

AKTUELLES THEMA

Indigene Gesundheit

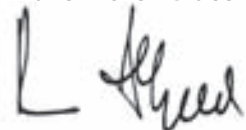
Gesundheitsvorstellungen anderer Kulturen

EDITORIAL » Die gängigen Public-Health- und Gesundheitsförderungsstrategien sowie -diskurse sind vor allem von westeuropäischen und angelsächsischen Werten geprägt und durchdrungen. In einigen Ländern, insbesondere im pazifischen Raum, aber auch in Südamerika setzt jedoch mittlerweile ein Um- und Neudenken ein. Dort gewinnt das Handlungsfeld „Indigenous Health“ einen zunehmend größeren Stellenwert, auch weil klassische Versorgungs- und Gesundheitsförderungsangebote bei indigenen Bevölkerungsgruppen nach wie vor nur eine geringe Akzeptanz finden. Allein der schwergängige eingedeutschte Titel dieses Newsletters „Indigene Gesundheit – Gesundheitsvorstellungen anderer Kulturen“ zeigt, dass die Themenstellung in Deutschland bislang noch nicht sehr diskursfähig geworden ist. Deshalb stellt dieser Newsletter auch für uns ein spannendes Experiment dar.

Schon die Perspektive fällt zwangsläufig globaler aus als die unserer üblichen Ausgaben. Drei der elf Schwerpunktartikel mussten übersetzt werden. Die Spannweite der Themen ist zudem viel breiter als sonst. Sie reicht von der Bedeutung traditioneller Wissenssysteme im Gesundheitskontext über Biopiraterie bis hin zu Gebären, Sterben und Sucht in Kulturvergleichen. Die Artikel umfassen damit die ganze Lebensspanne und machen deutlich, dass die westliche Perspektive auf Leben und Gesundheit eben nur eine von vielen möglichen Perspektiven ist. Wir hoffen sehr, dass die Artikel Sie anregen, gewohnte Denkmuster zu verlassen und sich auf neue Perspektiven einzulassen. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre und sind auf Ihre Rückmeldungen dazu besonders gespannt.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten „Nicht das Faltsche fordern – Jungen und Männergesundheit effektiv fördern“ (Redaktionsschluss 08.08.2011) und „Beziehung, Familie, Nachbarschaften und Gesundheit“ (Redaktionsschluss 07.11.2011). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Indigene Völker und Gesundheit **02**
 Biopiraterie **03** Gebären zwischen Traditionen und Hightech **04**
 Sucht und verändertes Bewusstsein im Kulturvergleich **05**
 Heilkunst und Heilpflanzenwissen der Maya in Chiapas, Mexiko **06**
 Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit im Kulturvergleich **08**
 Die Gesundheit der Indianer in Brasilien **09** Gesundheit neu denken!
 Die Wiederentdeckung des zentralen Stellenwertes von Gemeinschaft
 und Wohlbefinden in der pazifisch-australischen Public-Health-
 Politik **10** Herbal goes trendy **11** Basisgesundheitsversorgung
 in Ecuador durch indigene Laienhelfer **13** Gemeinschaftliche
 Heilkräuterarbeit in Chile **14** Indigene Völker im Fokus interna-
 tionaler Organisationen **15** Traditionen der Weisen Frauen in
 Mitteleuropa **16** Ein unehrenhafter Blick auf die ehrenamtliche
 Tauglichkeit der Menschen mit Migrationserfahrungen und Menschen
 mit Migrationshintergrund **17** Medizinisches Personal in Brasilien:
 Emotionen und Tod **18** Gesundheitsförderung kritisch beleuchtet im
 Kontext ihrer Entstehungsgeschichte **19** Beratung und Betreuung
 für demenzerkrankte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte **20**
 Gesund aufwachsen in der Kita **21** Niedersächsischer Gesundheits-
 preis 2011 **22** Landespflegebericht 2010 **23** Niedersächsisches
 Aktionsprogramm zur geschlechtergerechten Gestaltung des demo-
 grafischen Wandels **24** Fachtagung „Endstation Sehnsucht? Sexuali-
 tät in der Altenpflege“ **25** Lässig statt stressig durchs Studium **25**
 Krankheit, Tod und Trauer bei Menschen ohne Wohnraum **26**
 Traditionelle Medizin als Schlüssel für Gesundheit und Selbstbestim-
 mung **27** Delmenhorst erste deutsche „Safe Community“ **28**
 Bücher, Medien **29** Impressum **34** Termine **34**



KRISTINA WILLENBORG

Indigene Völker und Gesundheit – Die Bedeutung traditioneller Wissenssysteme im Gesundheitskontext

Indigene Völker weltweit – Die internationale Anerkennung indigener Rechte

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen gibt es heute zwischen 350 und 700 Millionen Angehörige indigener Volksgruppen, die insgesamt ca. 5000 Völker und Stammesgesellschaften bilden und in 76 Staaten vertreten sind.

Obwohl indigene Gruppen einen zentralen Beitrag zu kultureller Vielfalt und der Bewahrung traditioneller Wissenssysteme leisten, ist ihnen die Wahrung der Menschenrechte sowie die politische und gesellschaftliche Teilhabe in zahlreichen Ländern verwehrt. Erst seit den 90er Jahren wurden auf internationaler Ebene eine Reihe von Mechanismen geschaffen, welche die Wahrung und Umsetzung der Rechte indigener Völker zum Ziel haben.

Nach mehr als 20 Jahren Verhandlungszeit wurde im September 2007 von der UN-Hauptversammlung die „United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples“ verabschiedet. Von den Vereinten Nationen wurde 2000 das „United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues“ (UNPFII) ins Leben gerufen. Es soll den Wirtschafts- und Sozialrat der UN in Fragen zu indigenen Angelegenheiten bezüglich Wirtschaft, soziale Entwicklung, Kultur, Umwelt, Bildung, Gesundheit und Menschenrechte beraten und Empfehlungen zur Förderung dieser Belange abgeben.

Die Bedeutung traditioneller Wissenssysteme

Indigenen Völkern kommt eine herausragende Bedeutung für die Erhaltung und die Pflege der biologischen Vielfalt und des traditionellen Wissens zu. Traditionelles Wissen meint ein nachhaltiges und ganzheitliches Wissenssystem, welches die Menschheit und die Natur über Generationen unterstützt hat und das von indigenen Völkern, bäuerlichen und handwerk-

lichen Gemeinschaften, traditionellen Heilkundigen, Fischern und ländlichen Frauen bewahrt und weitergegeben wird. Seine Anwendung erstreckt sich über das gesamte soziale Gefüge: Lebensweisen und Kultur sowie den Umgang mit natürlichen Ressourcen.

Traditionelles Wissen kann einen bedeutenden Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung leisten. Viele indigene Gemeinschaften leben in Gebieten, in denen die überwiegende Mehrheit der pflanzengenetischen Ressourcen der Erde zu finden ist. Ihre Fertigkeiten und Techniken liefern der Weltgemeinschaft wertvolle Informationen und hilfreiche Vorbilder für die Biodiversitätspolitik und nachhaltige Nutzung von Ressourcen.

Die Wirtschafts- und Sozialgefüge indigener Völker und traditioneller Gemeinschaften sind heutzutage einer Reihe von Gefährdungen ausgesetzt. Hierzu gehören unter anderem der Verlust der kulturellen Identität und der ursprünglichen, seit Jahrhunderten genutzten Lebensräume und Ressourcen – wie zum Beispiel durch „Landgrabbing“ und Vertreibung.

Es handelt sich meist um irreversible und sich rasant beschleunigende Prozesse, was die Dringlichkeit der Umsetzung der Rechte indigener Völker deutlich macht. In den meisten Staaten hat die Integration traditioneller Rechte der indigenen Völker in das staatliche Rechtssystem noch nicht stattgefunden oder befindet sich allenfalls in der Implementierungsphase.

Indigene Völker und Gesundheit

In der UN-Erklärung über die Rechte der indigenen Völker wird in Artikel 24 direkt Bezug auf das Recht auf Gesundheit genommen:

- » 1. Indigene Völker haben das Recht auf ihre traditionellen Arzneimittel und die Beibehaltung ihrer medizinischen Praktiken, einschließlich der Erhaltung ihrer lebenswichtigen Heilpflanzen und für Heilzwecke genutzten Tiere und Mineralien. Indigene Menschen haben außerdem das Recht auf Zugang zu allen Sozial- und Gesundheitsdiensten ohne jede Diskriminierung. «
- » 2. Indigene Menschen haben ein gleiches Recht auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an körperlicher und geistiger Gesundheit. Die Staaten ergreifen die erforderlichen Maßnahmen, um schrittweise die volle Verwirklichung dieses Rechts herbeizuführen. «

Die Gesundheitssituation indigener Gruppen ist vielfach als sehr prekär einzustufen: Meist weisen indigene Bevölkerungsgruppen eine weit höhere Sterblichkeits- und Anfälligkeitsrate für Krankheiten als die übrige Bevölkerung der jeweiligen Nationalstaaten auf. Sie sind außerdem überdurchschnittlich häufig von Armut, Marginalisierung oder Suchtproblematiken betroffen. Die Lebenserwartung ist wesentlich geringer und die Säuglings- und Müttersterblichkeit höher als im nationalen Durchschnitt – in Guatemala ist beispielsweise die Sterblichkeit indigener Frauen bei der Geburt 300 Prozent höher als im Landesdurchschnitt.

Oft liegt kein zuverlässiges Datenmaterial vor und es wird vermutet, dass die Gesundheitssituation vielfach weitaus schlechter ist, als die Statistik zeigt.

Das Gesundheitsverständnis indigener Völker

Grundsätzlich haben traditionelle Gemeinschaften ein ganzheitlich-spirituelleres Verständnis von Gesundheit und Heilung. Viele indigene Völker sehen in Krankheiten die Folge eines

Ungleichgewichtes des Geistes und der Seele des Einzelnen oder der Gemeinschaft. Bei Krankheiten wird zwischen natürlichen und übernatürlichen Ursachen unterschieden, was sehr komplexe und ausdifferenzierte Behandlungssysteme hervorgerufen hat.

Häufig wird die schlechte Gesundheitssituation indigener Gruppen mit der starken Armut und Marginalisierung in Verbindung gebracht – die Gründe hierfür sind aber weitaus komplexer:

- Veränderungen der Umwelt und der Lebensbedingungen indigener Völker,
- Verdrängung traditioneller Praktiken durch Verlust von Lebensraum, gewaltsame Umsiedlungen und Zerstörung von Umwelt und Ressourcen,
- Konflikt zwischen Schulmedizin und traditionellen Gesundheitssystemen,
- fehlender Zugang oder Verlust der traditionellen Gesundheitssysteme,
- mangelnde Einbeziehung der indigenen Bevölkerung in Gesundheitsvorhaben und -erziehung sowie unzureichende Berücksichtigung sozio-kultureller Gegebenheiten – auch in Programmen der Entwicklungszusammenarbeit,
- unzureichendes Verständnis für die traditionellen Praktiken der Gesundheitsarbeiter.

Gute Praxis

Positiv ist anzumerken, dass traditionelle Medizin, Wissenssysteme und Behandlungsmethoden indigener Bevölkerungsgruppen sowie alternative Heilverfahren und Pflanzenwissen aktuell einen Aufschwung erleben und in der internationalen Debatte auf großes Interesse stoßen. Die Bedeutung traditioneller Wissenssysteme ist in den internationalen Verhandlungen in den Bereichen Klimaschutz, Biodiversität und Ernährungssouveränität besonders präsent und hier wurden in jüngerer Zeit einige Teilerfolge erzielt. Es zeigt sich immer deutlicher, dass indigene Gruppen nicht nur überdurchschnittlich oft die Leidtragenden sind, sondern auch wichtige Partner auf der Suche nach Lösungsmöglichkeiten.

Der Selbstorganisations- und Vernetzungsgrad indigener Gruppen auf lokaler, regionaler und vermehrt auch internationaler Ebene hat stark zugenommen und es existiert mittlerweile eine große Anzahl von Projekten – häufig von indigenen Gruppen selbst ins Leben gerufen – die sich das Ziel gesetzt haben, das traditionelle Wissen zu bewahren und weiterzugeben. Auch Projekte der Entwicklungszusammenarbeit arbeiten immer öfter direkt mit indigenen Organisationen als Partner zusammen und entwickeln gemeinsame Programme unter Berücksichtigung traditioneller Wissenssysteme.

In einigen Staaten ist der Schutz traditionellen Heilwissens mittlerweile in die Verfassung festgeschrieben. So ist der ecuadorianische Staat mit der reformierten Verfassung von 1998 die Verpflichtung eingegangen, die „traditionelle Medizin“ der indigenen und afroamerikanischen „Völker und Nationen“ des Landes zu schützen und nach Möglichkeiten zu fördern.

Literatur und Informationen bei der Verfasserin
 KRISTINA WILLENBORG, Nachhaltigkeitsmanagement,
 Bernhard-Lichtenberg-Str. 20/2, 10407 Berlin,
 Tel.: (030) 74 92 90 83, E-Mail: kristina@sustainableseeds.com,
 www.sustainableseeds.com



CHRISTIAN WAGNER-AHLFS

Biopiraterie – der Griff nach dem grünen Gold

Die meisten der heute bekannten Medikamente beruhen auf einem Wirkstoff natürlichen Ursprungs. Viele wurden chemisch verändert, aber ohne den natürlichen „Rohstoff“ gäbe es die Arzneimittel nicht. Ob Aspirin (Weide), das Krebsmedikament Taxol (Eibe), Herzmedikamente (Fingerhut) oder Schmerzmittel (Schlafmohn) – die Liste ließe sich endlos fortsetzen. Bei der Suche nach neuen pharmazeutischen Wirkstoffen spielt indigenes Wissen über Heilpflanzen oder giftige Tiere deshalb eine wichtige Rolle.

Welche Probleme dabei entstehen, wurde im Fall der südafrikanischen Pflanze Hoodia deutlich. Hoodia ist eine Sukkulente, eine ausdauernde Pflanze, die es schafft, auch in der rauen Umgebung der Kalahari zu überleben. Die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Region werden als San bezeichnet – Buschleute. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen des südafrikanischen Zentrums für wissenschaftliche und industrielle Forschung CSRI beobachteten, wie die San bei mehrtägiger Jagd ihren Hunger mit dem Kauen von Hoodia in Schach hielten. CSRI-Forscher konnten im Labor einen hungerstillenden Wirkstoff isolieren, patentierten ihn 1996 und verkauften Nutzungsrechte an ein Pharmaunternehmen nach Großbritannien. Als die San davon erfuhren, regte sich heftiger Protest. Was berechtigte die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, das Wissen der San zu Geld zu machen? Und was gibt Menschen überhaupt das Recht, ein Patent auf den Inhaltsstoff einer natürlichen Pflanze zu besitzen? Ist das nicht Biopiraterie – ein Raub natürlicher Ressourcen?

Forschung, Kommerz und indigene Selbstbestimmung

Der Fall Hoodia illustriert wesentliche Probleme im Umgang mit indigenem traditionellem Medizinwissen. Forscherinnen und Forscher haben primär das Interesse, neue Wirkstoffe zu finden. Dabei kann das traditionelle Wissen große Hilfe leisten. Diese Forschung ist großenteils an öffentlichen Einrichtungen angesiedelt, und es hat sich eine eigene Fachrichtung ausgebildet, die Ethnopharmazie. Das dort generierte Wissen wird früher oder später von Pharmaunternehmen aufgegriffen und zu marktfähigen Medikamenten weiterentwickelt. Um sich hohe Gewinne zu sichern, haben die Unternehmen ein großes Interesse, die Produkte mit Patenten zu schützen. Aber auch an Universitäten ist eine zunehmende Kommerzialisierung zu beobachten, das Anmelden von Patenten gehört dort inzwischen sogar zum gesetzlich vorgeschriebenen Standard.



Die Interessen derjenigen, von denen das ursprüngliche Wissen stammt, waren in diesem System über lange Zeit kaum berücksichtigt. In den letzten Jahren hat sich jedoch eine starke Protestkultur entwickelt. Verschiedenste indigene Gruppen setzen sich für ihr Recht auf Selbstbestimmung ein, wozu auch der autonome Umgang mit ihrem Wissen gehört. Organisationen der Zivilgesellschaft haben aktiv die Diskussion über die wachsende Allmacht der Patente vorangetrieben, sei es zur Frage, was überhaupt patentierbar sein soll – zum Beispiel im Rahmen der EU-Biopatentrichtlinie – oder zur Sorge, dass Menschenrechte zugunsten von Handelsinteressen eingeschränkt werden, wie beispielsweise durch das TRIPS-Abkommen der Welthandelsorganisation, das weltweit einen verstärkten Patentschutz durchgesetzt hat. Eine wesentliche Forderung: Den Menschen indigener Gruppen gebührt Respekt, und sie sollen das Recht haben, selbst über den Umgang mit ihrem Wissen entscheiden zu können. Sie sollen selbst entscheiden dürfen, ob sie ihr Wissen zur Verfügung stellen, wem sie es zur Verfügung stellen und zu welchen Bedingungen.

Schutz indigener Interessen durch internationale Abkommen?

Internationale Abkommen sollen weltweit möglichst verbindliche Regelungen erzielen. Doch wie üblich ist der Weg zu einer akzeptablen Lösung lang und mühsam. Eine zentrale Rolle in diesem Fall kommt der Konvention für biologische Vielfalt (CBD) zu. Sie wurde 1992 in Rio de Janeiro auf der UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung unterzeichnet und inzwischen in mehreren Folgevereinbarungen („Protokollen“) ergänzt. Ziel ist es, den Zugang zu natürlichen Ressourcen zu regeln, sei es in Form von Pflanzen, Tieren oder eben auch dem zugehörigen Wissen. Der Zugang wird an drei Bedingungen geknüpft: die Länder müssen vorher informiert werden und zustimmen (prior informed consent PIC); die Bedingungen für Zugang und Nutzen müssen einvernehmlich zwischen den Beteiligten ausgehandelt werden (mutually agreed terms MAT); es muss eine angemessene Beteiligung am Nutzungsgewinn stattfinden (benefit sharing). Als wichtiger Fortschritt wird das Nagoya-Protokoll von 2010 gewertet, das erstmals völkerrechtlich verbindliche Regelungen für einen fairen und gerechten Vorteilsausgleich festlegt.

Ein weiteres bedeutendes Forum für Verhandlungen ist die World Intellectual Property Organisation WIPO. Diese UN-Organisation hat eine relativ einseitige Ausrichtung: ihre Aufgabe ist es, die Entwicklung von Eigentumsrechten zu fördern. In der Arbeitsgruppe zum Thema „traditionelles Wissen“ dominiert deshalb auch die Denkweise des Eigentums im Sinne

von Schutzrechten und exklusiven Nutzungsrechten. Andere Eigentumsmodelle, wie sie in verschiedenen Kulturen praktiziert werden, finden hier schwerlich angemessenen Raum.

Unterschiede zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Wie weit Anspruch und Wirklichkeit oft noch voneinander entfernt sind, zeigt das Beispiel Brasilien. Die brasilianische Gesetzgebung möchte der Biopiraterie einen klaren Riegel vorschieben. Wer beispielsweise als ausländischer Forscher ohne Genehmigung Pflanzenproben sammelt, muss mit konsequenter strafrechtlicher Verfolgung rechnen. Auch die Rechte der indigenen Bevölkerung sind auf dem Papier eindeutig geregelt. Von den staatlichen Forschungseinrichtungen Brasiliens werden die Regeln allerdings nicht immer konsequent eingehalten, was aber in diesem Fall kaum Verfolgung nach sich zieht. Eine typische Ambivalenz in Schwellenländern: Wenn es um die Stärkung der eigenen Forschung und der nationalen Industrie geht, werden andere Maßstäbe angelegt als bei den Verhandlungen auf dem internationalen Parkett.

DR. CHRISTIAN E. WAGNER-AHLFS. BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Tel.: (04 31) 64 89 659, E-Mail: cw@bukopharma.de

MARGRIT E. KAUFMANN

Gebären zwischen Traditionen und Hightech

Wie gestaltet sich der Prozess des Gebärens in indigenen Gesellschaften? – Bereits die Begriffe, mit denen wir die Vorgänge zu beschreiben versuchen, sind sehr unterschiedlich und wandeln sich mit den vorherrschenden Vorstellungen und Praktiken. „Gebären“ betont das aktive Hervorbringen im Gegensatz zur „Kaiserschnittgeburt“. Bei den Eipo fällt das Kind auf die Erde, die Hausa nennen es „Niederknien“. Kulturvergleiche zeigen, dass die jeweilige Gesellschaftsform, die Stellung der Frauen und die vielfältigen Formen, in die das Gebären eingebettet ist, zusammenhängen. Gebären und zur Welt kommen als sowohl körperliche als auch soziale Übergangsphasen im Lebenszyklus werden mit Regeln und Ritualen begleitet. Wenn ein neues Gesellschaftsmitglied hinzukommt, wandelt sich der Status der Beteiligten. Im Folgenden wird das Gebären in indigenen Gesellschaften anhand zweier Beispiele vorgestellt. Ob dort heute noch nach den Traditionen geboren wird oder in städtischen oder ländlichen Kliniken und Ambulanzen, müsste für jeden Einzelfall erneut erforscht werden. Denn Gesellschaften haben heute meist verschiedene nebeneinander existierende, sich teilweise ergänzende Gebärsysteme. Formen der Geburtshilfe geben ein Beispiel für transkulturelle Mischungen und Kreuzungen zwischen Natur und Hightech, Geschehen lassen und Behandlung als Risikofall. Globale Trends zur Verbreitung der westlichen Klinikgeburt gehen bei uns einher mit der Sehnsucht nach natürlichem Gebären.

Gebären bei den Eipo in Irian Jaya

Die Eipo in Indonesien beschreibt der Humanethnologe Wulf Schiefenhövel in den 70er Jahren als noch unter sich lebende, gesunde Gesellschaft mit kräftigen Frauen infolge ihrer harten gartenbäuerlichen Arbeit, mit der sie den größten Teil zu der Ernährung der Gesellschaft beitragen. Die körperliche Stärke



und die weitgehende Selbstbestimmung scheinen das Gebären zu erleichtern. Die Gebärende steht im Zentrum; das Ungeborene hingegen bleibt noch unbestimmt und unbesprochen. Bei regelmäßigen Wehen begibt sich die Frau ins Frauenhaus, eine kleine Hütte am Rand des Dorfes, in der die Frauen auch die Zeit der Menstruation verbringen. Männerzutritt ist hier nur bei besonders schwierigen Situationen erwünscht. Begleiterinnen der Gebärenden sind Frauen, die selbst schon geboren haben, wie zum Beispiel die Mutter, Schwiegermutter oder weibliche Verwandte. Sie verfahren nach dem Prinzip, es der Gebärenden so angenehm wie möglich zu machen, sie zu pflegen und zu massieren. Diese wechselt nach ihrem Bedarf die Haltungen und gebiert stehend, sitzend, kniend oder hockend, nur mit äußerlichen, unterstützenden Maßnahmen, ganz ohne Untersuchungen und Eingriffe in den Körper. Das Kind wird nicht gehalten, sondern plumpst auf die am Boden ausgebreiteten Farnblätter, mit denen es getrocknet wird. Nach dem Erscheinen der Plazenta wird die Nabelschnur durchtrennt und der Stumpf mit Asche bestreut. Die Mutter kümmert sich um das Neugeborene und bleibt selbst aktiv. Wochenbettdepressionen sind nicht zu bemerken und bei den 83 Geburten, die Schiefenhövel in sechs Jahren beobachtet hat, gab es keinen Todesfall.

Gebären bei den Hausa in Nord-Nigeria

Für die muslimischen Hausa, bei denen die Ethnologin Luitgard Fleischer etwa zur selben Zeit geforscht hat, ist die Geburt eines Kindes von höchster Bedeutung, denn die Weitergabe menschlichen Lebens gilt als Teilhabe am Kreislauf des Lebens, am Band zwischen Ahnen und Nachkommen. Bei den Hausa herrscht die Vorstellung vor, dass nur diejenigen voll in die Gemeinschaft integriert sind, die Ahnen und Kinder haben. Deshalb wird die weibliche Fruchtbarkeit sowohl geschützt als auch kontrolliert und die Frauen leben unter der Institution des Purdah – das bedeutet Geschlechtertrennung mit Verschleierung des weiblichen Körpers. Schwangere haben hier viele Vorschriften zu befolgen. Hier gilt das Gebären als verunreinigende Gefahr und unterliegt deshalb strengen Regeln. Die Gebärende wird von Frauen, die selbst nicht mehr fruchtbar sind, begleitet und umsorgt. Der knienden Haltung wegen bezeichnen Hausa das Gebären als „Niederknien“. Um die Plazenta vollständig zu lösen, pressen und drücken die Helferinnen den Bauch. Nachdem die Nabelschnur durchtrennt ist, reinigen sie Mutter und Kind. Dem Neugeborenen wird zum Beispiel ein starkes Abführmittel verabreicht. Die Mutter darf

ihm gegenüber keine Freude zeigen, auch wenn es stirbt, bleibt sie gleichgültig. Danach werden kulturelle Eingriffe in die Körper Neugeborener vorgenommen, wie Zahnfleischabschälungen, Gesichtsmarkierungen, Inzision an der Klitoris, Beschneidung der Vorhaut, und die Kinder dürfen die ersten 40 Tage nicht aus dem Haus gebracht werden.

Gebären im Kulturvergleich

Die angeführten Beispiele zeigen, dass der Prozess je nach Gesellschaft unterschiedlich vollzogen und begleitet wird. Bei den Eipo werden die Frauen als weitgehend selbstbestimmt und das Gebären als harmonisch und problemlos beschrieben, bei den Hausa hingegen sind die Frauen strengen Regeln unterstellt. Gemeinsam sind den indigenen Beispielen die technische Einfachheit, die soziale Einbindung und die Begleitung des ganzen Prozesses durch erfahrene weibliche Bezugspersonen. Unsere Gesellschaft hingegen gibt das soziale und emotionale Begleiten der Gebärenden weitgehend an Institutionen ab, verlegt die Gebärende mit Einweisungsdiagnose in die Klinik. Anstelle der Kontinuität und Sicherheit gewährenden Hebammenbetreuung begleitet der Hightech-Check mit Mutterpass den Übergang. Steht bei den Eipo die Gebärende im Zentrum, gilt sie bei uns als Risikofaktor gegenüber dem technologisch veräußerlichten Kind. Während uns das Vertrauen in den Prozess zunehmend abhanden kommt, haben wir gegenüber der Mütter- und Säuglingssterblichkeit eine weitgehende Sicherheit erreicht. Dass das Vorhandensein von Hightech-Methoden allein aber nicht gleichzusetzen ist mit Sicherheit, zeigt der Amnesty International Bericht von 2010: Obwohl heute rund ein Drittel der Geburten in den USA durch Kaiserschnitt praktiziert werden, stehen gerade die USA hinsichtlich der Müttersterblichkeit im internationalen Vergleich an 41. Stelle und damit hinter fast allen anderen Industrieländern zurück.

