat der Öffentliche Gesundheitsdienst über 600 Jugendliche befragt, ob sie Modelle, die für Tabakprodukte werben, für jünger als 30 Jahre halten. Da alle Modelle von über 80 % der Jugendlichen für jünger als 30 Jahre gehalten wurden, liegen Verstöße gegen die Selbstverpflichtung vor. Daraufhin hat der Bundesverband der Verbraucherzentralen die Tabakhersteller aufgefordert, die Werbetafel zurückzuziehen und Unterlassungserklärungen abzugeben. Reemtsma und British American Tobacco waren dazu bereit, doch Reynolds wies diese Aufforderung zunächst zurück. Erst vor Gericht, als ein Meinungsforschungsinstitut beauftragt werden sollte, diese Befragungen von Jugendlichen zu wiederholen, lenkte auch Reynolds ein und zog bundesweit eine ganze Serie Camel-Werbung zurück.

Auch wenn diese Unterlassungserklärungen als großer Erfolg anzusehen sind, dürfen sie nicht darüber hinwegtäuschen, dass es ein ständiges Katz- und Mausspiel ist. So zeigen die Zigarettenhersteller bereits ein halbes Jahr nach den Vorhaltungen wieder fast identische Werbemotive mit jugendlich wirkenden Modellen.

Gesundheit 21, eine Dienststelle des Bezirksamtes Steglitz-Zehlendorf, kommt zu dem Schluss, dass nur ein umfassendes Werbeverbot die Verführung von Kindern und Jugendlichen zum Rauchen verhindern kann.

Solange dieses umfassende Werbeverbot nicht erreicht ist, kann die Studie auch als Gebrauchsanweisung verstanden werden, eigene Recherchen anzustellen und sich bei Verstößen der Tabakindustrie gegen die Selbstverpflichtung an den Bundesverband der Verbraucherzentralen zu wenden. Denn es muss darum gehen, durch möglichst viele Initiativen gegen die Tabakwerbung bundesweit ein Klima zu schaffen, das Politik antreibt, für ein gesetzliches Tabakverbot initiativ zu werden. Gesundheit 21

sieht es als eine wichtige Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an, auf diese Weise im Sinne der Verhältnisprävention aktiv zu werden.

Die Studie Tabakwerbung für Jugendliche ist kostenlos erhältlich bei: Gesundheit 21, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf, Bergstr. 90, 12169 Berlin, Tel.: (030) 63 21 47 03, Fax: (030) 63 21-12 20, E-Mail: gesundheit.gesundheit@berlin.de

Tagungsbericht

Häusliche Gewalt und Gesundheitswesen

Unter dem Titel ›Netzwerke gegen häusliche Gewalt – auch eine Aufgabe für das Gesundheitswesen‹ lud das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen gemeinsam mit dem Landespräventionsrat und der Ärztekammer Niedersachsen am 2. Juli 2003 nach Hannover ein – und rund 150 TeilnehmerInnen aus ganz Niedersachsen kamen.

In Niedersachsen arbeiten mehr als 80 Arbeitskreise und Runde Tische zum Thema Häusliche Gewalt. Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser, kommunale Frauenbeauftragte, Polizei und Justiz haben die neuen rechtlichen Möglichkeiten des Gewaltschutzgesetzes und des polizeilichen Platzverweises von Gewalttätern aus der Wohnung zum Anlass genommen, konkrete Interventionsstrategien vor Ort zu entwickeln.

Noch wirken wenige Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen in diesen Netzwerken mit. Dabei stehen diese für die von Misshandlung Betroffenen an einer zentralen Schlüsselstelle: Viele misshandelte Frauen wenden sich weder an eine Beratungsstelle noch an die Polizei, aber sie vertrauen sich ihren Ärztinnen und Ärzten an.

Ziel der Veranstaltung war es, wichtige Kenntnisse über die medizinischen Folgen von häuslicher Gewalt zu vermitteln sowie die regionalen Kooperationen zu unterstützen und zu stärken, damit insgesamt die gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen noch effektiver ausgestaltet werden kann. Herr Prof. Dr. Tröger, Leiter des Institutes für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover beschrieb die Spuren, die tätliche Angriffe hinterlassen und gab Hinweise, worauf zu achten ist, um die Verletzungen gerichtsverwertbar dokumentieren zu können. So beschrieb er, woran erkennbar ist, ob eine Frau lebensbedrohlich angegrif-

fen wurde, auch wenn keine Kampfspuren zu erkennen sind. Er empfiehlt die fotografische Dokumentation mit Hilfe eines Längenmaßes bei Verletzungen.

Frau Dr. Traub, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin der Wicker-Kliniken Bad Wildungen, führte die seelischen Folgen von häuslicher Gewalt vor Augen. Spaltungsmechanismen – wie den Körper nicht zu spüren, sich nicht mehr erinnern zu können – sind häufige Folgen. Sich als aktiv Handelnde wahrzunehmen, geht verloren. Handlungsunfähigkeit und Ohnmacht binden die Wut. Frauen mit Gewalterfahrungen haben oft schwere Selbstwertprobleme, Schwierigkeiten, sich abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Die Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt sich als Folge akuter Traumata. Symptome können sein: das Gefühl, von Erinnerungen an die Tat überschwemmt zu werden, Panikattacken oder Alpträume.

In der sich anschließenden interaktiven Sequenz diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand einer fiktiven Situation aus der medizinischen Praxis, wo Ansatzpunkte zur Kooperation zwischen den bestehenden Netzwerken gegen häusliche Gewalt und Fachkräften aus dem Gesundheitswesen bestehen. Dabei zeigte sich, dass es vereinzelt bereits positive Erfahrungen mit derartigen Kontakten gibt und dass insgesamt ein großer Bedarf nach einer intensiveren Zusammenarbeit mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen existiert.

Die abschließende Podiumsdiskussion machte deutlich, dass neue Wege gegangen werden müssen, um mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, speziell den Ärztinnen und Ärzten, eine kontinuierliche Kooperation zu etablieren. Dezentrale Fortbildungsangebote mit kurzen Wegen können das Interesse wecken, ein Vorstellen der Arbeit von Beratungs- und Interventionsstellen (BISS-Stellen), Frauenberatungsstellen, Frauenhäusern, der Arbeit der Polizei etc. in den Bezirksversammlungen der Ärzteschaft sowie Kontaktpflege jenseits der aktiven Mitarbeit an runden Tischen wären solche Wege. Von Bedeutung war nach einhelliger Ansicht ebenso, dass Arzthelferinnen und Krankenschwestern sowie Pflegepersonal in Netzwerkbildung und Fortbildung einbezogen werden sollten. Leitlinien als Instrumente der Veränderung wurden ebenfalls diskutiert. Zur Tagung wurde eine neue Materialie zur ärztlichen Schweigepflicht entwickelt. (us)

Zu den 900.000 demenziell Erkrankten in Deutschland kommen jährlich ca. 200.000 weitere Personen hinzu. Im vierten Altenbericht der Bundesregierung wird von einer Verdoppelung der Zahl der Demenzerkrankten bis zum Jahr 2050 ausgegangen. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird zu klären sein, wer in Zukunft die notwendige Pflege übernehmen wird und wie sie zu finanzieren ist.

Dringend notwendige, zu entwickelnde Unterstützungsformen für pflegende Angehörige können nicht nur die derzeitige defizitäre Situation verbessern, sondern auch zur Stärkung der Pflegebereitschaft in der Zukunft beitragen. Gravierende strukturelle Mängel basieren auf einem verengten Pflegeverständnis des Pflegeversicherungsgesetzes, das nicht an gerontopsychiatrische Versorgungserfordernisse angepasst ist.

Angehörige übernehmen während 80–90 % der Erkrankungsdauer die Pflege demenziell Erkrankter und stellen damit die wichtigste Säule in ihrer Versorgung dar. Die Hauptpflegepersonen sind zu 80 % Frauen, jeweils zur Hälfte (Ehe-)Partnerinnen und Töchter bzw. Schwiegertöchter. Pflegende Lebens- und EhepartnerInnen sind häufig selber betagt und leiden an nicht geringen körperlichen Erkrankungen.

Pflegende Angehörige erleben große Herausforderungen bzgl. eigener Bewältigungsstrategien und Anpassungen an den Krankheitsverlauf. Sie befinden sich in einer Situation der dauernden Zuständigkeit und Fürsorge für das erkrankte Familienmitglied und kompensieren Lücken und Mängel der professionellen Versorgung. Das Befinden von Angehörigen mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen ist u. a. abhängig von der Ausprägung affektiver Symptome der/des Erkrankten und äußert sich in Form von Depressivität, innerer Unruhe, chronischer Müdigkeit und erlebter sozialer Isolierung. Als Gründe für einen Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation nennen die Angehörigen eigene Überforderung und gesundheitliche Probleme.

Präventive Unterstützungsformen sollten daher möglichst frühzeitig ansetzen, damit sich ein hohes Niveau pflegebedingter Belastungen und körperliche Beschwerden erst gar nicht entwickeln kann. Pflegende Angehörige wünschen sich Beratung und Hilfen bei der Bewältigung des Alltags. Sie präferieren Entlastungsangebote in Form von alltagsintegrierter Unterstützung, die in

der häuslichen Umgebung ansetzen und in sie hineinwirken. So äußern sie z. B. immer wieder Bedarf an stundenweiser Entlastung im häuslichen Bereich und/oder tagespflegeähnlichen Betreuungsangeboten zur Erledigung persönlicher Dinge, eigener Arztbesuche oder zur Selbstpflege.

Hier setzt das niedrigschwellige Betreuungsangebot als zusätzliche Leistung nach § 45 a–c, SGB XI von 460 Euro pro Jahr für Pflegebedürftige mit einem erhöhten Betreuungsaufwand an, die schon eine Einstufung nach den Pflegestufen 1–3 haben. Niedrigschwellige Betreuungsangebote können auch in ländlichen Gebieten wohnortnah, flexibel und familienorientiert aufgebaut werden. Sie haben einen präventiven Ansatz und tragen damit zur Entlastung und Gesunderhaltung der Angehörigen bei. Schon vor der Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes wurden vereinzelt Betreuungsgruppen, häusliche Besuchsdienste und familienentlastende Dienste aufgebaut, die überwiegend von geschulten Freiwilligen unter Anleitung von Professionellen durchgeführt werden.

Trotz hemmender finanzieller Obergrenze und problematischer Eingrenzung des Berechtigtenkreises stellt das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz für eine dringend erforderliche Entwicklung ambulanter abgestufter Versorgungsangebote eine erste positive Gesetzesinitiative zur Unterstützung und Förderung des Auf- und Ausbaus vernetzter Hilfsstrukturen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen dar. Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind damit ein wichtiger Baustein im Gesamtversorgungssystem mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Weitere Informationen sind im »Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen« erhältlich.

Anschrift: siehe Impressum

Der diesjährige Hauptstadtkongress »Medizin und Gesundheit« wurde in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission »Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz« und dem U.S. Department of Health and Human Services (US-Gesundheitsministerium) durchgeführt. Vom 25. bis 27. Juni trafen sich in Berlin rund 5.000 KrankenhausmanagerInnen, MedizinerInnen, Pflegekräfte sowie hochrangige VertreterInnen aus Politik, Verbänden, Wissenschaft, Forschung und Medizin, um in Diskussions- und Fortbildungsforen die wichtigsten Fragen des deutschen, europäischen und internationalen Gesundheitswesens zu erörtern.

Das Top-Thema dieses Kongresses war die bevorstehende Gesundheitsreform 2003 in Deutschland, deren Modernisierungsentwurf gerade öffentlich diskutiert wurde. Hochaktuell war der Vortrag des Vorsitzenden der sogenannten Rürup-Kommission, Prof. Dr. Bert Rürup, mit dem der Kongress eröffnet wurde. Die Frage nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z. B. eine Bürgerversicherung oder das Gesundheitsprämienkonzept, wurden ebenso erörtert wie auch der Wunsch nach mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen und der sich daraus ergebenden Qualitätssteigerung auf der Leistungserbringerseite.

Im Laufe der Veranstaltung wurde in den gesundheitspolitischen Foren die Frage nach der Finanzierung unseres Gesundheitssystems kontrovers diskutiert. Es wurde aber auch ein Blick über den nationalen Tellerand hinaus gewagt. So berichtete das EU-Forum über die gesundheitspolitischen Trends in Europa. Im USA-Gesundheitsforum referierten ExpertInnen des US-Gesundheitsministeriums über die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion in den USA.