DR. MARGRIT E. KAUFMANN, Universität Bremen, Bremer Institut für Kulturwissenschaft (bik), Enrique-Schmidt-Straße 7, 28359 Bremen; Tel.: (04 21) 218 676 31, E-Mail: mkaufm@uni-bremen.de

ANDREA BLÄTTER

Sucht und verändertes Bewusstsein im Kulturvergleich

Überall auf der Welt haben Angehörige unterschiedlichster Kulturen Möglichkeiten gefunden, um Bewusstseinsveränderungen durch externe Stimuli herbeizuführen. Dazu gehören akustische oder visuelle Stimuli, Rhythmen, Bewegungen, Atemtechniken, Hypnose, Meditation und viele Drogenarten. Der Gebrauch von Drogen zur Bewusstseinsveränderung ist bis ins Archaikum nachweisbar und gilt als menschliche Universalie wie Essen, Trinken, Sexualität und Aggression. Beispielsweise wurde in Ägypten bereits 3000 v. Chr. Wein angebaut und in China galt vor 6000 Jahren Cannabis als heilige Pflanze.

Drogenkonsum tritt seither in einer Vielzahl kulturell erlernter Ausdrucksformen auf und diese kulturellen Ausprägungen beeinflussen über psychologische Faktoren und soziokulturelle Kontexte die Drogenwirkungen wesentlich mit. Die Reaktionen von Konsumierenden auf Drogen sind sehr variabel und stark kulturell geprägt.



Funktionen, Dysfunktionen und Sucht

Drogenkonsum hat eine Vielzahl von adaptiven Funktionen. Diese betreffen sozial integrative, psychohygienische und vergnügliche, ökonomische und politische, aber auch medizinische und religiöse Bereiche. Drogenkonsum kann aber auch verschiedene dysfunktionale Wirkungen haben, angefangen von akuter Überdosierung und körperlichen Schädigungen über Psychopathologien bis zu ökonomischen und sozialen Verlusten, Unfällen, Kriminalität und Sucht.

Da Drogen in der Lage sind, die Befindlichkeit schnell und effektiv zum Positiven zu verändern, verlocken sie auch zu erneuter Anwendung, wecken Begierde und Verlangen und können letztlich zu Abhängigkeit führen, psychisch und zumindest bei einigen Substanzarten auch körperlich.

Der erlernte Rausch

Welche Drogenwirkungen kurz- und längerfristig auftreten, ob Suchttendenzen entstehen oder ob der Rausch zur eigenen psychischen Entwicklung und sozialen Integration genutzt werden kann, hängt erheblich von kulturellen Prägungen ab. Aus interkulturell vergleichender Perspektive ist dabei die unterschiedliche Bewertung von Rausch und Drogenkonsum und die Betonung verschiedener Funktionsbereiche auffällig. Dabei stehen in traditionellen Subsistenzkulturen (mit wirtschaftlicher Selbstversorgung) außerhalb der großen monotheistischen Religionen heilerische und religiöse Funktionen im Mittelpunkt der Verwendung, während in modernen Industrienationen Ventilfunktionen, leistungssteigernde, kompensatorische und vergnügliche Motive im Zentrum der Nutzung stehen. Das Verständnis für die spirituelle Komponente von Rausch und Berausung ist größtenteils verloren gegangen.

Sinn und Unsinn

In den westlich geprägten Industrienationen mit ihrer christlichen Prägung gibt es generell kaum Verständnis für Rausch und Berausung. In der hochtechnisierten Welt ist Nüchternheit notwendige Verhaltensnorm und bevorzugter Wert. Drogenkonsumentinnen und -konsumenten des Industriezeitalters gelten als krank, weil sie Standardnormen von Produktivität, Funktionalität und Erfolg nicht nachkommen. Es gibt zwar Nischen, in denen Drogenkonsum erlaubt und sozial erwünscht ist, aber der Rausch selbst hat für die Konsumierenden keine tiefere Bedeutung mehr, er verkommt zum Unsinn. Dies wird zum Beispiel in der Redewendung „sich sinnlos besaufen“ deutlich.

In der traditionellen Vorstellung mancher Ethnien außerhalb der großen monotheistischen Religionen werden Pflanzen- und Drogen hingegen als Pflanzen der Götter verehrt, weil diese in die spirituelle „Anderswelt“ führen können. Dort ist spirituelle Belehrung, Orientierung für den weiteren Lebensweg oder Heilung und Befreiung möglich. Voraussetzung ist der respektvolle und kontrollierte Umgang unter der Anleitung Erfahrener.

Vielleicht wird in den modernen Industrienationen Drogenkonsum vor allem deshalb mit Sucht assoziiert, weil diese spirituelle Sinngabe verloren gegangen ist, die Rausch erst zur bedeutungsvollen Erfahrung macht. Eine solche Art der spirituellen Einbindung verhindert nicht nur das Entstehen abhängigen Verhaltens, sondern kann auch bereits vorhandene Abhängigkeiten und Psychopathologien auflösen.

Beispiel Ayahuasca

Aktuelles Beispiel für Glaubensformen dieser Art sind die Ayahuasca-Kirchen Santo Daime und Vegetalismo, die in Brasilien und neuerdings auch in den Niederlanden Zulauf gewinnen. Die Mitglieder dieser anerkannten Glaubensgemeinschaften verwenden im kollektiven Ritual Ayahuasca, ein halluzinogenes Gebräu aus Urwaldlianen, um in Kontakt zu ihrer Spiritualität zu gelangen. Dadurch können dann auch Süchte, etwa von Alkohol, Crack oder Amphetaminen, überwunden werden. Erneute Suchtgefahr besteht dabei nicht. Dafür sorgt nicht nur die gute Einbindung in eine Heilgemeinschaft. Halluzinogene wie Ayahuasca sind in ihren Wirkungen zu zeitverzögert, unberechenbar und subtil, als dass sie die unmittelbare Erleichterung verschaffen würden, die süchtige oder suchtgefährdete Menschen suchen.

Dass Spiritualität das beste Mittel gegen Suchterkrankungen ist, ist übrigens auch in unserer Kultur bekannt. Die Anonymen Alkoholiker (AA), in den Vereinigten Staaten die am weitesten verbreitete und wirksamste Organisation gegen Suchtkrankheiten, verstehen Sucht ebenfalls als spirituelle Krankheit, welcher die Betroffenen hilflos ausgeliefert sind, und die nur durch Hingabe an eine höhere spirituelle Macht überwunden werden kann.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ANDREA BLÄTTER, Institut für Ethnologie, Edmund-Siemers-Allee 1, (W), 20145 Hamburg

DORIS BRAUNE

Heilkunst und Heilpflanzenwissen der Maya in Chiapas, Mexico

Die Organisation indigener Ärzte und Ärztinnen OMIECH im Bundesstaat Chiapas, Mexiko, ist ein Zusammenschluss von indigenen „Heilern und Heilerinnen“ – im weiteren Artikel „curandero“ / „curandera“ genannt – aus dem Hochland Chiapas. Sie sind in der Maya-Kultur die Ärzte, Ärztinnen, die Hebammen und gleichzeitig auch die Priester und Priesterinnen in den Gemeinden.

OMIECH hat sich 1985 gegründet, um die Maya-Medizin zu stärken, weiter zu entwickeln und darüber zu publizieren. Zu dieser Zeit sahen sich die heilkundigen Männer und Frauen der Maya-Kultur Angriffen ausgesetzt, die ihr Wissen als Scharlatanerie diffamiert haben. Gleichzeitig existierte aber für die

überwiegend sehr arme Landbevölkerung in den indigenen Gemeinden im Hochland fast keine medizinische Versorgung seitens des mexikanischen Staates. Die Maya-Medizin war somit existenziell für die Gesundheit der ländlichen Bevölkerung. 1986 wurde innerhalb von OMIECH der Bereich der Frauen und Hebammen gegründet, der seitdem die Arbeit von über 50 traditionellen Maya-Hebammen im Hochland von Chiapas koordiniert und zum Beispiel das regional unterschiedliche Pflanzenwissen austauscht. Der Bereich Frauen und Hebammen organisiert des Weiteren Workshops in den Gemeinden, in denen Aufklärung, Frauengesundheit, der Verlauf einer Schwangerschaft, Geburt und auch Familienplanung thematisiert werden.

Das Zentrum von OMIECH befindet sich in der Kolonialstadt San Cristobal de las Casas, das auf 2.200 Meter Höhe liegt. Es koordiniert die Aktivitäten der curanderos und curanderas in einem sehr großen Umkreis.

Cosmovision Maya

Die Medizin der Maya ist eingebunden in die spirituelle Weltansicht der indigenen Bevölkerung. In der „cosmovision Maya“ sind alle Menschen ein Teil des lebendigen Kosmos. Wie auch bei anderen traditionellen Heilweisen, sei es Ayurveda, Chinesische Medizin oder das Kräuterwissen einer Hildegard von Bingen, gehen sie von einer Einheit von Körper, Geist und Seele aus, in der der Mensch ein Teil der Natur ist.

Im Krankheitsfall oder bei einer Geburt wird um die Hilfe eines curandero oder einer curandera aus dem Dorf gebeten. Die Hilfe wird auf die Bitte hin geleistet und nicht, weil anschließend dafür bezahlt wird. Die Menschen vergelten ihre Hilfe in Form von Naturalien, die sie entbehren können, aber sie bekommen die Hilfe auch dann, wenn sie dazu zu arm sind.

In der Maya-Medizin geht es vor allem darum zu spüren, wie es der Seele des erkrankten Menschen geht. Durch Gebete, durch Rituale und Heilpflanzen versucht der curandero oder die curandera, der „verirrten Seele“ zu helfen, wieder in die Gemeinschaft zurückzufinden. Die indigene Weltansicht der „cosmovision Maya“ sieht bei jeder Erkrankung und Verletzung einen Zusammenhang zur Seele des Menschen und behandelt dies auch. Der curandero oder die curandera nimmt Kontakt mit der Seele des erkrankten Menschen auf oder auch mit der Gebärenden. Dies geschieht mittels Pulsdiagnostik.

Unrühmliche Rolle des Staates

Leider nimmt der mexikanische Staat in den letzten Jahren eine unrühmliche Rolle in der Diffamierung der curanderos / curanderas ein und trägt zur Zerstörung der Maya-Kultur und Maya-Medizin bei. Seit ein paar Jahren gibt es beispielsweise ein Geburtshilfe-Programm in Chiapas, das die Teilnahme mit einem für die wirtschaftlichen Verhältnisse der indigenen Bevölkerung hohen Geldbetrag entlohnt. Dieser Betrag wird gezahlt, wenn die Frauen bei der Geburt ihres Kindes ins Krankenhaus und nicht zu einer der traditionellen Hebammen gehen. Die Geburt im Krankenhaus bedeutet jedoch für die indigenen Frauen eine tiefen Würdeverletzung, denn in der Maya-Kultur bringt eine Frau ihr Kind kniend, gehalten von ihrem Mann, zu Welt. Sie ist dabei bekleidet, nur Beengendes hat sie abgelegt. Die Hebamme unterstützt bei der Geburt, ohne dass es zu einer vaginalen Untersuchung kommt, womit das Risiko einer Infektion auch entsprechend gering ist. Die indigene Frau, die mit Hilfe einer traditionellen Hebamme ihr Kind zur Welt bringt, nimmt aktiv am Geburtsprozess teil. Die



Hebammen von OMIECH haben viele Jahre lang ihre Geburten dokumentiert. Dem zufolge gab es praktisch keine Komplikationen oder gar Todesfolgen für Mutter und Kind.

Die Heilpflanzen

Heilpflanzen werden als „heilige“ Pflanzen gesehen. Wenn ein Kranker oder eine Gebärende Hilfe benötigt, gehen die curanderos / curanderas in die Berge und suchen nach der Pflanze, von der sie wissen und auch in ihrer spirituellen Verbindung mit dem Kosmos erfahren, dass dies die heilende Pflanze ist. Eine Pflanze in Monokultur anzubauen, um viel Ware für die Behandlung einer Krankheit zu bekommen, ist in der cosmovision Maya eher ein weiterer Ausdruck von Krankheit, von Seelenverirrung.

Im Zentrum von OMIECH existiert ein Heilkräutergarten, in dem eine beeindruckende Fülle von Heilpflanzen für die Behandlung von verschiedensten Erkrankungen zu sehen ist, von Husten über Rheuma, Diabetes und Krebs, und auch Pflanzen, die zur Familienplanung eingesetzt werden. Dieses große Wissen hatte schon seit langem die Begehrlichkeit der Pharmaindustrie geweckt. 1998 wurde von der US-amerikanischen Regierung in Zusammenarbeit mit der Regierung von Mexiko das Projekt ICBG Maya ins Leben gerufen. Im Rahmen dieses Projektes wurde in einem kleinem Gebiet in Chiapas ein Netz von Kontakten zu den curanderos und curanderas aufgebaut und auf der Basis eines „Freundschaftsverhältnisses“ oder auch gegen Geld deren Wissen erfragt. In dieser Weise wurden Tausende von Pflanzenproben gesammelt und in Amerika auf ihren medizinischen und ökonomischen Nutzen ausgewertet und Patente angemeldet.

Es gibt zwar internationale Abkommen, die diese Enteignung des Heilwissens der indigenen Völker aufgreifen, aber letztlich stellen sie den Warencharakter von Heilwissen und Heilpflanzen nicht in Frage. Es gelingt wohl immer mal wieder, die Patentierung eines solcherart geraubten Heilwissens (Beispiel Umckaloabo) zu widerrufen, aber angesichts der Gier nach Heilpflanzen, die Profite bringen, haben die curanderos und curanderas die Schlacht längst verloren.

Kürzlich hat OMIECH den Heilkräutergarten für den Publikumsverkehr geschlossen. Ihr Vertrauen wurde zu oft missbraucht.

DORIS BRAUNE, Heilpraktikerin, Praxis für klassische Homöopathie und Leiterin der Bellis Frauenschule, www.bellis-frauenschule.de
OMIECH, Organizacion de Medicos Indigenas del Estado de Chiapas A.C., Calle Salomon Gonzales Blanco 10, Col Morelos C.p.29230,A.p.117, www.medicinamaya.org



MARTIN SCHUMACHER

Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit im Kulturvergleich

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet. Bereits an den erläuternden Adjektiven lässt sich erkennen, dass Gesundheit keineswegs nur ein (organ)medizinisches, sondern ein in hohem Maße kulturell geprägtes Konstrukt ist.

Übergänge von Gesundheit zu Krankheit

Ob und ab wann einer Befindlichkeit Krankheitswert beigegeben wird, hängt einerseits von erlernten Erklärungsmustern des Individuums, andererseits von kulturellen Interpretationsmustern ab. Heute gültige schulmedizinische Definitionen gehen von einer primär naturwissenschaftlichen Konzeption des Menschenbildes aus und orientieren sich stark an statistischen Normen. Krankheit wird damit primär im Sinne einer Normabweichung definiert. Mit der diesem Gedanken folgenden Einführung der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) wurde angestrebt, die Diagnostik weltweit über alle Kulturkreise hinweg zu standardisieren.

Vergleiche zur modernen Schulmedizin

Die ICD ist gleichwohl keineswegs geeignet, universell gültige Definitionen von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Dies zeigt sich zum Beispiel an der Diskussion des Leib-Seele-Problems, das seit der Antike vielfältige unterschiedliche Lösungsansätze produziert hat. Insbesondere im Feld der seelischen Gesundheit führte dies zu diametral unterschiedlichen Behandlungsansätzen, die bis heute unabhängig parallel zueinander praktiziert werden. Die schulmedizinische Psychopathologie hat dabei jedoch stets auch die kulturelle Dimension der Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit im Blick. Als Beispiel sei hier der Wahn erwähnt, der als zentrales Diagnosekriterium von anderen Mitgliedern des Kulturkreises nicht akzeptierte Gedanken umfasst. Somit muss bei der Diagnose-

stellung stets die kulturelle Prägung der Patientin oder des Patienten mitberücksichtigt werden. Eine Besonderheit zeigt sich auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit in der Psychopharmakotherapie: Die in der modernen Psychiatrie angewandte Verabreichung psychoaktiver Substanzen wird in vielen indigenen Kulturen völlig anders gehandhabt – hier nimmt oft die Heilerin oder der Heiler diese Substanzen zu sich, um eine Diagnose stellen und eine Therapie entwickeln zu können. Kultureinfluss lässt sich aber auch in vielen anderen medizinischen Fachgebieten verzeichnen. Die engmaschigen Begleitungen von Schwangerschaften oder des Sterbens – noch vor wenigen Jahrzehnten praktisch kein Thema – seien hier beispielhaft genannt.

Definitionsansätze indigener Völker

Viele indigene Völker sehen Krankheiten als Folge externer mystischer Einflüsse, die etwa durch bösen Zauber, Geister oder dämonische Einflüsse verursacht werden. Diese Annahme übernatürlicher Ursachen hat sehr vielschichtige und ausdifferenzierte Behandlungssysteme hervorgebracht, die von verschiedenen Expertinnen und Experten der Gemeinschaft auf Feldern wie Schamanismus oder auch Homöopathie und Osteopathie umgesetzt werden. Die Rolle dieser Fachkräfte ist weitaus umfangreicher als die der Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Schulmedizin. Sie werden nicht nur als Dienstleistende gesehen, sondern als besonders befähigte Vermittelnde zwischen der Gemeinschaft und der (über)natürlichen Welt. Sie vereinen damit Kompetenzen, die in der westlichen Welt auf viele verschiedene Berufsgruppen aufgeteilt wurden. Hierzu zählen neben den medizinischen Berufen auch solche der psychosozialen Versorgung und der kirchlichen Sphäre. Die Heilerinnen und Heiler genießen aufgrund ihrer Expertise höchsten Respekt. Ihrer Anerkennung geht zu meist eine lange Ausbildungs- und Initiationszeit voraus. Durch ihren ganzheitlichen Behandlungsansatz unterscheiden sie sich wesentlich von den Fachkräften der gelegentlich als „Reparaturmedizin“ attribuierten westlichen Schulmedizin. Die Erklärungsmodelle von Heilerin oder Heiler und Patientin oder Patient sind meist deckungsgleich und fußen auf gemeinsamen Ansichten. So ist in vielen indigenen Völkern eine Arzt-Patient-Beziehung gegeben, wie sie sich in westlichen Gesundheitssystemen erst langsam zu entwickeln begonnen hat.

Herausforderung Endemie

Eine Herausforderung stellen Krankheiten dar, die in einem indigenen Volk so stark (endemisch) verbreitet sind, dass sie von diesem kaum mehr als Krankheit wahrgenommen werden. So berichten die Pan American Health Organization (PAHO) und die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) über ein Programm zur Reduzierung des Trachoms, einer Bindehautentzündung, die unbehandelt zur Erblindung führt, bei den Tzeltal (Hochchiapas). Hier war viel Überzeugungsarbeit zu leisten, damit der sehr allmähliche Krankheitsverlauf von der Bevölkerung als behandelbar erkannt wurde und nicht als natürlicher Lauf der Dinge.

Konflikte und Lösungsansätze

Die Differenzen zwischen den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen indigener Völker und der modernen Schulmedizin führen bei Begegnungen der Kulturkreise nicht selten zu Problemen. Einerseits könnten indigene Völker vom besseren

Zugang zur Schulmedizin profitieren, wie das oben aufgeführte Beispiel illustriert. Andererseits kann die Heranführung an westliche Lebensstile für indigene Völker selbst zum Gesundheitsrisiko werden.

Seit den 1990er Jahren widmet sich die UNO verstärkt dieser Herausforderung und strebt an, der Bedeutung traditioneller Wissenssysteme indigener Völker angemessen Rechnung zu tragen. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass indigenen Völkern eine herausragende Bedeutung für die Erhaltung und die Pflege der biologischen Vielfalt zukommt und deren traditionelles Wissen eine wichtige Basis zur Umsetzung von Nachhaltigkeit darstellt. Dies spiegelt sich auch in der UN-Erklärung über die Rechte der indigenen Völker wider, die in Artikel 24 explizit auf das Recht auf Gesundheit eingeht.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum



IVO FERREIRA BRITO

Die Gesundheit der Indianer in Brasilien

Der Umfang der Indianerbevolkerung in Brasilien wird auf ca. 488.000 Menschen geschätzt, die sich auf 215 Stämme verteilen und 180 verschiedene Sprachen sprechen. Es ist davon auszugehen, dass weitere 150.000 Indianer in den Hauptstädten der Bundesstaaten und den großstädtischen Ballungszentren leben. Bisher sind 633 Indianerreservate anerkannt und ausgewiesen, was 14 % der Fläche Brasiliens entspricht. Der größte Teil dieser Gebiete liegt im sogenannten Legalen Amazonien, dem Einzugsgebiet des Amazonas und seiner Nebenflüsse, in dem sich der Amazonische Regenwald befindet. Es entspricht ca. 61 % der Gesamtfläche Brasiliens. Hier befinden sich 405 Reservate, die 20,7 % der Fläche des Amazonasgebiets und 98,6 % der Gesamtfläche der Indianerreservate in Brasilien entsprechen.

Kolonialzeit als Ausgangspunkt der Umwälzungen

Die Kontaktaufnahme der Indianervölker mit der umgebenden Gesellschaft hat in der Kolonialzeit begonnen. Die Besetzung Zentral- und Nordbrasilien, das Vorrücken der Landwirtschaft, Konflikte zwischen Indianern und Siedlern und der Vormarsch des Bergbaus hatten tiefgreifende Umbrüche in den Indianerkulturen zur Folge. Folgen waren unter anderem eine Zunahme an Krankheiten und ein Ansteigen der Sterblichkeitsrate.

Die brasilianische Bundesverfassung erkennt die gesellschaftliche Selbstorganisation der Indianer, ihre Sitten und Gebräuche, ihre Sprachen, religiösen Überzeugungen und ursprünglichen Rechte über die von ihnen seit langen Zeiten besetzten Regionen an. Dem Bund obliegt die Ausweisung dieser Reservate, ihr Schutz und die Durchsetzung der Vermögensrechte der Indianer.

Land als Lebensgrundlage

Das seit 1999 umgesetzte Arouca-Gesetz bildet die Rechtsgrundlage des Subsystems „Gesundheitsversorgung für die Indianerbevolkerung“ in Brasilien, dessen Generalkoordinierung dem Sistema Único de Saúde (SUS – Einheitliches Gesundheitssystem) obliegt. Darüber erreichen die staatlichen Maßnahmen die Indianerbevolkerung. Bezugspunkt des organisatorischen Aufbaus sind die so genannten besonderen

Indianergesundheitsbezirke, deren Mittelpunkt die Basisgesundheitsstation ist, die die primäre Basisversorgung übernimmt und mit den Krankenhäusern der sekundären und tertiären Versorgungsebene vernetzt ist. Diese Struktur sieht über die lokalen Räte in den Basisgesundheitsstationen auch Mechanismen der Partizipation und der sozialen Kontrolle vor. Herausforderung dieses Gesundheitsversorgungssystems ist, die Ungleichheit zu bekämpfen und die ungünstige Entwicklung der Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren der Indianerbevolkerung umzukehren.

Gesundheitsstand

Aus epidemiologischer Sicht stellt sich die Situation der Indianerbevolkerung als komplex dar. Eine besondere Rolle spielen armutsbedingte Krankheiten wie akute Atemwegserkrankungen und Durchfallerkrankungen. Sie gehen auf von Parasiten verursachte Infektionen des Magen-Darm-Trakts zurück, auf die mangelhafte Abwasserkanalisation und Trinkwasserversorgung, auf Unterernährung und Endemien wie Tuberkulose, Malaria und Morbus Chagas. Die Kindersterblichkeit ist daher unter Indianerinnen und Indianern höher als in der übrigen Bevölkerung. Daten von 2006 zeigen, dass der Kindersterblichkeitskoeffizient in der Indianerbevolkerung bei 46,7 pro 1000 Lebendgeburten und in der übrigen brasilianischen Bevölkerung bei 21,7 pro 1000 Lebendgeburten lag. Diese Situation verschärft sich, wenn die Indianerreservate von der Besetzung durch Goldgräber und Holzhändler bedroht sind. Auf der anderen Seite verweist dieses Szenario auch auf die Zunahme der chronischen Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes, Herzerkrankungen, Fettleibigkeit und das Aufkommen von Epidemien wie Dengue-Fieber, Hepatitis und sexuell übertragbare Krankheiten wie AIDS.

Diese epidemiologische Polarisierung bringt zahllose Probleme mit sich, die das Überleben bestimmter ethnischer Gruppen gefährden, wie etwa der Avá-Canoeiros im Mittleren Westen und der Stämme, deren Reproduktionsindices heute bedroht sind. Hervorzuheben ist außerdem, dass die Ausdehnung von Entwicklungsprojekten den Fortbestand der isolierten Indianergruppen in Frage stellen, da sehr viele Bauvorhaben in den Bereichen Wasserkraftwerke, Agrobusiness und Bergbau auf das Land der Indianerreservate zugreifen und der Verbreitung von Krankheiten Vorschub leisten. Oft handelt es sich um schwere Krankheiten, die in traditionellen Gesellschaften nur schwer eingedämmt werden können.