Um das Thema »Heilen ist gut, Vorsorgen jedoch besser« ging es im Forum Prävention. Doch welche Konsequenzen ergeben sich aus dieser Einsicht? Die derzeitige Situation in Deutschland zeigt, dass nicht einmal fünf Prozent aller Ausgaben im Gesundheitswesen für Präventionszwecke ausgegeben werden. Im Vergleich dazu wurden internationale Erfahrungen aus England und Finnland vorgestellt und anschließend mit den auf dem Podium vertretenen gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen diskutiert.

Eine Premiere feierte beim diesjährigen Hauptstadtkongress die Einrichtung des Ethischen Salons, der unter der Leitung von Prof. Heinz Lohmann, Vorstandssprecher des Landesbetriebes Krankenhäuser (LBK) Hamburg, und Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, parallel zum gesundheitspolitischen Forum stattfand. Ein Angebot war das Ethische Café, bei dem BesucherInnen Standpunkte miteinander austauschen und Perspektiven entwickeln konnten, wie eine gute Medizin für alle bezahlbar bleibt und Ethik und Ökonomie nicht in Widerspruch zueinander geraten. Das Spannungsfeld zwischen Ethik und Wirtschaftlichkeit war auch das Thema der Abschlussveranstaltung mit dem Titel ›Ethik und Ökonomie in der Gesundheitsbranche: Widerspruch oder Synthese.‹

Claudia Bindl, Angelika Maasberg, Irma Wintel

›gesund leben lernen‹

Niedersächsisches Modellprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Schule

Unter dem Titel ›gesund leben lernen‹ kooperieren die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und drei Landesvereinigungen für Gesundheit auf dem Gebiet der schulischen Gesundheitsförderung. Die Kooperationsvereinbarung, die im Mai 2003 von den Spitzenverbänden und den Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt abgeschlossen wurde, bezieht sich auf die Förderung einer gesunden Schulentwicklung. Hintergrund der neuen Kooperation ist die im § 20 des SGB V festgeschriebene Verpflichtung der Krankenkassen, sich auf dem Gebiet der Prävention – insbesondere in der Schule – verstärkt zu engagieren.

Dreiteiliges Kooperationsprojekt

Das Kooperationsprojekt ›gesund leben lernen‹ besteht aus den drei Teilprojekten ›Gesundheitsmanagement in der Schule‹ in Niedersachsen, ›Netzwerk Schule für Gesundheit 21‹ in Rheinland-Pfalz und ›Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule‹ in Sachsen-Anhalt. Das niedersächsische Teilprojekt geht davon aus, dass Schule als Betrieb gesehen werden kann und Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung wie z. B. Gesundheitszirkel, Betriebsklimaanalysen und Befragungen zum Gesundheitsstatus u. ä. in Schulen angewendet werden

können. Im Rahmen des Modellprojektes sollen Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf den schulischen Kontext übertragen werden. Betriebliche Gesundheitsförderung soll nicht nur auf die Beseitigung pathogener Faktoren der Arbeitssituation und der damit verbundenen krankmachenden individuellen Verhaltensweisen zielen, sondern auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen in den Blick nehmen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen wie das Modellprojekt sind daher auf das Setting – hier Schule – ausgerichtet, in denen die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und deren Struktur die Gesundheit der Beteiligten in hohem Maße beeinflusst.

Niedersächsisches Modellprojekt ›Gesundheitsmanagement in der Schule‹

Das Modellprojekt ›Gesundheitsmanagement in der Schule‹ ist ein Angebot für allgemein bildende Schulen. Insgesamt können zehn Modellschulen, insbesondere Schulen mit sozial benachteiligten SchülerInnen, an dem Projekt teilnehmen. Die Laufzeit beträgt drei Jahre, an deren Anfang die Bedingungen der einzelnen Schulen und der Gesundheitsstatus der Betroffenen analysiert und Verbesserungsvorschläge mit den Beteiligten entwickelt und umgesetzt werden.

Ziel des niedersächsischen Modellprojektes ist es zu klären, welche Arbeits-, Lehr- und Lernanforderungen sowie -bedingungen in Schulen besonders beanspruchend und belastend sind und welche davon zu gesundheitlichen Problemen führen. Die SchülerInnen sollen angeregt werden, gemeinsam mit ihren Lehrkräften, Eltern und externen KooperationspartnerInnen neue Wege für die Verwirklichung eigener Lebensentwürfe zu finden und die Schule gesundheitsfördernder zu gestalten.

Nachhaltigkeit durch Vernetzung

Damit die Nachhaltigkeit des Modellvorhabens gewährleistet ist, wird ein Netzwerk aufgebaut, das es erlaubt, Erfahrungen und Praxiserkenntnisse regelmäßig auszutauschen und zu überprüfen, um u. a. die Qualität der Arbeit zu sichern. Vor Ort soll eine regionale Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Anbindung an außerschulische Ressourcen erreicht werden, damit die Schulstruktur im Interesse aller Beteiligten gesundheitsförderlich gestaltet und eine langfristige Zusammenarbeit erzielt wird.

Anschrift: siehe Impressum

Unter dem o. g. Titel veranstaltete die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Nds.) e. V., die Landesvereinigung der Milchwirtschaft Nds. e. V., die Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen – und das Zentrum für Erwachsenenbildung Stephansstift am 1. Juli 2003 eine zweite Fachtagung zur ›Gesundheitsförderung im Kindergarten und Hort‹. Ziel der Tagung war es, mit ExpertInnen und den zuständigen Fachkräften aus Kindertagesstätte und Hort Aspekte der Verhaltens- und Verhältnisprävention zu beleuchten, eine zeitgemäße ›Lern- und Ess-Kultur‹ zu diskutieren und Erfahrungen aus der Praxis kennen zu lernen.

Ausgangspunkt der Veranstaltung waren Fragen nach dem veränderten Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Essgewohnheiten von Kindern bilden sich früh heraus und werden im späteren Jugendlichen- und Erwachsenenalter meist beibehalten. In diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen: Woran liegt es, dass trotz umfangreicher Ernährungsaufklärung der letzten Jahrzehnte Kinder nicht so essen, wie sie eigentlich sollten? Welche Rolle spielen dabei die KiTaS? Können Familien, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden, ihrer Verantwortung in der ›Ernährungserziehung‹ noch gerecht werden?

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen wies Prof. Dr. Volker Pudiel von der Universität Göttingen darauf hin, dass Ernährungserziehung offenbar kognitive Inhalte vermittelt, die kaum Einfluss auf das Essverhalten der Kinder haben. Eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung macht deutlich, dass Erwachsene ›Ernährung‹ mit rationalen Inhalten wie ›Vitamine, wenig Fett, Kalorien, nicht übergewichtig werden‹ assoziieren, während ›Essen‹ mit emotionalen Inhalten wie ›Geschmack, Ambiente, gedeckter Tisch, satt werden‹ in Verbindung gebracht wird. Wenn es, laut Pudiel, schon für Erwachsene wenig Sinn macht, Informationen über Ernährung zu vermitteln, um deren Essverhalten zu beeinflussen, dann werden solche kognitiven Argumente für Kinder besonders unwirksam bleiben. Zudem gibt es eine weitere bedeutende Problemlage. Wenn immer weniger Menschen selbst kochen (... können) und darum auf Fertiggerichte zurückgreifen, dann sind sie mit ihrem eigenen Essverhalten kaum richtige Vorbilder, die zum Beobachtungslernen für ihre Kinder geeignet sind. Eine wirkliche Chance, verändertes Essverhalten zu erzielen, liegt laut Pudiel, nur in der Verhältnisprävention, die in die Erziehung zu ›Essen und Trinken‹ eingreift.

Die Beziehungen zwischen Professionellen im Gesundheitswesen und PatientInnen ändern sich zunehmend. Ein nur auf Reparatur setzender technisch-medizinischer Ansatz wird den gesellschaftlichen Anforderungen durch die starke Verbreitung von chronischen Krankheiten und dem Anwachsen der Alterspyramide kaum mehr gerecht. Deshalb ist eine zunehmende PatientInnenorientierung und -beteiligung zur Qualitätsverbesserung medizinischer Dienstleistungen notwendig. Zudem sind leider bisher die vorhandenen PatientInnenrechte kaum im Bewusstsein der PatientInnen verankert. Die stark steigende Nachfrage nach unabhängiger Beratung z.B. durch unabhängige PatientInnenstellen zeigt, wie wichtig für PatientInnen unabhängige Information und Unterstützung ist, um sich selbstbewusst im Medizinsystem bewegen zu können und die PatientInnenperspektive gegenüber den anderen Akteuren aufzuzeigen.

Bisher gibt es in Niedersachsen unabhängige PatientInnenberatung nur außerhalb der Krankenhäuser. Anfragen, Anregungen, Kritik und Beschwerden zum Thema Krankenhaus kommen dort immer sehr zeitverzögert an, d.h. fast ausschließlich erst nach einem Krankenhausaufenthalt. Denn gerade der Klinikbetrieb mit seinen komplexen Arbeitsabläufen verunsichert und ängstigt PatientInnen. Sie erdulden negative Erfahrungen häufig schweigend, da sie Sanktionen befürchten oder oft auch nicht daran glauben, dass ihre Erfahrungen und Vorschläge zu Veränderungen führen könnten. Zudem lassen die zunehmende Leistungsdichte, Technisierung und kurze Verweildauer MitarbeiterInnen und PatientInnen immer weniger Zeit und Möglichkeiten zum Gespräch.

Beschwerde als Chance...

Studien zeigen, dass das Image eines Krankenhauses entscheidend davon bestimmt wird, wie sich PatientInnen in ihrer individuellen Gesamtheit angenommen fühlen (Delphi-Studie 1999). Wenn man dann noch den Multiplikatoren-Effekt einer solchen Einschätzung über Familie, FreundInnen, NachbarInnen, KollegInnen, usw. berücksichtigt, dann wird deutlich, dass PatientenfürsprecherInnen eine sinnvolle Ergänzung zum hausinternen Beschwerdemanagement sein können. Sie sind AnsprechpartnerInnen, die die Position der PatientInnen stärken. Sie machen den Professionellen die gebündelten PatientInneninteressen sichtbar und beteiligen sich aktiv an der Umsetzung von Verbesserungen. Das stärkt den Dialog

zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen und trägt damit zur Qualitätsentwicklung bei.

... und wann in Niedersachsen?

Wichtigstes Kriterium der Arbeit ist die Unabhängigkeit. So darf keine derzeitige oder frühere MitarbeiterIn der Klinik dieses Amt wahrnehmen. Aber auch der Weg der Auswahl und Benennung gibt Auskunft über die Unabhängigkeit bzw. Abhängigkeit. In Niedersachsen ist das Angebot von PatientenfürsprecherInnen bisher leider noch freiwillig und in kaum einem Krankenhaus zu finden. Im Gegensatz dazu muss z. B. in Nordrhein-Westfalen und in Berlin dieses Angebot seit vielen Jahren laut Landeskrankenhausgesetz bereitgehalten werden. Für Niedersachsen ist demnach eine gesetzliche Verankerung des Einsatzes von PatientenfürsprecherInnen im Krankenhaus längst überfällig.

*Ursula Jahn-Detmer, PatientInnenstelle Osnabrück für die niedersächsischen PatientInnenstellen in der BAGP (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen)
PatientInnenstelle Osnabrück, Koksche Straße 18,
49086 Osnabrück, Tel.: (05 41) 8 42 64,
E-Mail: patientenstelle@osnanet.de,
Internet: www.patientenstellen.de*

Tagungsbericht

Christine Haverland-Meyer,
Kerstin Utermark

Chronisch krank – Chronisch arm?

Unter diesem Titel veranstaltete die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung und der Landesarmutskonferenz Niedersachsen am 8. September 2003 in Hannover eine Fachtagung. Kein ›neues‹ Thema, so stellten die ReferentInnen fest. Doch durch die aktuelle Diskussion in der Gesundheits- und Sozialpolitik und deren Auswirkung auf sozial Benachteiligte gewinnt es wieder mehr an Relevanz.

Prof. Dr. Klaus Dörner verdeutlichte in seinem Beitrag eindringlich, dass chronisch Kranke in unserer Gesellschaft immer noch zu einer ausgegrenzten Bevölkerungsgruppe gehören. Die Medizin vernachlässigt die ChronikerInnen, da diese nicht in das Bild einer leidensfreien Gesellschaft passen. In Anbetracht der Tatsache, dass 40 % der HausarztpatientInnen der Gruppe der

Um Verhältnisse entsprechend beeinflussen zu können, sollten bestimmte Grundlagen geschaffen werden, wie Beate Greulich von der Kindertagesstätte ›Regenbogen‹ der ev-luth. Friedenskirche der Stadt Wilhelmshaven verdeutlichte. Die Kindertagesstätte liegt in einem Stadtteil mit besonderem Handlungsbedarf, und die Bevölkerung ist hier z. B. gekennzeichnet durch eine hohe Arbeitslosigkeit und verschiedene, problematische Familienkonstellationen. Nach den Untersuchungsergebnissen des Jugendzahnärztlichen Dienstes hat jedes Kind drei von Karies befallene Zähne, vor dem Zahnwechsel zerfressene Milchzähne oder hat vor der Kindergartenzeit noch keine Zahnbürste gesehen. Um unter solchen Bedingungen etwas verändern zu können, ist es laut Frau Greulich wesentlich, viele Gespräche mit allen Beteiligten zu führen. Die Frage, was wird gewünscht, und zwar sowohl von Kindern als auch von Eltern und MitarbeiterInnen, hat in diesem Zusammenhang einen hohen Stellenwert.

Im weiteren Verlauf der Veranstaltung wurden in verschiedenen Tagungsworkshops unterschiedliche Themen erarbeitet und diskutiert. Dabei ging es unter anderem um Unterstützungsmodule im Rahmen von Ernährung und Umwelt, gemeinsames Tun im Kindergarten- und Hortalltag sowie Elternarbeit bzw. Arbeit mit Familien in verschiedenen Lebenslagen. Werbung für Lebensmittel und Maßnahmen zum Umgang mit Werbung sowie Ess- und Sozialverhalten in der Kindertagesstätte aus hauswirtschaftlicher, pädagogischer und Eltern-Sicht waren weitere Themen. (am)

Eine Dokumentation der Veranstaltung wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. vorbereitet

chronisch Kranken angehört, fordert Prof. Dr. Dörner den Fortschrittstraum von einer gesunden Gesellschaft auszuträumen und der Chronisch-Kranken-Medizin den gleichen Stellenwert beizumessen wie es aktuell der Akut-Medizin zu teil wird. Eine Absage erteilt er der heutigen Praxis der Heimunterbringung. Gerade chronisch Kranke werden wie selbstverständlich viele Jahre ihres Lebens in Heimen untergebracht, obwohl sie auch ambulant im eigenen Wohnumfeld mit geeigneter Betreuung leben könnten. Ziel muss es sein, zu einer Nachbarschaftsmentalität zurückzufinden und die Verantwortung für »unsere« chronisch Kranken im eigenen Viertel zu übernehmen.

Prof. Dr. Gerhard Trabert von der Fachhochschule Nürnberg beleuchtete den Zusammenhang von Armut und Krankheit am Beispiel onkologischer Erkrankungen. Neben individuellem Risikoverhalten (z. B. Rauchen) ist insbesondere psychosozialer Stress (hervorgerufen durch Verschuldung, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnbedingungen) als ein Risikofaktor für die Entstehung von Krebs anzusehen. An Fallbeispielen aus der eigenen Praxis verdeutlichte Prof. Dr. Trabert die Benachteiligung von sozial schwachen PatientInnen. Armut sei ein wesentlicher Risikofaktor bei der Entstehung von Krebs und kann sich ungünstig auf den Verlauf und die Therapiemöglichkeiten auswirken. Abschließend forderte er die Einrichtung mobiler Untersuchungsmöglichkeiten, niedrigschwellige Angebote und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und Ehrenamtlichen.

In drei Workshops am Nachmittag wurden aus den Praxisbereichen »Berufliche Integration«, »Wohnungslosigkeit im Alter« und »Chronische Erkrankung in der Familie« Handlungsansätze vorgestellt und diskutiert. Mit Skepsis stehen viele TeilnehmerInnen dem Prozess der Agenda 2010 und den Hartz-Vorschlägen gegenüber. Die positiven Ansätze des zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX zur Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen könnten scheitern. Mängel im Gesundheitssystem bekommen deutlich auch die älteren Wohnungslosen zu spüren. Laut Regelung des § 72 BSHG steht eine Hilfe nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres zur Verfügung. Für chronisch kranke Eltern wurde ein Mehr an Unterstützung (z. B. Steuerentlastungen) gefordert.

Ausführlicher Tagungsbericht auf der LVG-Homepage

Die Diskussion über gemeinsame Wege für eine erfolgreiche Vorbeugung von Übergewicht bei Kindern stand im Mittelpunkt eines Kongresses, zu dem das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGGS) VertreterInnen von Kindertagesstätten, Schulen, Gesundheitswesen, Ernährungswissenschaft, -wirtschaft und Medien am 8. Juli 2003 nach Berlin eingeladen hatten.

In ihrer Begrüßungsrede betonte Bundesministerin Renate Künast, dass das Übergewicht die häufigste ernährungsbedingte Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist. Etwa sieben bis acht Prozent von ihnen sind sogar stark übergewichtig und die Zahl steigt. Abgesehen von den persönlichen Belastungen für die Kinder sind auch die gesellschaftlichen Folgekosten von Übergewicht enorm. Nach Schätzungen werden bis zu einem Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens durch ernährungsmitbedingte Krankheiten verursacht. Von Seiten der Politik werden ab dem 9. Juli 2003 vier Arbeitsgruppen zu den Bereichen Kindertagesstätte/Familie, Schule, Kinder-ernährung in den Medien und in der Wirtschaft damit beginnen, konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, die ab dem nächsten Jahr umgesetzt werden sollen.

Dr. Aileen Robertson vom WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen veranschaulichte, dass geringe Stillquoten und mangelhafte Abstillverfahren zu Fehlernährung und z. B. zu Wachstumsstörungen und -hemmungen führen, die ein erhöhtes Adipositasrisiko bei Kindern verursachen. Eine Analyse des schwedischen Instituts für das Gesundheitswesen zeigt, dass die Fehlernährung in den EU-Ländern zu einem Verlust von sogenannten produktiven Lebensjahren (disability-adjusted life-years, DALY) von insgesamt 9,5 % (3,7 % Adipositas, 1,4 % körperliche Inaktivität, 4,5 % Fehlernährung) führt. Um dieser Entwicklung entgegensteuern zu können, sollten z. B. Schulen ihre eigene Ernährungspolitik ausarbeiten und sowohl die Lehrpläne als auch die Schulverpflegung und das allgemeine Umfeld mit einbeziehen. Das europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen hat in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro und der EU-Kommission einen Leitfaden für Lehrkräfte erstellt. Darüber hinaus hat das WHO-Regionalbüro einen Aktionsplan für die Ernährung der Stadtbevölkerung ausgearbeitet, um die städtischen Behörden bei der Bewältigung dieses Problems zu unterstützen.

Prof. Dr. Manfred James Müller vom Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde in Kiel stellte das Konzept der Kieler Adipositas-Präventions-Studie vor, die belegt, dass kurzfristige Maßnahmen wie z. B. ein sechs- bis achtstündiger Unterricht im ersten Schuljahr und drei bis fünf Beratungsgespräche in Familien nur geringfügige Effekte erzielen konnten. So sind z. B. 88 % der Kinder von fünf bis sieben Jahren im Alter von zehn bis elf Jahren übergewichtig geblieben. Andererseits konnten Mädchen mit den Primärpräventionsprogrammen vor der Pubertät besser erreicht werden als Jungen. Ein geschlechtsspezifischer Ansatz sollte daher bei weiteren Maßnahmen beachtet werden.

Ingo Barlovic von iconkids & youth in München führte aus, dass Kinder sich zu Hause gut durchsetzen können und im hohen Maße entscheiden, was Eltern einkaufen bzw. was auf den Tisch kommt. Diese Macht bei der Kauf- und Produktentscheidung leitet sich u. a. aus einer soziokulturellen Entwicklung ab, nämlich der zunehmenden Autonomie der Kinder als Erziehungsideal. Damit einher gehen die psychische und physische Verlagerung der Entwicklung von Kindern. Was vor zehn Jahren für ein neunjähriges Kind noch wahnsinnig toll war, wird von einem heutigen Neunjährigen z. B. als albern abgelehnt. Barlovic wies darauf hin, dass nicht mehr von dem Kind gesprochen werden kann, sondern die Altersstufen eine wesentliche Rolle spielen. Dementsprechend sollte zukünftige Ernährungsberatung und Gesundheitsprävention zielgruppenorientierter handeln.

Unter dem Schwerpunktthema »wenig Bewegung – zu viel Gewicht« ging Prof. Dr. Renate Zimmer von der Universität Osnabrück auf den Bewegungsmangel in der heutigen Kindheit und dem damit verbundenen mangelnden Vertrauen in den eigenen Körper ein. Es geht darum, die personalen Ressourcen des Kindes zu stärken, damit es sich seines Körpers nicht schämt, sondern ihn annimmt, um dann von sich heraus motiviert ist, auch etwas für die eigene Gesundheit zu tun. (am)

In der Ottawa-Charta der WHO von 1986 wird Gesundheit nicht schlicht als Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern es gehört entscheidend dazu, dass ein Mensch sich in seinem Umfeld wohlfühlt und sich dort einbringen kann. Gesundheitsförderung bedeutet in diesem Sinne insbesondere die Schaffung entsprechender Lebenswelten und die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung und von sozialen und lebenspraktischen Kompetenzen der oder des Einzelnen.

Gesundheitsförderung generationenübergreifend

Üblich ist es, dass Projekte der Gesundheitsförderung nach Altersgruppen getrennt durchgeführt werden. Dies ist bei dem Goslarer Sozialprojekt ›Hilfe durch Schülerinnen und Schüler‹ anders: Die Tätigkeiten in diesem Projekt dienen der Gesundheitsförderung sowohl der beteiligten Kinder und Jugendlichen als auch der SeniorInnen, ja sogar der sie begleitenden Erwachsenen mittleren Alters. Ausgangspunkt des Projektes ist die Schule der beteiligten SchülerInnen. Dort erklären sie sich bereit, in der Regel aufgrund einer persönlichen Ansprache, an einem Teilprojekt mitzuwirken. Ihre Motivation zu dieser völlig freiwilligen Teilnahme beziehen sie zunächst aus ihrem Bedürfnis, anderen Menschen helfen zu wollen: SeniorInnen, die einsam oder krank sind; anderen Kindern/Jugendlichen, die Probleme mit der Schule oder zu Hause haben; Familien, denen es materiell nicht so gut geht. Zu diesem ersten Schritt sind viele SchülerInnen bereit (auch solche, die in der Schule oder zu Hause als problematisch gelten).

Die Durchführung der Aktivitäten ist von drei gesundheitsförderlichen Aspekten geprägt:

- SchülerInnen helfen anderen Menschen, damit diese in ihrer jeweiligen Lebenssituation besser zurecht kommen. Insbesondere die älteren Menschen werden erfrischt und aufgemuntert durch den Kontakt mit den jungen Leuten und ihnen werden direkte Alltagshilfen gegeben (Vorlesen, Spaziergänge, ...).
- Die SchülerInnen selbst erfahren dabei Stärkung, sie verbessern ihre eigenen sozialen Kompetenzen, ihre Persönlichkeitsentwicklung wird entscheidend gefördert.
- Erwachsene, auch SeniorInnen, werden zum anregenden Zusammenwirken mit Jugendlichen aktiviert, was ihnen wohl tut.

Bedingungen für eine erfolgreiche Durchführung und Weiterentwicklung des Projektes

Damit diese Wirkungen eintreten, ist es nötig, dass die SchülerInnen bei ihren ›Betreuungen‹ durch Erwachsene begleitet und unterstützt werden. Genauso notwendig ist es, dass sie, so weit möglich, selbständig und eigenverantwortlich tätig werden, damit sie die Erfolge und Misserfolge ihrer Bemühungen sich selbst zuschreiben können. Auch junge Leute, die in der Schule oder zu Hause viele Misserfolgsereignisse haben, können hier eine Aufgabe übernehmen, in der ihre Vorgeschichte nicht zählt und bei der sie, vielleicht erstmals, in der Kommunikation mit anderen Menschen erfolgreich sind. Die Verbesserung ihrer schulischen und privaten Situation in Folge des gewachsenen Selbstvertrauens und der erlernten sozialen Kompetenzen sollte dann niemanden überraschen. Damit die SchülerInnen im Sozialprojekt mit Spaß und Engagement mitmachen, ist es erforderlich, dass die Weiterentwicklung des Sozialprojektes – d.h. der Aufbau von neuen Teilprojekten, das Einstellen bestimmter Tätigkeiten und das Verändern aktueller Aktivitäten – durch sie und die Erwachsenen im Projekt gemeinsam und gleichberechtigt erfolgt. Es darf nicht so sein, dass die jungen Leute nur Tätigkeiten ausüben, die sich andere überlegt haben und die außerhalb ihrer Einflussnahme sind.