Gegenwärtige Herausforderungen an die staatliche Gesundheitsversorgung

Die gegenwärtige Struktur der staatlichen Gesundheitsversorgung beinhaltet einen ganzheitlichen Zugriff und verzeichnet an verschiedenen Stellen des Systems durchaus Fortschritte. Schwachstelle ist jedoch der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften in den Indianerreservaten. Ständig wechselnde Fachkräfte (Rotationsprinzip im Gesundheitswesen) und Defizite z. B. bei der Schnelldiagnose in entfernten und schwer zugänglichen Gebieten verschärfen die schon bestehenden Ungleichheiten zwischen der Indianerbevolkerung und der übrigen Bevölkerung. Das Auseinanderdriften der programmatischen Ziele des Subsystems „Staatliche Gesundheitsversorgung für Indianer“ und der Managementvereinbarungen des SUS hat zu einer gewissen Selektivität beim Zugang zu den Mitteln der komplexeren Gesundheitsversorgungsprogramme geführt. Die sich daraus ergebende Ungleichheit stärkt die Vorurteile gegen die Indianerbevolkerung und verletzt deren verfassungsmäßig verbrieftes Grundrecht auf Gesundheit. Damit wird der Fortschritt bei der Reform des Gesundheitswesens in Brasilien kompromittiert, da hier eines der Grundprinzipien, der allgemeine und gleiche Zugang zu Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich, aufgegeben wird.

Gesellschaftliche Initiativen für eine bessere Versorgung

Gesellschaftliche Initiativen gehen von Aktivistinnen und Aktivisten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern [indigenistas] selbst aus. Sie bemühen sich darum, Rückschritte im gegenwärtigen Gesundheitsversorgungsmodell zu vermeiden, und versuchen, direkte Partizipation und zivilgesellschaftliche Kontrolle auf die Tagesordnung der Politik zu setzen. In der Agenda der Indianerbewegung hat die Gesundheitsversorgung eine hohe symbolische und praktische Bedeutung. Es geht um die Überwindung des rein biomedizinischen Paradigmas im Interesse einer menschlicheren und ganzheitlicheren Konzeption.

Autor: IVO FERREIRA BRITO, Coordenador da área de Direitos Humanos, Redução de Risco e Vulnerabilidade, Ministério de Saúde, Departamento de DST/HIV-AIDS e Hepatites virais, SAF Sul trecho 2, Bloco F, Torre I Ed. Premium, Auditório sala 2, 70070-600 Brasília, D.F., Tel.: (00 55 61) 33 06 75 22, E-Mail: ivo@aids.gov.br

Übersetzer: PETER NAUMANN, Rua Cariri 183, Vila Assunção, 91900-560 Porto Alegre – RS, Tel.: (00 55 51) 32 68 64 83, E-Mail: naumann@via-rs.net

THOMAS ALTGELD

Gesundheit neu denken! Die Wiederentdeckung des zentralen Stellenwertes von Gemeinschaft und Wohlbefinden in der pazifisch-australischen Public-Health-Politik

Die gängigen Public-Health-, Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien sind vor allem von westeuropäischen und angelsächsischen Werten geprägt und durchdrungen. Deshalb sind ihre Reichweiten und Akzeptanzen bei anderen Bevölkerungsgruppen in westlich geprägten Mehrheitsgesellschaften eher marginal. In Australien, Neuseeland und im gesamten pazifischen Raum hat diese Erkenntnis nicht zu dem in Deutschland und anderen europäischen Ländern üblichen Schubladendenken und Bejammern von „schwer erreichbaren Zielgruppen“ geführt, sondern eine Neuorientierung des ganzen Sektors ausgelöst. Dort werden jetzt die „indigenen Gesundheitsvorstellungen“ wahr und ernst genommen. So wurden zunächst gemeinsam unterschiedliche Gesundheitskonzepte und -vorstellungen erforscht und darauf aufbauend wurden im zweiten Schritt Public-Health-Politiken und Gesundheitsförderungsstrategien partizipativ entwickelt und vorangetrieben.

Bereits 1989 hatte die National Aboriginal Community-Controlled Organisation in Australien eine eigene Gesundheitsdefinition erarbeitet, die sich von denen der WHO zentral in der Betonung des sozialen und kulturellen Wohlbefindens als Voraussetzung für Gesundheit unterscheidet: Gesundheit ist demnach „nicht nur das physische Wohlbefinden eines Individuums, sondern das soziale, emotionale und kulturelle Wohlbefinden ganzer Gemeinschaften, in denen jedes Individuum fähig ist, das volle Potenzial als menschliches Wesen zu erreichen und dadurch das vollständige Wohlbefinden des jeweiligen Gemeinwesens herbeizuführen. Es ist ein ganzheitlicher Blick auf das Leben selbst und schließt ein zyklisches Verständnis von Leben-Tod-Leben mit ein.“ Dieses Gesundheitsverständnis schließt auch spirituelle Dimensionen mit ein, die untrennbarer Bestandteil des kulturellen Wohlbefindens sind.

Auch für den Pazifischen Raum wurden fast zeitgleich ähnlich weitgehende Gesundheitsdefinitionen entwickelt, etwa das so genannte „Fonofale-Modell“ von Fuimaono Karl Pulotu-Endemann. Für alle indigenen Bevölkerungen in diesem Raum ist das Wohlbefinden jedes einzelnen Menschen untrennbar verwoben mit dem des gesamten Gemeinwesens und der Familien. Die erste australische National Aboriginal Health Strategy, die auf diesem neuen Denken aufbaut, wurde bereits 1989 verankert. Natürlich war der Handlungsbedarf allein schon aufgrund der um siebzehn Jahre niedrigeren Lebenserwartung dieser Bevölkerungsgruppen im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt immens. Zentrales Element der nachfolgenden Gesundheitspolitikstrategien war die Partnerschaft mit den indigenen Bevölkerungsgruppen und deren Repräsentanten sowie die Implementierung von Empowermentstrategien. Anders als Nationale Aktionspläne im Bereich Gesundheit in Deutschland existiert für die aus-

tralischen Politikprogramme in den meisten Fällen eine Wirkungsstudienforschung. So konnte etwa für North Queensland nachgewiesen werden, dass der dort umgesetzte Empowermentansatz für gesundheitliche und soziale Fortschritte sowohl praktikabel als auch effektiv ist.

2005 wurde ein umfassender Kampagnenansatz unter dem Label „Close the Gap“ aufgelegt, der bis zum Jahr 2030 gesundheitliche Chancengleichheit für indigene Bevölkerungsgruppen herstellen soll. Dieser Ansatz ist langfristig angelegt und finanziell vergleichsweise gut ausgestattet. Bis 2010 wurden 830 Millionen australische Dollar investiert. Über die bereits genannten Ansätze hinaus wird über diesen Ansatz auch der Aufbau der „Aboriginal Community Controlled Health Services“ finanziert. Das Vertrauen in das herkömmliche Gesundheitssystem ist durch dessen unrühmliche Rolle etwa bei Zwangsadoptionen von Kindern der Ureinwohner Australiens in den 50er und 60er Jahren nicht besonders hoch. Ausschlaggebend für die neuen Zugänge sind deshalb auch Wege, die primäre Gesundheitsversorgung anders zu organisieren und die Selbstbestimmung der indigenen Bevölkerungsgruppen zu fördern. Mittlerweile haben mehr als hundert Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHSs) australienweit ihre Arbeit aufgenommen. Die ACCHSs sind sowohl auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene repräsentiert und tragen so auch zur Verbesserung der Ressourcenverteilungsentscheidungen und Politikformulierung bei. Anders als im australischen, staatlichen Gesundheitssystem mit seiner vertikalen Hierarchie unterliegen die ACCHSs regionalen Kontrollgremien. Diese werden von den jeweiligen indigenen Bevölkerungsgruppen gewählt, die auch über Anstellung von Fachpersonal und Vorhaltung von Angebotsstrukturen entscheiden. Eine solche Demokratisierung auf kleinräumiger Ebene führt zu hohen Akzeptanzraten.

Auch für Neuseeland lassen sich ähnliche Entwicklungslinien nachzeichnen. Dort spielten bis Ende der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts die Maori-Organisationen keine Rolle in der Gesundheitsversorgung. 2006 gab es bereits 240 Organisationen der Maori, die primäre Gesundheitsversorgungsleistungen und Gesundheitsförderungsaktivitäten anbieten. Im letzteren Bereich wurde beispielsweise das „Health Promotion Forum of New Zealand – Runanga Whakapiki ake i te Hauora o Aotearoa“ bereits zur Jahrtausendwende etabliert. In seinem Grundsatzprogramm wird ausgeführt, dass Gesundheitsförderungsansätze nur auf dem ganzheitlichen Maori-Verständnis von Gesundheit aufbauen können. Das grundlegende Defizit in der herkömmlichen Gesundheitsversorgung in Neuseeland wird von den Maori im Fehlen von Spiritualität („taha wairua“) gesehen.

Die beschriebenen Fortschritte beim Einbezug und der Versorgung indigener Bevölkerungsgruppen dürfen allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Mehrheit nach wie vor durch die tradierten Gesundheitseinrichtungen versorgt wird. Deshalb bestehen auch hier Initiativen und Ansätze, die „cultural safety (cultural appropriateness)“ dieser Einrichtungen zu verbessern. Natürlich ist auch in diesem Bereich nicht alles Gold was glänzt, es gibt auch Kritik von Repräsentanten indigener Bevölkerungsgruppen an der Aus-



stattung und der Reichweite dieser Ansätze. Aber allein die Beförderung von Selbstbestimmung und das Ernstnehmen umfassender Gesundheitsvorstellungen können anregend für den Diskurs in Deutschland sein, wo individualisierte Gesundheitskonzepte und -förderungsstrategien nach wie vor dominieren. Investitionen in das soziale, emotionale und kulturelle Wohlbefinden von ganzen Gemeinschaften hätten aber auch hier absehbar positive gesundheitliche Effekte.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

NICOLE WEYDMANN

Herbal goes trendy – Traditionelle indonesische Heilmethoden sind in allen Bevölkerungsschichten beliebt

Eine psychologische Interviewstudie der Jacobs University Bremen beschäftigt sich derzeit mit der Fragestellung: Weshalb entscheiden sich Kranke im urbanen Indonesien für die eine oder andere Heilmethode? Was sind die entscheidenden Faktoren bei ihrer Wahl und was macht eine Behandlung erfolgreich? Im Fokus stehen die subjektiven Krankheitskonzepte sowie deren Einfluss auf die Wahl einer Behandlungsmethode. Die Vorstellung über das Wesen, die Entstehung und damit verbunden die Behandlung der jeweiligen Erkrankung wird als „subjektive Krankheitskonzeption“ bezeichnet und umfasst die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich einer gesundheitlichen Auffälligkeit eines Menschen. Körperliche Beschwerden können aus unerklärlichen Gründen auftreten, durch einen eingedrungenen, schädigenden Geist hervorgerufen werden, einen dynamisch-physikalischen Prozess oder eine gestörte Organfunktion als Ursache haben.

Eindeutig haben die Faktoren Kultur, Geschlecht, Alter, Schulbildung und insbesondere der sozioökonomische Status entscheidenden Einfluss auf die jeweilige Behandlungswahl. Ein geringes Einkommen begrenzt die Auswahl der Behandlungs-



möglichkeiten erheblich und verringert den Handlungsspielraum der erkrankten Person. Eine ausreichende biomedizinische Versorgung steht häufig aus finanziellen Gründen nicht zur Verfügung. Hinsichtlich des Geschlechts deuten die Interviews an, dass Frauen bei der Wahl ihrer Heilmethode stärker ökonomische Faktoren gewichten, wohingegen Männer dem Aspekt Wohlgeschmack Vorrang geben. Hinsichtlich des Alters wird deutlich, dass jüngere Menschen einen höheren Handlungsspielraum empfinden, da sie im Gegensatz zu Älteren auf nicht traditionell indonesische Heilmethoden wie Akupunktur oder Reiki bereitwillig zugreifen. Die Studie wird nach Abschluss Antworten liefern, die diese Zusammenhänge detailliert beleuchten. Schon zum jetzigen Zeitpunkt können aber erste Ergebnisse am Beispiel einer häufigen Erkrankung deskriptiv vorgestellt werden.

Erste Ergebnisse am Beispiel von Masuk Angin

In den Interviews wurde am häufigsten eine als Masuk Angin bezeichnete Erkrankung genannt. Diese Erkrankung wird fälschlicherweise in klinischen Zusammenhängen häufig als Erkältung bezeichnet, ist jedoch innerhalb der westlichen biomedizinischen Betrachtungsweise nicht erklärbar. Masuk Angin wird bis heute auf das Eindringen von Wind in den Körper zurückgeführt und unterscheidet sich in seiner Symptomatik von einer Erkältungserkrankung: es stehen vor allem Übelkeit, Kopfschmerzen, Fieber, Kältegefühl, Gliederschmerzen und ein aufgeblähter Bauch im Vordergrund. In der javanischen Vorstellung von Gesundheit befinden sich Körper und Geist, sowie das Selbst mit dem Universum in Harmonie. Medizinische Verfahren, die lediglich an einem Körperteil ansetzen und keinen ganzheitlichen Zugang zu dem Kranken oder der Kranken haben, werden daher im traditionellen Verständnis als ineffektiv erachtet. Innerhalb des traditionell binären Behandlungskonzeptes werden kalte Krankheitszustände mit heißen Behandlungsformen behandelt und umgekehrt. Da Masuk Angin als Ursache das Eindringen von Wind und Kälte hat, sind traditionell heiße Behandlungsmethoden notwendig, wie beispielsweise Kerokan oder wärmende Jamu-Rezepturen.

Kerokan

Die beliebteste Behandlungsmethode bei Masuk Angin ist Kerokan. Bei dieser besonderen Massagetechnik wird die Haut mit Hilfe einer Geldmünze und Öl so lange gerieben, bis sich rote Male bilden, durch welche der Wind den Körper wieder verlassen kann. Je tiefer die Rötung der jeweiligen Male, desto ernster die Erkrankung, so die javanische Diagnostik. Nach der Behandlung beschreiben die Behandelten ein Gefühl von Frische, Entspannung und Zufriedenheit; die Male verschwinden nach drei bis fünf Tagen wieder. Diese Behandlungsmethode wird auf Java in allen gesellschaftlichen Schichten und quer durch alle Glaubensgemeinschaften praktiziert. Insbesondere die einfache Praktikierbarkeit, die Kostenersparnis gegenüber anderen Behandlungsoptionen und die Effektivität werden als zentrale Faktoren für die Wahl der Behandlungsmethode angegeben.

Jamu

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit bei Masuk Angin ist Jamu, das Trinken oder Einnehmen von überwiegend pflanzlichen Heilmitteln aus Blättern, Rinden, Wurzeln, Früchten und Blüten. Jamu ist die älteste, dokumentierte Behandlungsmethode Indonesiens und gleichzeitig auch die Bekannteste. Jamu-Produkte werden bis heute traditionell täglich frisch zubereitet und konsumiert. Allerdings gibt es heute ebenfalls einen großen Markt an industriell gefertigten Jamu-Produkten. Ein in den letzten Jahren erstarkendes Gesundheitsbewusstsein der Mittel- und Oberschicht hat Jamu einen regelrechten Boom beschert. Etwa 80 % der städtischen Bevölkerung Indonesiens gibt an, gelegentlich oder regelmäßig Jamu zu trinken. Natürliche Medikamente ohne chemische Zusätze und ohne Nebenwirkungen haben derzeit starken Aufwind.

Maximierung der unterschiedlichen Heilbehandlung erhöht Heilungschance

Im alltäglichen Umgang werden in erster Linie die beiden oben genannten Formen als Primärbehandlungen eingesetzt, wobei es noch eine Vielzahl weiterer Behandlungsmöglichkeiten gibt. Sollten diese jedoch keine oder keine ausreichende Wirksamkeit zeigen, wird häufig nach dem Maximierungsprinzip verfahren: mehrere unterschiedliche Behandlungsformen werden parallel verwendet in der Hoffnung, durch die Maximierung der Behandlungen zumindest eine wirkungsvolle Methode zu finden. Hierbei werden häufig jene Methoden parallel verwendet, die sich in ihren theoretischen Krankheitskonzeptionen stark unterscheiden oder sogar entgegenstehen, wie beispielsweise religiöse oder spirituelle Heilpraktiken in Kombination mit biomedizinischer Behandlung. Diese grundsätzlich unterschiedlichen Herangehensweisen an Krankheit werden nicht als Widerspruch empfunden, sondern als Erweiterung des Wirkspektrums. Letzten Endes zählt in der Bewertung durch Patientinnen und Patienten nicht die theoretische Konzeption einer Behandlung als vielmehr die Frage, ob sie für den Erkrankten und seine spezifische Erkrankung und Lebenslage passend ist.

Literatur bei der Verfasserin

NICOLE WEYDMANN, Jacobs University, School of Humanities and Social Science, Campus Ring 1, 28759 Bremen, Tel.: (04 21) 200 59 33, E-Mail: n.weydmann@jacobs-university.de

BARBARA KÜHLEN

Basisgesundheitsversorgung in Ecuador durch indigene Laienhelfer

Im Hochland von Ecuador verbessern Gesundheitspromoter und -promoterinnen die medizinische Basisversorgung in indigenen Gemeinden und verbinden dabei Schulmedizin und traditionelle Heilmethoden.

Mühsam ruckelt der Jeep die Bergstraße hoch, durch Schlaglöcher hindurch an einer Schafherde vorbei. Über lange Zeit kein Auto weit und breit. Auf fast 4000 Meter Höhe wird die Luft dünn. Dicker Nebel liegt auf den Feldern. Viel wächst hier oben nicht. Zwei Stunden dauert die Fahrt von Riobamba, der Hauptstadt der Provinz Chimborazo, nach Totoras Llulín. Hier oben leben Manuel, Delfina und María Elena, Gesundheitspromoter und -promoterinnen, die mit Unterstützung von action medeor und finanzieller Förderung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ausgebildet wurden. Das Gesundheitshilfswerk action medeor e.V. leistet weltweite Medikamentenhilfe, pharmazeutische Fachberatung, Not- und Katastrophenhilfe und führt Projekte in den Bereichen Basisgesundheitsversorgung, Prävention und Behandlung von HIV / Aids, Malaria, Tuberkulose sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit durch.

Die Gesundheitspromoter und -promoterinnen von Totoras Llulín kümmern sich um Notfälle, aber auch um Vorsorge und medizinische Grundversorgung von rund 85 Familien. „Früher mussten wir viele Stunden laufen, wenn einer krank wurde“, sagt Manuel. „Im staatlichen Gesundheitszentrum wurden wir oft schlecht behandelt.“ Nun gibt es direkt im Dorf Beratung und eine medizinische Grundversorgung. Ein Familienvater erzählt von seiner Erleichterung darüber, dass die Hilfe nun schnell zu erreichen ist und die teure – und im Notfall zu lange – Fahrt in die Stadt nicht mehr nötig ist, wenn beispielsweise ein Kind krank wird.

Schwierige Situation in ländlichen Regionen

In Chimborazo, der zweitärmsten Provinz Ecuadors, gibt es viele Orte wie Totoras Llulín: klein, von der Welt abgeschnitten und unterversorgt. Die Menschen leben meist von Subsistenzlandwirtschaft, die Mehrzahl von ihnen unterhalb der Armutsgrenze. Viele Kinder sind unter- und fehlernährt und von vermeidbaren Krankheiten bedroht.

Die wenigen staatlichen Einrichtungen liegen weit entfernt und sind aufgrund von Geldmangel und der schlechten Infrastruktur kaum erreichbar. Oft fehlt es zudem selbst dort an Ausstattung und Personal. Der ländliche Raum ist nicht attraktiv, insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugen urbane Zentren. Die Diskriminierung der indigenen Bevölkerung ist Alltag. Sprachbarrieren und Kulturunterschiede erschweren die Kommunikation. „Wenn sie unseren Poncho sehen, wollen sie uns schon gar nicht behandeln“, erzählt ein Gesundheitspromoter.

Die Gesundheitspromoter und -promoterinnen richten in ihren Gemeinden Gesundheitsposten ein. So ist in den letzten acht Jahren ein Netz zur Basisversorgung mit rund 120 kleinen und fünfzehn größeren Posten, die gleichzeitig als Referenzzentrum dienen, entstanden. Land, Baumaterial und Arbeitskräfte dafür stellt jeweils die Dorfgemeinschaft.



Ausbildung kombiniert traditionelles Wissen und Schulmedizin

Die Ausbildung berücksichtigt das indigene Weltbild und Gesundheitsverständnis und verknüpft traditionelle Naturheilmethoden mit denen der Schulmedizin. Ärztinnen und Ärzte sowie Naturheilende vermitteln Grundlagen in Schul-, Natur-, und Zahnmedizin sowie in sexueller und reproduktiver Gesundheit. Aber es gehört mehr dazu: „Ein guter Gesundheitspromoter muss die Menschen ernst nehmen, sie motivieren und überzeugen“, sagt Gerardo Chacón, Projektleiter der ecuadorianischen Organisation Yachachic, dem Partner von action medeor.

Zur Sicherung der nachhaltigen Versorgung mit kostengünstiger – und somit auch für die arme Bevölkerung erschwinglicher – Medizin erlernen sie die Herstellung von Naturarzneien aus Pflanzen, die sie in kommunalen Gärten anbauen. Der Erhalt und die Weitergabe traditioneller Heilmethoden stärkt zudem die kulturelle Identität und das Selbstbewusstsein der indigenen Bevölkerung – wesentlich für den Erfolg des Projektes. In einem „Handbuch des Gesundheitspromoters“ werden Krankheitsbilder, Diagnosen und Therapien sowie die korrekte Verwendung von Heilpflanzen aufgeführt. So können die Promoter ihr Wissen immer wieder auffrischen.

Knapp 200 von ihnen wurden in den vergangenen acht Jahren in drei Projekten ausgebildet. Jeder Promoter und jede Promoterin versorgt mindestens zwei Gemeinden, bietet regelmäßige Sprechstunden an und führt Hausbesuche durch. Sie leisten Gemeinde- und Sozialarbeit – hauptsächlich aus Solidarität, nur selten gegen Geld, mal für Eier, ein Mittagessen, etwas Mehl oder ein Huhn.

Erfolge werden sichtbar

Prävention und Information sind zentral. Die Promoter und Promoterinnen sprechen in Schulen oder Gemeindeversammlungen über Gesundheitsvorsorge, Hygiene und Ernährung und sensibilisieren für Gesundheitsgefahren. Regelmäßige Radioprogramme und -spots auf Spanisch und Quechua sowie Interviews und Poster informieren über das Projekt, über Krankheitssymptome, Präventions- und Heilungsmöglichkeiten.



Der Erfolg ist spürbar. Viele Familien ernähren sich gesünder, die hygienische Situation ist besser geworden. Vorsorge wird ernst genommen, Krankheiten werden früher erkannt und behandelt. Grenzen setzen zuweilen die auseinanderdriftenden Weltanschauungen. Wie Gerardo Chacón, Projektleiter von Yachachic, schildert, waren viele der Angesprochenen verwundert, als man sie aufforderte, sich nach der Feldarbeit vor dem Essen die Erde von den Händen zu waschen: „Wie soll Mutter Erde ‚dreckig‘ oder gar schädlich sein, wenn wir doch Teil von ihr sind, aus ihr entstehen und zu ihr zurückgehen?“ Pachamama, die Erde, ist die Fruchtbarkeitsgöttin der Quechua.

Ein etwas zweischneidiges Zeichen des Erfolges ist, dass andere Organisationen gut ausgebildete Gesundheitspromoter und -promoterinnen abgeworben haben. In ihren Heimatdörfern stehen sie dann nicht mehr zur Verfügung, aber sie erreichen anderswo als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vermutlich sogar mehr Menschen. Da pro Gemeinde in Chimborazo zwei Promoter oder Promoterinnen ausgebildet werden, ist durch die Abwanderung bislang keine Versorgungslücke entstanden.

BARBARA KÜHLEN, action medeor e.V., Deutsches Medikamenten-Hilfswerk, St. Töniser Str. 21, 47918 Tönisvorst, Tel.: (0 21 56) 97 88 110, Fax: (0 21 56) 97 88 88, E-Mail: Barbara.Kuehlen@medeor.org

SOLVEIG SCHRICKEL

Gemeinschaftliche Heilkräuterarbeit in Chile

Chile hat im Vergleich zu anderen südamerikanischen Ländern ein relativ breit ausgebautes Gesundheitssystem. Während man in den privaten Kliniken gegen Bezahlung medizinische Betreuung auf Hightech-Niveau erhält, lassen sich 80 Prozent der Chileninnen und Chilenen im staatlichen Gesundheitssystem behandeln. Überfüllte Wartezimmer, Mangel an Fachpersonal, lange Warteschlangen und fehlende Medikamente gehören hier seit Jahren zum Alltag. Außerdem hat das hiesige Gesundheitssystem eine starke Vorliebe für chemische Präparate. Die Ärztinnen und Ärzte greifen erschreckend schnell zu Antibiotika, starken Schmerzmitteln oder Kortisonpräparaten, andererseits haben Ärzte oder Ärztinnen, die keine Spritze

verpassen und keine Pillen verschreiben, laut Patienten oder Patientinnen „nichts gemacht“.

Dabei bräuchte es nur ein wenig Aufklärung sowie gesunde Lebensführung, um die häufigsten Krankheiten wie Lungenerkrankungen, rheumatische Beschwerden, Bluthochdruck oder Diabetes zu verhindern. Die meisten dieser Beschwerden könnten außerdem mit Heilpflanzen und anderen natürlichen Methoden behandelt bzw. gelindert werden, denn schwere Infektionskrankheiten wie Malaria oder Cholera sind in Chile kaum anzutreffen. Hepatitis, Tuberkulose und Typhus sind selten und auch andere Darm-Infektionskrankheiten sind durch das gut ausgebaute landesweite Trinkwassernetz rar geworden. In diesem Umfeld unterhält die chilenische Methodistenkirche in der Stadt Concepción einen Sozialdienst mit verschiedenen humanitären Projekten. Dieser SEDEC (Dienst für Entwicklung und gemeinschaftliches Lernen) führt unter anderem Projekte zur Unterstützung von Frauen in Armenvierteln oder ein Gesundheits-Selbsthilfeprogramm auf der Basis von Heilkräutern durch. Außerdem gibt es noch eine Zweigstelle im 200 km weiter südlich gelegenen Städtchen Purén, das versucht, mit den Mapuchebauern und -gemeinden eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

Selbsthilfe im Heilkräuterprojekt

Das Heilkräuterprojekt hat zur Zielsetzung, Hilfe zur Selbsthilfe für die Eigenversorgung der Gesundheit mit Heilkräutern und anderen natürlichen Methoden zu geben. Interessierte Gruppen aus Armen- und Arbeitervierteln erhalten dabei einen bis zu zwei Jahre dauernden Kurs, in dem sie Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, die häufigsten Pathologien sowie deren Prävention, die lokal vorhandenen Heilpflanzen und deren Anwendung kennenlernen. Darüber hinaus erlernen sie die Zubereitung von Heilmitteln wie Tropfen, Sirups, Cremes und Kräuterkissen.