Entstehung und bisheriger Verlauf des Projektes

Das Sozialprojekt entstand und entwickelte sich nach den Bedürfnissen und Wünschen der SchülerInnen.

Weihnachten 1980: Es wurden am Christian-von-Dohm-Gymnasium in Goslar für die notleidende polnische Bevölkerung Päckchen gepackt. Einige SchülerInnen wollten aber lieber bedürftigen Menschen in ihrer direkten Umgebung helfen. Es entstanden die ›Weihnachtsaktionen‹, die seitdem jedes Jahr stattfinden. 1985 regte ein Junge nach einem weihnachtlichen Besuch bei einer alten Dame, deren Lebenssituation ihn sehr gerührt hatte, an, das ganze Jahr über ältere Menschen regelmäßig zu besuchen. Eine ständige Arbeitsgemeinschaft, die ›Betreuungen‹ für SeniorInnen durchführte, wurde eingerichtet. 1987 wollten zwei Mädchen nicht dauernd mit ›alten Leuten‹ zu tun haben: Die Kinder- und Jugendlichen-›Betreuungen‹ entstanden. Seitdem kamen hinzu: ein Secondhandlager, generationenübergreifende Weihnachtsfeiern, ein Arbeitsschwerpunkt ›Jung und

Alt gemeinsam aktiv‹, ein Erzählcafé und aktuell eine Gruppe, die sich um notleidende Kinder in anderen Ländern dieser Welt kümmern will. Schulen anderer Schulformen sind mittlerweile beteiligt. Um die finanzielle Seite abzudecken, wurde 1993 der gemeinnützige Verein ›Miteinander e.V.‹ gegründet, der sich zum Wohle der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Goslar auch über das Sozialprojekt hinaus einsetzt.

Dialog der Generationen

Jede einzelne ›Betreuung‹ eines älteren Menschen durch die SchülerInnen gehört schon dazu. Gute Erfahrungen in größerem Umfang ist besonders mit zwei Teilprojekten gemacht worden:

- Die ›Weihnachtsaktionen‹: Zu Weihnachten schwärmen seit 1980 pro Jahr 100–200 SchülerInnen aus und besuchen ältere Menschen mit kleinen selbstgepackten Päckchen. Die Jugendlichen sind nicht alle Mitglieder des Sozialprojektes; z.T. nehmen vollständige Klassen einmalig teil. Die Erfahrungen führen zu einer neuen Einstellung der älteren Generation gegenüber. Dies gilt umgekehrt auch für die besuchten SeniorInnen.
- Das Erzählcafé: Seit einem Jahr wird dies in einem Seniorenstift einmal im Monat für zwei Stunden durchgeführt. Ca. 10–20 Kinder/Jugendliche und genauso viele SeniorInnen treffen bei einem vom Haus gespendeten Getränk zu intensiven und mittlerweile vertrauten Gesprächen und gemeinsamen Aktionen in Kleingruppen zusammen. Die Teilnahme ist auf beiden Seiten freiwillig.

Abschließende Bemerkungen

Durch die generationsübergreifenden Tätigkeiten können die Eigenschaften und Fähigkeiten aller beteiligten Generationen genutzt werden. Dies führt zu einer größeren Lebendigkeit, zu mehr Spaß und zur Freisetzung von Kräften – aber nur auf der Grundlage von Freiwilligkeit, Gleichberechtigung und Sinnhaftigkeit des gemeinsamen Tuns.

Weitere umfassende Informationen zu Aktivitäten, Bedeutung und Voraussetzungen sind in der lebendig geschriebenen Broschüre ›Jugendliche kommen selbst zu Wort‹ zu finden: Freiwilliges soziales Engagement junger Menschen – Ein Leitfaden für soziale Projekte mit jungen Menschen, veranschaulicht durch das Sozialprojekt ›Hilfe durch Schülerinnen und Schüler‹ in Goslar, ISBN 3-00-009270-6, Bezugsadresse: Freiwilligenagentur Goslar, Kaiserpassage, 38640 Goslar, Tel.: (0 53 21) 39 42 56, Fax: (0 53 21) 34 12 29, E-Mail: freiwilligenagentur.goslar@t-online.de

Bis zum Jahr 2010 wird die Anzahl von MigrantInnen an der Gesamtzahl der 60-jährigen und älteren Menschen in Deutschland auf 6,4 % (1,3 Millionen) ansteigen. In den Großstädten wird dieser Anteil schon heute erreicht oder überschritten. Dieser Trend wirft die Frage nach den daraus resultierenden Anforderungen an das bundesdeutsche Altenhilfesystem auf.

Forschungsergebnisse zeigen, dass ältere MigrantInnen Einrichtungen der Altenhilfe (bisher) kaum in Anspruch nehmen. Zugangsbarrieren stellen neben geringen Deutschkenntnissen und fehlenden oder unzureichenden Informationen über existierende Angebote oftmals negative Erfahrungen im Umgang mit deutschen Institutionen dar. Ein weiteres Hindernis sind in vielen Fällen traditionelle Erwartungen, von der Familie versorgt oder gepflegt zu werden.

Das Unterstützungssystem der Großfamilie verliert an Bedeutung, da die zweite und dritte Generation von MigrantInnen immer mehr die Normen der Aufnahmegesellschaft übernimmt. So wird auch die früher selbstverständliche Pflege durch Ehefrauen, Kinder oder Enkel zunehmend in Frage gestellt. Zudem passen bereits MigrantInnen der zweiten Generation tendenziell ihr generatives Verhalten an das der Deutschen an, mit der Folge kleiner werdender Familien

Datenbank Patientenunterstützung

Vor einem Jahr wurde eine landesweite Abfrage zu Maßnahmen der Patientenunterstützung gestartet. Gefragt wurde bei über 800 Institutionen und Einrichtungen, ob diese ein Angebot zur Patientenunterstützung vorhalten. Als Leistungsmerkmale der Patientenunterstützung wurden »Information«, »Beratung«, »Beschwerden« und »Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitswesens« zugrundegelegt. Über 130 Datensätze konnten bisher in die Datenbank aufgenommen werden. Die Suche kann über die Personenzielgruppe, den Themenbereich und den Landkreis präzisiert werden. Wer eine Selbsthilfegruppe, ÄrztInnen, Krankenhäuser oder Apotheken in seiner Nähe sucht, wird vor der Suche direkt auf die entsprechenden Internetlinks verwiesen. (bb)

und damit rückläufiger Hilferessourcen, die im Widerspruch zu den Erwartungen der Elterngeneration stehen. Es gibt eine Tendenz zur Überforderung von Hilfebeziehungen, da in Migrantenfamilien viel seltener und häufig verspätet auf professionelle Hilfe zurückgegriffen wird. Weil es oft als Schande angesehen wird, wenn die Versorgung der Eltern an einen Pflegedienst abgegeben wird, verstärkt sich der Druck in der eigenen ethnischen Gruppe. Veränderungen in Familienbeziehungen, die verstärkte Berufstätigkeit der Töchter sowie der im Vergleich zu gleichaltrigen Deutschen hohe Anteil alleinstehender älterer MigrantInnen erfordern folglich einen Perspektivwechsel in der Altenhilfe.

Um eine adäquate Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger MigrantInnen sicher zu stellen, ist eine interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe notwendig. Die Entwicklung von Angeboten sollte sich verstärkt an der Lebenssituation älterer MigrantInnen orientieren, die sowohl durch altersbedingte wie auch migrationsspezifische Merkmale gekennzeichnet ist. Kultursensible Pflege sollte dazu beitragen, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann. Der Prozess der interkulturellen Öffnung ist kein Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten und langfristigen Entwicklungsprozess auf allen Ebenen.

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS e.V.) hat die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes zur Anpassung des Versorgungssystems der Altenhilfe an die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten in Köln übernommen. Angestrebt wird in dem zweijährigen Projekt der

Arbeiterwohlfahrt, dem Kreisverband Köln, in Kooperation mit dem Bezirksverband Mittelrhein der nachhaltige Aufbau eines Kooperationsnetzes von migrationsrelevanten Fachdiensten, Einrichtungen der Altenhilfe und anderen relevanten Akteuren, welche die Öffnung des Altenhilfesystems befördern.

Vanessa Schlevogt, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 9 57 89-1 16, E-Mail: vanessa.schlevogt@iss.frankfurt.de

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel.: (05 11) 3 500 0 52, Fax: 3 5055 95,

E-Mail: lv-gesundheit.nds@online.de Internet: www.gesundheit.nds.de

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Prof. Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Markus G. Westhoff, Imtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Dr. Heinz Willi Bach, Ursula Jahn-Detmer, Uwe Dietrich, Thomas Hermann, Sabine Köther, Darius-Nikolaus Krupinski, Annegret Kutsche, Stefan Kutsche, Dr. Ursula von der Leyen, Sylvia Sänger, Vanessa Schlevogt, Prof. Dr. Cornelia Schweppe, Marlis Seelmann, Johannes Spatz, PD Dr. Susanne Zank

Sekretariat: Andrea Pachali

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 41: 15.10.2003
Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

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.

Zum ›Tag des Weißen Stocks‹ am 15.10.2002 präsentierte der Blinden- und Sehbehindertenverband Niedersachsen e.V. (BVN) erstmalig die BIK-Beratungsstelle Hannover, welche in den Räumen des Verbands ihren Sitz hat, der breiten Öffentlichkeit. BIK steht hierbei für ›Barrierefrei Informieren und Kommunizieren‹. Das BIK-Projekt wurde vom Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) und dem Deutschen Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf (DVBS) unter der Federführung der DIAS GmbH aus Hamburg initiiert und wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) für drei Jahre gefördert. Es unterhält gegenwärtig Beratungsstellen in Berlin, Frankfurt, Hamburg, Marburg, München sowie Hannover.

Arbeit der BIK-BeraterInnen

Aufgabe der BIK-BeraterInnen ist es, bundesweit berufsrelevante Internet-/Intranet-Angebote, CD-ROMs und Programme auf ihre Zugänglichkeit (Barrierefreiheit) vor allem für blinde und sehbehinderte Menschen hin zu analysieren und zu katalogisieren. Gegenwärtiger Schwerpunkt der Arbeit sind Informationen, Beratungen und konkrete individuelle Hilfsmaßnahmen für die Schaffung von barrierefreien Internetseiten. Die BIK-BeraterInnen treffen sich regelmäßig an den sog. ›BIK-Beratertagen‹ in Hannover, um Fortschritte ihrer Arbeit und weitere Projekte zu besprechen. Gegenwärtig liegt der Schwerpunkt der Treffen auf der Verfeinerung und Standardisierung der Prüfmethodik, um in möglichst kurzer Zeit ein allgemein akzeptiertes Prüfverfahren vorstellen zu können, welches die Grundvoraussetzung für eine spätere Zertifizierung darstellt.

Gesetzliche Vorgaben

Grundlage für die Arbeit ist das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sowie die damit verbundene ›Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung‹ (BITV). Die BITV regelt detailliert, wie Internetpräsenzen der Dienststellen der Bundesverwaltung zu gestalten sind, um Barrierefreiheit sicherzustellen. Solche Internetangebote müssen seit dem 24. Juli 2002 – sofern sie in wesentlichen Teilen geändert oder neu erstellt wurden – bereits jetzt der BITV genügen. Bis zum 31.12.2003 müssen diejenigen Internetpräsenzen, welche sich mit den Belangen von Behinderten beschäftigen, der BITV entsprechen, alle weiteren Internetangebote (der Dienststellen der Bundesverwaltung) müssen eine Barrierefreiheit nach der BITV bis zum 31.12.2005 aufweisen. Des Weiteren wird



der Versuch unternommen, mit Wirtschaftsverbänden sogenannte ›Zielvereinbarungen‹ zu treffen, welche die Barrierefreiheit von gewerblichen Anbietern sicherstellen sollen.

Technische Umsetzung

Auch sehende InternetnutzerInnen wünschen sich zunächst eine übersichtliche Präsentation der Internetangebote. Für Blinde und Sehbehinderte ist dies um so wichtiger, weil die Inhalte über spezielle Textwiedergabesysteme den NutzerInnen vorgelesen werden. Blinde Menschen hören das Internet! Schon durch die konsequente Einhaltung von Web-Standards (wie sie vom W3C definiert werden) können hier große Wirkungen erzielt werden: mit Alternativtext belegte Grafiken, variabler Schriftgröße, verständlicher Sprache, Beachtung des Kontrastes bei der Farbgestaltung (rot/grün-Blindheit!).

Aktivitäten in Niedersachsen

Neben den Informationsveranstaltungen und der individuellen Beratung von Ämtern, Organisationen und Firmen veranstalten die Beratungsstellen Seminare und Workshops zum Thema ›Barrierefreiheit im Internet‹ mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Hierfür können in Niedersachsen immer wieder starke Kooperationspartner als Unterstützer und Veranstalter gewonnen werden – etwa die IHK in Emden, die Ärztekammer Niedersachsen, das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der BKK Bundesverband, die Fachhochschule Hannover, die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., um nur einige zu nennen. Im Falle der Ärztekammer Niedersachsen wurde im dort jährlich stattfindenden Wettbewerb ›Gute medizinische Website 2003‹ erstmalig das Bewertungs-

kriterium ›Barrierefreiheit‹ eingeführt. Die privaten Internetseiten der beteiligten Arztpraxen wurden auch danach bewertet, ob alle InternetnutzerInnen uneingeschränkt Zugang zu den Informationen der einzelnen Internetseiten haben und das Webdesign den Kriterien der allgemeinen Zugänglichkeit (Stichwort: Usability) berücksichtigt.

Zukünftig wird das Seminar- und Workshopangebot der BIK-Beratungsstellen weiter ausgebaut und die Prüfungen bundesweit mit anderen Initiativen abgestimmt, so dass eine Zertifizierung barrierefreier Internetangebote in greifbare Nähe rückt. Weiterhin bieten die BIK-BeraterInnen die Prüfung der Webpräsenz auf Barrierefreiheit kostenlos an. Die Hauptzielgruppe liegt aber bei Informationsangeboten für die berufliche Integration.

Darius-Nikolaus Krupinski, BIK-Beratungsstelle Hannover, Kühnsstraße 18, 30559 Hannover, Tel.: (05 11) 5 10 42 68, E-Mail: krupinski@blindenverband.de, Internet: www.bik-online.info

Internetadressen zum Thema:

<http://access.fit.fraunhofer.de/bika/home.xhtml> (Kompetenzzentrum BIKA)
www.abi-projekt.de (Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik)
www.barrierefreiesinternet.de
www.barrierefreies-webdesign.de
www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/index_aus_gesetze.cfm?bid=4 (Gesetzliche Vorschriften zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik)
www.cast.org/bobby (kostenloser Domain-Check auf Barrierefreiheit von Internetseiten)
www.dbsv.org (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband)
www.dias.de (Daten, Informationssysteme und Analysen im Sozialen)
www.digitale-chancen.de
www.dvbs-online.de (Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf)
www.einfach-fuer-alle.de (Informationen zum barrierefreien Webdesign der Aktion Mensch)
www.e-gov.bs.ch/zugaenglichkeitskriterien.pdf
www.ftb-net.de (Forschungsinstitut Technologie-Behindertenhilfe)
www.wob11.de (Web ohne Barrieren nach § 11 Bundesbehindertengleichstellungsgesetz)
www.w3.org (Zugänglichkeitsrichtlinien für ein barrierefreies Internet des World Wide Web Consortiums)

Finanzielle Allgemeinbildung

Bildung als Mittel zur Armutsprävention in der Kreditgesellschaft

Zur Armutsprävention gehören nicht nur die Befähigung zum Umgang mit Geld und der sorgfältige Abgleich von Einnahmen und Ausgaben, sondern auch die Fähigkeiten zum Umgang mit Banken und Krediten, denn viele Situationen des alltäglichen Lebens lassen sich ohne die Dienstleistungen des Kreditgewerbes kaum meistern. Finanzielle Allgemeinbildung ist unverzichtbar und sollte bereits in der Schule vermittelt werden, so lautet die These, die hinter dem in diesem Werk veröffentlichten Konzept steht. Es setzt sich kritisch mit Bildungskonzepten in Deutschland und vergleichend in den USA und Großbritannien auseinander und ermittelt die Ziele sowie methodischen Ansätze einer »Finanziellen Allgemeinbildung« aus der Perspektive eines sozialen Verbraucherschutzes. Das Werk ist das Ergebnis einer mehrjährigen Studie, die mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend entstand. (ar)

Udo Reifner: Finanzielle Allgemeinbildung. Bildung als Mittel zur Armutsprävention in der Kreditgesellschaft. Nomos Verlagsgesellschaft mbH, Baden-Baden, 2003, 248 Seiten, ISBN 3-7890-8362-3, 24,- Euro

Elementarpädagogik nach PISA

Fragen der Bildung in Kindertageseinrichtungen haben an Brisanz gewonnen und die Bildungsdebatte hält seit der Veröffentlichung der PISA-Ergebnisse noch immer an. Das vorliegende Werk liefert Hintergründe und Argumente zu dieser Diskussion und beschreibt Ansätze und Grundlagen für eine Bildungsreform mit Rückgriff auf ganz unterschiedliche Quellen, wie Hirn- und Resilienzforschung oder den internationalen Vergleich. In den verschiedenen Beiträgen zur Bildungsqualität werden interkulturelle Kompetenz und mehrsprachige Bildung ebenso thematisiert wie die Bewältigung des Übergangs vom Kindergarten in die Grundschule. Auch zu aktuellen Fragen der momentanen Debatte, wie zur pädagogischen Qualität in Tageseinrichtungen oder zur Ausbildung von ErzieherInnen, beziehen die Autoren Stellung und beschreiben ausführlich die Rahmenbedingungen von pädagogischer Bildungsqualität. (ar)

Wassilios E. Fthenakis (Hrsg.): Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können. Herder Verlag, Freiburg, 2003, 375 Seiten, ISBN 3-451-28062-0, 19,90 Euro

Total durchgeknallt

Als Ratgeber in Krisenzeiten für Eltern und Jugendliche sind die kurzen Beschreibungen der häufigsten psychischen Probleme und Krankheiten, der therapeutischen Ansätze und institutionellen Angebote gedacht, die in der vorliegenden Publikation versammelt sind. Nach einer gut verständlichen Beschreibung der Störungsbilder erzählen Jugendliche aus ihrer Sicht von ihren Erlebensweisen und Lösungsversuchen und schildern knapp, aber sehr eingängig, ihren Heilungsprozess. Durch diese Kombination kann das Werk zu einer Hilfestellung in Zeiten psychischer Not werden und dazu ermutigen, sich um Hilfe von außen zu bemühen. (ar)

Marie-Luise Knopp, Gudrun Ott (Hrsg.): Total durchgeknallt. Hilfen für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen. Psychiatrie-Verlag (Ratschlag), Bonn, 2002, 257 Seiten, ISBN 3-88414-314-X, 13,90 Euro

Prävention durch Krankenkassen

Der von Ulla Walter, Michael Drupp und Friedrich W. Schwartz herausgegebene Band gibt einen Überblick über präventive Maßnahmen der Krankenversicherungen außerhalb des betrieblichen Setting-Kontextes. Einbezogen werden primär-, sekundär- und tertiärpräventive Programme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in Deutschland, die nach wissenschaftlichem Standard hinsichtlich Effektivität und Wirtschaftlichkeit evaluiert wurden und von denen bereits (Teil-)Ergebnisse vorliegen. Zunächst wird allerdings eine grundsätzliche Verortung der Prävention innerhalb der Aufgaben der Krankenversicherung vorgenommen, die insbesondere die Qualitätssicherung und Nutzung von Routinedaten für die Prävention hervorhebt. Der Band fokussiert vor allem auf krankheitsbezogene Präventionsprogramme, z. B. Erkältungskrankheiten und zeigt aber auch für Umsetzungsroutinen, z. B. Zielgruppenauswahl Lösungsmöglichkeiten auf. Bei der Zielgruppenauswahl der vorgestellten Programme fällt auf, dass sie gesundheitliche Chancengleichheit kaum als Ausgangspunkt der Programmplanung und -implementation nutzen, wie es der Gesetzgeber zumindest für die gesetzlichen Krankversicherten vorschreibt. (ta)

Ulla Walter, Michael Drupp, Friedrich W. Schwartz (Hrsg.): Prävention durch Krankenkassen, Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim und Basel, 2002, 336 Seiten, ISBN 3-7799-1656-8, 31,- Euro

Yvonne Buhe

Handbuch Ernährung – Adressen von A bis Z

Das von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) herausgegebene Handbuch gibt einen Überblick über AnsprechpartnerInnen, wenn es um das Thema Ernährung im Kinder- und Jugendalter geht. Einzelne Institutionen, Behörden und Vereine sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Ergänzend zur Kontaktadresse können die jeweiligen Arbeitsbereiche der AnbieterInnen erschlossen werden. In ihrer jeweiligen Selbstdarstellung werden Arbeitsweise, Ziele und Zielgruppen näher benannt.

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) (Hrsg.): Handbuch Ernährung – Adressen von A bis Z. Hamburg, 2002, 112 Seiten, Bezug: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), Tel. (0 40) 6 3 222 20, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de, Versandkosten: 0,77 Euro in Briefmarken

Frauengesundheit

Frauengesundheit und professionelle Pflege ist der Focus des vorliegenden Readers mit Beiträgen aus den USA und Deutschland. Zielgruppen des Bandes sind Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerinnen. Daher sind die Hauptbereiche Frauengesundheit aus soziologisch-feministischer Sicht, aus politisch-feministischer Sicht, aus berufsbezogener und individueller Sicht sowie aus berufsbezogener Sicht der Pflege. Interessant ist die Analyse von Kommunikationsstörungen, besonders der Kultur des Lästerns im Pflegeberuf, die sich gesundheitsschädigend auf die Pflegenden selbst auswirken kann. Drei Pflegemodelle werden vorgestellt und auf Frauengesundheit/Frauenpflege bezogen: Orem's Strukturkonzepte der Pflege, in dem es um Selbstfürsorge, Selbstfürsorgeerfordernisse und -einschränkungen geht, Livines Energieerhaltungsmodell in der Pflegepraxis sowie dem Corbin-Strauss-Pflegemodell in der Pflege chronisch kranker Frauen, denen jeweils ein Kapitel gewidmet ist. Ansatzpunkte für die Integration von Frauengesundheitsthemen in die Studiengänge der Pflegewissenschaft werden am Beispiel der Fachhochschule Münster vorgestellt. (us)

Regina Lorenz-Krause, Elisabeth Uhländer-Masiak (Hrsg.): Frauengesundheit, Perspektiven für Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2003, 293 Seiten, ISBN 3-456-83674-0, 39,95 Euro

Interkulturelle Interaktionsprobleme innerhalb des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens sind mittlerweile hinreichend bekannt, dennoch mangelt es oft an bedarfs- und bedürfnisgerechten Interventionen, um MigrantInnen eine äquivalente Gesundheitsversorgung wie der deutschen Bevölkerung zu gewährleisten. Das vorliegende Buch dokumentiert die Ergebnisse des dritten Symposiums der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Berliner Charité, das im Dezember 2002 stattgefunden hat. Es beinhaltet Beiträge aus Forschung und Praxis, die Lösungen und Notwendigkeiten aufzeigen, um den bestehenden Missständen in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen entgegenzuwirken. Es wird darauf hingewiesen, welche positiven Konsequenzen eine adäquate Beachtung der Ressourcen verschiedener MigrantInnengruppen nach sich ziehen kann, z. B. innerhalb der Gesundheitsberichterstattung und -politik. Anwenderorientierte Modelle aus dem In- und Ausland zeigen Möglichkeiten auf, die Versorgungsqualität zu sichern sowie bestehende Kommunikations-, Informations- und Fortbildungsdefizite aufzuheben.