Dieses Heilkräuterprojekt wirkt nun schon seit 20 Jahren. Über 3000 Personen haben bereits an den Kursen teilgenommen und die Nachfrage lässt nicht nach. Viele der teilnehmenden Frauen werden durch diesen Kurs regelrechte Gesundheitsberaterinnen in ihren Quartieren und können mit den Heilkräutern und den Medikamenten vielen weiteren Menschen helfen.

Besonders erwähnenswert ist die Heilkräuterarbeit im Mapucheprojekt. Im Grunde genommen ist es ein Widerspruch, einer indigenen Volksgruppe etwas über Arzneipflanzen beibringen zu wollen, sind sie doch weltweit Wissensträger ihrer traditionellen Medizin.

Die Mapuche (Menschen der Erde; Mapu = Erde, Che = Mensch) sind die Ureinwohner Südchiles und wie überall in Lateinamerika wurden auch sie auf die unfruchtbarsten und abgelegenen Gebiete abgedrängt und leben fast alle unter der Armutsgrenze. Die Mapuche der Küstenregion haben in den letzten 200 Jahren durch Großgrundbesitzer, Siedler und Forstgesellschaften nicht nur ihren Boden, sondern auch ihre Wälder und somit die Hauptquelle ihrer traditionellen Heilkräuter verloren. Die dominierende westliche Schulmedizin hat ebenfalls dazu beigetragen, dass das Heilkräuterwissen der Urbevölkerung stark verarmte.

Indigene und europäische Medizin treffen zusammen

So kam es, dass sich eine Mapuche-Frauenorganisation an das Heilkräuterprojekt in Concepción wandte und um Unterricht bat. Ihre eigenen Arzneipflanzen finden sie durch die stark de-



zimierten Naturwälder kaum noch, auch wenn diese in Europa bereits Einzug in die offiziellen Arzneibücher gehalten haben, wie etwa der Boldo (*Peumus boldus*) oder der Seifenbaum (*Quillaja saponaria*), die sogar in deutschen Apotheken gekauft werden können. Doch es gibt reichlich von Siedlern eingeschleppte Pflanzen, wie zum Beispiel Löwenzahn, Johanniskraut, Spitz- und Breitwegerich oder die Poleiminze. Auch viele aus Europa stammende Gartenpflanzen sind zwar allgemein bekannt, doch die Mapuche sind mit den Heilwirkungen nicht besonders vertraut, weil es nicht Arzneipflanzen aus ihrer eigenen Volksmedizin sind.

Die Frauen des ersten Heilkräuterurses bekamen so Unterricht über die gebräuchlichsten regionalen Huinca-Heilpflanzen. „Huinca“ bedeutet in der Mapuchesprache „der Fremde“ und bezieht sich auf alle Einwanderer bzw. Nicht-Mapuche. Gleichzeitig lernten sie, wie auch im Unterricht in den Armenvierteln, wie man die häufigsten Krankheiten sowohl aus schulmedizinischer Sicht wie auch aus ihrer eigener Kosmvision heraus verhindern und wie man mit einfachen Mitteln Medikamente selbst herstellen kann, wie etwa Hustensirup, Magentropfen, Beruhigungstropfen. Immer werden dabei auch endemische Pflanzen der Mapuchemedizin miteinbezogen. Das Zusammentreffen der traditionellen indigenen und der traditionellen europäischen Medizin hat dabei seine Spuren hinterlassen: die Mapuchefrauen waren zutiefst beeindruckt von der Wirkung der Ringelblumensalbe, die auf ihrer von Wind und Sonne (Stichwort: chilenisches Ozonloch) gegerbten Haut Wunder wirkt, aber auch bei Wunden, Insektenstichen, Allergien oder Verbrennungen.

Ein weiteres Projekt entsteht

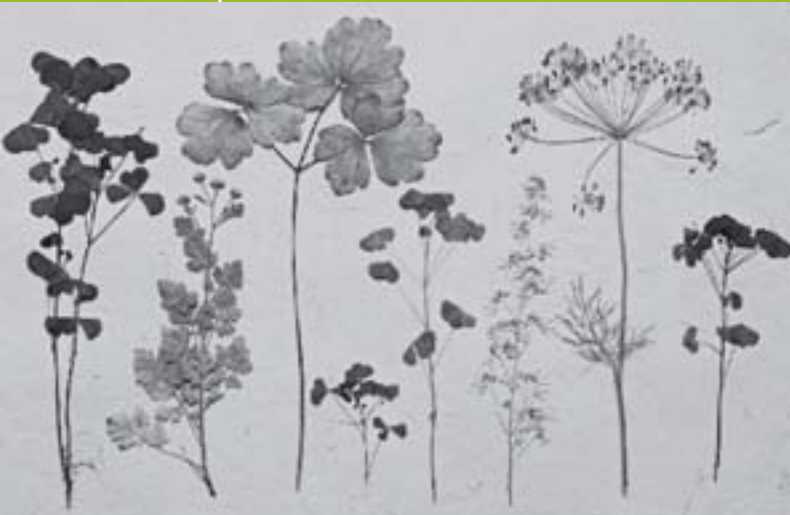
Die Resonanz der Mapuche-Frauenorganisation auf den Heilkräuterkurs war so stark, dass das Projekt Eigenleben entwickelte und der Frauenverein den Unterricht in Eigenregie in mehreren Mapuchegemeinden durchführte.

Vor drei Jahren hat das chilenische Gesundheitsministerium 103 Heilpflanzen offiziell zu „traditionellen pflanzlichen Heilmitteln“ gekürt, so dass SEDEC mit den Frauen einer Mapuchegemeinde momentan ein Pilotprojekt für Heilkräuteranbau durchführt, um die hoffentlich in Zukunft steigende Nachfrage nach Arzneipflanzen decken zu können. Die Aussichten sind gut, denn auch wenn die Mapuche unter einem immer noch weit verbreiteten latenten Rassismus in Chile zu leiden haben, auf dem Gebiet der Heilpflanzen und der Mapuchemedizin bringt man ihnen allgemein großen Respekt entgegen.

SOLVEIG SCHRICKEL, Corporación Metodista SEDEC, Proyecto Salud Herbaria (Heilkräuterprojekt), Casilla 3559, Concepción, Chile, E-Mail: arrayansol@hotmail.com

Indigene Völker im Fokus internationaler Organisationen

- » Rund 300 Millionen Menschen in mehr als 5.000 verschiedenen Gruppen in mehr als 70 Ländern zählen zu den indigenen Völkern (Vereinte Nationen).
- » Indigene Menschen machen rund ein Drittel der weltweit 900 Millionen ärmsten Menschen in ländlichen Gebieten aus.
- » 1989: Die Konvention Nr. 169 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) (einzige international verbindliche Übereinkunft zum Schutz der indigenen Völker) verankert die Gleichberechtigung von Urvölkern in der Arbeitswelt und legt Grundrechte auf eigenes Land, auf eigene Lebensweise, Kultur und Sprache fest (<http://www.uni-kassel.de/fb5/soziologie/sel/naturbezug/docs/ilo169.pdf>).
- » 1994–2004: Erstes internationales Jahrzehnt der indigenen Völker der Erde
- » 2001: Einsetzung eines Sonderberichterstatters der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen
- » 2002: Einrichtung des „Ständigen Forums für indigene Anliegen“ bei den UN, tagte erstmals 2002 in New York
- » 2002–2005: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt die erste globale Strategie zur traditionellen Medizin auf. Traditionelle Medizin und komplementäre alternative Medizin sollen leichter in nationale Gesundheitssysteme integriert werden, Leitlinien und klinische Forschung zu Sicherheit und Wirksamkeit von traditioneller Medizin sollen angestoßen werden.
- » 2005 bis 2014: Zweites internationales Jahrzehnt der indigenen Völker der Erde. Wichtige Themen sind vollständige und effektive Partizipation indigener Völker bei allen Entscheidungen, die sie betreffen, Förderung der Nichtdiskriminierung und Inklusion indigener Menschen, Änderung der Entwicklungspolitik hin zu Entwicklung mit Identität auf Augenhöhe. (http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/Second_activity_guide.pdf)
- » Die WHO entwickelt das Aktionsprogramm „Indigene und Gesundheit“. Ziel ist die Bekämpfung der Ungleichbehandlung indigener Völker im Gesundheitsbereich. Die prekäre Gesundheitssituation indigener Völker soll auf nationaler, regionaler und globaler Ebene aufgegriffen werden.
- » Der 9. August ist der Internationale Tag der indigenen Völker.



BARBARA SCHUHRK

Traditionen der Weisen Frauen in Mitteleuropa

Wenn wir heute über naturverbundene Heilerinnen und Heiler sowie Kräuterkundige aus indigenen Völkern lesen, so leben diese in der Regel sehr weit entfernt. Aber auch in Europa gab es Traditionen der sogenannten Weisen Frauen, mit welchen sich dieser Artikel beschäftigt.

Das alte Wissen

Einst war es Hagazussa, die naturkundige Frau, die im Hag saß, auf der Schwelle zwischen Natur und Kultur, die alltägliche Welt des Dorfes, die Welt der Geister und Heilkräfte kannte. Die Frau als Hüterin der Geheimnisse um das Wohl des Menschen, um seine Zeugungskraft und Fruchtbarkeit hatte in der abendländischen Kultur ihren festen Platz. Das geheime, botanische Wissen um Kräuter, deren Heil- und Giftwirkung zeichnete die Weisen Frauen aus. Sie besaßen eine sehr enge Bindung an die Natur, waren Pflegerin, Ärztin, Ratgeberin und Hebamme. Das Heilwissen bestand aus der überlieferten Volksmedizin und dem natürlichen Umgang mit Kräften der Natur, umfasste Körperbau, Kräuter und Drogen, Herstellung von Arzneien und schließlich die Magie. Besonders begabte Frauen wurden als *femme sage*, *witch-woman* oder *Weise Frau* verehrt. Paracelsus sagte, all sein Wissen habe er von den Weisen Frauen gelernt.

Wie Weise zu „Hexen“ wurden

Schon im 8. Jahrhundert gerieten die Weisen Frauen zu Rivallinnen christlicher Missionare im Kampf um die Herrschaft menschlicher Seelen. Fortan wurde die Natur dämonisiert, altes Wissen diffamiert. Als im Hochmittelalter die Pest zunehmend grausamer wütete, die Differenz zwischen feudalem Leben und Armut deutlicher wurde, änderten sich die Sichtweisen neuerlich. Thomas von Aquin (1225–1274) definierte den sogenannten Aberglauben als Sünde, der Teufel als Fürst der Dunkelheit nahm dämonische Gestalt an. Im 14. Jahrhundert erklärte die Kirche, eine Frau, die sich anmaße zu heilen, ohne studiert zu haben, sei eine Hexe. 1484 baten die Inquisitoren und Dominikanermönche Sprenger und Institoris den Papst um Unterstützung ihrer Tätigkeit. Innozenz VIII. erließ sodann die Bulle „*Summis Desiderantis*“, rief zur verstärkten Verfolgung von Hexen auf. 1487 folgte „*Der Hexenhammer*“. Hier ist vornehmlich von Frauen als Hexen die Rede. Durch einen Wandel der Rechtsordnung wurde die Verfolgung verein-

facht. Nicht das Gericht musste die Schuld der Angeklagten, vielmehr mussten die Angeklagten ihre Unschuld beweisen. Schweigen galt als Geständnis: Es gab kein Entrinnen.

Die neue Wissenschaft

Als dieser Wahn sein Ende fand, waren von den Weisen nur noch wenige übrig. Es kam der kühle Wind der Aufklärung: Während die Inquisition die Träger intuitiver, visionärer Naturerkenntnis vernichtete, arbeiteten Wissenschaftler bereits an der Manifestierung: Francis Bacon (1561–1626) diffamierte die Natur zur Hexe, die zum Wohle der Menschen auszu-beuten sei; René Descartes (1596–1650) degradierte sie zur Maschine, der Klerus demythologisierte sie, die Naturwissenschaft entseelte sie vollends. Eine reduktionistische Wissenschaft ließ eine tote Seelenlandschaft zurück, Naturhell-sichtigkeit entschwand, die Menschen erblindeten innerlich. Linnaeus (Carl von Linné, 1707–1778) machte sich an die Anordnung von Pflanzen nach rein morphologischen Kriterien. Von nun an sollte sich das Wesen der Dinge nur noch in der objektiv erfassbaren Zahl offerieren. Und je weiter man in das 18. und 19. Jahrhundert schritt, desto mehr wurde die Medizin eine chemische.

Thesen über die Vernichtung Weiser Frauen

Die populäre These der Autoren Heinsohn und Steiger „die Vernichtung der Weisen Frauen“ sei Ziel der Hexenverfolgung gewesen, um die durch die Pest entvölkerten Gebiete schnell zu beleben, das Wissen um Empfängnisverhütung auszumerzen, wurde dank neuerer Hexenprozessforschung als unhistorisch und unwissenschaftlich kommentiert. Eine weitere Theorie der zielgerichteten Vernichtung Weiser Frauen und Heilerinnen geht davon aus, dass deren Wissen der Geistlichkeit missfiel, da die Kirche ihre eigene Form von Magie zur Verfügung gestellt habe. Nach der Zivilisationstheorie von Norbert Elias handelt es sich beim Hexenwahn um einen gesellschaftlichen Prozess zur Bewältigung von Ängsten vor dem Übernatürlichen.

Die verbreitete Annahme, Hexenverfolgungen haben im Mittelalter stattgefunden, das rückständige Denken sei dann in der Neuzeit, dem Zeitalter der Aufklärung überwunden worden, ist irrig. Nicht im „finsternen Mittelalter“ fanden die Hexenverbrennungen statt, sondern mit dem Beginn der frühen Neuzeit, dem Zeitalter von Renaissance und Humanismus. Ein weiterer Irrtum ist, die Existenz der Weisen Frauen zugunsten einer vermeintlich historischen Diskussion gegen die „Roman-tisierung der Vergangenheit“ und der Entlastung des Klerus zu leugnen.

Warum in die Ferne schweifen ...

Das Wissen der indigenen Völker wird mehr und mehr anerkannt. Was in fernen Ländern gut ist, darf auch in Europa als bewahrenswert oder wiederentdeckenswert gelten. Die Weisen Frauen mit ihrer Intuition, der Kenntnis des großen Ganzen, des Kreislaufs, der Natur, lebten Spiritualität. Die heutige evidenzbasierte Medizin ist davon weit entfernt. Es gilt, den Faden wieder aufzunehmen und – auch im Gesundheitswesen – an die Tradition der Weisen Frauen anzuknüpfen.

Ungekürzter Beitrag bei der Verfasserin

BARBARA SCHUHRK, Alruna Heilpflanzenschule, 50259 Pulheim-Stommelerbusch, Tel.: (02 183) 80 67 769, E-Mail: bs@schuhrk.de, www.vergessenes-wissen.de

Der Freiwilligensurvey des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2009 hält fest, dass Menschen mit Migrationshintergrund sich in geringerem Maße ehrenamtlich engagieren als der Durchschnitt der Bevölkerung. Andere Studien widerlegen diese Behauptung und betonen, dass Zugewanderte sich nicht so häufig in organisierten Strukturen engagieren und diese Leistungen nicht abgebildet werden. Findet Engagement dennoch organisiert statt, wird zum Teil bewusst, manchmal auch implizit die Integration in den Arbeitsmarkt versprochen. In der Praxis werden diese Versprechen aber selten gehalten. Wie sich Migrantinnen und Migranten in Anbetracht solcher Behauptungen und Erlebnisse fühlen, wird leider wenig beachtet. Um diesen Perspektiven und Emotionen einen Raum zu geben, haben wir Zahra Deilami, Beauftragte für Gleichstellung, Familie und Integration der Stadt Peine, gebeten, sich zu diesem Thema zu äußern.

ZAHRA DEILAMI

Ein unehrenhafter Blick auf die ehrenamtliche Tauglichkeit der Menschen mit Migrationserfahrungen und Menschen mit Migrationshintergrund

Ich sitze im Saal und fühle mich bedrückt. Ich ziehe an meinem Rollkragenpulli, reibe nervös meine nass geschwitzten Hände auf meinem Rock hin und her und versuche zu begreifen, wozu es hier eigentlich geht. Am Mikrofon wird lauthals für die Ehrenamtlichkeit der Migranten plädiert. Es werden Zahlen genannt und Rechnungen aufgestellt, wie viel Migranten wir – wer ist hier wir? – in Niedersachsen haben und wie viel diese leisten könnten, ehrenamtlich natürlich. Die Stimme der Rednerin hallt in meinen Ohren wie eine Welle und wirft mich im Meer meiner Erinnerungen zurück. Ich bin 23, wohne in einem Flüchtlingsheim und bin dabei, die Haare eines kleinen Mädchens aus Bangladesch zu schneiden. Wir können uns nur mit Händen und Füßen verständigen, aber das war noch nie ein Hindernis, wenn die Menschen sich verstehen wollten bzw. mussten. An sich bin ich keine Friseurin, aber gelernt hatte ich es mal im Iran. Als die anderen davon erfuhren, erhoben sie mich zu Friseurin des Heims, ehrenamtlich natürlich. Außerdem habe ich den Kindern bei ihren Matheaufgaben geholfen, genau wie Mohammad aus Irak, der Physik und Chemie unterrichtete. Nach meiner Anerkennung bin ich nach Hannover gezogen, um der iranischen Frauenbewegung möglichst nah zu sein, die sich gerade mit ihren „deutschen“ Schwestern vertrauter machte. Das ist immerhin ein Vierteljahrhundert her und seitdem arbeite ich sehr aktiv mit den beiden Bewegungen. Dadurch habe ich auch viele andere soziale Netzwerke kennen gelernt, wie zum Beispiel das Netzwerk persisch-deutscher Dolmetscherinnen, die sich den Frauenhäusern zur Verfügung stellten, um den von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kindern zu helfen oder viele Familien bei der Bewältigung ihres – administrativen – Alltags zu unterstützen. Ich habe gleichzeitig angefangen, in der iranischen Bibliothek zu arbeiten. All dies lief natürlich ehrenamtlich. Ich bin auch im Netzwerk persischsprachiger Akademikerinnen und Akademiker aktiv, die Studentinnen und Studenten aus Iran oder Afghanistan als Mentorinnen und Mentoren durch das Studi-

um begleiten bzw. sie bei der Beantragung eines Stipendiums oder des Bafög unterstützen. Da haben wir viel – besonders – von den türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten gelernt, die diese oder ähnliche Netzwerke seit Jahrzehnten regional und mittlerweile auf Landes- und Bundesebene gründen und pflegen, alles wiederum ehrenamtlich.

Der Beifall bringt mich zurück in den Saal, ich schaue mich verlegen um und hoffe, dass keine und keiner meine Abwesenheit bemerkt hat. Mein Blick trifft zu meiner Überraschung auf einige andere verlegene Blicke. Viele fremde und vertraute Migrantinnen und Migranten, die anscheinend auch im Meer ihrer Erinnerungen unterwegs waren. Die Blicke, ob frustriert halbgesenkt oder glühend wütend, eins hatten sie gemeinsam, sie sehnten sich alle nach sozialer Anerkennung, die nach wie vor auf sich warten lässt.

Auch die Religion wird fast komplett ehrenamtlich organisiert, immerhin gibt es 159 Moscheen, 120 Medresen, auch Schulmoscheen genannt, und rund 2600 Gebets- und Versammlungshäuser in Deutschland, die fast alle ehrenamtlich betrieben werden. Dazu kommen etliche selbstorganisierte Sportvereine, Sprachkurse, Näh- und Koch-Kurse, Hausaufgabenhilfen, Beratungsarbeit oder Organisation nationaler, religiöser oder kultureller Feierlichkeiten. Viele Studien und Statistiken, die bundesweit auf die enorm niedrige Anzahl der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Beratungsstellen hinweisen, belegen diese Tatsache und zeigen, dass diese, besonders die mit moslemischem Hintergrund, sich seit Jahrzehnten selbst versorgen, ehrenamtlich natürlich.

Leider ist vielleicht auch deshalb die Diskussion um das Thema „Ehrenamtlichkeit der Migranten“ – wie alle anderen Themen im Migrationsdiskurs in der BRD – stark „türkisiert“ und „islamisiert“. Das heißt, nicht die italienisch-, spanisch- oder griechischstämmigen Migrantinnen und Migranten stehen hier im Mittelpunkt, sondern die türkisch- oder arabischstämmigen.

Die Pause ist vorbei, es soll mit der Vorstellung von ein paar so genannten Best-Practice-Beispiele weitergehen. Gemeint sind die Lotsenprogramme, die wie Pilze aus der Erde schießen. Dieser „Lotsenwahn“ ist eine der Nebenwirkungen der oben genannten Missinterpretation, die zur Aberkennung der ehrenamtlichen Arbeit der Migrantinnen und Migranten führt, nur weil diese hauptsächlich innerhalb ihrer eigenen Community stattfindet. Als ob es bei den Angehörigen der „Dominanzkultur“ anders wäre. Der „Lotsenwahn“ ist aber auch ein Produkt der Migrations- und Arbeitsmarktpolitik. Zuerst werden den Migrantinnen und Migranten fast jegliche Art von Zeugnissen und Arbeitserfahrungen aberkannt, dann werden sie wiederholt in verschiedene Qualifizierungsprogramme gesteckt, deren wirkliche Gewinner die Wohlfahrtsverbände und Bildungsträger sind. Sie werden zu Kultur-, Bildungs-, Familien- und sonstigen Lotsen fortgebildet, um sie dann doch ehrenamtlich einzusetzen. Meine anfänglichen Fragen erweitern sich rasant in meinem Kopf, ich versuche herauszufinden, wer forderte von wem, warum und mit welchem Ziel, sich wo und wie ehrenamtlich zu betätigen? Eine Frage, die wir auch in der Debatte um die interkulturelle Öffnung der so genannten synchronisierten freiwilligen Arbeit, wie dem sozialen oder ökologischen freien Jahr, berücksichtigen müssen; aber das ist eine andere Geschichte ...

Weitere Informationen bei der Verfasserin

ZAHRA DEILAMI, Beauftragte für Gleichstellung, Familie und Integration der Stadt Peine, E-Mail: zahra.deilami@stadt-peine.de



RACHEL AISENGART MENEZES

Medizinisches Personal in Brasilien: Emotionen und Tod

Dieser Artikel handelt vom Sterben im Krankenhaus und wie das medizinische Personal in Brasilien in diesem Zusammenhang mit seinen Emotionen umgeht. Das Krankenhaus ist die zentrale, fast natürliche Stelle für Dienstleistungen, die sich auf Krankheit und Tod beziehen. Zwei Abteilungen von öffentlichen Krankenhäusern in Rio de Janeiro bildeten den Gegenstand einer ethnografischen Studie: Eine Intensivstation und eine Station für Palliativpflege. Die beobachtete Palliativpflegestation war die erste in Brasilien. Dieser Artikel konzentriert sich auf das Emotionsmanagement von medizinischem Personal in diesen beiden Institutionen.

Kampf gegen den Tod

Die Intensivstation verfügt über hochspezialisierte technologische und personelle Ressourcen, die Patientinnen und Patienten in sehr kritischen Situationen pflegen. Im Gegenzug zielt die Palliativpflege auf eine Betreuung und Unterstützung bis zum Ende des Lebens; dabei stehen Schmerzminimierung und emotionale Unterstützung im Mittelpunkt. Das Team der Notaufnahme richtet seinen Fokus auf den Kampf gegen den Tod, während die Beschäftigten der palliativen Station ihre Pflege beginnen, wenn es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Intensivstationen verfügen durch ihre technische Kompetenz über die Fähigkeit, den Tod zu kontrollieren. Auf der Intensivstation kann das Leben künstlich verlängert werden. Die Abläufe sind so organisiert, dass maximale technische Effizienz erreicht und die emotionale Komponente unterdrückt wird. Das Team der Intensivstation entwickelt Methoden des Gefühlsmanagements, wie zum Beispiel Fragmentierung oder das Umwandeln in umgekehrte Emotionen. Die Fragmentierung zeigt sich, wenn medizinisches Personal an Hand von Parametern, Organen und Vitalfunktionen auf Patientinnen und Patienten verweist. Das Umwandeln von Emotionen tritt auf, wenn ein schweres Ereignis wie ein Todesfall mit einem Witz kommentiert wird.

Vor dem Hintergrund, dass Tod häufig als Versagen betrachtet wird, wurde häufig schwarzer Humor beobachtet. Das Team der Intensivstation benutzt die Begriffe Tod oder Sterben eher selten. Im Allgemeinen hört man euphemistische Ausdrücke wie etwa „das Zeitliche segnen“, „davongehen“, „entschlafen“ oder „es hinter sich haben“.

Ein neues Verhältnis zum Tod

Das Team der Palliativpflege setzt eine andere Art der Beziehung zwischen medizinischem Personal, Patientin oder Patient und Angehörigen voraus. Der Tod erhält eine neue Bedeutung, in der Emotionen eine große Rolle spielen. Das Leiden soll gezeigt werden, zum Zeichen, dass ein neues Verhältnis zum Tod – ein neuer Habitus – entwickelt wird.

Der Tod ist ein Ereignis, das Emotionen hervorrufen kann, und das Palliativpflege team entwickelt einen persönlichen Umgang mit diesem einschneidenden Augenblick. Viele der befragten Personen sprechen ein Gebet, wie zum Beispiel: „Möge Gott mit dir sein“, „Bitte Gott, sei gnädig und erlöse ihn aus seinem Leiden“. Dies geschieht in der Regel ohne das Wissen der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen. Im Angesicht des Todes richtet sich das Palliativpflege team an die Religion.