Theda Borde, Matthias David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2003, 293 Seiten, ISBN 3-935964-24-2, 23,90 Euro

Fachwörterbuch Medizin

Vom Aagenaes-Syndrom bis Zyturie stehen den über 160.000 deutschsprachigen Stichworten ca. 350.000 englische Äquivalenzbegriffe im deutsch-englischen Wörterbuch gegenüber. Neben den klassischen medizinischen Hauptgebieten werden jetzt auch Gebiete wie Allergologie, Homöopathie und Psychotherapie berücksichtigt. Neu aufgenommen sind im Anhang 41 Bildtafeln des menschlichen Körpers, die als Bildwörterbuch zweisprachig alle Bereiche des Körpers benennen. Abgerundet wird das Nachschlagewerk mit einem ausführlichen Anhang: Umrechnungstabellen verschiedener Maße, englisch-deutschsprachige Gegenüberstellungen von Labordiagnostik, klinischen Parametern, Abkürzungen in Rezepten und Infusionsgeschwindigkeit. (bb)

Fritz-Jürgen Nöhring: Fachwörterbuch Medizin. Deutsch-Englisch. Langenscheidt Fachverlag Berlin, München in Kooperation mit Urban & Fischer Verlag München, Jena, dritte, stark bearbeitete und erweiterte Auflage, 2003, 1703 Seiten, ISBN 3-86117-185-6 bzw. 3-437-15110-X, 119,- Euro

In dem vorliegenden Übersichts- und Einstiegsbuch wird der Frage nachgegangen, wie »gutes« Sterben im Pflegeheim aussehen kann. Es richtet sich sowohl an interessierte Mitmenschen als auch an Fachleute. Im ersten Teil geht es um die Beschreibung und Erläuterung einzelner Aspekte wie z. B. der Altenheimlandschaft, der demografischen Entwicklung, des bürgerschaftlichen Engagements, der Hospizbewegung, der Altenpflege sowie der Palliativen Medizin. Im zweiten Teil werden anhand von Fallbeispielen Erfahrungen mit dem Sterbeort Pflegeheim dargestellt, Handlungsperspektiven abgeleitet und ein Netzwerk Abschiedskultur entwickelt. Welche Voraussetzungen, Bedingungen und Akteure zur Umsetzung des Konzeptes notwendig sind, wird im dritten Teil aufgezeigt. Ergänzend finden sich im Anhang des Buches Praxisprojekte, Schemata, ein Beispiel für eine Patientenverfugung sowie Kontaktadressen. (ts)

Karin Wilkening, Roland Kunz: Sterben im Pflegeheim, Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2003, 271 Seiten, ISBN 3-525-45631-X, 19,80 Euro

Gesundheitstelematik

Die Herausgeber ziehen einen bildhaften Vergleich: Der Computer hat den Siegeszug erst angetreten, als sich das Konzept des »plug and play« für die breite Anwendung durchsetzen konnte; also der Computer nur mit dem Stecker mit der Steckdose verbunden werden musste, um betriebsbereit zu sein. Im Gesundheitswesen wird die Informationstechnologie im großen Stil erst dann einziehen, wenn für die AnwenderInnen gilt: »plug and heal«.

Der weite Begriff Telematik wird in seinen verschiedenen Einsatzgebieten von ExpertInnen vorgestellt. Es geht u.a. um gesetzliche Vorgaben bei neuen Versorgungsstrukturen, Möglichkeiten der Teleradiologie, Elektronisches Rezept und Versichertenkarte. Nicht zu vernachlässigen sind bei aller Euphorie der ökonomische Nutzen, die juristischen Probleme und die Entwicklung in Europa. Offen bleibt, ob die Gesundheitstelematik tatsächlich ein Quantensprung ist, um die Mündigkeit der Versicherten/PatientInnen zu verbessern. (bb)

Norbert Klusen, Andreas Meusch (Hrsg.): Gesundheitstelematik. Medizinischer Fortschritt durch Informationstechnologien. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002, 272 Seiten, ISBN 3-7890-7589-2, 16,- Euro

Bereits im Herbst 2001 wurden in Hamburg im Rahmen des von der EU geförderten Projektes PatientenNavigation Ergebnisse aus verschiedenen europäischen Ländern zur Transparenz von (Leistungs-)daten und Beschwerdesystemen vorgestellt. Anstatt der sonst üblichen ökonomischen Sichtweisen standen explizit der Nutzen und die Vorteile für die PatientInnen im Mittelpunkt der Analysen. Die jetzt zusammengestellten Aufsätze geben den damals zusammengetragenen Stand in den acht europäischen Ländern wieder. Die Ergebnisse zeigen anschaulich, wo das deutsche Gesundheitssystem bei den aus PatientInnensicht zwingenden Prüfkriterien »Transparenz« und »Beschwerdesystem« im internationalen Vergleich steht. (bb)

Christoph Kranich, Karl D. Vitt (Hrsg.): Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2003, 177 Seiten, ISBN 3-935964-10-2, 17,90 Euro

Mythos Krebsvorsorge

Die beiden Medizinjournalisten Christian Weymayr und Klaus Koch haben in ihrem kontrovers diskutierten Band versucht, den Schaden und Nutzen der Früherkennung näher zu umreißen. Der uneingeschränkte Nutzen der Krebsvorsorge stellt für sie einen von Interessenverbänden, PolitikerInnen und MedizinerInnen gepflegten Mythos dar, weil viele Verfahren der Früherkennung fehlerhaft sowie die Folgen aus Fehldiagnosen und vorschnell ausgeführten Operationen gravierend sind. Das Handbuch stellt für verschiedene Krebsarten die gängigsten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten dar und gibt einen Überblick zum Nutzen und möglichen Schaden der beschriebenen Verfahren. Die Autoren führen dazu umfangreiche Rechercheergebnisse der wissenschaftlichen Fachliteratur zusammen. Ein Verdienst des Buches ist es, die einfache Forderung nach möglichst umfassender Früherkennungsdiagnostik zu hinterfragen und differenzierte Strategien für unterschiedliche PatientInnen und Erkrankungsarten zu fordern. (ta)

Christian Weymayr, Klaus Koch: Mythos Krebsvorsorge, Eichborn Verlag, Frankfurt am Main, 2003, 296 Seiten, ISBN 3-8218-3950-3, 19,90 Euro

Aktuelle Entwicklungen im sozialen Dienstleistungssektor zeigen neben einer stärkeren Markt- und Wettbewerbsorientierung zunehmend Tendenzen einer verstärkten interorganisatorischen Kooperation und Vernetzung mit dem Ziel, das System des sozialen Helfens effektiver und effizienter zu gestalten. In dem von Heinz-Jürgen Dahme und Norbert Wohlfahrt herausgegebenen Band werden diese Entwicklungstendenzen systematisch analysiert und aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht. Vielfältige Beispiele aus der Jugend- und Altenhilfe, der Weiterbildung, der Gesundheitsversorgung und aus den Wohlfahrtsverbänden konkretisieren die beschriebenen Veränderungen. Die Auswirkungen der neuen Netzwerkökonomie auf die Organisation sozialer Dienste werden dabei ebenso angesprochen wie die Frage, welche Konsequenzen diese Entwicklung für das berufliche Handeln der Akteure hat. Der Band beschreibt und analysiert damit Prozesse im Dienstleistungssektor, die grundlegende Veränderungen der Organisation sozialer und gesundheitsbezogener Arbeit zur Folge haben. (ib)

Heinz-Jürgen Dahme, Norbert Wohlfahrt (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat, Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Edition sigma, Berlin, 2000, 340 Seiten, ISBN 3-89404-481-0, 19,90 Euro

›Ganz schön propper‹ Ratgeber für Eltern übergewichtiger Kinder

Mit dem Buchtitel ›Ganz schön propper‹ weist die Autorin Monika Cremer darauf hin, dass übergewichtige Kinder heute keine Seltenheit mehr sind. Gleich zu Beginn macht sie deutlich, dass eine Gewichtsreduzierung keine Frage der Diät ist. Vielmehr geht es darum, langfristig eine Veränderung zu erzielen. Erreicht wird dies durch eine Kombination aus Ernährungs- und Essverhalten, Bewegung und Freizeitgestaltung. Cremer zeigt kurz, wo die Probleme liegen, wie sie frühzeitig erkannt werden und wie entsprechende Angebote aussehen können. Querschnittsthemen sind z. B. Wissenschaftliche Erkenntnisse, Lebensmittel auf dem Prüfstand, Zubereitungsvorschläge, persönliche Erfahrungen, wie kann das Thema in der Familie behandelt werden. (am)

Monika Cremer, Ganz schön propper, Ratgeber für Eltern übergewichtiger Kinder. Umschau-Buchverlag, Frankfurt am Main, 2002, 160 Seiten, ISBN 3-8295-7146-1, 9,90 Euro

Dieser von den Alloheim Senioren-Residenzen AG und der Deutschen Gesellschaft für Gerontotechnik herausgegebene Band sammelt 50 ausgewählte Beiträge von SeniorInnen, die im Rahmen des Wettbewerbes ›Senioren schreiben ihre Geschichte‹ im Jahr 2001 eingereicht wurden. Die Texte beschreiben auf sehr persönliche Weise die Kindheit und Jugend der AutorInnen und liefern darüber hinaus, eingebettet in historische Zusammenhänge, wertvolle Zeitzeugendokumente über das Aufwachsen zur Zeit der beiden Weltkriege. Damit vermittelt der Band allen, die an Biografiearbeit interessiert sind, lohnenswertes Hintergrundwissen. (ib)

Alloheim Senioren-Residenzen AG und GGT/ Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik mbH (Hrsg.): Senioren schreiben ihre Geschichte. 50 Erlebnisse aus der Kindheit. Vincentz Verlag, Hannover, 2002, 209 Seiten, ISBN 3-87870-651-0, 19,- Euro

Psychosomatische Medizin

Bereits im Vorwort machen die Herausgeber den umfassenden Anspruch des Bandes klar, indem sie fordern, »dass die Theorien der Medizin vom Menschen in seiner Wirklichkeit erschöpft, und dass Theorie und Praxis unteilbar bleiben« (S.V). Diesem zentralen Anliegen widmen sich unter der Federführung vom mittlerweile 95-jährigen Prof. Thure von Uexküll die Herausgeber der sechsten Auflage des Werks ›Psychosomatische Medizin‹. Sie wollen den Dualismus einer Medizin für Körper ohne Seelen und einer Psychologie für Seelen ohne Körper überwinden.

115 Autoren aus allen Fachdisziplinen haben die sechste Auflage komplett neu bearbeitet. Die ersten drei Kapitel behandeln die theoretischen Grundlagen und schaffen einen Verständnisrahmen für die folgenden Kapitel, die sich mit Diagnostik, Therapie und Klinik beschäftigen. Der große Abschnitt Klinik beinhaltet 43 Kapitel zu psychosomatischen Aspekten in sämtlichen medizinischen Fachrichtungen. Patientengeschichten, Gesprächsprotokolle und Arzt-Patienten-Dialoge beleben die klinischen Kapitel und machen das Buch praxisnah und gut lesbar. (ta)

Rolf H. Adler, Jörg M. Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langewitz, Othmar W. Schoenecke (†), Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiak (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban und Fischer, München und Jena, sechste Auflage, 2002, 1586 Seiten, ISBN 3-437-21830-1, 159,- Euro

Das Pschyrembel Wörterbuch Sexualität fächert verständlich alle Aspekte der Sexualität auf und stellt den Zusammenhang her zwischen Sexualität und Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Recht, Geschichte, Philosophie und Kulturwissenschaften. Einen Schwerpunkt des Lexikons bilden zentrale Fragen wie Diagnose und Therapie sexueller Funktionsstörungen, sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Kinderlosigkeit, sexuelle Normen und Sexualstrafrecht, sexuelle Hilfsmittel und Drogen, Riten und Bräuche bei Brautwerbung, Hochzeit und Ehescheidung, Sexualaufklärung, Beratung und Paartherapie ebenso wie Bevölkerungsentwicklung, Genetik und Geschlechterverhältnis. Das Wörterbuch richtet sich vor allem an ÄrztInnen, PsychologInnen, LehrerInnen, und ErzieherInnen. Es umfasst mehr als 6.000 Stichwörter, die im Berufsalltag der genannten Berufsgruppen eine Rolle spielen könnten. (ta)

Stephan Dressler, Christoph Zink: Pschyrembel Wörterbuch Sexualität. De Gruyter, Berlin und New York, 2003, 617 Seiten, ISBN 3-11-016965-7, 29,95 Euro

Angewandte Psychologie für Führungskräfte

Das von Thomas Steiger und Eric Lippmann herausgegebene Handbuch ›Angewandte Psychologie für Führungskräfte‹ erschien jetzt in einer zweiten, aktualisierten Auflage. Es stellt die Grundlagen des Führungsverständnisses, die aktive Gestaltung der Führungsrolle, die Gestaltung von Rahmenbedingungen sowie das Management komplexer Führungssituationen ausführlich dar. Was sollte eine Führungskraft über Psychologie in Organisationen wissen? Wie geht sie mit ihren eigenen Ressourcen, der eigenen Person um, und welche methodischen Ansatzpunkte können ihr dabei nützlich sein? Wie gelingt es einer Führungskraft durch Kommunikation, die Beziehung zu ihren Mitarbeitenden individuell und situationsbezogen zu gestalten? Dies sind einige der zentralen Fragestellungen, die in dem zweibändigen Handbuch beantwortet werden sollen. Es basiert auf dem Züricher ›Vorgesetzten-Seminar‹, einem seit Jahrzehnten kontinuierlich weiterentwickelten Bildungsprogramm für Führungskräfte. (ta)

Thomas Steiger, Eric Lippmann (Hrsg.): Handbuch angewandte Psychologie für Führungskräfte, Führungskompetenz und Führungswissen. Springer, Berlin, zweite Auflage, 2003, 848 Seiten (Band 1 & 2), ISBN: 3-540-43515-8, 109,- Euro

Wer umfassende Informationen zum Thema Disease Management sucht, findet sie in diesem Werk. Das Buch beinhaltet Basisinformationen über Disease Management und stellt zu anderen deutschsprachigen Gesundheitssystemen wie Österreich und der Schweiz Bezüge her. Veranschaulichend in ›Szenarien‹ beschreiben die AutorInnen die verschiedenen Perspektiven der AkteurlInnen, PatientInnen, ÄrztInnen, der Pflege, Krankenversicherungen und der Pharmaindustrie und fassen diese am Ende der Darstellung in Pro und Kontra zusammen. Weitere Aspekte wie Finanzierung, Wettbewerb oder Qualitätsverbesserung sind unverzichtbare Ergänzungen, besonders unter Berücksichtigung der aktuellen Bedingungen im Gesundheitswesen.

Andreas Greulich, Dr. Peter Berchtold, Dr. Niklaus Löffel (Hrsg.): Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt. Hüthig Verlag, Heidelberg, zweite überarbeitete Auflage, 2003, 264 Seiten, ISBN 3-252-2365-5, 29,80 Euro

Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen?

II. Wissenschaftliches Symposium

Müttergesundheit wurde in Deutschland kaum beforscht. Erst im Jahr 1996 konnten die ersten Ergebnisse zur ›Effektivität und Inanspruchnahme von medizinischen und psychischen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern‹ publiziert werden. Der Tagungsband umfasst eine Zusammenstellung der Forschungsergebnisse z. B. zur Qualität, Effektivität und Zukunft von Mutter-Kind-Maßnahmen sowie Diskussionsrunden zu den Themen Qualität Medizinischer Dienste und Stellungnahmen einiger Krankenkassen. In der familienbezogenen Gesundheitsversorgung werden deutliche Defizite sichtbar. Deutschland weist im internationalen Vergleich, vor allem in der Gesundheitsversorgung, mangelhafte integrative Strukturen für bedürftige Bevölkerungsgruppen auf. Nach Meinung der AutorInnen ist die geringe Fokussierung auf die Familie und die Vernachlässigung von Maßnahmen für Mütter und ihre Kinder ein wesentlicher Grund für die Ineffizienz des Gesundheitssystems. Dabei erreichen die präventiven und rehabilitativen Angebote vor allem hochbelastete und gesundheitsgefährdete Mütter und Kinder frühzeitig und stellen somit sehr effektive familienmedizinische Maßnahmen dar. Leider sind diese Maßnahmen durch immer mehr Hin-

dernisse gefährdet, die durch gesetzliche Handhabe und betriebswirtschaftlich kurzschlüssige Handlungsstrategien einzelner Krankenkassen entstanden sind. (am)

Jürgen Collatz, Stefanie Sperlich, Sonja Arnold-Kerri (Hrsg.): Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? II. Wissenschaftliches Symposium, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2002, Postfach 110368, 10833 Berlin, Tel.: (030) 2 51 04 15, 178 Seiten, ISBN 3-86135-281-8, 16,- Euro

Nanette Klieber

Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen

Für ihre empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht wurde die Psychologin Dr. Azra Pourgholam-Ernst mit dem Augsburgener Wissenschaftspreis für Interkulturelle Studien 2003 ausgezeichnet. Die jetzt als Buch veröffentlichte Studie beschäftigt sich vor allem mit der Frage, warum es einigen ausländischen Frauen gelingt, trotz vielfältiger Schwierigkeiten und kritischer Situationen in einer neuen Gesellschaft gesund zu bleiben. Die Fragestellung orientiert sich am salutogenetischen Modell von Antonovsky. Als ein Kernstück dieses Modells gilt der Kohärenzsinne, der als eine relativ stabile Handlungsorientierung definiert wird und die drei Komponenten Verstehbarkeit der Welt, Handhabbarkeit der verfügbaren Ressourcen und Sinnhaftigkeit des Lebens umfasst. Frau Dr. Azra Pourgholam-Ernst hat in ihrer Untersuchung herausgefunden, dass die Gesundheit der befragten Frauen neben dem Kohärenzgefühl auch von den Ursachen ihrer Migration abhängig ist. Dieses Buch gibt sowohl einen Überblick über wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Gesundheit, Gesundheitsforschung und Frauen und Gesundheit, als auch über den empirischen Teil der Untersuchung und der sich daran anschließenden Interpretation der Ergebnisse. Die Autorin trägt mit dieser Studie zu einem besseren Verständnis der Lebensbedingungen von ausländischen Frauen in Deutschland bei.

Dr. Azra Pourgholam-Ernst: Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit: Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht. Telos Verlag, Münster, 2002, 223 Seiten, ISBN 3-933060-06-0, 20,- Euro

Als Lese- und Nachschlagebuch konzipiert für ÄrztInnen in der niedergelassenen Praxis, im Krankenhaus, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für all jene, die kranke Kinder betreuen, werden in 29 Kapiteln insgesamt 273 Themen der Pädiatrie vorgestellt. Diese reichen von der Krankheitsprävention über Medizinische Genetik, Infektionskrankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane bis zur Seelischen Entwicklung und Pharmakotherapie. Viele Abbildungen, Diagramme und farblich abgesetzte Tabellen veranschaulichen die übersichtlich gestalteten Texte. Ein ausführlicher Anhang zu Referenzwerten und einer Erregernomenklatur runden das Fachbuch ab. (bb)

Michael Lentze, Jürgen Schaub, Franz Schulte, Jürgen Spranger (Hrsg.): Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, zweite Auflage, 2003, 1867 Seiten, ISBN 3-540-43628-6, 184,95 Euro

Urbane soziale Brennpunkte, Exklusion und soziale Hilfe

Das Thema wird unter einer spezifischen soziologischen Sichtweise – der Perspektive der neueren Systemtheorie – betrachtet, die die Kommune als autonomes Sozialsystem verortet, deren Funktion im umfassenden nähräumigen Zugang der Bevölkerung zu den gesellschaftlichen Teilsystemen besteht. Der Autor thematisiert insbesondere die Lebenslagen der in sozialen Brennpunkten von Großstädten lebenden, zum Teil mehrfach exkludierten Bevölkerungsgruppen in räumlicher, sozialer und zeitlicher Hinsicht und beschreibt Risiken und Chancen ihrer Situation. Über die Beschreibung der Sozialpädagogischen Familienhilfe wird ein Beispiel für das Funktionieren des Systems sozialer Hilfe gegeben und abschließend das Programm ›Soziale Stadt‹ als Versuch der Kontextsteuerung sozialer Brennpunkte interpretiert. (ar)

Hans-Jürgen Hohm: Urbane soziale Brennpunkte, Exklusion und soziale Hilfe. Leske und Budrich, Opladen, 2003, 173 Seiten, ISBN 3-8100-3605-6, 12,90 Euro

Immer mehr Menschen suchen Rat im Internet

ArztInnen, PatientInnen und Angehörige nutzen zunehmend das Internet, um sich zu informieren. Eine Studie hat ergeben, dass 25 % der befragten PatientInnen in Zusammenhang mit ihrem Arztbesuch zusätzliche Informationen im Internet recherchieren. Die Vorteile liegen auf der Hand. Durch die Internetnutzung wird das Informationsmonopol, das früher die ArztInnen innehatten, zugunsten der PatientInnen verschoben und spezielle Angebote (z. B. Selbsthilfe) werden niederschwellig und zugänglich. Dementsprechend bietet das Internet gerade zu medizinischen Fragen nicht nur Textinformationen, sondern auch Videofilme, interaktive Sprechstunden, in denen mit ExpertInnen gechattet werden kann, Diskussionsforen, Mailinglisten, medizinische Datenbanken und vieles mehr.

Qualität und Internet – ein Gegensatz?

Internet bedeutet auch ein Stück Anarchie. Nahezu jeder, der die technischen Voraussetzungen dazu hat, ist in der Lage, Informationen zu veröffentlichen. Ansätze zur Kontrolle wurden und werden zwar entwickelt, beziehen sich aber eher auf den kriminellen Missbrauch des Netzes zu Zwecken der Pornografie oder Verbreitung faschistischen Gedankengutes. Ob Informationsangebote zu wissenschaftlichen Fragen seriös sind, wird nicht (von wem auch?) kontrolliert. Daher sind viele Internetangebote – gerade die für medizinische Laien – von zweifelhaftem Wert. Das Problem ist, dass VerbraucherInnen und PatientInnen die Qualität der Informationen nicht oder nur schwer einschätzen können.

Doch Qualität und Internet müssen sich nicht ausschließen. Zum einen gibt es wirklich eine reiche Anzahl guter und verlässlicher Angebote, zum anderen gibt es in Form verschiedenster Initiativen und Qualitatskriterienkataloge Wege und Möglichkeiten, sowohl die Qualität von einzelnen Informationen als auch die von medizinischen Webangeboten als Ganzes einzuschätzen. Doch die vorhandenen guten Informationen muss man erst einmal finden und Instrumente zur Qualitätsbewertung kennen. Damit sind viele VerbraucherInnen überfordert. Was PatientInnen und VerbraucherInnen dringend benötigen, sind verlässliche Internetadressen für Gesundheitsinformationen. Diesem Bedürfnis kommt der Patienteninformationsdienst www.patienten-information.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) nach. Für dieses Angebot werden zuverlässige Internetinformationen zu verschiedenen Erkrankungen aus dem World Wide Web (www) recherchiert. Diese Informationen werden als eine kommentierte Linksammlung zusammengestellt und angeboten. Alle Informationen, die Diagnose- oder Therapieverfahren vorstellen, werden darüber hinaus auf ihre methodische Qualität hin bewertet. Gefördert wird diese Arbeit durch die Spitzenverbände der Krankenkassen aus §65b-Mitteln.

Bewertung nach DISCERN

Als »Messinstrument« zur Qualitätsbewertung von Informationen zu Diagnose- und/oder Behandlungsalternativen wird das DISCERN-Instrument für gute Patienteninformationen verwendet. Dieses Instrument wurde von WissenschaftlerInnen der Universität Oxford entwickelt und vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin in Zusammenarbeit mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover in deutscher Sprache veröffentlicht (siehe auch www.discern.de). Begutachtet werden die medizinischen Laieninformationen zu Behandlungsalternativen nach folgenden Fragen: Zuverlässigkeit der Informationen: Sind die Ziele der Publikation klar? Erreicht sie die selbst gesteckten Ziele? Ist die Publikation

Sie bedeutsam? Existieren klare Angaben zu den Informationsquellen, die zur Erstellung herangezogen wurden? Wann sie erstellt wurden? Ist die Publikation ausgewogen und unbeeinflusst? Enthält sie detaillierte Angaben über ergänzende Hilfen und Informationen? Auert sich die Publikation zu Bereichen, für die keine sicheren Informationen vorliegen?

Qualität der Information zu Behandlungsalternativen: Beschreibt die Publikation die Wirkungsweise und den Nutzen jedes Behandlungsverfahrens? Beschreibt sie die Risiken jedes Behandlungsverfahrens und beschreibt sie mögliche Folgen einer Nichtbehandlung? Beschreibt die Publikation, wie die Behandlungsverfahren die Lebensqualität beeinflussen? Ist klar dargestellt, dass mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren existieren kann? Ist die Publikation eine Hilfe für eine »partnerschaftliche Entscheidungsfindung«? Wie ist die Information insgesamt zu bewerten? Die Ergebnisse dieser Qualitätsbewertungen sind in Form von Bewertungsprotokollen ohne Beschränkung für jeden zugänglich. Künftig werden in den Prozess der Bewertung zunehmend PatientInnen einbezogen. Voraussetzung hierfür ist die kritische Sicht auf Patienteninformationen, ein Internetanschluss und etwas Zeit für die Bewertung. Durch die Rückmeldung der Ergebnisse der Qualitätsbewertung an den Informationsanbieter kann die Überarbeitung der betreffenden Information unterstützt und patientInnenorientiert gestaltet werden. Langfristiges Ziel wird es sein, allgemein akzeptierte einheitliche Standards für die Beurteilung von Online-Informationen für PatientInnen und VerbraucherInnen zu entwickeln.