Je nach Art des Sterbeprozesses variieren auch die Emotionen des medizinischen Personals: Wenn eine Patientin oder ein Patient ohne großes Leiden verstirbt, verspüren sie Zufriedenheit, weil sie ihr Ziel erreicht haben. Wenn Patientin oder Patient jedoch unter Schmerzen und Verzweiflung verstirbt, wird der Frust häufig durch Weinen ausgedrückt. In der Palliativpflege ist der Tod keine Niederlage, aber das Team kann sich geschlagen fühlen, wenn es nicht in der Lage ist, die Symptome zu kontrollieren. Im Augenblick des Todes ist es im Team akzeptiert, Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Dies jedoch unter der Voraussetzung, dass es diskret passiert. Auf der Suche nach einer neuen sozialen Darstellung des Todes greift das Palliativpflege team zu den Ausdrücken: „eingeschlafen“, „das Leiden ist beendet“. Es entsteht ein neues Bild des medizinischen Personals. Ein Angehöriger zeigte sich angesichts der emotionalen Reaktionen im Team ganz erstaunt: „Ich dachte nicht, dass Ärzte weinen. Sie sind Menschen wie wir, aber ich konnte mir nicht vorstellen, dass sie genauso leiden“.

Der Umgang mit Emotionen

Auf der Intensivstation ist der Sterbeprozess kontrolliert. In der Palliativpflege wird der Tod im Rahmen einer größeren sozialen Sichtbarkeit abgemildert. Auf der Intensivstation werden die Emotionen zum Thema Tod nicht zum Ausdruck gebracht, während in der palliativen Pflege ein ausgeprägter Diskurs über den „guten Tod“ geführt wird. Der zentrale Aspekt beider Methoden verweist auf das Kontrollieren von Emotionen. Für einen Intensivarzt mit seinem auf den Erhalt des Lebens abzielenden technologischen Hintergrund ist „die Intensivmedizin die Medizin der Zukunft“. Vor dem Hintergrund des verlängerten Sterbeprozesses ist für eine Palliativpflegekraft „die Palliativpflege die herausragende Medizinsparte im 21. Jahrhundert“. Beide Fachrichtungen entwickeln Methoden für den geordneten Umgang mit Emotionen und das Kontrollieren der Umstände, in denen Menschen versterben.

Autorin: PROF. DR. RACHEL AISENGART MENEZES, Föderale Universität zu Rio de Janeiro (UFRJ), Department für Sozialmedizin, E-Mail: raisengartm@terra.com.br
Übersetzer: FRANK ERVEN, Frackensteinweg 3, 31188 Holle, Tel.: (01 71) 20 48 87 7, E-Mail: frank@erven.biz



Ottawa Charter for Health Promotion, 1986

Health Promotion

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing.

Prerequisites for health

The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

BRIGITTE RUCKSTUHL

Gesundheitsförderung kritisch beleuchtet im Kontext ihrer Entstehungsgeschichte

25 Jahre Ottawa-Charta. Eine gute Gelegenheit, über Gesundheitsförderung nachzudenken. Fragen dazu gibt es genug. Was ist passiert, dass sich die Gesundheitsförderung, einmal als Avantgarde von Public Health gefeiert, heute am Rande wiederfindet? Warum ist Gesundheitsförderung bis heute so unterschiedlich interpretier- und umsetzbar? Antworten auf solche Fragen werden meist mit Blick auf den Zeithorizont ab 1986 gesucht. Der Ansatz hier ist ein anderer. Mit einer zeitgeschichtlichen Betrachtung wird ein Blick auf die Zeit vor 1986 geworfen, auf die Entstehungs- und Kontextbedingungen von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung als Konzeption hat sich im deutschsprachigen Raum ab Anfang der 1980er-Jahre herausgebildet. Prägende Elemente sind jedoch viel früher zu finden. Ein zentraler Faktor ist beispielsweise die äußerst geringe Bedeutung der öffentlichen Gesundheit in der Nachkriegszeit. Der Nationalsozialismus hat die Erfahrungen der Sozialhygiene, in der die sozialen Faktoren für die Entstehung von Krankheiten eine wichtige Rolle gespielt hatten, ausgelöscht und nach dem Krieg wurden sie, außer in der ehemaligen DDR, nicht mehr aufgenommen. Die Biomedizin hingegen konnte vergleichsweise kontinuierlich, insbesondere während des lang anhaltenden Wirtschaftswachstums, ausgebaut werden und erreichte im Gesundheitswesen hegemoniellen Status. Es etablierte sich ein Arzt-Patient-Verhältnis, das eine optimale „Versorgung“ zum Ziel hatte. Diese Entwicklung machte die Ärzteschaft mit den medizinischen Institutionen im Hintergrund zu alleinigen Experten und Expertinnen für die Reparatur von Krankheiten und die Wiederherstellung der Gesundheit. Die Sorge um Gesundheit und Krankheit wurde an Arzt oder Ärztin delegiert und zu einem individuell lösbaren Problem gemacht. Die Patientinnen und Patienten wurden zu passiven Leistungsempfängern. Damit verschwand immer mehr ein kollektives Verständnis über die gesellschaftlichen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit.

Mit dem Aufbruch von 1968 und den nachfolgenden neuen sozialen Bewegungen wurde sowohl die Medizin als Expertokratie, als auch der enge biomedizinische Blick auf den Körper in Frage gestellt. Gesundheit und Krankheit wurden erneut in einen sozialen Kontext gestellt und unmittelbar mit den Lebensbedingungen der Menschen in Verbindung gebracht. Geprägt wurde auch ein neues professionelles Verständnis, welches nicht vom Leitmotiv „versorgen“ ausging, sondern von aktivem Handeln aller Beteiligten, das in Selbsthilfeinitiativen ausprobiert und gelebt wurde. Die Akteure, die Gesundheitsförderung entwickelten, waren von diesem Kontext geprägt.

Das neue Denken transferierte schnell in psychosoziale Handlungsfelder, insbesondere in die Gemeinwesenarbeit als Teil der Sozialen Arbeit, in die Gemeindepsychologie und Gemeindepsychiatrie. Dort setzten sich gemeindeorientierte Ansätze durch, welche die Gestaltung der unmittelbaren Lebenswelt gemeinsam mit den dort lebenden Menschen als zentrale Voraussetzung für eine verbesserte Lebensqualität sahen. Dieses Empowerment, in der Alma Ata Deklaration als die Entwicklung der „Fähigkeit von Gemeinschaften zur Mitwirkung“ formuliert, wurde damals radikaler und umfassender verstanden als heute.

In der globalen Gesundheitspolitik spiegeln sich diese Veränderungen in der Vision „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ der WHO (1977) und der Alma Ata Deklaration (1978) wider. Auch in Europa war das regionale WHO-Büro in Kopenhagen treibender Faktor. Es formulierte in dem Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (1985) Einzelziele für Europa mit dem Lebensweisenkonzept im Zentrum und etablierte ein weiteres Programm „Gesundheitsförderung und Lebensweisen“, um die neuen Ansätze weiterzuentwickeln. Es folgten unzählige Meetings, Workshops und Dokumente, aus denen sich die Konzeption der Gesundheitsförderung entwickelte und 1986 in der Ottawa-Charta einen Abschluss fand.

Die Diskussionen rund um die neue gesundheitspolitische Vision waren vom Impetus der neuen sozialen Bewegungen getragen. Ein neues Paradigma sollte vorangetrieben werden: eines, das Gesundheit und nicht Krankheit ins Zentrum stellt, welches das Soziale und nicht den Körper betont, welches die Prinzipien Empowerment, Partizipation und Chancengleichheit als Grundlage professionellen Handelns erachtet. Diese Bewegung ist in der Ottawa-Charta zu spüren.

Gesundheitsförderung verkörperte das Neue und wurde zur Metapher eines modernen Denkens, zur Avantgarde von Public Health. Die betreffenden Institutionen reagierten auf den Wandel. Die einen ließen sich auf den Perspektivenwechsel ein, andere haben den Begriff, jedoch nicht die Konzeption übernommen. Der Modernisierungsdruck war groß und wer wollte schon nicht modern sein. Mit der offen formulierten Ottawa-Charta konnten sich fast alle Akteure identifizieren. Dadurch erlebte sie eine schnelle Verbreitung, aber auch eine Fragmentierung. Jeder und jede konnte Aspekte aus der Charta umsetzen und sich auf Ottawa berufen.

Gesundheitsförderung ist heute nicht mehr in der Pionierphase. Sie ist aber auch nicht etabliert im Sinne eines einheitlichen und klar verorteten Handlungsfeldes. Dieser Zustand hat auch damit zu tun, dass Gesundheitsförderung als Bewegung gestartet ist. Als Bewegung hat sie grundsätzlich Offenheit gebraucht. Für Bewegungen sind Ein- und Abgrenzungen jedoch hinderlich.



Es gibt Ansätze, die eine solche Verortung der Gesundheitsförderung versuchen. Der eine will Gesundheitsförderung als eigenständiges Handlungsfeld weiter professionalisieren, die andere sieht Gesundheitsförderung als integrierten Ansatz in der primären Prävention.

Künftige Aufgaben sind die Klärung von Begrifflichkeiten, eine Konsensfindung, was Gesundheitsförderung ist und was sie nicht ist und wie sie im Gesundheitswesen zu verorten ist. Das macht Ein- und Abgrenzungen notwendig.

Literaturhinweis siehe Mediothek

DR. BRIGITTE RUCKSTUHL, Gesundheitsförderung Prävention, Qualität – Konzepte – Geschichte, Sonnenberggrain 2, 3013 Bern, Tel.: (00 41) 31 35 11 532, E-Mail: brigitte_ruckstuhl@bluewin.ch

BARBARA JANOCHA

Beratung und Betreuung für demenzerkrankte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

Vor über 50 Jahren kamen zahlreiche Menschen als Arbeitskräfte aus dem Ausland nach Deutschland.

Viele „Gastarbeiter“ blieben, sind heute im Rentenalter und wissen das deutsche Gesundheitssystem zu schätzen. Manche jedoch sind nicht ausreichend über die ihnen zustehenden Leistungen der Pflegeversicherung informiert oder es fehlt sogar ganz an geeigneten Angeboten. Besonders Familien mit Migrationshintergrund, die einen an Demenz erkrankten Angehörigen zu Hause versorgen, sind bisher weitgehend von einer adäquaten Beratung und Betreuung ausgeschlossen. Finanziert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration und die Pflegekassen beschreitet die Landeshauptstadt Hannover in einem dreijährigen Modellprojekt neue Wege, um in Zusammenarbeit mit Migrantenvereinen und engagierten Privatpersonen Zugang zu betroffenen Familien zu finden. Das Projekt läuft bis Oktober 2013 und wird wissenschaftlich begleitet.

Das Krankheitsbild Demenz ist vielen noch unbekannt

Bisher wissen viele Familien mit Migrationshintergrund zu wenig über die Demenz, den Umgang mit den Erkrankten, die finanziellen Hilfen sowie mögliche Entlastungsangebote. Die Vergesslichkeit und die nachlassende geistige Leistungsfähigkeit im Alter gelten oft als typische Symptome, die das Altwerden mit sich bringt. In einem späteren Stadium, wenn erste Persönlichkeitsveränderungen auftreten, können diese nicht als krankheitsbedingt eingeordnet werden. Dadurch kann die familiäre Situation extrem belastet werden.

Die „Großfamilie“, die sich um die alte Generation sorgt, ist heutzutage nicht mehr die Regel. Die Hemmschwelle, pflegebedürftige Eltern in eine Pflegeeinrichtung zu geben, ist aus religiösen oder kulturellen Gründen dennoch sehr hoch. Die pflegenden Kinder stecken hier in einem Dilemma, da sie zunehmend individuell und unabhängig von der Familie ihre Lebensplanung gestalten. Um pflegebedürftige Angehörige gut und langfristig zu Hause betreuen zu können, sind Informationen zu Pflege und Entlastungsangeboten dringend notwendig.

Niedrigschwellige Betreuungsgruppen in einer Moscheegemeinde?

In Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Vereinen sollen verschiedene Veranstaltungen in den relevanten Quartieren über das Krankheitsbild Demenz informieren. Durch Übersetzung und einen kulturell geprägten Rahmen wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Besucherinnen und Besucher mit dem Thema erreicht werden. Wenn möglich, werden zur Entlastung der pflegenden Angehörigen auch niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45 c, SGB XI aufgebaut. In diesen Angeboten betreuen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer Erkrankte stundenweise in einer Gruppe oder im häuslichen Umfeld. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und einer beginnenden Demenz werden sich schwer tun, unbekannte Wege zu gehen und neue Räume aufzusuchen. So ist es auch denkbar, dass Betreuungsangebote beispielsweise in einer Moscheegemeinde stattfinden.

Wichtig ist der kulturelle Hintergrund

Unerlässlich ist, dass die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer die jeweilige Muttersprache sprechen und mit der Kultur vertraut sind. Denn mit einer fortschreitenden Demenz gehen die im Leben erworbenen Deutschkenntnisse verloren und Demenzerkrankte fühlen sich oft in die Zeit zurückversetzt, in der sie zum Beispiel in Ostanatolien oder in Kasachstan zu Hause waren. Um in einer Betreuungsgruppe oder bei einem Besuch in der Häuslichkeit eine angenehme, geborgene Situation zu schaffen, müssen sich die Betreuenden in diese Lebenswelt der Betroffenen versetzen können. Auch gilt es, Sprichwörter, Liedgut oder Spiele zu sammeln. Hier betritt das Modellprojekt Neuland, denn muttersprachliches Material von der Diagnostik bis zum Betreuungs- und Therapiematerial ist in Deutschland noch rar. Die Ehrenamtlichen leisten bei dem Aufbau von adäquaten Beschäftigungsangeboten eine wertvolle Hilfe. Erste Helferinnen haben bereits ihre Fortbildung abgeschlossen, so dass im Stadtteil Vahrenheide eine türkisch- und eine russischsprachige Betreuungsgruppe ins Leben gerufen werden können.

BARBARA JANOCHA, Heinemanhof, Pflegezentrum und Kompetenzzentrum Demenz, Heinemanhof 1–2, 30559 Hannover, Tel.: (05 11) 168 34 011, E-Mail: Barbara.Janocha@Hannover-Stadt.de



ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, STEPHANIE SCHLUCK

Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken!

Im Kindesalter werden für alle Mädchen und Jungen zentrale Weichen für die weitere Entwicklung einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit gestellt. Die Fähigkeiten und Chancen, im weiteren Leben gesundheitliche Potenziale zu nutzen oder auch Risiken zu vermeiden, hängen wesentlich davon ab, welche Kompetenzen und Orientierungen in den frühen Lebensphasen vermittelt werden konnten.

Trotz einer insgesamt positiven Bilanz der Kindergesundheit in Deutschland gibt es bei etwa 20 % der Mädchen und Jungen gesundheitliche Auffälligkeiten. Im Kindergarten- und Vorschulalter zeigen sich Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Bewegung, Ernährung und Verhalten. Besondere Risiken bestehen für Kinder, deren Familien unter Mehrfachbelastungen stehen, wie niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, hohe Kinderzahl, soziale Isolation, Migration, schwieriges Wohnumfeld. Die daraus resultierenden Lebensbedingungen können ihre weitere Entwicklung ungünstig beeinflussen.

Kitas können mehr als ein Zugangsweg für Angebote anderer Anbieter sein

In Kindertagesstätten kann das gesunde Aufwachsen von Kindern schon früh gefördert werden, auch weil gesundheitsbezogenes Handeln in den Bereichen Bewegungsförderung, Hygiene und Ernährung in vielen Kitas zu den Alltagsroutinen gehört. Weitere Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Kindergesundheit wie Sucht- und Gewaltprävention, Sprachförderung und ähnliches werden oft von außen an die Einrichtungen als einzelne, abgegrenzte Projekte herangetragen. Kindertagesstätten werden so zum Zugangsweg für präventive Maßnahmen und Angebote Anderer.

Über diese Funktion hinaus können Kindertagesstätten auch über die oben genannten Themenbereiche hinaus zum Impulsgeber und Ausgangspunkt von umfassenden gesundheitsfördernden Aktivitäten werden, vorausgesetzt sie wählen ein systematisches Vorgehen nach dem Settingansatz. Zu den Zielen einer Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte gehört es:

- das gesamte Lebens- und Arbeitsumfeld in der Kindertagesstätte gesundheitsförderlich zu gestalten,
- die Gesundheitsressourcen und -kompetenzen von Beschäftigten, Kindern und Eltern zu stärken und ihnen ein positives Konzept von Gesundheit zu vermitteln.

Zu den Zielgruppen gehören neben Mädchen und Jungen die Beschäftigten aus dem pädagogischen und nicht-pädagogischen Bereich sowie Mütter und Väter. Die Vernetzung und Kooperation mit Partnern wie Gesundheitsamt, Jugendamt, therapeutische und beratende Einrichtungen, Ärzteschaft oder Familienbildung und weiteren Akteuren aus dem Umfeld der Einrichtung kann gesundheitsförderliche Aktivitäten unterstützen und ist damit ein weiterer wichtiger Baustein.

Zusammenarbeit mit Eltern als Handlungsfeld

Wesentlich für den Erfolg der Maßnahmen ist die Zusammenarbeit mit den Eltern, da Kinder nicht nur direkt durch die jeweiligen Aktivitäten, sondern auch über die Unterstützung ihrer Eltern gefördert werden können. So wird eine höhere Nachhaltigkeit erreicht, wenn der Transfer von Wissen und Kompetenzen von der Kindertagesstätte in die Familie begleitet wird. Prinzipien dieser Arbeit sind Partizipation und Empowerment als grundlegende Haltungen gegenüber den Eltern und die Verwirklichung eines vertrauensvollen und offenen Dialogs zur Ermittlung des Bedarfs von Familien.

Zentrale Fragen sind – für die Gesundheitsförderung ebenso wie für die Elementarpädagogik –, wie die Zusammenarbeit mit Eltern im Rahmen der gesundheitsfördernden Maßnahmen gut gelingt, wie man Eltern für gesundheitsfördernde Aktivitäten gewinnen kann sowie welche Methoden sich in diesem Zusammenhang besonders eignen.

Modellprojekt zur Zusammenarbeit mit Eltern

Das Projekt „Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken!“ widmet sich diesen Fragestellungen. Ziel ist, ein übertragbares Konzept zur Zusammenarbeit mit Eltern in Kindertagesstätten im Bereich Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird in drei Projektstandorten (Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg) das Personal von je drei Kindertagesstätten in Workshops geschult. Bearbeitet werden die Themenkomplexe:

- Gesundheitsförderung im Setting Kita
- Gesundheitsmanagement im Setting Kita
- Zusammenarbeit mit Eltern.

Dazu werden die spezifischen Ausgangslagen in den Kitas analysiert und Ressourcen sichtbar gemacht. Welche Haltung nehme ich gegenüber Eltern ein? Wie beeinflusst diese Haltung Gespräche und somit auch die Bereitschaft von Eltern, sich zu beteiligen? Wie erreiche ich auch „schwierige“ Eltern? Wie erfahre ich die Bedürfnisse von Eltern? Wie plane ich zusammen mit Eltern Projekte der Gesundheitsförderung und führe diese durch? Wie messe ich die Qualität meiner Arbeit? Diese Fragen werden in den Workshops intensiv bearbeitet.

Ein weiterer Baustein des Projektes ist unter anderem die Durchführung kleiner Projekte der Gesundheitsförderung zusammen mit Eltern in den einzelnen Einrichtungen. Ziel ist, die in den Workshops gelernten Inhalte zu erproben und umzusetzen. Das von den Eltern sowie Erzieherinnen und Erziehern gewählte Projektthema sollte sich möglichst in den Alltag der Kita integrieren lassen und dem Bedarf der Kita und den Bedürfnisse der Eltern gerecht werden. Die Erfahrungen und

Rückmeldungen aus den Workshops bilden die Grundlage für die weitere Arbeit am Konzept. Ein Erfahrungsaustausch der beteiligten Institutionen unterstützt neben der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation durch einen Mixed-Method-Ansatz die Konzeptentwicklung.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) entwickelt dieses Konzept im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit und in Kooperation mit den Fachhochschulen Freiburg und Neubrandenburg sowie mit Kindertagesstätten aus den drei genannten Bundesländern. Die Ergebnisse des Projektes werden am 10. November 2011 in einer bundesweiten Veranstaltung vorgestellt.

Mehr Informationen unter:

www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Projektflyer.pdf

Ansprechpartnerinnen in Niedersachsen:

DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, STEPHANIE SCHLUCK, Anschrift siehe Impressum

THOMAS ALTGELD, BRITTA RICHTER

Niedersächsischer Gesundheitspreis 2011

Erstmals wird der Niedersächsische Gesundheitspreis 2011 ausgeschrieben. Ziel dieses Preises ist, Beispiele guter Praxis zu identifizieren, die Vorbildcharakter haben und zum Nachahmen anregen. Zugleich soll der Preis die Entwicklung neuer, kreativer Ideen fördern. In anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen, Saarland oder Bayern haben sich solche landesbezogenen Gesundheitspreise bereits bewährt. In Niedersachsen haben einige wichtige Akteure im Gesundheitswesen bereichsspezifische Preise ausgelobt. Insbesondere sind dies der Gesundheitspreis der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), der AOK-Qualitätspreis für Krankenhäuser sowie der Preis zur Förderung von Qualität im Gesundheitswesen durch die Niedersächsische Qualitätsinitiative. Diese Preisinitiativen werden aber jeweils nur im beschränkten Rahmen ausgeschrieben und finden sehr unterschiedliche Resonanz im Feld. In den letzten Jahren war die Zahl der Bewerbungen wechselnd bzw. gering. Zudem sind sie im Hinblick auf Preisgelder und Organisationsroutinen unterschiedlich angelegt. Vor diesem Hintergrund wird jetzt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der AOK Niedersachsen ein vom Land getragener Niedersächsischer Gesundheitspreis ausgeschrieben. Koordiniert wird die Ausschreibung von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Im Rahmen der Auslobung des Preises werden jährlich inhaltlich neue Kategorien festgelegt. Damit soll gewährleistet werden, dass auch auf neue Entwicklungen, zum Beispiel E-Health, im Gesundheitswesen entsprechend reagiert werden kann. Es werden jeweils drei Preiskategorien ausgelobt. Die Preiskategorien in 2011 sind:

- Optimierung von Schnittstellen zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Versorgungssektoren
- Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen (Strategien zur Nachwuchsgewinnung, Versorgungsketten, abgestimmte überregionale Versorgungskonzepte)



- Innovative Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, zum Beispiel in neuen Handlungsfeldern wie psychische Gesundheit oder bei Zielgruppen mit besonderem Handlungsbedarf.

Mit der Auswahl der Themen soll erreicht werden, dass innovative Ansätze – angefangen bei der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zu interdisziplinären und zielgruppenspezifischen ambulanten Versorgungsangeboten – stärker in den Fokus gestellt werden. Die bei den Bewerbern gewonnenen Erfahrungen sollen sowohl der interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden als auch Eingang in die gesundheitspolitischen Diskussionen auf Landesebene finden. Bewerben können sich alle Institutionen, Initiativen, Einzelpersonen und Fachleute aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. Das Preisgeld beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird zu jeweils 5.000 Euro auf die drei Kategorien aufgeteilt. In den genannten Preiskategorien werden jeweils die drei besten Projekte von einer fachkundigen Jury ermittelt, die sich aus den Partnern des Niedersächsischen Gesundheitspreises sowie weiteren Vertretern aus Forschung und Verbänden zusammensetzt. Die eingereichten Projekte sollten innovativ, qualitativ herausragend, praxistauglich und nachhaltig sein sowie mit angemessenem Verhältnis von Aufwand und Nutzen innerhalb Niedersachsens umgesetzt werden. Die Entscheidungen der Jury werden anhand einer Kriterienliste begründet und sind endgültig. Es werden nur Aktivitäten und Projekte prämiert, die ab Ausschreibung nicht älter als vier Jahre sind. Die Bewerbungen sind bis zum 31. August 2012 bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. schriftlich einzureichen. Verliehen wird der erste Niedersächsische Gesundheitspreis am 01. Dezember 2011.

Weitergehende Informationen zum Niedersächsischen Gesundheitspreis sowie zu den Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de.

Anschrift des Verfassers und der Verfasserin siehe Impressum



BIRGIT WOLFF

Landespflegebericht 2010

Die Versorgung von Pflegebedürftigen wird aufgrund demografischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen von einer herausragenden Dynamik bestimmt. Auf der Grundlage des Niedersächsischen Pflegegesetzes werden im Landespflegebericht 2010 die zuletzt 2005 dargelegten Entwicklungen der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen fortgeschrieben. Der in drei Teilen strukturierte Bericht stellt den Stand der pflegerischen Versorgung, die prognostizierte Entwicklung des Pflegebedarfs bis 2060 und entsprechende Vorschläge zur Anpassung der Versorgungsstrukturen in Niedersachsen dar.

Zahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen wächst kontinuierlich

Eine zunehmende Zahl Pflegebedürftiger ist ausschließlich auf eine steigende Zahl Älterer zurückzuführen; dagegen sinkt das altersspezifische Risiko, pflegebedürftig zu werden. Die Pflegequote in Niedersachsen liegt höher als die für das gesamte Bundesgebiet. Von 1999 bis 2007 ist die Zahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen von 209.257 auf 242.196 um 15,7 % gestiegen. Nicht einbezogen ist dabei eine nicht zu beziffernde Zahl Pflegebedürftiger mit selbstberichtetem Hilfebedarf, die von der Pflegestatistik nicht erfasst wird. Ein überwiegender Anteil von 83,2 % der Pflegebedürftigen ist über 65-jährig; mehr als die Hälfte in der Altersgruppe von 80 bis 95 Jahren. Frauen haben nicht nur einen 2/3-Anteil an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger, sie leben im Vergleich zu Männern im Durchschnitt auch länger mit einer bestehenden Pflegebedürftigkeit und werden häufiger im Pflegeheim versorgt. Gründe dafür sind beispielsweise unterschiedliche pflegebegründende Diagnosen und eine längere Lebenserwartung der Frauen. 67,3 % aller Pflegebedürftigen werden in der Häuslichkeit versorgt; 2/3 davon ausschließlich durch Angehörige. In 28 % der Pflegehaushalte übernehmen (Ehe-)Partner und -Partnerinnen als Hauptpflegepersonen die Betreuung und in 26 % die Töchter. Es wächst der Anteil von Männern in häuslicher Pflegeverantwortung und die nicht-familiale Unterstützung durch Nachbarn/Nachbarinnen, Bekannte und Freunde/Freundinnen.

Tendenzen in der Gesamtversorgung Niedersachsens

Die Zahl ambulanter Pflegedienste ist Ende 2007 auf 1.112 angestiegen, die größte Gruppe davon bilden private Anbieter. Mit einem Wachstum von 20 % seit 1999 liegt Niedersachsen damit über dem Bundesdurchschnitt. Während die Nutzung von Kurzzeitpflege eher stagniert, hat die Tages-

pflege seit den Leistungsverbesserungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine überproportionale Inanspruchnahme erfahren. Familiäre Pflegearrangements werden zunehmend mit ambulanten, teilstationären Pflegeleistungen und ehrenamtlicher Unterstützung gemixt und sind häufiger mit der Vereinbarkeit von Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit konfrontiert. Die Pflegezeit wird bislang nur von wenigen Angehörigen in Anspruch genommen. Auch die stationäre Versorgung mit 1.394 Einrichtungen hat an Bedeutung gewonnen: ein Anteil von 28,6 % im Pflegeheim lebender Menschen an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger im Jahr 1999 lag 2007 bei 31,2 %. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung nach § 7a SGB XI finden zunehmende Verbreitung in Niedersachsen. Während sich einige Landkreise und kreisfreie Städte inzwischen auch gegen den Aufbau eines Stützpunktes entschieden haben, richtet sich die Umsetzung des rechtlichen Anspruchs auf Pflegeberatung bei den Pflegekassen nach Angebot und Nachfrage.

Prognosen über zukünftige Pflegebedürftigkeit und Bedarfe

Für die kommenden Jahrzehnte wird eine deutliche Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger prognostiziert. Bis 2020 wird es in allen kommunalen Gebietskörperschaften zusammen ca. 25 % und bis 2030 ca. 45 % mehr Pflegebedürftige als Ende 2007 geben. Bis 2040 steigt der Anteil voraussichtlich um rund 65 % und bis 2050 um mehr als 90 %. Erst ab 2060 ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen wieder sinken wird. Die pflegerische Versorgung hochaltriger Personen und insbesondere der über 90-Jährigen wird erheblich an Bedeutung gewinnen. In den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen kann es aufgrund unterschiedlicher demografischer Tendenzen jedoch zu divergierenden Entwicklungen kommen. Bis 2020 ist insgesamt nicht von einem Rückgang des informellen Pflegepotenzials auszugehen. Spätestens ab 2030 jedoch ist davon auszugehen, dass das Potenzial der intergenerativen Angehörigenpflege sinkt. Bei demenzerkrankten Menschen und Pflegebedürftigen ohne ausreichendes soziales Netzwerk werden zukünftig mehr und tragfähige Unterstützungsarrangements benötigt. Aber auch die verstärkte Gewinnung, Ausbildung und Qualifizierung von Professionellen für die pflegerische Versorgung in Dienstleistungen und Einrichtungen steht in engem Zusammenhang mit den beschriebenen Entwicklungen. Um einen Fachkräftemangel zu verhindern, bedarf es konzentrierter Bemühungen aller Beteiligten.

Eine Kurz- und eine Langfassung des Landespflegeberichtes ist unter www.ms.niedersachsen.de eingestellt.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum



ALMUT VON WOEDTKE

Niedersächsisches Aktionsprogramm zur geschlechtergerechten Gestaltung des demografischen Wandels

Demografische Veränderungen stellen insbesondere die Kommunen vor die Herausforderung, den Wandel zu gestalten. Es gibt kein Patentrezept; die Entwicklung läuft von Region zu Region, von Kommune zu Kommune, von Großstadt zu Landgemeinde in der Regel außerordentlich unterschiedlich. In jedem Fall sind aber Chancen für eine Neuorientierung gegeben.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration stellt das Thema „Demografischer Wandel“ gemeinsam mit den kommunalen Gleichstellungsbeauftragten unter dem Vorzeichen „Geschlechtergerechtigkeit“ in die kommunale Öffentlichkeit.

Das Aktionsprogramm des Landes „älter, bunter, weiblicher: WIR GESTALTEN ZUKUNFT!“ soll dazu beitragen, die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Geschlechterrollen sichtbar zu machen. Die Potenziale von Männern und Frauen, aber auch unterschiedliche Bedürfnisse und unterschiedliche Lebenssituationen sollen berücksichtigt werden. Es gilt, die Chance zu nutzen, um Geschlechtergerechtigkeit in der Kommune voranzubringen. Dadurch werden Themen, die in der Vergangenheit teilweise vernachlässigt wurden, zu zentralen Themen unserer Gesellschaft und Politik.

Im Rahmen des Aktionsprogramms werden Projekte und Initiativen der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten landesweit gefördert, die diesen Handlungsbedarf aufgreifen und den Herausforderungen des demografischen Wandels auch geschlechtersensibel begegnen.

Frauen und der demografische Wandel

Die Situation: Wir werden weniger, wir werden bunter und wir werden älter. Im Rahmen des Aktionsprogrammes des Landes stehen drei Themenbereiche im Vordergrund, die in diesem Zusammenhang für die Frage einer geschlechtergerechten Entwicklung der Kommunen besonders interessant erscheinen: Frauen und Arbeitsmarktpolitik, Frauen im Alter und Frauen und Infrastruktur. Querschnittsthemen sind: Integration, bürgerschaftliches Engagement und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sehr wichtig auch: Frauen sollen als Gestalterinnen des Wandels stärker einbezogen werden und in Erscheinung treten.

Mit dem Rückgang der Geburtenrate wird die Bedeutung einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie bewusst, mit dem Fachkräftemangel wird die bisherige Vergeudung des Potenzials von Frauen für den Arbeitsmarkt offenbar. Die wachsende Zahl älterer Menschen ist überwiegend weiblich und unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht, z. B. in Bezug auf Einkommen, Mobilität oder soziale Vernetzung von Männern. Das Alter wird zunehmend aktiver und ältere Frauen und Männer wollen gesellschaftlich auch Verantwortung übernehmen – vielleicht mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Vorlieben. Die Pflege, sowohl die professionelle als auch die häusliche Pflege von Angehörigen wird in weiten Teilen von Frauen geleistet, auch wenn sich Männer hierfür zunehmend gewinnen lassen. An diese Situation ist anzuknüpfen, diese Bedingungen sind zu berücksichtigen, wenn die Weichen für die Zukunft gestellt werden.

Eine Abfrage durch die Vernetzungsstelle zum derzeitigen Stellenwert in den Kommunen hat gezeigt, dass mehr als 50 % der Kommunen noch kein Konzept o.ä. zum Thema Demografie erstellt oder in Bearbeitung haben. Bei über 70 % der Kommunen wurde in diesem Zusammenhang der Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit (noch) nicht thematisiert.

Kommunale Projekte im ganzen Land

Im Rahmen des Aktionsprogrammes werden Projekte und Initiativen der kommunalen Gleichstellungsbeauftragten umgesetzt, die den Herausforderungen des demografischen Wandels zukunftsorientiert begegnen und dabei Gleichstellungsaspekte berücksichtigen. So werden z. B. praxistaugliche Konzepte gefördert, die dazu dienen, unterschiedlichen Bedarf und Potenziale vor Ort zu ermitteln, um sie in Planungen einbeziehen zu können. Aber auch Projekte, die beispielhaft Lösungen entwickeln oder die Öffentlichkeit zu diesem Thema sensibilisieren, können gefördert werden und auch Projekte, Maßnahmen und Initiativen, die Auswirkungen auf bestehende Strukturen vor Ort haben, diese verändern, ergänzen oder erneuern. In jedem Fall werden eine nachhaltige Verankerung der Projekte in bestehende Strukturen sowie der Fortbestand von Aktivitäten oder Ergebnissen über den Projektzeitraum hinaus angestrebt.

Die kommunalen Gleichstellungsbeauftragten mit ihrem Tätigkeitsbereich innerhalb der Kommunalverwaltung, aber mit einer guten Vernetzung zur Bevölkerung und zu den wirtschafts- und sozialpolitischen Akteurinnen und Akteuren, sind wichtige Stellen in der Planung und im Prozess des Wandels. Sie tragen dazu bei, Impulse für eine Entwicklung zu setzen, die die Geschlechtergerechtigkeit und eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen voranbringen. Sie sind die ideale Partnerin für ein solches Aktionsprogramm des Landes.

Das Aktionsprogramm wird in Trägerschaft der Vernetzungsstelle für Gleichberechtigung, Frauen- und Gleichstellungsaufträge durchgeführt. Informationen sind auf der Website www.älter-bunter-weiblicher.de, der Website des Aktionsprogrammes, zu finden.

ALMUT VON WOEDTKE, Vernetzungsstelle für Gleichberechtigung, Frauen- und Gleichstellungsaufträge, Sodenstraße 2, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 33 65 06 23, E-Mail: vonwoedtke@vernetzungsstelle.de



SILKE WENDLAND

Fachtagung „Endstation Sehnsucht? – Sexualität in der Altenpflege“

Die Probleme benennen und dadurch gemeinsam Wege und Lösungen für einen angemessenen Umgang mit Sexualität in der Altenpflege zu entwickeln, so formulierte die Vorstandsvorsitzende des pro familia-Landesverbands Niedersachsen, Caren Marks, das Ziel der Fachtagung am 31. Mai in Hannover. Denn dass sexuelle Bedürfnisse im Alter und auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ganz natürlich und gesund sind, darüber waren sich die Teilnehmenden und Referierenden der bis auf den letzten Platz ausgebuchten Kooperationsveranstaltung von pro familia-Landesverband Niedersachsen e.V. und Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. einig.

Der Pflegealltag

Christine Sowinski vom Kuratorium Deutsche Altershilfe sorgte mit ihrem offenen und kölsch-humorigen Blick auf die Praxis für einen guten Einstieg und nahm dem sensiblen Thema viel von seiner vermeintlichen Schwere. „Pflege ist intimer als intim“, betonte die Referentin. Grundlegend und hilfreich im Pflegealltag sei eine lebensbejahende Haltung zur Sexualität, ohne selbst sexuell zu werden. Es bleibe allerdings immer eine Gradwanderung zwischen „warm, aber nicht zu viel“.

Gleichgeschlechtliche Liebe

Einem höchst tabuisierten Aspekt von Sexualität in der Altenpflege widmete sich Heiko Gerlach in seinem Vortrag „Pflege andersrum – Homosexualität im Alter“. Aufgrund ihrer zum Teil massiven Diskriminierungserfahrungen seien besonders ältere schwul oder lesbisch orientierte Menschen in der Öffentlichkeit nur wenig präsent, so der Diplom-Pflegewirt aus Hamburg. Eine spontane Abfrage per Handzeichen unter den Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmern bestätigte diese Ausgangsbehauptung. Nur ein kleiner Bruchteil der anwesenden Pflegekräfte war sich sicher, bereits gleichgeschlechtlich liebende Frauen oder Männer gepflegt zu haben. In der Regel werde ungefragt die heterosexuelle Lebensform vorausgesetzt, wodurch die individuellen Bedürfnisse von gleichgeschlechtlich orientierten Pflegebedürftigen nicht angemessen berücksichtigt werden könnten. Für eine individuelle Pflegeplanung im Bereich der „Aktivitäten und existenziellen

Bedürfnisse des täglichen Lebens“ nach Monika Krohwinkel sei entsprechendes Biografie- und Historienwissen Voraussetzung.

Demenz und Sexualität

Unter dem provokanten Titel „Schwester, rubbel etwas fester!“ warb Nicole Richard für einen wertschätzenden und ressourcenorientierten Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von Demenzerkrankten, ohne dabei die persönlichen Grenzen der Pflegenden aus dem Blick zu verlieren. „Durch die Erkrankung sind die Frauen und Männer in ihren Erinnerungen und Gefühlen gefangen“, so die Referentin. Sie erlebten sich häufig als jung und sexuell leistungsfähig und nähmen junge Pflegekräfte als potenzielle Sexualpartnerinnen und -partner wahr, was zu brisanten Situationen führen würde. Mit der Methode der Integrativen Validation verdeutlichte die Gründerin des gleichnamigen Instituts in Kassel anschaulich anhand vieler Praxisbeispiele, wie in diesem Zusammenhang angemessene Kommunikation und Handeln gelingen kann.

Neue Wege in der Altenpflege

Trotz der Vielfalt angesprochener Schwierigkeiten im Umgang mit Sexualität in der Altenpflege stimmten die am Nachmittag vorgestellten und diskutierten Ideen und Hilfen aus der Praxis hoffnungsvoll. Pflegebedürftigkeit muss nicht zwangsläufig die Endstation für Sexualität bedeuten. Es gibt bereits gute Ansätze und Wege, die weiterentwickelt und beschritten werden können.

Der Titel des liebevoll inszenierten Figuren-Korbtheaters von Alfred Büttner gab die allgemeine Stimmung wieder, die während der gesamten Veranstaltung spürbar war: „Es ist nie zu spät!“ – Nicht zu spät ist es, auch noch im Altersheim der Liebe zu begegnen, wie die Geschichte von der 70-Jährigen Mathilde und Robert, dem ehemals gefeierten Opernstar der Nachkriegszeit zeigt. Es ist aber auch nie zu spät, fachliche Weiterentwicklungen anzustoßen und die angemessene Berücksichtigung von Sexualität als neues Qualitätsmerkmal in der Altenpflege zu etablieren. Die über 170 Teilnehmenden der Fachtagung schienen dazu durchaus bereit.

SILKE WENDLAND, pro familia – Landesverband Nds. e.V.,
Lange Laube 14, 30159 Hannover, E-Mail: silke.wendland@profamilia.de

EVA BRUNNER

Lässig statt stressig durchs Studium – Ein Antistressmanual von Studierenden für Studierende

Die Studienzeit wird in unserer Gesellschaft häufig als die schönste Zeit im Leben bezeichnet. Studierende sehen sich mit stereotypen Vorstellungen konfrontiert – diese reichen von der Meinung, dass Studieren stärker mit Partys als mit harter Arbeit zusammenhängt, bis hin zu dem Bild, dass Studierende nach Lust und Laune entscheiden können, ob sie denn lieber ausschlafen und den eigentlich stattfindenden Kurs sausen lassen. Herausforderungen des Hochschulalltages wie etwa das Erfüllen akademischer Anforderungen, die finanzielle Sicherung des Studiums oder auch das Vereinbaren von Verpflichtungen aus den verschiedenen Lebensbereichen werden

dabei übersehen. Derartige Aspekte können allerdings bei fehlender Unterstützung und erfolglosen Bewältigungsversuchen zu Stressoren werden, die die Gesundheit der Studierenden gefährden. Betrachtet man Studien zu diesem Themenkomplex, sind die Ergebnisse besorgniserregend: So berichten etwa 25–30 % der Studierenden von Beschwerden wie etwa Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten, Nervosität, Kopfschmerzen oder auch Stimmungsschwankungen. Dies wirkt sich negativ auf die Leistungsfähigkeit und damit auch häufig auf den Studienfortschritt aus: So weist der 19. Bericht der Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes darauf hin, dass jede/r zehnte Studierende zumindest einmal offiziell oder inoffiziell das Studium unterbricht und 22 % dies aus gesundheitlichen Gründen, vor allem aufgrund psychischer Probleme, tun.

Auf diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Studierende deutlich. Als Basis dient dabei das Konzept gesundheitsfördernder Hochschulen, dessen Realisierung und Weiterentwicklung in Deutschland vor allem durch den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (<http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>) getragen wird. Betrachtet man die aktuelle Praxis, so zeichnet sich eine Schwerpunktsetzung im Sinne des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und damit eine Fokussierung auf Beschäftigte von Hochschulen ab; eine stärkere Berücksichtigung der Studierenden ist unbedingt erforderlich.

Daher wurde an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd im Wintersemester 2010/2011 ein Projekt für Studierende konzipiert und realisiert: In der Lehrveranstaltung „Stressbewältigung II: Prävention und Intervention“ erarbeiteten 32 Studierende des BA-Studienganges Gesundheitsförderung (5. Semester) unter Anleitung der Verfasserin ein Trainingsmanual. Dieses hilft Studierenden bei der Orientierung im System Hochschule (zum Beispiel Hochschullexikon, Vorstellung von Anlaufstellen an der Hochschule) und im Umgang mit Herausforderungen, die der Studienalltag stellt (zum Beispiel Prüfungsvorbereitung, Teamarbeit im Studium). Teams zu vier Personen erarbeiteten je ein Modul, wobei die Inhalte theoriegeleitet und basierend auf Befragungen unter Studierenden festgelegt worden waren. Das Antistressmanual „Lässig statt stressig durchs Studium“ gliedert sich in einen studienrichtungsunabhängigen Teil (Modul 1–5; Modul 5 wurde als Anschauungsbeispiel von der Verfasserin entwickelt) und einen lehramtspezifischen Part (Modul 6–9). Um das Manual vielen Studierenden zugänglich zu machen, steht es als kostenloser Download auf der Homepage der PH Schwäbisch Gmünd zur Verfügung (<http://www.ph-gmuend.de/deutsch/studium/studium.php?navanchor=1010004>). Erste Nutzerbefragungen erbrachten ein positives Ergebnis: Betont wurde vor allem, dass die Inhalte an Studierendenbedürfnissen ausgerichtet sind, abwechslungsreich gestaltet sind und die Arbeit mit dem Manual Spaß macht. Aus diesen Einschätzungen resultierten auch hohe Weiterempfehlungsraten. Gerade durch die Tatsache, dass das Antistressmanual von Studierenden für Studierende entwickelt wurde, wurde ein hohes Ausmaß an Partizipation realisiert. „Lässig statt stressig“ ist geprägt von Geschichten, wie sie der Studienalltag der Autorinnen und Autoren schreibt, und besticht gleichzeitig durch eine breite theoretische Fundierung.

FH-PROF. DR. EVA BRUNNER, Fachhochschule Kärnten (Österreich),
Studienbereich Gesundheit und Pflege, E-Mail: e.brunner@fh-kaernten.at



Krankheit, Tod und Trauer bei Menschen ohne Wohnraum – ein gesellschaftliches Tabuthema

„Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe“ lautet der Titel der Broschüre, die die Mitgliedseinrichtungen des Regionalen Knoten erarbeitet haben.

Was ist zu tun, wenn ein schwer kranker, wohnungsloser Mensch sich nicht im Krankenhaus behandeln lassen will? Wenn kein Haus- oder Facharzt bereit ist, die Einrichtung aufzusuchen? Wie geht man damit um, wenn ein wohnungsloser Mensch in der eigenen Einrichtung stirbt?

Diese und viele andere Fragen beantwortet diese Broschüre. An Hand von Praxisbeispielen schildert sie authentisch und anschaulich, mit welchen Herausforderungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe konfrontiert werden und wie sie diese meistern können. Zugleich übt diese Broschüre Kritik am bestehenden Gesundheitssystem, das auf die Bedürfnisse kranker, wohnungsloser Menschen nicht oder unzureichend ausgerichtet ist, und zeigt Lösungsmöglichkeiten auf, wie es weiterentwickelt werden könnte.

Ziel der Herausgeberinnen und Herausgeber ist es: Die Schwächen des Gesundheitssystems und Lösungsmöglichkeiten für die Weiterentwicklung aufzuzeigen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe stärkende Wege im Umgang mit dem Tod aufzuweisen und das Leiden und Sterben von wohnungslosen Menschen mehr in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung zu rücken.

Herausgeber/innen sind die Mitgliedseinrichtungen des Regionalen Knoten Hamburg:

- Caritasverband Hamburg e.V.
- Diakonisches Werk Hamburg
- f & w fördern und wohnen AÖR
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) – Regionaler Knoten
- MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH – Malteser
- Nordlicht
- Stadtmission Hamburg

Kontakt: PETRA HOFRICHTER, Regionaler Knoten Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Petra.Hofrichter@hag-gesundheit.de

Die Broschüre und weitere Informationen zum Regionalen Knoten Hamburg finden Sie unter www.hag-gesundheit.de und www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.



NICOLE WEYDMANN

Traditionelle Medizin als Schlüssel für Gesundheit und Selbstbestimmung – Portrait der Grass-Root Organisation LESSAN

Vor mehr als 20 Jahren hat eine kleine Gruppe junger Aktivistinnen und Aktivisten in Yogyakarta, Indonesien, die basisdemokratische Organisation LESSAN (Lembaga Studi Kesehatan – Institut für alternative Gesundheitsstudien) ins Leben gerufen. Direkt am Fuße des Vulkans Merapi gelegen, arbeitet die Organisation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Dörfer in ihrer direkten Umgebung. Arbeitsschwerpunkte sind die Themen Gesundheit und traditionelle Medizin. Die Organisation hat es sich zur Aufgabe gemacht, traditionelles Wissen aus den Dörfern über Heilpflanzen und andere umweltbezogene Wissensschätze wie beispielsweise über den Vulkan und seine Aktivitäten zu sammeln und in einer Datenbank zu katalogisieren. Ergänzend betreibt die Organisation einen Heilkräutergarten, in dem sich Schulklassen und Erwachsene in Kursen Wissen über Anbau, Zubereitung und Anwendung der Heilpflanzen sowie diagnostische Grundkenntnisse erarbeiten. Die Materialien aus dem Archiv werden hierbei als Grundlage genutzt, immer wieder neu diskutiert und in einem lebendigen Prozess ergänzt und weiterentwickelt. LESSAN bietet desweiteren Gesundheitssprechstunden mit Ärztinnen und Ärzten und Heilerinnen und Heilern in Dörfern an.

Heilkräuterkunde und Gesundheitsversorgung im Alltag

Krankheit ist für die Mehrheit der indonesischen Bevölkerung eng mit ihrer ökonomischen Situation verknüpft, da die staat-

lichen Sicherungssysteme im Fall von Erkrankung zwar kostenfreie Programme für Arme vorsehen, die bürokratischen Hürden für die Zulassung zu diesen Versorgungsprogrammen jedoch sehr hoch sind. Daher werden weiterhin etwa 96 % der ambulanten Behandlungskosten und 83 % der stationären Kosten direkt von den Patientinnen und Patienten selbst getragen. Die Mitglieder der Organisation LESSAN sehen in der traditionellen Medizin eine Chance zur Lösung dieses Problems: Gesundheit auf einem selbstbestimmten und kostengünstigen Weg bei gleichzeitiger Förderung der Erhaltung von Artenvielfalt.

Durch die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Heilpflanzenkunde werden Menschen in die Lage versetzt, sich selbst, ihren Familien und bestenfalls ihrem kompletten Dorf im Krankheitsfall zu helfen. Bereits während der Kurse werden die Teilnehmenden angeregt, in ihren Dörfern öffentliche Gesundheitsposten zu errichten, um dort kostengünstige Behandlungen mit Kräutern aus dem eigenen Garten sowie Informationen zur Selbsthilfe weiterzugeben. Positiver Nebeneffekt ist, dass die vornehmlich weiblichen Kursteilnehmerinnen durch den Verkauf von günstigen, qualitativ hochwertigen Kräuterprodukten fast „nebenbei“ in die Lage versetzten werden, den Lebensunterhalt ihrer Familie zu verbessern.

Sorgenkinder Patentierung und Artenvielfalt

In den letzten Jahren sind neben dem Erhalt und der Verbreitung von Jamu, einem traditionellen medizinischen Getränk aus Kräutern und Wurzeln, auch der Schutz des traditionellen Wissens vor Patentierung und der Erhalt der Artenvielfalt stärker in den Fokus von LESSAN gerückt. Vermehrt werden Extrakte traditioneller Heilpflanzen von transnationalen Konzernen patentiert. Durch das Katalogisieren von traditionellem Wissen und der Heilrezepturen hofft die Organisation, den „Patentjägern“ etwas entgegenzusetzen zu können. Jedoch gleicht dieses Spiel eher dem Kampf David gegen Goliath. Transnationale Großkonzerne arbeiten bei ihren Patentierungen von Pflanzenextrakten mit führenden Universitäten auf Java zusammen und werden durch die nationale Regierung unterstützt. Weiterhin sei es sehr schwierig, so Heny Yudea, eines der Gründungsmitglieder von LESSAN, der lokalen Bevölkerung verständlich zu machen, dass die Weitergabe von altem Volkswissen, das bisher immer frei verfügbar war, nun in falschen Händen Schaden anrichten kann. Im Fall der Patentierung verdienen allein die transnationalen Konzerne daran, so Heny, und die Erhaltung der kostbaren Artenvielfalt sei nicht gesichert. 2005 wurde Heny Yudea für ihr Engagement bei LESSAN und ihren beständigen Einsatz für einen selbstbestimmten und solidarischen Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Heilung mit der Auszeichnung PeaceWomen geehrt und dabei mit 1000 anderen Frauen für den Friedensnobelpreis nominiert.

Finanzielle Unterstützung erhält LESSAN von internationalen Geberorganisationen wie „Terre des Hommes“, „Eine Welt Laden“ und „HelpAge“ und von zahlreichen privaten Spenderinnen und Spendern. LESSAN ist eine langjährige Partnerorganisation der Südostasien-Informationsstelle (SOAI).

NICOLE WEYDMANN, Südostasien Informationsstelle, Asienhaus Essen, Bullmann-
aue 11, 45327 Essen, Tel.: (02 01) 83 038 18, E-Mail: soainfo@asienhaus.de



JOHANN BÖHMANN

Delmenhorst ist erste deutsche „Safe Community“

Verletzungen sind einer der häufigsten Gründe für eine Krankenhausbehandlung von Kindern in Deutschland und die häufigste Todesursache von Kindern im Alter 1–14 Jahren; sie stellen – einschließlich einer Dunkelziffer von vorsätzlichen Schädigungen – mit oft lebenslangen Folgen ein großes menschliches, ökonomisches und sozialpädiatrisches Problem dar. Dem gegenüber spielt die Prävention sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch in der alltäglichen Praxis nur eine untergeordnete Rolle.

Unfallprävention – ein ideales Feld für Kooperation

Die Umsetzung geeigneter Präventionsaktivitäten ist eine wichtige Aufgabe nicht nur des Gesundheitswesens und erfordert daher eine Kooperation mit anderen Akteuren wie der Jugend- und Familienhilfe. Auch für weitere wichtige Probleme wie der Vermeidung von Vernachlässigung und Gewalt ist dies hoch aktuell. Die Unfallprävention stellt ein ideales und gut vermittelbares Feld für eine Kooperation innerhalb der deutschen sektoralen Systeme von Gesundheit (SGB V) und Jugendhilfe (SGB VIII) dar.

Die von der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Delmenhorst ausgehenden Aktivitäten führten nach 12jähriger Aktivität zur Aufnahme als erste deutsche Stadt (nach dem Land Brandenburg) in das internationale Programm „Safe Community“ der WHO. Angeregt und unterstützt wurden diese seit dem Jahr 1998 durch das Landesgesundheitsamt Brandenburg, durch das Forum Unfallprävention des Deutschen Grünen Kreuzes und die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.

„Safe Communities“ ist eine in Schweden in den 1970er Jahren entstandene Aktivität der Weltgesundheitsorganisation, die im Jahr 1989 formal gegründet wurde und derzeit 235 Städte und Regionen aus aller Welt umfasst. Eine „Safe Community“ kann dabei ein Land, eine Stadt, ein kommunaler

Bereich oder ein Viertel sein. Delmenhorst ist als erste deutsche Kommune das 230. Mitglied. Das „Safe Community“-Modell zielt darauf ab, Verletzungen zu analysieren und auf kommunaler Ebene zu intervenieren. Durch die Einbeziehung der Gemeinde bei der Suche nach eigenen Lösungen versteht die „Safe Community“ sich als Katalysator für Umwelt-, Struktur- und sozialpolitische Änderungen.

Anerkennung nach Erfüllung von sechs Indikatoren

Die WHO fordert für die Anerkennung die Erfüllung von sechs Indikatoren:

- 1 Aufbau einer Infrastruktur, basierend auf Partnerschaft und Zusammenarbeit
- 2 Durchführung langfristiger und nachhaltiger Programme, die beide Geschlechter sowie alle Altersgruppen umfassen und lebensweltorientiert ausgerichtet sind
- 3 Durchführung von Programmen für Risikogruppen
- 4 Verletzungsmonitoring
- 5 Evaluation der Aktivitäten
- 6 Teilnahme am internationalen „Safe Communities“-Netzwerk

Die Kriterien der WHO sind detailliert zu erfüllen, deren Umsetzung ist nachzuweisen. Dies wird anhand einer „site visit“ vor Ort überprüft.

Vor allem der erste Punkt stellt eine zentrale Forderung der WHO dar und erforderte vor Ort eine in Deutschland ungewohnte, nachhaltige Kooperation mit politischen Entscheidungsträgern sowie der Kommunalverwaltung. Auch die Einbeziehung anderer Altersgruppen, vor allem der Senioren, benötigte eine langfristige Überzeugungsarbeit.

Die Entwicklung von einer ursprünglich medizinisch orientierten Aktivität der Kinderklinik – ausgelöst durch alltägliche Erfahrungen mit Verletzungen – zu einem kommunalen Programm unter Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren fand in vielen aufeinander aufbauenden Schritten von der Zieldefinition zur Evaluation wichtiger Maßnahmen statt.

Vielfalt der Aktivitäten

Am Beginn der Aktivitäten standen eine große Zahl von Projekten zur Bewegungsförderung, für die sich schnell engagierte Mitstreiterinnen und Mitstreiter in den Settings Kita, Schule und Verein gewinnen ließen. Diese Maßnahmen reichten von psychomotorischen Förderungen in der Kita bis zur Weiterbildung der Erzieherinnen im Gitarrespiel. Die Auswahl von Aktivitäten folgte dabei weniger einem konsistenten Konzept als den Ideen und Möglichkeiten der Netzwerkpartnerinnen und -partner. Erst durch den „Förderungskatalog“ der WHO erfolgte eine Systematisierung und strenge Koordination. Problematisch war die Einbindung anderer Altersgruppen und des sehr gut, aber autonom agierenden Verkehrsbereichs. Bei der Ausweitung auf alle kommunalen Bereiche waren andere in den Settings Kita und Grundschule angesiedelte Projekte wie Allergieprävention und Adipositasprävention von großer förderlicher Bedeutung.

Für alle beteiligten Akteure war die offizielle Zertifizierung ein schöner Erfolg und Motivation für die weitere Arbeit. Eine Re-Evaluierung erfolgt programmgemäß in fünf Jahren.

Literatur beim Verfasser

DR. JOHANN BÖHMANN, Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum Delmenhorst gGmbH, Tel.: (0 42 21) 99 44 03, Fax: (0 42 21) 99 44 05, E-Mail: boehmann.hans@klinikum-delmenhorst.de



Bestrafen der Armen – Zur neoliberalen Regierung der sozialen Unsicherheit

Das Werk nimmt die parallel verlaufenden Veränderungen der Sozial- und Strafrechtspolitik in den USA und in Europa im Zuge der neoliberalen Revolution in den Fokus. Es thematisiert die soziale Unsicherheit und ihre Auswirkungen hin zu einer Bestrafung der Armut und der prekären Lebensverhältnisse. Dazu will der Autor die Aktivitäten aufdecken, die speziell auf das Management der Problemgruppen gerichtet sind, und die Aufmerksamkeit auf Arrangements richten, die auf den Zusammenschluss von Sanktionen im Strafrecht und auf Kontrolle im Sozialhilfebereich zwecks kultureller Vereinnahmung und Verhaltenskontrolle von marginalen Populationen hinarbeiten. Die dazu manchmal notwendigen Vereinfachungen stellt er als unvermeidliches Moment der Analyse dar. Sie sind vor allem dem Vorhaben geschuldet, sowohl Strafrechtler wie auch Akteure im Wohlfahrtssektor dazu zu bewegen, jeweils beide Entwicklungen in den Blick zu nehmen. Er sieht mindestens drei zentrale Strategien, um mit Verhältnissen und Verhaltensweisen umzugehen, die unerwünscht sind: Sozialisierung, Medikalisierung und Kriminalisierung. (ark)

LOÏC WACQUANT: Bestrafen der Armen. Zur neoliberalen Regierung der sozialen Unsicherheit. Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, MI 2009, 359 Seiten, 978-3-86649-188-5, 29,90 Euro

Geschlecht, Gesundheit, Gouvernamentalität

„Männer sind Gesundheitsmuffel“ – dieser Satz ist ein oft gehörter Allgemeinplatz. Seit einigen Jahren versuchen insbesondere Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, aber auch die pharmazeutische Industrie der Zielgruppe Mann die Gesundheitsförderung schmackhaft zu machen. Die Resonanz bleibt bislang hinter den Erwartungen zurück. Der Band geht diesem Sachverhalt aus der gouvernementalitäts-theoretischen Perspektive Foucaults nach. Es wird aufgezeigt, aus welchen Quellen sich die Beschäftigung mit der Zielgruppe Mann in der Gesundheitsförderung speist und welches Geschlechterwissen dabei (re) produziert wird. Die heute in der Männergesundheitsförderung propagierten Selbstverhältnisse werden im Kontext neoliberaler Regierungsweisen nachgezeichnet und diskutiert. (ms)

SEBASTIAN SCHELLE: Geschlecht, Gesundheit, Gouvernamentalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung. Ulrike-Helmer-Verlag, Sulzbach/Taunus, 2010, 139 Seiten, ISBN 978-3-89741-305-4, 16,90 Euro

Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements

Das Fachbuch fokussiert auf der Grundlage einer Untersuchung die häusliche Pflegeversorgung mit einem Anspruch auf nachhaltige Qualitätsentwicklung. Einführend werden die Situation der häuslichen Pflege und die Diskussion um Qualitätsentwicklung in diesem Kontext sowie Methoden und Instrumente zur Qualitätssicherung dargelegt. Theoretische Nachhaltigkeitsparadigmen werden auf häusliche Pflegearrangements abgeleitet und Indikatoren für eine nachhaltige Qualitätssicherung entwickelt. Die Autorin liefert im Schlussteil Handlungsempfehlungen für die Praxis und Empfehlungen für weitere notwendige Qualitätsforschung. Das Buch richtet sich an Akteure in der Politik, den Kranken- und Pflegekassen, Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs sowie Studierende und Lehrende. (bw)

BARBARA MITTNACHT: Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven. Jacobs Verlag, Lage, 2010, 218 Seiten, ISBN 978-3-89918-190-6, 19,90 Euro

Berufliche Handlungskompetenz erwerben

Wie lernt der Mensch? Wie werden berufliche Handlungskompetenzen erworben? Diese Fragen sind leitend bei der Evaluation eines Lern-Curriculums des Kooperationsverbundes niedersächsischer Krankenpflegeschulen. Eingangs werden didaktische Grundlagen wie kontextorientiertes Lernen, Emergenz und Kompetenz sowie systemischer Achtsamkeit erläutert. Sie sind die Basis für die Vermittlung wichtiger Lernprozesse und ihren Einfluss- und Vermittlungsvariablen, die einen selbständigen und emotional begründeten Lernprozess begünstigen. Ein interessantes Buch über Didaktik und Methodik im Feld der Ausbildung von Pflegeberufen. Die Zielgruppe des Buches sind Lehrende. (bw)

BIRGIT PANKE-KOCHINKE: Berufliche Handlungskompetenz erwerben – Ergebnisse der qualitativen Evaluation eines Curriculums in der Gesundheits- und Krankenpflege, Mabuse-Verlag Wissenschaft, Frankfurt a. M., 2011, 123 Seiten, ISBN 978-3-940529-93-0, 16,00 Euro

Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft

Das umfangreiche Nachschlagewerk bietet weitreichende Informationen über Methoden systematischer Praxisforschung und reflektiert ihre Bedeutung und Erkenntnispotenziale. Neben grundlegender Einführung und Darstellung qualitativer Forschungsmethoden sowie Anwendungsstrategien wurde praktischen Hinweisen zur Durchführung von Forschungsvorhaben ein eigenes Kapitel gewidmet. Das Handbuch bietet damit eine interessante Übersicht über den derzeitigen Stand in qualitativen Forschungsmethoden. Es richtet sich an pädagogische Fachkräfte, Studierende, Lehrende und Forschende in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. (bw)

BARBARA FRIEBERTSHÄUSER, ANTJE LANGER, ANNE DORE PRENGEL, (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2010, 1000 Seiten, ISBN 978-3-7799-0793-0, 84,00 Euro



Gesundheitsförderung Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive

Das Buch macht Gesundheitsförderung aus ihrer geschichtlichen Entstehung heraus verstehbar. Neben einer zeitgeschichtlichen Betrachtung der Gesundheitsförderung auf der Basis von Literatur und Quellenmaterial stehen Interviews mit Fachpersonen, die an der Entwicklung des Konzepts beteiligt waren. Die Betrachtung beginnt mit der Sozialhygiene, die sich in der Zwischenkriegszeit des 19. Jahrhunderts mit der Fokussierung auf die sozialen Faktoren in der Entstehung von Krankheit akademisieren konnte, dann aber durch den Nationalsozialismus ein abruptes Ende fand. Die dominante Stellung der Medizin und des biomedizinischen Denkens während des Wirtschaftswachstums bis in die 1970er-Jahre ist ebenso Gegenstand des Bandes wie die Ende der 1960er-Jahre entstehende medizinkritische Bewegung. Im Zentrum steht der gesellschaftliche Wandel der 1970er-Jahre, der Grundlagen für die Gesundheitsförderung legte sowie der systematische Prozess der WHO Europa, der zu Beginn der 1980er-Jahre die verschiedenen Strömungen in der Ottawa-Charta bündelte. (sb)

BRIGITTE RUCKSTUHL, Gesundheitsförderung.
Entwicklung einer neuen Public Health-Perspektive.
Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011,
239 Seiten, ISBN 978-3-7799-1570-6, 27,00 Euro

Wie wird die „Männliche Menopause“ online-kommunikativ verhandelt?

Die „Männliche Menopause“ und das „Männliche Klimakterium“ werden in Fachkreisen skeptisch diskutiert, genießen jedoch in populärwissenschaftlichen Medien wachsende Aufmerksamkeit. Insbesondere in Online-Medien wird der Hormonmedikation des alternenden Mannes massiv das Wort geredet. In der Studie wird nachgezeichnet, wie und durch wen diese Konstrukte Eingang in die Diskussion fanden, wie sie operationalisiert werden und welche Vorstellungen und Annahmen damit verknüpft sind. (ms)

SILVIO SCHWARTZ: Wie wird die Männliche Menopause online-kommunikativ verhandelt?
Eine exemplarische Untersuchung.
Grin-Verlag, München, 2011, 60 Seiten,
ISBN 978-3-64092-312-0, 12,99 Euro

Interventionen, die etwas bewegen

In diesem auch interessant gestalteten Band werden Interventionsbeispiele vorgestellt, die ungewöhnlich oder auch überraschend auf Workshopteilnehmende wirken können. Sie können die Arbeitsatmosphäre lockern oder auch festgefahrene Prozesse wieder in Bewegung bringen. Es geht um Inszenierungen, Rituale oder auch um Interventionen zur inneren Haltung oder zur Übernahme von Eigenverantwortung. Die Beschreibungen sind gut verständlich, die Gestaltung des Bandes ist sehr lesefreundlich. Beispiele sollen die eigene Kreativität zur Gestaltung von Gruppenprozessen anregen, um authentisch vorgehen zu können. (ark)

RALF BESSER: Interventionen, die etwas bewegen.
Prozesse emotionalisieren, mit Konfrontationen aktivieren, über Grenzen gehen, wirksame Rituale gestalten. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010,
252 Seiten, ISBN 978-407-36489-0, 44,95 Euro

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen veröffentlicht in Zusammenarbeit mit der LVG & AFS die von der Arbeitsgemeinschaft „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ erarbeiteten Materialien in einer Arbeitsmappe. Sie beinhaltet „Beispiele guter Praxis“ mit unterschiedlichen Ansätzen zur Verbesserung der Versorgungssituation im allgemeinversorgenden Krankenhaus, ein 160-stündiges Curriculum für Mitarbeitende mit Multiplikatorenfunktion in Krankenhäusern als auch ein 14-stündiges Curriculum für hausinterne Fortbildungen. Mit Förderung der Heidehof-Stiftung Stuttgart wurde ein gut umgesetzter Lehrfilm mit Tipps und Beispielen wegweisender Ansätze in Krankenhäusern für demenzsensible Pflege und Behandlung konzipiert, der mit der Arbeitsmappe ausgegeben wird. (mfo)

ALZHEIMER GESELLSCHAFT NIEDERSACHSEN: Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Bestellungen über www.alzheimer-niedersachsen.de, 2011, 26 Seiten, 20,00 Euro

Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind

Die Autoren liefern in der deutschen Erstausgabe des 2009 in London erschienenen Originals die statistischen Belege für ihre These, dass eine Gesellschaft nicht durch mehr Wachstum entlastet wird, sondern durch mehr Gleichheit. Anderenfalls nehmen durch die Ungleichverteilung der Einkommen und Chancen alle gesellschaftlichen Probleme zu – sowohl bei Armen wie bei Reichen, mit Folgen für die physische und psychische Gesundheit und damit für die Lebenserwartung insbesondere für Menschen aus unteren sozialen Lagen. Unter den Kapitelüberschriften „Wirtschaftlicher Erfolg, soziales Scheitern“ und „Die Kosten der Ungleichheit“ diagnostizieren sie, wie uns diese Ungleichheit (be)trifft, um im letzten Kapitel Vorschläge für eine bessere Gesellschaft zu machen. (ark)

RICHARD WILKINSON, KATE PICKETT: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Verlage Hoffmann & Tolkemitt, Berlin, 2010, 320 Seiten, ISBN 978-3-942048-09-5, 19,90 Euro

Abwesende Väter und Kriegskindheit

Die heute 50- bis 65jährigen erlebten den Zweiten Weltkrieg mit vielen Schreckenserlebnissen, häufig einhergehend mit tiefgreifenden familialen Veränderungen und spezifischen Entwicklungsbedingungen bei physischer oder psychischer Abwesenheit ihrer Väter. Das Buch präsentiert Ergebnisse einer Nachuntersuchung von zehn langfristigen Psychoanalysen von Angehörigen dieser Alterskohorten mit entsprechend frühen Verlusterfahrungen, Verletzungen und ihren jeweiligen Bewältigungsformen. Anhand seiner eigenen Kriegsbiografie veranschaulicht der Autor den Lesern und Leserinnen innerpsychische Reaktionen des Kindes und späteren Erwachsenen auf den lebenslang innerlich abwesenden Vater. Er präsentiert individuelle Behandlungsmöglichkeiten und diskutiert männliche Identitäten vor dem Hintergrund einer langfristig transgenerational wirksamen zeitgeschichtlichen Perspektive. Das Buch ist allen persönlich oder beruflich an dem Thema Interessierten zu empfehlen. (bw)

HARTMUT RADEBOLD: Abwesende Väter und Kriegskindheit – Alte Verletzungen bewältigen. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, 2010, 261 Seiten, ISBN 978-3-608-94633-8, 29,90 Euro

Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung

Das Buch stellt eine gut verständliche Anleitung zur evidenzbasierten Betreuung dar. Mit dem Begriff ist gemeint, angemessen zu beraten und einen angemessenen zeitlichen Raum für eine informierte Entscheidung der Klientin zu erlauben, um einen maßgeschneiderten Plan mit der Frau zu entwickeln. Geschrieben und mit Fallbeispielen versehen wurde es für Hebammen, ist aber auf alle Berufe des Gesundheitswesens anwendbar. Das Buch stellt die wichtigsten Quellen von Evidenz vor, aber auch Schwächen und Fallstricke objektiver Forschungsergebnisse. Die Lektüre ist eine fundierte Grundlage für die täglichen Entscheidungen in der Berufspraxis. Dieses Buch ist das Erste in der Reihe „Evidenz und Praxis“ und wurde vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin prämiert. (us)

CHRISTIANE SCHWARZ, KATJA STAHL: Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. Elwin Staude Verlag, Hannover, 2011, 110 Seiten, ISBN 978-3-87777-118-1, 16,00 Euro

Frauenblicke auf das Gesundheitssystem

Weiblichkeit, Schwangerschaft und Wechseljahre werden nicht mehr als Krankheit angesehen. Gender Mainstreaming hat in der Gesundheitsversorgung zu einem differenzierten Blick auf Geschlechtsaspekte bei Gesundheit und Krankheit geführt. Dennoch zeigt sich bei näherem Hinsehen, dass die Bedürfnisse von Frauen oftmals nur oberflächlich eine Rolle spielen und instrumentalisiert werden, beispielsweise als Marketinginstrument.

In diesem Sammelband wird an vielen Beispielthemen analysiert, ob und wie 40 Jahre nach Beginn der letzten Frauengesundheitsbewegung die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen von Frauen tatsächlich Rechnung trägt. (us)

PETRA KOLIP, JULIA LADEMANN (Hrsg.): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2010, 258 Seiten, ISBN 978-3-7799-2236-0, 26,00 Euro

Unsichtbare Pflegearbeit

Pflege als eine beziehungsorientierte Tätigkeit fürsorglicher Praxis wird in diesem Band dargestellt als diskursiv, schützenswert und sich aktuell in einem umfassenden Wandel befindend. Die drei Autorinnen nehmen zunächst eine theoretische Debatte um die Begriffe Care und fürsorgliche Praxis aus Sicht verschiedener Disziplinen vor. Sie stellen im zweiten Kapitel die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unter den Perspektiven der Anerkennungspraxis, der Sozialpolitik, dem Wandel der Geschlechterverhältnisse und der Erwerbsarbeit sowie häuslicher Pflegearrangements vor. In professioneller Pflege ist ein Ethos fürsorglicher Praxis unabdingbar und voraussetzungsvoll mit gelingender direkter Pflegebeziehung verbunden. Auch die Angehörigenpflege wird als vielschichtig und kontextgebunden dargestellt. Lehrenden, Studierenden sowie professionell Pflegenden und Beratenden kann dieser umfassende und detailreiche Band sehr empfohlen werden. (bw)

CHRISTEL KUMBRUCK, MECHTHILD RUMPF, EVA SENGHAAS-KNOBLOCH: Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3. Lit Verlag, Berlin, 2010, 389 Seiten, ISBN 978-3-643-10984-2, 29,90 Euro

Die dritte Chance. Therapie und Gesundung von jugendlichen Drogenabhängigen

18 Jugendliche, die schon als Kinder eine Drogen- oder Substanzabhängigkeit entwickelten und sich als Jugendliche einer intensiven monatelangen Behandlung unterzogen haben, wurden interviewt. Was wird aus ihnen? In zehn Kapiteln wird eine Evaluationsstudie zur biografischen Entwicklung von drogenabhängigen Jugendlichen entfaltet. Es wird nachgezeichnet, wie Therapieerfahrungen die Teufelskreise der Abhängigkeit unterbrechen, Bindungsfähigkeit aufbauen helfen und ein alternatives Krisenmanagement jenseits von Aggression und Autoaggression gelingt. Das Buch ist für Studierende, Lehrende und Forschende der Psychologie, Soziologie und Pädagogik, für Interessierte aus Psychotherapie, Beratung und Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Drogenhilfe sowie für Menschen aus der qualitativen Sozialforschung geschrieben. (us)

CHRISTINE MORGENROTH: Die dritte Chance. Therapie und Gesundung von jugendlichen Drogenabhängigen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010, 372 Seiten, ISBN 978-3-531-17504-1, 39,95 Euro

Starke Mädchen – starke Jungen!

In der Handreichung werden die Merkmale einer geschlechterbewussten Pädagogik nachgezeichnet und Zusammenhänge zwischen Bildung und Geschlecht aufgeleuchtet. Anhand der in den Berliner und Brandenburger Bildungsplänen vorgesehenen Bildungsbereiche werden Herausforderungen und Chancen dieser Pädagogik vertieft und anhand alltagsnaher Beispiele erläutert. Eine abschließende Betrachtung über die Rolle männlicher Fachkräfte in Kitas und der Kooperationen zwischen Müttern, Vätern und Kitas runden die Handreichung ab. Aufgrund ihres sehr engen Praxisbezugs, dem jedoch auch weiterführende Quellenverweise nicht fehlen, ist die Handreichung insbesondere für Fach- und Führungskräfte des vorschulischen Bildungsbereichs sehr gut geeignet. (ms)

SOZIALPÄDAGOGISCHES FORTBILDUNGSINSTITUT BERLIN-BRANDENBURG (SFBB): Starke Mädchen – starke Jungen! Geschlechterbewusste Pädagogik als Schlüssel für Bildungsprozesse in der Kita. Eigenveröffentlichung, Berlin, 2010, 40 Seiten, Download: <http://www.sfbf.berlin-brandenburg.de>, Versand: 3,00 Euro zzgl. Porto

Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung

Das Was, Wie und Wann des Essens legen Menschen in ganz verschiedener Weise fest und prägen damit das kulturelle Regelwerk der Gesellschaft bei Tisch. Aber auch Zweifel daran und die Suche nach neuen Essregeln können zu einem zentralen Merkmal einer Gesellschaft werden. Die Soziologie des Essens bietet dafür Erklärungen an und bettet das Gesamtthema in größere gesellschaftliche Zusammenhänge ein. Wie es zur Kultur des Essens gekommen ist, wird ebenso dargelegt wie die Prozesse der sozialen Differenzierung oder auch Integration, die mit dem Essen, Kochen und Mahlzeiten einnehmen verbunden sind. In der zweiten, völlig überarbeiteten und erweiterten Auflage des ursprünglich 1999 erschienenen Werkes sind die Kapitel über die Ökonomisierung, Politisierung, Moralisierung und Re-Integrationen erweitert oder auch größtenteils neu dazu gekommen. Das Schwergewicht liegt dabei weiterhin auf dem Essen und nicht dem Trinken, obwohl in der Lebenspraxis beides eng verflochten ist. (ark)

EVA BARLÖSIUS: Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Juventa, Weinheim und München, 2011, 327 Seiten, ISBN 978-3-7799-1489-1, 24,00 Euro

Lehrer am Limit. Gegensteuern und durchstarten

Dieser Lehrer-Ratgeber beginnt mit einer ausführlichen Bestandsaufnahme. Diese enthält Ausführungen zum Anforderungsprofil im Leistungssystem Schule, zur Berufswahl, aber auch zur heutigen Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Im zweiten Teil werden Ansatzpunkte der Veränderung sowie Möglichkeiten der Entlastung benannt und Wege in eine pädagogische Haltung, in Rituale und Werteerziehung gezeigt, die eine Identifikation mit der Lebenswelt Schule fördern können. Übungen und Reflexionsfragen sollen das Verständnis der Theorie fördern und die Praktikabilität der Vorschläge erhöhen. (ark)

HEIKE FRANK: Lehrer am Limit. Gegensteuern und durchstarten. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010, 192 Seiten, ISBN 978-3-407-62724-7, 17,95 Euro



Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Setting Hochschule

Der vorliegende Forschungsbericht erfasst Hochschulentwicklungsprozesse in Hinblick auf die Implementierung von Gesundheitsförderung. Praxisnah wurden anhand von qualitativen Fallstudien systematisch mehrjährige Erfahrungen analysiert. Von Interesse war, welche Implementationswege beschrritten wurden und inwiefern Erfolgsfaktoren identifizierbar waren. Hochschulen schaffen immer häufiger Koordinierungsstellen, die Gesundheitsmanagement an Hochschulen aufbauen sollen. Dies erhöht die Relevanz der hier bearbeiteten Forschungsfragen. (us)

CLAUDIA SEIBOLD: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Setting Hochschule. Identifikation von Erfolgsfaktoren mittels Fallstudien. Verlag P.C.O., Bayreuth, 2011, 248 Seiten, ISBN 978-3-941678-23-1, 24,50 Euro

Familie, Sozialisation und die Zukunft der Kinder

Ein guter Überblick über die unterschiedlichen Veränderungen der Lebensbedingungen von Familien und Kindern einschließlich des Wandels der Mutter- und Vaterrolle. Ausführungen zur inneren Dynamik von Familien werden ergänzt um ausführliche Kapitel über kindliche Entwicklung in sozial-ökologischer Perspektive oder die Ressourcen von Familien. Der Lehrbuchcharakter wird deutlich an den Fragenkatalogen, die am Ende der Kapitel stehen sowie am Glossar und dem ausführlichen Literaturverzeichnis. (ark)

HANS BERTRAM, BIRGIT BERTRAM: Familie, Sozialisation und die Zukunft der Kinder. Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, MI 2009, 234 Seiten, ISBN 978-3-86649-287-5, 24,90 Euro

Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft

Im 682 Seiten starken Herausgeberwerk werden die vergangenen 20 Jahre der Public Health Entwicklung in Deutschland bilanziert. Namhafte Autorinnen und Autoren geben einen Einblick in aktuelle Themen und wagen einen Ausblick auf zukünftige Aufgaben der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitssystemgestaltung. Grundlagenartikel, geschichtliche Exkurse und Artikel über Themenfelder der Gesundheitswissenschaften sowie systemische Rahmenbedingungen und verschiedene Lebenswelten, in denen Public Health seine Anwendung findet, zeigen wie notwendig die Zusammenarbeit der Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften zur Erreichung eines Mehr an Gesundheit für unsere Gesellschaft ist. Der Praxis- und Anwendungsbezug fast aller Beiträge, aber auch der Blick auf theoretische Grundlagen macht dieses Buch zu einer spannenden und umfassenden Lektüre. (st)

THOMAS SCHOTT, CLAUDIA HORNBERG (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick. VS Verlag, Wiesbaden, 2011, 682 Seiten, ISBN 978-3-531-17581-2, 69,95 Euro

Gesundheitskommunikation und Medien

Die Gesundheitskommunikation über Medien wird immer wichtiger, auch durch die steigende Bedeutung des Internets für Patienten und Patientinnen sowie an Gesundheitsfragen Interessierten. Die vorliegende Publikation ist als Lehrbuch konzipiert. Es geht um die Entwicklung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation und einen Überblick über unterschiedliche Medien und Kommunikationskanäle, die Gesundheit und Krankheit zum Thema haben. Das Informationsverhalten bestimmter Zielgruppen zu Gesundheitsthemen wird vorgestellt. Besonders spannend ist das Kapitel zur Frage, welchen möglichen Einfluss mediale Gesundheitskommunikation auf die Gesundheit der Rezipientinnen und Rezipienten hat. Zudem werden zentrale massenmediale Strategien der Gesundheitsförderung wie Gesundheitskampagnen, Entertainment-Education oder Media Advocacy vorgestellt. (us)

BETTINA FROMM, EVA BAUMANN, CLAUDIA LAMPERT: Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Verlag W. Kohlhammer, 2011, 188 Seiten, ISBN 978-3-17-020683-0, 29,90 Euro

Dufte Schule

Der Autor zeigt in diesem Buch auf, wie Elemente der Aromatherapie, in der Düfte unter anderem zur Stimmungsaufhellung oder Steigerung des individuellen Wohlbefindens eingesetzt werden, in der Schule genutzt werden können. Der Einsatz natürlicher ätherischer Öle verbessert diesem Ansatz zufolge Motivation und Konzentrationsfähigkeit von Schülerinnen und Schülern und reduziert Unruhe und Aggressivität. Dies kann zur Verbesserung von Leistungen und Schulerfolg führen. Neben Anregungen, in welchen Schritten eine „dufte Schule“ eingerichtet werden kann, gibt das Buch auch Hinweise auf rechtliche Voraussetzungen, etwa bei dem Aspekt, wann die Zustimmung der Eltern einzuholen ist, sowie die Beachtung von Risiken und Nebenwirkungen wie Antipathien, Unverträglichkeiten oder Allergien. (iw)

HEINZ KLIPPERT: Heterogenität im Klassenzimmer. Wie Lehrkräfte effektiv und zeitsparend damit umgehen können. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2010, 318 Seiten, ISBN 978-3-407-62683-7, 29,95 Euro

AXEL MEYER: Dufte Schule. Leichter lernen mit Duft-Essenzen. Kösel-Verlag, München 2010, 189 Seiten, ISBN 978-3-466-30867-5, 16,95 Euro

Frühes Fördern in der Grundschule

Der vorliegende Band ist ein Bericht über das Modellprojekt „Mo.Ki II“, in dem die individuelle Bildungsförderung von sozial benachteiligten Kindern in der und durch die Grundschule erprobt worden ist. In diesem Präventionsansatz werden strukturelle Veränderungen der Grundschule wie etwa die Ganztagsbetreuung mit kommunalen sozialen Strategien und Institutionen verbunden. Detailliert wird anhand vieler Einzelschritte beschrieben, wie individuelle Förderung des einzelnen Kindes und Strukturentwicklung miteinander verknüpft werden können. (iw)

GERDA HOLZ: Frühes Fördern in der Grundschule. Der Präventionsansatz des Projekts „Monheim für Kinder – MoKi II“. Ernst Reinhardt Verlag, München 2010, 166 Seiten, ISBN 978-497-02177-2, 39,90 Euro

Heterogenität im Klassenzimmer

Praxisnah und mit vielen Beispielen und Methodenvorschlägen – ein dezidiertes Ziel ist Alltagstauglichkeit – will der Autor aufzeigen, wie mit Heterogenität in der Schule so umgegangen werden kann, dass sowohl Schülerinnen und Schüler aktiviert als auch Lehrkräfte entlastet werden. Erreicht werden soll das, indem sich Schülerinnen und Schüler gegenseitig helfen, kontrollieren und erziehen. Lehrkräfte müssen sich dabei auf eine andere Sicht des Lehrens und Lernens einlassen, in der beispielsweise differenzierte Lernanforderungen, konsequenter Arbeitsunterricht, kooperatives Lernen wie etwa Lernpartnerschaften, und Lernkompetenzförderung im Mittelpunkt stehen. Theoretische Überlegungen, welche bildungspolitischen Rahmensetzungen zur Unterstützung von Schule und Lehrkräften dabei nötig sind, und ein ausführliches Glossar schließen das Buch ab. (iw)

HEINZ KLIPPERT: Heterogenität im Klassenzimmer. Wie Lehrkräfte effektiv und zeitsparend damit umgehen können. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2010, 318 Seiten, ISBN 978-3-407-62683-7, 29,95 Euro

Auf dem Weg zur „guten Schule“. Schule gemeinsam entwickeln

Das Werk ist ein Erfahrungsbericht mit Beispielen, die aus zehn Jahren Entwicklungsgeschichte an den Gymnasien Baden-Württembergs stammen. Die Autorinnen und Autoren einzelner Textteile sind ebenfalls praxiserprobt und Mitglieder der Schulgemeinde des Edith-Stein-Gymnasiums. Auf diese Expertise kann sich die Verfasserin stützen, wenn sie beschreibt, welche Schwierigkeiten dort auf dem Weg zu einer guten Schule bewältigt werden mussten und wie dieser Prozess zu einem Erfolg gebracht werden konnte. Dabei kommen alle zu Wort: Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern, Freundeskreis der Schule und die Schulleitung selbst. (ark)

MARIA HALBRITTER: Auf dem Weg zur „guten Schule“. Schule gemeinsam entwickeln. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010, 192 Seiten, ISBN 978-3-407-25534-1, 26,95 Euro

Entzündungsfähige Konfliktkonstellationen. Eskalations- und Integrationspotentiale in Kleinstädten der Einwanderungsgesellschaft

Menschen bewegen sich aufeinander zu, doch meistens aneinander vorbei. Mit diesen alltäglichen Situationen des wechselseitigen Ausweichens in urbanen Lebensräumen beschäftigt sich der Autor in seiner Studie. Seine Fallstudien drehen sich um Fragen, wie und warum sich Gegnerschaften, Kooperationsbeziehungen oder Indifferenz ausbilden und unter welchen lokalen Voraussetzungen Gewaltereignisse die Kraft gewinnen können, Intergruppenkonflikte zu entzünden. Wie und warum formieren sich Zugewanderte und Alteingesessene in Gruppen, bilden sich zum Teil brisante Gegnerschaften oder wird bloß Gleichgültigkeit zum Ausdruck gebracht? Unter Fokussierung auf drei Kleinstadtgesellschaften sowie auf Fragen der Integration von Aussiedlergruppen und unter Verwendung zahlreicher Beispielsituationen werden diese Fragestellungen anschaulich analysiert. (ark)

JÖRG HÜTEMANN: Entzündungsfähige Konfliktkonstellationen. Eskalations- und Integrationspotentiale in Kleinstädten der Einwanderungsgesellschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2010, 340 Seiten, ISBN 978-3-7799-1498-3, 39,00 Euro



IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Melanie Bremer, Birte Gebhard, Sabine Erven, Anne Hinneburg, Angelika Maasberg, Sabrina Mende, Mohammed Fadil Obed, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Dr. Andrea Blätter, Dr. Johann Böhmman, Doris Braune, Ivo Ferreira Brito, FH-Prof. Dr. Eva Brunner, Zahra Deilami, Petra Hofrichter, Barbara Janocha, Dr. Margrit E. Kaufmann, Barbara Kühlen, Prof. Dr. Rachel Aisengart Menezes, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Dr. Brigitte Ruckstuhl, Stephanie Schluck, Solveig Schrickel, Barbara Schuhrk, Martin Schumacher, Dr. Christian Wagner-Ahlf, Silke Wendland, Nicole Weydmann, Kristina Willenborg, Almut von Woedtke, Birgit Wolff

» **Redaktionsschluss** Ausgabe Nr. 72: 08.08.2011

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

» **Auflage:** 7.500

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Interdruck Berger & Herrmann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/ des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelfoto:** © ub-foto - Fotolia.com

» **Fotos:** S. 26: © Mauricio Bustamante, Aus: „Sterbende Menschen

begleiten.“ Alle anderen: Fotolia.com, Wikipedia

© chris74, FikMik, Eva Lemonenko, Henrik, Roman Shiyonov, Lwzfoto, Anna Chelnokova, iCreations.de, Pixelbliss, Christoph Hellwig, Volker Witt, Starpics, Tjui Tjioe, Kitty, Robert Kneschke, notkoo2008, Edyta Pawlowska - fotolia.com | © Dan Lundberg, Antilived, dpinpin, Penarc - wikipedia.org

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Sommer-Forum Generationendialog 18.–20. August 2011, Langen

Das diesjährige Sommer-Forum Generationendialog nimmt als Schwerpunktthema die generationenfreundliche Kommune in den Blick. So werden u. a. Gemeinschaftliche Wohnformen, Freiwilligenarbeit & Generationenbeziehungen, Nachhaltigkeit/Generationengerechtigkeit sowie Gesundheit/Bewegung/Ernährung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Die Veranstaltung wird in Gesprächsforen, Exkursionen und einer abschließenden Podiumsdiskussion einen Bogen schlagen, der alle involvierten kommunalen Ebenen – von der Arbeit der Praktikerinnen und Praktiker bis zu der der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister – miteinander ins Gespräch bringt.

18. Robert-Koch-Tagung 1.–2. September 2011, Clausthal-Zellerfeld

Der traditionelle Kongress ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen. Die diesjährigen Rahmenthemen lauten „Gutachtenwesen“, „Kinder- und Jugendgesundheit“, „Gesundheitsberichterstattung“, „Trinkwasser / Umweltmedizin“ und „Infektionsschutz“. Der Kongress wird in Kooperation mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit durchgeführt.

„Los, lauf mit!“ – Startschuss zum 2. Naschgarten-Marathon September 2011, Holzminden

Nach dem Erfolg im letzten Jahr findet im September 2011 auf dem Naschgarten-Gelände „An der Bleiche“ im niedersächsischen Holzminden der 2. Naschgarten-Marathon statt. Auf einem 200 Meter langen Rundkurs laufen am Morgen zunächst die Kinder der beteiligten Holzmindener Einrichtungen. Der Nachmittagslauf ist für lauffreudige Kinder und Erwachsene freigegeben. Gelaufen wird für einen guten Zweck: Erreichen der großen und kleinen Läufer gemeinsam die Marathon-Distanz von 42,2 Kilometern, erhöhen die Sponsoren ihre Geldspende für den Naschgarten. Zum Mitlaufen und Anfeuern sind Groß und Klein herzlich eingeladen. Weitere Informationen unter: www.naschgarten.com oder bei Stephanie Schluck, Projektkoordination, stephanie.schluck@gesundheit-nds.de, Tel.: 0511-3 88 11 89 39

Diagnose: Häusliche Gewalt – Neue Wege in der Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten – 25. Tagung des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

06. September 2011, Hannover

In der Fachtagung werden die Ergebnisse des Bundesmodellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ (MIGG) vorgestellt, das zwischen Anfang 2008 und Ende 2010 durchgeführt wurde. Erprobt wurden von den Kooperationspartnern GESINE (NRW), SIGNAL e.V. (Berlin) sowie der Rechtsmedizin Düsseldorf Zugangswege für die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Auch die Kommunikationsstrukturen in Krankenhäusern werden auf der Tagung in den Blick genommen.



Hilfe, die Eltern kommen (nicht)! Jahrestagung des Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen 08. September 2011, Hannover

Es gibt viele gute Argumente, sich für eine gelingende Zusammenarbeit mit Eltern einzusetzen. Im Vordergrund steht aber der Nutzen für Mädchen und Jungen, die enorm profitieren, wenn die Beschäftigten in Kindertagesstätten und die Eltern an einem Strang ziehen. Information, Beratung und Austausch sehen Erzieherinnen und Erzieher dabei ebenso als ihre Aufgabe an wie gemeinsame Aktivitäten, Elternabende oder Tür- und Angelgespräche. Die Notwendigkeit eines gegenseitigen Bemühens um Akzeptanz und Dialog wirft in der Realität jedoch viele weitere Fragen auf, die im Zentrum der Vorträge und Workshops dieser Fachtagung stehen. Sie richtet sich an Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten und Horten, auch an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung und natürlich an die Mitglieder des Netzwerks Kita und Gesundheit Niedersachsen.

Krise? Na und ...! – 10 Jahre Krisendienst der Stadt Wolfsburg 20. September 2011, Wolfsburg

Anlässlich des 10jährigen Bestehens des Wolfsburger Krisendienstes soll im Rahmen einer Fachtagung unterschiedliche Aspekte der Krisennotfallhilfe beleuchtet werden. Nach Vorträgen werden Nachmittags in Workshops unterschiedliche Kriseninterventionsformen bearbeitet. Parallel gibt eine Posterausstellung mit den verschiedenen Krisendienstkonzepten einen Überblick über die Entwicklung von Krisendiensten in Deutschland. Die Fachtagung ist für alle Interessierte, Betroffene, Angehörige und professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sozialpsychiatrischen Bereichen konzipiert.

Zukunft der Gesundheitsversorgung – Zukunftsregionen Gesundheit die Antwort? 26. September 2011, Hannover

Die zukünftige Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung stellt insbesondere ländliche Regionen vor Herausforderungen. Fachkräftemangel, die Folgen des demografischen Wandels sowie die Schnittstellenproblematik zwischen den Versorgungsbereichen stellen nur einen Teil der Herausforderungen dar. Um diesen zu begegnen, bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes, der die Zusammenarbeit der Akteure und Beteiligten vor Ort stärkt. Aber wie kann es gelingen, eine stärkere Akzentuierung der Landkreise als Planungsebene für die Gesundheitsversorgung vor Ort zu initiieren? Die Tagung wird auf Basis des Modellprojektes ‚Zukunftsregionen Gesundheit‘, das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, der AOK – Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen initiiert wurde, Lösungswege aufzeigen.

Zur Zukunft der Frauengesundheit – Zehn Jahre Frauengesundheitsbericht 29.–30. September 2011, Berlin

Die Fachtagung feiert zum einen das Jubiläum des ersten bundesdeutschen Frauengesundheitsberichtes. Zum anderen zeichnet sie die thematischen Entwicklungslinien nach und spürt die Trendthemen der Zukunft auf. Die Tagung wird vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit organisiert, einem Zusammenschluss von Organisationen, die bundes- oder landesweit zur gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention von und für Mädchen und Frauen arbeiten.

Hilfe, Sucht! Informationen zur Suchthilfe Reha-Tag 2011 6. Oktober 2011, Bremen

Die Ausprägungen einer Suchterkrankung sind ebenso vielfältig wie die Hilfsangebote der Suchtkrankenhilfe. In der Veranstaltung „Hilfe, Sucht!“ wird die Vielfalt der Anliegen, Nöte und Erkrankungen betroffener Menschen sowie der Familienangehörigen dargestellt und das Erfordernis einer starken inhaltlichen, fachlichen und konzeptionellen Vernetzung der beteiligten Akteure beleuchtet. Unter dem Jahresmotto des Deutschen Reha-Tages 2011 „Rechtzeitig Handeln – REHA ist Vielfalt“ wird eingeladen, sich in einem offenen Rahmen über neue Entwicklungen und qualitätsgesicherte Angebote rund um das Thema Suchthilfe zu informieren und Fragen einzubringen. Begleitet wird die Veranstaltung von einer Ausstellung im Foyer, die Hilfsangebote in Bremen aufzeigt und zum regen Austausch einlädt.

Lebens)welten in der Stadt zusammenführen, Interkulturelle Seniorenarbeit 11. Oktober 2011, Neues Rathaus Hannover

Wir leben in einer Gesellschaft, die nicht nur immer älter sondern auch zunehmend bunter wird. Aus diesem Grund rücken die Potenziale sowie Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren mit Zuwanderungsgeschichte zunehmend in den Fokus der Altenarbeit. Allerdings ist über die Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten noch zu wenig bekannt. Notwendig ist die interkulturelle Öffnung der Seniorenarbeit, um den Zugang zu Angeboten für ältere Migrantinnen und Migranten sicher zu stellen. Angebote müssen mit der Zielgruppe gemeinsam gestaltet werden, um wahrgenommen zu werden. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte in der Alten- und Migrationsarbeit aus Kommunen, Wohlfahrtsverbänden und anderen Institutionen, Sozialplaner/-innen, Senioren(bei)räte, Seniorenorganisationen, Senioren(service)büros, Migrantinnenorganisationen und Interessierte.

Sport und Alkohol – geht das nur zusammen? Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen 13. Oktober 2011, Paderborn

Sport und Alkohol gehen auch an Hochschulen eine unheilige Allianz ein. Der Thementag untersucht diese Verbindung im Hochschulsport, stellt Projekte vor und sucht das Gespräch mit wichtigen Akteursgruppen in Hochschulen. Der Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen wird von der LVG & AFS koordiniert.

VORSCHAU

„Land in Sicht!?“ – Fachtagung zum 4. Nds. Aktionstag für seelische Gesundheit 12.10.2011, Cloppenburg

Demografischer Wandel in der Arbeitswelt 01.11.2011, Hannover

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege 09.11.11, Hannover

12. SOPHIA Fachtagung 11.11.2011, Peine

Polymedikation – Eine Herausforderung für die hausärztliche Praxis 23.11.2011, Hannover

XXI. Niedersächsische Suchtkonferenz 30.11.2011, Hannover

NIEDERSACHSEN

31.08.2011 » Tagung, Medienwelten Jugendlicher, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 283 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

31.08.2011 » Jahrestagung, Sucht und Armut, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Podbielskistraße 162, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 62 62 66-0, Fax: (05 11) 62 62 66-22, E-Mail: info@nls-online.de

07.09.2011 » Tagung, Fachtagung zur Organisation der schulischen Mittagsverpflegung, Lüneburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Vernetzungsstelle Schulverpflegung Niedersachsen, Auf der Hude 2, 21339 Lüneburg, Till Hulbert, Tel.: (0 41 31) 15 27 68, Fax: (0 41 31) 15 29 91, E-Mail: till.hulbert@dgevesch-ni.de, www.dgevesch-ni.de

11.09.2011 » Kongress, 8. Konfliktmanagement-Kongress 2011, Hannover, Kontakt: Niedersächsisches Justizministerium, Postfach 201, 30002 Hannover, Peter Röthemeyer, Tel.: (05 11) 120 50 86, E-Mail: peter.roethemeyer@mj.niedersachsen.de, www.km-kongress.de

13.09.2011 » Tagung, Strategien kommunaler Alkoholprävention in Niedersachsen, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 283 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

12.10.2011 » Tagung, Medien und Migration II, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 283 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

13.10.2011 » Tagung, Jungen und Risiko – Alkohol- und Tabakkonsum, Muskelsucht und Hungerwahn, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 283 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

29.10.2011 » Ernährung als Medizin?!, Unser Darm im Fokus von Prävention und Therapie, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Niedersachsen, Tel.: (05 11) 380-24 66, E-Mail: strube@dge-niedersachsen.de

BUNDESWEIT

07.–09.06.2011 » Kongress, 14. Deutsche Kinder- und Jugendhilfetag, Stuttgart, Kontakt: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Tel.: (0 30) 40 04 02-00, Fax: (0 30) 40 04 02-32, E-Mail: agj@agj.de, www.agj.de und www.jugendhilfetag.de

13.–17.07.2011 » Tagung, Bayerisches Forum AIDS-Prävention, Ismaning, Kontakt: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V., Elke Hoffmann, Tel.: (0 89) 218 43 64, E-Mail: e.hoffmann@lzhg-bayern.de

31.08.–02.09.2011 » Kongress, 10. Kongress für Gesundheitspsychologie, Berlin, Kontakt: Freie Universität Berlin, Tel.: (0 30) 838 55-179, Fax: (0 30) 838 55-634, E-Mail: kongress-gesundheit@dza.de, www.gesundheit2011.de

07.–08.09.2011 » Kongress, Zukunftsform langes Leben, Berlin, Kontakt: Gesundheitsstadt Berlin GmbH, Französische Straße 23, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 70 01 17 600, Fax: (0 30) 70 01 17 611, office@gesundheitsstadt-berlin.de

14.09.2011 » Tagung, Keine Chipkarte – kein Geld – keine Papiere? Hamburg, Kontakt: Ärztekammer Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, Tel.: (0 40) 20 22 99-0, Fax: (0 40) 20 22 99-400, E-Mail: post@aekhh.de

16.–17.09.2011 » Tagung, Ernährungsbildung in der Schule: Möglichkeiten – Grenzen – Potenziale, Paderborn, Verband der Oecotrophologen e. V., Reuterstr. 161, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 28 92 20, Fax: (02 28) 289 22 77, E-Mail: vdoe@vdoe.de, www.vdoe.de

28.09.2011 » Tagung, Zwischen Zutrauen und Zumutung – vom Dilemma der Eltern, Bad Segeberg, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Flämische Str. 6–10, 24103 Kiel, Tel.: (04 31) 942 94, Fax: (04 31) 948 71, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de

28.09.–01.10.2011 » Kongress, Deutscher Suchtkongress 2011, Frankfurt am Main, Kontakt: Thieme Congress in Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Tel.: (07 11) 89 31 588, Fax: (07 11) 89 31 370, E-Mail: info@deutscher-suchtkongress.de, www.deutscher-suchtkongress.de

30.09.–02.10.2011 » Tagung, Integration von Zuwanderern sicher gestalten, Erfurt, Kontakt: Bildungswerk Erfurt der Konrad-Adenauer-Stiftung, Thomas-Müntzer-Str. 21a, 99084 Erfurt, Maja Eib, Tel.: (03 61) 654 91-0, Fax: (03 61) 654 91-11, E-Mail: Maja.Eib@kas.de

07.10.2011 » Tagung, Gesundheit für alle – Eine Herausforderung für Kommunen und Regionen, Leipzig, Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., Köerneritzstraße 5, 01067 Dresden, Tel.: (03 51) 56 35 56 90, Fax: (03 51) 563 55 24, E-Mail: gesund-aufwachsen@slfg.de, www.slfg.de

13.–14.10.2011 » Kongress, 10. Europäische Gesundheitskongress, München, Kontakt: WISO S.E. Consulting GmbH, Züricher Str. 27, 81476 München, Tel.: (0 89) 54 82 34 50, Fax: (0 89) 54 82 34 43, E-Mail: info@gesundheitskongress.de, www.gesundheitskongress.de

18.10.2011 » Tagung, Bewegungsförderung in Lebenswelten, Düsseldorf, Kontakt: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Ulenbergstr. 127–131, 40225 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 31 010, Fax: (02 11) 31 01 11 89, E-Mail: poststelle@liga.nrw.de

INTERNATIONAL

07.–10.07.2011 » Konferenz, 1. alljährige gemeinsame Konferenz der griechischen Gesellschaft zum Studium des diabetischen Fußes und multidisziplinären europäischen Endovaskular-Therapie, Porto Heli, Kontakt: Faye Sakka, 12 Thessalonikis Street, GR 15344 Gerakas, Attiki, Greece, Tel.: (+30 210) 60 48 260, Fax: (+30 210) 6047457, E-Mail: fsakka@free-spirit.gr

20.–22.07.2011 » Konferenz, IADIS International Conference e-Health 2011, Rom, Kontakt: Publicis Healthcare Communications Group Company, Italy, E-Mail: secretariat@ehealth-conf.org, www.iadisportal.org

21.–24.07.2011 » Konferenz, HBCU Women's Wellness Alliance Technical Assistance & Capacity Building Conference, Miami, Kontakt: Institute for Successful Leadership, Inc., 1619 Bardmoor Hil Circle, Orlando, FL 32835, United States, Tel.: (+1407) 52 11 364, Fax: (+1407) 52 11 364, E-Mail: THEISL4U@aol.com

07.–11.08.2011 » Konferenz, XIX IEA World Congress of Epidemiology, Edinburgh, Kontakt: IEA Secretariat, c/o In Conference Ltd, 4–6 Oak Lane, Edinburgh, EH12 6XH, Scotland, UK, Tel.: (+44 131) 339 92 35, Fax: (+44 131) 339 97 98, E-Mail: epidemiology2011@in-conference.org.uk

23.–24.08.2011 » Kongress, Swiss Health Summit, Dübendorf, Kontakt: Community Building Company AG, Überlandstraße 109, 8600 Dübendorf, Schweiz, Tel.: (00 41) 43 355 22 03, Fax: (00 41) 43 355 22 09, E-Mail: info@ehealthsummit.ch

28.–31.08.2011 » Kongress, XXIII International Conference of the European Federation for Medical Informatics, Oslo, Kontakt: Petter Hurlen, LOC chair, Akershus University Hospital, NO-1478 Nordbyhagen, Norway, E-Mail: loc@mie2011.org

23.–25.09.2011 » Kongress, 5. DTPPP-Kongress, Klagenfurt, Kontakt: DTPPP – Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V., Postfach 2622, 59016 Hamm, Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Tel.: (01 60) 52 59 632, E-Mail: info@dtppp.com

05.–08.10.2011 » Kongress, 14. Europaen Health Forum Gastein, Salzburg, Kontakt: Internationales Forum Gastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Austria, Tel.: (00 43) 64 32 33 93 270, Fax: (00 43) 64 32 33 93 271, E-Mail: office@ehfg.org

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) bei folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de