Dipl.-Ing. Sylvia Sänger, MPH, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Bereich Patienteninformation, Aachener Straße 233-237, 50931 Köln, Tel.: (02 21) 40 04-5 00, Fax: (02 21) 40 04-5 90, E-Mail: patienteninformation@azq.de, Internet: www.patienten-information.de

Veranstaltungen der LVG mit anderen Kooperationspartnern**»Krieg der Generationen« oder neue Solidarität?****Politische Visionen für ein Miteinander**

31. Oktober 2003, 11.00–14.00 Uhr, Göttingen

Teilnahmegebühr: Eintritt frei

Qualität und Transparenz im Krankenhaus – Herausforderungen und Chancen

19. November 2003, 10.00–17.15 Uhr, Hannover

Teilnahmegebühr: 20,- Euro

Panik zwischen Prävention und PISA**Neue Impulse für Bildung & Gesundheit in der Schule**

20.–22. November 2003, Soest (NRW)

Teilnahmegebühr: 130,- Euro; Mitglieder der »Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsfördernde Schulen e.V.«: 100,- Euro

Informationen hierzu bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Anschrift: siehe Impressum



Veranstaltungen der LVG

»So jung, und ... schon ein Kind?«

Minderjährige Schwangere und junge Eltern zwischen Sehnsucht und Überforderung

5. November 2003, 10.45–16.30 Uhr, Hannover

Mehr als 10.000 junge Mädchen werden jährlich ungewollt schwanger und knapp 5.000 junge Frauen unter 18 Jahren haben im Jahr 2001 in der Bundesrepublik ein Kind bekommen. Die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Lebensjahre des Kindes bedeutet eine Zeit großer Veränderungen. Im Spannungsfeld zwischen Überforderung und positiver Bewältigung benötigen die jugendlichen Schwangeren und jungen Mütter Rat, Unterstützung und Begleitung von Erwachsenen. Diese und andere Aspekte werden auf der Veranstaltung mit ExpertInnen aus der Praxis erörtert und diskutiert.

Die Fachtagung wird von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Zusammenarbeit mit der Pro Familia – Landesverband Niedersachsen e.V. durchgeführt.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro

Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Ein neuer Baustein in der ambulanten Versorgung

12. November 2003, 10.00–16.00 Uhr, Hannover

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz soll durch niedrigschwellige Betreuungsangebote die ambulante Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf verbessert werden.

Im Rahmen dieser Fachtagung wird das Versorgungsangebot von den unterschiedlichen Akteuren im Gesamtspektrum dargestellt und im Forum diskutiert.

Weiterhin werden unterschiedliche Angebotsformen anhand von Vorträgen aus der Praxis vorgestellt.

Veranstalter der Fachtagung ist das Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen.

Teilnahmegebühr: 35,- Euro

Anders als man denkt – Freiwillige engagieren sich in der Altenarbeit

Open Space Konferenz

24. November 2003, 10.00–16.30 Uhr, STZ KroKuS Hannover

Freiwillige engagieren sich in vielen Bereichen der Altenarbeit. Ihr Engagement trägt erheblich dazu bei, die Angebotsstruktur zu erweitern, generationenübergreifende Kontakte zu fördern und einer Isolation älterer Menschen entgegenzuwirken. Während für Freiwillige die Mitarbeit in Projekten der Altenarbeit eine Möglichkeit bietet, ihre Kompetenzen einzubringen und sich kreativ und sinngebend für das Allgemeinwohl zu engagieren, stehen die Einrichtungen vor der Herausforderung, sich für Freiwillige weiter zu öffnen und eine angemessene Begleitung zu gewährleisten. Im Mittelpunkt der Open Space Konferenz stehen die Wünsche und Ideen der TeilnehmerInnen.

Teilnahmegebühr: 25,- Euro, für Freiwillige 15,- Euro

Workshop »Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger« Fortbildungsreihe »Gesundes Land Niedersachsen«

3. Dezember 2003, 10.00–16.00 Uhr, Hannover

Der Workshop richtet sich an MitarbeiterInnen aus verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, wie z. B. Beratungsstellen, Altenhilfeeinrichtungen, Pflegekassen sowie Sozial- und Gesundheitsämtern. Ziele sind die Sensibilisierung für die Situation pflegender Angehöriger, Verbesserung der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, die Förderung von Entlastungsangeboten sowie die Entwicklung von Handlungsperspektiven auf kommunaler Ebene. Veranstalter ist die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Teilnahmegebühr: 35,- Euro, ermäßigt 20,- Euro

Körperbewusstsein und Körperkult bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

4. Dezember 2003, 10.00–16.30 Uhr, Hannover

Mit Jugend assoziiert man Attribute wie jung, schön und gesund. Diese scheinen im Jugendalter noch gleichsam natürlich und selbstverständlich zu sein. Zwei Dinge scheinen dieses Bild jedoch zu stören. Neuere Untersuchungen belegen eine erhöhte psychische Belastung junger Menschen mit Krankheitsfolgen. Außerdem beweist die ansteigende Verbreitung von Essstörungen und ein zunehmender Kult um Piercing und Tattoos die ambivalente Haltung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu ihrem Körper, die fast schon einer Tendenz zur Modellierbarkeit und Machbarkeit des Körpers gleichzusetzen ist. Ziel der Tagung ist, über verschiedene Formen des Körperdesigns, ihre Bedeutung für Jugendliche sowie über Hintergründe und gesundheitliche Risiken zu informieren.

Teilnahmegebühr: 35,- Euro, ermäßigt 20,- Euro

Ist für Männer Arbeit wichtiger als Gesundheit? – Ansätze für männerspezifische Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

11. Dezember 2003, 10.00–16.30 Uhr, Hannover

Gerade weil Arbeit für Männer einen zentralen Stellenwert in ihrer Lebensinszenierung hat und gesundheitliche Beschwerden häufig dabei zu spät wahrgenommen und/oder verharmlost werden, ist eine geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung für Männer in der Arbeitswelt sinnvoll. Bisher gibt es nur wenig Beispiele für gute Kampagnen und Gesundheitsförderungsansätze, die Männer erreichen. Auf der Tagung soll das Gesundheitsverhalten im betrieblichen Kontext näher analysiert werden und Programme und Maßnahmen vorgestellt werden, die bei Männern ankommen. Die Tagung findet in Kooperation mit dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen statt und wird von der Stiftung Leben und Umwelt Niedersachsen unterstützt.

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Termine

Niedersachsen

Termine



Wie andere auch – Sexualpädagogische Arbeit mit Behinderten, 23.–24. 10.2003, Loccum, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Fachreferat der LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Telemedizin – Datentransfer statt Patientenwanderung, 28. 10.2003, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Krankenhausesellschaft e.V., Thielenplatz 3, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 30 76 30, E-Mail: nkg-ev@t-online.de

Gendiagnostik und öffentliche Gesundheitsvorsorge, 3.–5.11.2003, Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-49 6, Fax: (05 11) 12 41-4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Pflegepraxis zwischen Ethischem Anspruch und Wirtschaftlichkeit, 14.–15.11.2003, Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-49 6, Fax: (05 11) 12 41-4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

@Hildesheim – 1. Multiprofessionelles Forum, 15.11.2003, Hildesheim, Kontakt: Forum-Hildesheim, NLKH, Ergotherapeutische Ambulanz, Goslarsche Landstr. 60, 31135 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 29 72 77, Fax: (0 51 21) 29 72 78, E-Mail: service@forum-hildesheim.de

Psychiatrische Versorgung im Gesundheitssystem: Alltagspsychiatrie, 18.11.2003, Hannover, Kontakt: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 532-54 08, Fax: (05 11) 532-42 84, E-Mail: afs@mh-hannover.de

Lernendes Krankenhaus – Individuelle ethische Überzeugungen und Veränderungsprozesse im Krankenhaus, 21.–23.11.2003, Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-49 6, Fax: (05 11) 12 41-4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Bundesweit

Innovationen der Zukunft – Zukunft der Innovationen, Fortschritt im Gesundheitswesen von morgen, 17.–18. 10.2003, Berlin, Kontakt: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Wichmannstr. 5, 10787 Berlin, Tel.: (0 30) 23 0809-0, Fax: (0 30) 23 0809-11, www.innovationen-der-zukunft.de

8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V., 22.–24. 10.2003, Aachen, Kontakt: DNGfK-Konferenzbüro, Uissingheimerstraße 10, 97956 Gamburg, Tel.: (093 48) 13 82, Fax: (0 93 48) 13 15, E-Mail: G.Conrad.Verlag@t-online.de

1. Fachtagung ›Gesundheitsförderung zwischen Wissenschaft und Praxis‹, 23.–24. 10.2003, Neubrandenburg, Kontakt: Fachhochschule Neubrandenburg, Studiengang Gesundheitswissenschaften, Frau Nadine Klytta, Postfach 11 01 21, 17041 Neubrandenburg, Tel.: (03 95) 5 69 34 57, Fax: (03 95) 5 69 34 97, E-Mail: klytta@fh-nb.de

A + A 2003 – Sicherheit + Gesundheit bei der Arbeit, 27.–30. 10.2003, Düsseldorf, Kontakt: Messe Düsseldorf GmbH, PF 10 10 06, 40001 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 45 60-01, Fax: (02 11) 45 60-668, www.messe-duesseldorf.de

Gesundheitspolitik im Lande Bremen – Neue Chancen durch Gender Mainstreaming, 29.10.2003, Bremen, Kontakt: Arbeitnehmerkammer Bremen, Bürgerstr. 1, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 3 63 01-72, Fax: (04 21) 3 63 01-89, E-Mail: bleyer-rex@arbeitnehmerkammer.de

Frauengesundheit und Migration, 1.–2.11. 2003, Berlin, Kontakt: AKF e.V., Knochenhauerstr. 20/25, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 4 34 93 4 0, Fax: (04 21) 1 6 04 96 0, E-Mail: AKF-mail@t-online.de, Internet: www.akf-info.de

Fachkongress Sucht: Methodenwissen in der Suchtkrankenhilfe, 30. 10.–5.11.2003, Koblenz, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., Postfach 13 69, 59003 Hamm, Tel.: (023 81) 9015-0, Fax: (023 81) 9015-30, E-Mail: info@dhs.de

Fachtagung ›Jugendhilfeplanung + Jugendarbeit = sozialräumliche Konzeptentwicklung‹, 5.11.2003, Frankfurt am Main, Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 9 57 89-0, Fax: (0 69) 9 57 89-190, E-Mail: info@iss-ffm.de

Die Zukunft der Liebesfähigkeit III: Wohnt jedem Anfang ein Zauber inne?, 3. Bundesweite Tagung, 8.11.2003, Erfurt, Kontakt: Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – (GfG), Antwerpener Straße 43, 13353 Berlin, Tel.: (0 30) 45 026 92 0, E-Mail: gfg@gfg-bv.de

»Heute schon evaluiert?« Die Evaluation von (Hoch)Schulen bindet immer mehr Ressourcen, 19.–20.11.2003, Tutzing, Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Postfach 12 27, 82324 Tutzing, Tel.: (0 81 58) 2 51-0, Fax: (0 81 58) 99 64 44

Forum Erziehungshilfe, Jugendsozialarbeit, Drogenhilfe – Drogenkonsumierende Jugendliche fordern unsere Kooperation und Vernetzung, 26.–27.11.2003, Eisenach, Kontakt: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Flüggestraße 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81-13

Gesundheitsmanagement in Veränderungsprozessen, 26.–27.11.2003, Köln, Kontakt: BKK-Team Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Dorothea Waschke, Rellinghauser Straße 93, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79-10 30, Fax: (02 01) 1 79-10 32, E-Mail: waschke@bkk-team-gesundheit.de

Fachtagung zur wirkungsorientierten Steuerung in der sozialen Arbeit: ›Kann man Wirkungen kaufen und verkaufen? – Voraussetzungen, Chancen, Grenzen‹, 27.–28.11.2003, Magdeburg, Kontakt: JSB, Am Neutor 5, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 65 8 63 9, Fax: (02 28) 85 8356, E-Mail: info@jsbgmbg.de

9. Kongress Armut und Gesundheit ›Strategien der Gesundheitsförderung – Wie kann die Gesundheit von Menschen mit schwierigen Lebenslagen nachhaltig verbessert werden?‹, 5.–6. 12.2003, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin e.V., Straßburger Straße 56, 10405 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90-60, Fax: (0 30) 44 31 90-63, Internet: www.armut-und-gesundheit.de

Internationale Tagung ›Differenz anerkennen – Ethik und Behinderung – ein Perspektivenwechsel‹, 5.–6. 12.2003, Berlin, Kontakt: Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Warschauer Straße 58A, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 29 38 17-77, Fax: (0 30) 29 38 17-80, E-Mail: volz@imew.de

International

Arbeitssicherheits-Fachkongress, 11.–14.11.2003, Zürich, Kontakt: Media Sec AG, 8127 Forch/Schweiz, Tel.: +41 43 3 6 62 02 0, Fax: +41 43 3 6 62 03 0, E-Mail: sicherheit@mediasec.ch

Antwort

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

Ich möchte ...

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

Name:

Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen
- Bildungsbereich
- Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges: