

Landesvereinigung für
Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Zugangswege in der Prävention – Gesetzliche Vorgaben und die Erreich- barkeit von Zielgruppen

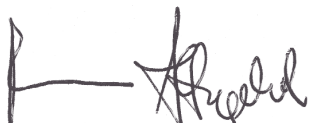
Editorial

Angesichts der ganzen grundsätzlichen Diskussionen um den neuen und höheren Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung sind die Fragen der konkreten effektiven Umsetzung etwas in den Hintergrund getreten. Insbesondere die Frage nach effektiven Zugangswe-
gen zu eher schwer erreichbaren Zielgruppen wird in der aktuellen Grundsatzdiskussion systematisch vernachlässigt.

Dabei hat die Neuformulierung des § 20 SGB V gezeigt, dass die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen allein nicht ausreicht, damit schwer erreichbare Zielgruppen verstärkt in den Fokus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten genommen werden. Es ist leichter, Präventionsstrategien für Menschen zu entwickeln, die ohnehin an gesundheitlichen Fragestellungen interessiert sind, d. h. sogenannte gesundheitsbewusste Gesunde. Wie aber Zielgruppen erreicht werden können, für die auf Grund ihrer Lebensumstände bzw. ihrer Selbstwahrnehmung und eigener Prioritätensetzung Gesundheit trotz hoher objektiver Risiken keine Rolle spielt, dafür existieren keine Patentrezepte. Außerdem wird zu wenig über Vermittlungsstrategien für schwer erreichbare Zielgruppen geforscht. Die Überbewertung von reiner Informationsvermittlung führt zu einer fast uferlosen multimedialen Medienproduktion. Durch diese Medien werden aber sozial benachteiligte Gruppen deutlich schlechter erreicht als sozial besser gestellte Gruppen in unserer Gesellschaft.

In diesem Newsletter werden Zugangswege für besondere Zielgruppen und damit verbundene Fragestellungen näher thematisiert. Es war für dieses Heft weitaus schwieriger als für andere Schwerpunktthemen, geeignete AutorInnen zur Mitarbeit zu motivieren. Dies spiegelt auch die allgemeine Unterbewertung dieses wichtigen Themenfeldes – Zugangswege für besonders benachteiligte Gruppen – wider. Über den Schwerpunkt hinaus setzen wir die Sonderrubrik zu RIO +10 fort, berichten über Tagungen, Veröffentlichungen und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Wa(h)re Gesundheit‹, Redaktionsschluss 20.8.2002 und ›Psychische Gesundheit‹, Redaktionsschluss 8.11.2002. Sie sind wieder herzlich eingeladen, sich an diesen Ausgaben mit Artikeln, Anregungen, Diskussionsbeiträgen, Projektvorstellungen, Tagungsberichten, Veröffentlichungshinweisen und anderen Beiträgen zu beteiligen. Mit herzlichen Grüßen,



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

- Die Präventionspolitik in Deutschland bleibt symbolisch! ... Seite 2
- Gesundheitsbezogene Interventionsprojekte ... Seite 3
- Drogen- und Suchtprävention ... Seite 4
- Zur Geschlechterperspektive in der präventiven Drogen- und Suchtpolitik ... Seite 5
- »Rauchen macht schlank« ... Seite 6
- Geschlechtsbewusste Prävention = »lernende Prävention« ... Seite 7
- Geschlechtsspezifische Zugänge zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten ... Seite 7
- Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ... Seite 8
- Rio plus 10: Gender und nachhaltige Entwicklung ... Seite 9
- Gesund alt werden ... Seite 10
- Alter(n) in der Fremde ... Seite 10
- Motivation zum Nichtrauchen stärken... Seite 11
- Eröffnung der »Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung« ... Seite 12
- Gesucht: Freiwilligenprojekte von und für ältere Menschen ... Seite 12
- Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten ... Seite 12
- Das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser ... Seite 13
- Männergesundheit ... Seite 13
- Soziale Lage und Bildung von Kindern ... Seite 14
- Women, Work and Health ... Seite 15
- Stadtteilorientierte Gesundheitsförderung in der Arbeit mit Familien ... Seite 16
- Gesundheitsförderung im Quartier ... Seite 17
- Frauengesundheit im Brennpunkt ... Seite 17

Am 11. Juli 2002 fand in Berlin die Gründungsversammlung des ›Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung‹ statt. Trotz einer Grundsatzrede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt fiel das Medienecho auf diese Veranstaltung noch spärlicher aus als es ansonsten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen üblich ist. Vielleicht liegt es daran, dass in den letzten beiden Jahren sich fast alle einig waren, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen höheren Stellenwert in Deutschland erhalten müssen und dies auch in einer Flut von Erklärungen und Veranstaltungen immer wieder kommuniziert worden ist. Über diese grundsätzliche Forderung besteht sowohl ein parteiübergreifender Konsens zwischen allen im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien als auch Übereinstimmung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Ein solch hohes Maß an Konsens findet sich für kein anderes gesundheitspolitisches Thema zur Zeit. Allein es fehlt die Einigkeit über die konkrete Umsetzung dieser Forderung! Das heißt, bislang bleiben die Gesundheitsförderungspraxis und deren Unzulänglichkeiten weitgehend unberührt von all den Diskussionen, die darüber von allen geführt werden. Nachfolgend soll ein Überblick über die wichtigsten Entwicklungen in diesem Jahr gegeben werden.

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Die Gründungsmitglieder des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung sind die Mitglieder der bisherigen Arbeitsgruppe 5 des Runden Tisches Gesundheit. Die Mitgliedschaft ist unverbindlich. »Jedem Mitglied steht es frei, die Mitarbeit im ›Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung‹ jederzeit zu beenden.« lautet der zweite Satz in der Strukturbeschreibung des Forums. Es können nur bundesweit tätige Organisationen mit einer klaren Aufgabe im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention Mitglied werden. Die Geschäftsführung liegt beim Bundesministerium für Gesundheit. Ziele und Aufgaben werden folgendermaßen beschrieben:

- Entwicklung und Umsetzung breitenwirksamer ganzheitlicher Präventionskonzepte
- Vorbereitung und Etablierung einer auf Dauer angelegten Organisationsstruktur ›Prävention und Gesundheitsförderung‹ (hierunter verbirgt sich die bislang nicht konsensfähige Deutsche Präventionsstiftung)
- Erarbeitung einer Konzeption für die zweckmäßige Bündelung und Vernetzung der verschiedenen Präventionsaktivitäten und -strategien in Bund, Ländern und Kommunen
- Schaffung von Voraussetzungen für die Einrichtung und Beteiligung an einer internet- und intranetgestützten Kommunikations- und Informationsplattform

In einer gemeinsamen Erklärung zur Gründung werden darüber hinaus vier Themenfelder benannt, die das Forum »zunächst in der weiteren Arbeit angehen« wird: Herzkreislauferkrankungen, Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule, Prävention im Alter und betriebliche Gesundheitsförderung.

Das Forum besitzt keine Rechtsform. Wie es sich von anderen, ähnlich gelagerten Initiativen und Institutionen auf Bundesebene, etwa der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. oder von ›gesundheitsziele.de‹ unterscheidet, abgrenzt oder damit zusammenwirkt, bleibt unklar.

Bundesratsentschließung

Auf seiner Sitzung am 15. Mai 2002 hat der Bundesrat eine Entschließung zum Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft gefasst. Es ist die erste Entschließung des

Bundesrates dieser Art, sie wurde mit 13 Ja-Stimmen (bei einer Gegenstimme und zwei Enthaltungen) verabschiedet. Die Entschließung enthält eine Situationsbeschreibung und endet mit einer Reihe von grundsätzlichen Forderungen: »Prävention und Gesundheitsförderung müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben begriffen und als solche auch vermittelt werden. Ein Umdenken der Menschen in unserem Lande setzt voraus, dass die Politik sich zu den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung bekennt und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen daran ausrichtet. Der Einsicht, dass Prävention und Gesundheitsförderung Aufgaben der ganzen Gesellschaft sind, muss eine neues Finanzierungskonzept entsprechen. Der Bundesrat hält es unter anderem für erforderlich, in die Gesamtfinanzierung neben der GKV auch die PKV einzubinden sowie die Verwendung von Steuermitteln in Betracht zu ziehen.«

Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat in ihrer Sitzung 2002 einstimmig einen Antrag zur ›Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung müssen gestärkt werden‹ beschlossen. Darin heißt es u.a.: »Dabei muss ein Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten verstärkt auf den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühförderung liegen und vor allem auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein.« Die Gesundheitszielerdiskussion auf Bundesebene wird in dem Antrag ausdrücklich begrüßt und unterstützt, namentlich die Arbeitsgruppen zu den Themen Gesundheitsziele für die Altersgruppe der unter 20-jährigen und Nichtraucher. »Außerdem spricht sich die GMK für eine bessere Koordination und Vernetzung aller Angebote aus, vor allem der wohnortnahen Angebote von Jugendhilfe, Schule, Gesundheitsdiensten und Familienbildung.« In der Entschließung wird für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung plädiert. »Dabei sind schicht- und geschlechtsspezifische Aspekte verstärkt zu berücksichtigen. Es gilt darüber hinaus, Wege zu finden, die eine Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten besser ermöglichen.« Weitere Punkte der Entschließung betreffen die Erhöhung der Zahl jugendlicher Nichtraucher, Verbesserung des Impfschutzes, Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen sowie die Entwicklung von Empfehlungen zur Früherkennung und Frühförderung.

Expertise Präventionsregelungen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine ›Expertise Präventionsregelungen‹ bei Prof. Dr. Otfried Seewald in Auftrag gegeben, deren vorläufige, noch unveröffentlichte Fassung jetzt vorliegt. Es sollte analysiert werden, welche Regelungen mit gesundheitsbezogenem, präventivem Gehalt im geltenden, deutschen Recht existieren und ob diese zusammengefasst oder ergänzt werden können/müssen. Die CDU-Bundestagsfraktion hatte in einer Anhörung im Januar 2002 ein SGB XII für Prävention gefordert. Im Rahmen des Runden Tisches wurde über ein gesondertes Präventionsgesetz diskutiert. Die Expertise macht deutlich, dass in fast allen Sozialgesetzbüchern Regelungen mit präventivem Gehalt existieren, kommt aber dabei eher zu der Empfehlung, kein eigenes Präventionssozialgesetzbuch zu installieren, sondern eher durch Ergänzungen insbesondere im SGB I den Rechtsrahmen für Prävention zu erweitern. Die endgültigen Ergebnisse der Expertise sollen erst im Herbst vorgelegt werden, wenn eine sozialmedizinische Ergänzung der Expertise um die Umsetzungspraxis in den Bundesländern vorliegt.

Umsetzung der Prävention durch die GKV

Obwohl in fast allen Erklärungen ein höherer Stellenwert für Prävention und Gesundheitsförderung gefordert wird, werden nicht einmal bestehende Handlungsoptionen innerhalb des geltenden Rechtsrahmens ausgeschöpft, wie die jetzt vorliegenden Daten zur Umsetzung des § 20, SGB V deutlich machen. Die GKV hat von den grundsätzlich zur Verfügung stehenden 2,56 EURO nicht einmal die Hälfte ausgegeben, sondern im Jahr 2001 nur durchschnittlich 0,91 EURO pro versicherte Person. Die Bilanzen der einzelnen Kassenarten fallen dabei unterschiedlich aus:

Kassenart	Ausgaben pro Versicherten
AOK	1,44 EUR
VdAK/Arbeiter	1,40 EUR
IKK	1,36 EUR
BKK	0,62 EUR
LKK	0,53 EUR
VdAK/Angestellte	0,42 EUR
Knappschaft	0,11 EUR
Seekrankenkasse	0,08 EUR

Bundesversicherungsamt macht den Weg für Investitionen in Settings frei

Das Bundesversicherungsamt ist von seiner vorsichtigen Auslegung nicht-versichertenbezogener Leistungen im Settingansatz abgerückt. In einer Stellungnahme zur kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit im Setting Schule wird festgehalten: »Das Bundesversicherungsamt hat bislang darauf hingewiesen, dass die Genehmigung zur Durchführung solcher Maßnahmen der primären Prävention wenn überhaupt nur sehr zurückhaltend zu erteilen und besonderen Bedingungen unterworfen ist. Die Auffassung wird in dieser Form nicht mehr aufrechterhalten. Das Bundesversicherungsamt ist vielmehr bereit, Mischfinanzierungen, die nicht mitgliederbezogen errechnet werden, zu tolerieren, weil mitgliedskonforme Setting-Gruppen nicht bestehen. Wir bestätigen daher, dass seitens des Bundesversicherungsamtes keine Einwände mehr bestehen, wenn Krankenkassen in der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz ihre Leistungen nicht versichertenbezogen gewähren.«

Ausblick

Die skizzierten Entwicklungen zeigen zweierlei. Das Interesse an Gesundheitsförderung und Prävention ist zumindest auf der Diskussionsebene groß, aber die Politik bleibt bislang symbolisch. Nicht einmal bestehende Handlungsspielräume werden ausgeschöpft, geschweige denn eine grundsätzliche Neuorientierung der Gesundheitspolitik eingeleitet. Der allenthalben geforderte neue Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung findet noch keinen Eingang in das Alltagshandeln der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens. Es bleibt zu hoffen, dass die notwendigen Reformdiskussionen nach der Bundestagswahl – egal wer auch immer sie maßgeblich gestalten wird – die Diskussionsstränge dieses Jahres nicht zur Seite packen, sondern sie zu einem zentralen Reformanliegen machen. Es bedarf keiner neuen grundsätzlichen Erklärungen mehr, sondern neuer Grundsätze für die Gesundheitspolitik.

Anschrift: siehe Impressum; Literatur beim Verfasser

In unserem Projekt »Armut und Gesundheit: Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen« wurde einerseits herausgearbeitet, welche gesundheitsförderlichen Angebote für und mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Niedersachsen existieren. Die Ergebnisse dieser Recherche sind in einem Reader veröffentlicht. Andererseits wurde anhand einer qualitativen Untersuchung analysiert, in welchem Ausmaß Professionelle aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die in ihrem beruflichen Alltag auch mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen konfrontiert sind, gesundheitliche Ungleichheiten wahrnehmen, erklären und berücksichtigen:

Gesundheitsförderliche Angebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in Niedersachsen

Angebotsstruktur – Befragt wurden in der Studie zunächst alle Wohlfahrtsverbände, Kommunen, Anbieter und Kostenträger aus dem Gesundheitswesen. Aus den Rückmeldungen konnten insgesamt 83 Angebote identifiziert werden, die einen deutlichen Gesundheitsbezug aufweisen und mehrheitlich zielgruppenorientiert mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen arbeiten. Gut 62 % der Angebote sind dem Sozialsektor im weiteren Sinne zuzurechnen, d.h. werden von Wohlfahrtsverbänden getragen. Etwa 20 % der Angebote können dem Gesundheitssektor, vorrangig dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), zugerechnet werden. Der dritte relevante Sektor ist der Bildungsbereich mit gut 10 % der Angebote.

Finanzierung – Die Finanzierung der Angebote wird überwiegend aus öffentlichen Mitteln bestritten. Die Nennung der Krankenkassen als Finanzierungsinstanz tritt nur bei einem Projekt zur Suchtprävention auf. Da die gesetzlichen Krankenkassen erst seit dem 1. Januar 2001 durch den § 20 SGBV gesetzlich verpflichtet sind, durch primärpräventive Aktivitäten zum Abbau der gesundheitlichen Chancenungleichheit beizutragen, ist zu hoffen, dass sich durch diesen gesetzlichen Auftrag die Projektlandschaft im Bereich sozialer Ungleichheit noch ändern wird.

Räumliche Verteilung – Was die Verteilung der Angebote betrifft, so lässt sich für Niedersachsen sagen, dass sich Angebote sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereichen finden lassen. Hannover ist stark überrepräsentiert; obwohl in Hannover weniger als 7 % der niedersächsischen Bevölkerung leben, finden sich dort fast die Hälfte der Angebote.

Zielgruppen – Die von uns recherchierten 74 Angebote richten sich an unterschiedliche Zielgruppen, davon knapp ein Drittel an Kinder und Jugendliche. Die wichtigste »Nebenzielgruppe« ist die der MultiplikatorInnen und Professionellen (28 %). Alte Menschen und Männer bzw. Jungen werden als Erstzielgruppe nicht, als Nebenzielgruppe je nur einmal genannt. Insgesamt zeigen die Studienergebnisse, dass geeignete Zugangswege zur Zielgruppe der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe existieren, nur eben nicht im Gesundheitsbereich selbst. Angebote für sozial benachteiligte Menschen decken sich nicht unbedingt mit den von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen. Es wird deutlich, dass es »vergessene« Zielgruppen gibt, also Gruppen, für die ein Handlungsbedarf besteht, aber nur wenige oder gar keine Angebote. Hierbei handelt es sich um sozial benachteiligte Männer allgemein, männliche Jugendliche, MigrantInnen (auch besonders männliche), Arbeitslose (hier besonders mit Migrationshintergrund), alte Menschen und wohnungslose Frauen.

Wie werden sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten von den Professionellen wahrgenommen?

Anhand von ExpertInneninterviews in zwei Modellregionen versuchen wir herauszuarbeiten,

- in welcher Form soziale Benachteiligung von den Professionellen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich wahrgenommen wird,
- welches Gesundheitsverständnis die Befragten ihrer Arbeit zu Grunde legen,
- in welchem Maße die Professionellen aus dem Gesundheits- und Sozialsektor bereits sektorenübergreifend zusammenarbeiten,
- welche Handlungsansätze zur Verbesserung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten denkbar wären.

Mit der Kombination der Bereiche ›Armut und Gesundheit‹ sind wir im Rahmen unserer Untersuchung häufig auf Erstaunen oder Unverständnis gestoßen. Gesundheit wird im Rahmen sozialer Arbeit wenig berücksichtigt. Die schlechte gesundheitliche Verfassung der Hilfesuchenden wird zwar überwiegend wahrgenommen, (kann) jedoch mehrheitlich nicht thematisiert oder berücksichtigt (werden). Gesundheit reduziert sich auf den Verweis auf andere Fachdienste wie Suchtberatung oder therapeutische Einrichtungen, ohne die KlientInnen zu begleiten oder direkten Kontakt zu dem gesundheitlichen Sektor zu pflegen.

Auch in der Gesundheitsarbeit ist soziale Benachteiligung selten Thema. Obgleich sich die ExpertInnen über den Einfluss von Lebensverhältnissen auf die Gesundheit der Betroffenen im Klaren sind, werden zum Teil weder soziale Aspekte berücksichtigt noch fachfremde Berufsgruppen in die Behandlung mit einbezogen. Auch wurde die Überzeugung geäußert, dass die Zuständigkeit des Arztes sich ausschließlich auf die Behandlung medizinischer Probleme bezieht. Die soziale Lage bzw. die sozial bedingten Ursachen der Krankheiten werden zwar wahrgenommen, jedoch bei der Behandlung der PatientInnen ausgeblendet.

Den Professionellen ist teilweise der theoretische Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit bekannt, sie sehen jedoch keine Möglichkeit, diese Erkenntnisse auf ihre eigene Arbeit zu übertragen. Gesundheitsberichterstattung wird z. B. im Bereich der Zahngesundheit als Sammlung medizinischer Daten angesehen, für die Integration sozialer Daten wird der Gesundheitssektor weder als zuständig noch als kompetent betrachtet. Nur einzelne Professionelle stellen die Lebensbedingungen in einen direkten Zusammenhang zur Gesundheit, sehen darin auch einen Handlungsauftrag und versuchen durch Arbeit in multiprofessionellen Teams eine ganzheitliche Behandlung zu realisieren. Aber nahezu alle AkteurInnen spüren im Kontakt mit ihren PatientInnen oder KlientInnen ein Ansteigen von sozial bedingten Problemen, denen sie häufig hilflos gegenüberstehen.

Obwohl die ExpertInnen nach sektorenübergreifender Zusammenarbeit befragt wurden, ist kaum eine/r der Frage im Ganzen nachgegangen. Kooperation wurde überwiegend als Zusammenarbeit mit KollegInnen aus der gleichen oder auch anderen Einrichtungen, jedoch aus dem gleichen Arbeitssektor verstanden. ›Kooperation als Schlüsselbegriff und Schlüsselqualifikation‹ ist demnach zwar in aller Munde, er wird jedoch nicht auf andere Berufsgruppen bezogen. Wenn es zwischen diesen Bereichen zu gemeinsamen Arbeitsinhalten kommt, dann ausschließlich im Bereich des ÖGD, der mit anderen Abteilungen der Verwaltung zusammenarbeitet, jedoch selten in Projekten der Wohlfahrtsverbände. ›Blinde Flecken‹ bei der Wahrnehmung von Handlungsbedarf gibt es im Bereich gesundheitsförderlicher Interventionsprojekte noch viele. Der verstärkte Ausbau gesundheitsfördernder Settings wäre neben der Sensibilisierung von Professionellen empfehlenswert, um insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Material bei den Autorinnen: Petra Hofrichter, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Petra.Hofrichter@hag-gesundheit.de, Christiane Deneke, Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften der FH NON, deneke@fhnon.de

Seit 1997 arbeitet ein Forschungsteam daran, systematisch Einstellungen von Kindern und Jugendlichen zum Themenkreis ›Drogen und Sucht‹ zu erfassen. Im Auftrag des ›Interministeriellen Arbeitskreises Sucht‹ (IMA) der Landesregierung Sachsen-Anhalt wurde 1998 die Erhebung ›Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS I)‹ mit 4.005 Probanden (darunter 1.937 SchülerInnen) und erneut im Jahr 2000 ›MODRUS II‹ (mit 4.079 TeilnehmerInnen, darunter 3.086 SchülerInnen) realisiert. Als Methode dienten zufallsgesteuerte schriftlich-anonyme Befragungen an jeweils über 30 Schulen des Landes, wobei in die Erhebung auch Eltern und LehrerInnen der jeweiligen SchülerInnen einbezogen waren.

Für die Kinder und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt sind legale und illegale Rauschmittel in verstärktem Maße Bestandteil der Lebenswelt geworden; dabei treffen sie in Bezug auf das Wissen zu Drogen und bei der Bewertung ihrer Gefährlichkeit im Wesentlichen realistische Aussagen. Große Teile der Jugendlichen kennen Gleichaltrige mit einem beachtlich hohen Drogenkonsum. Informationen und Wissen über Drogen werden – im Vergleich zu 1998 – in gewachsenem Maße durch ›Beobachtungen im Wohnumfeld‹ oder durch ›eigene Erlebnisse‹ gewonnen.

Setzt man die Resultate der Messungen im Jahr 2000 in Beziehung zu den Fakten des Jahres 1998, so ist bei den 12–19jährigen SchülerInnen ein deutlicher, z.T. verdoppelter Anstieg beim Konsum an Rauschmitteln festzustellen. Das durchschnittliche Einstiegsalter ist tendenziell auf 15,72 Jahre (1998 = 15,85 Jahre) gesunken. Bezüglich des Zugriffs auf Drogen und der Motive des Drogenkonsums konnten im Vergleich zu 1998 deutliche Verschiebungen vor allem in Richtung auf ›Freundeskreis‹ und ›persönliche Beziehungen‹ beobachtet werden. Insbesondere die befragten ›KonsumentInnen‹ geben – gleichsam als ›ExpertInnen‹ – darüber Auskunft, dass faktisch enge Netze des Zugriffs existieren.

Untersucht man die Motivlagen von Drogenkonsum, so treten neben ›erklärlichen‹ Gründen (›Abheben‹, ›Leben genießen‹, ›Weil es Freunde auch tun‹) vor allem die Begründungen ›Weil einen alles anstinkt‹ und ›Um die Umgebung zu vergessen‹ in den Vordergrund. Das bedeutet: Es sind weder ›Zufälligkeiten‹, die Jugendliche zum Drogenkonsum anregen, noch stehen übermäßig ausgeprägte Wünsche dahinter, durch exotische Drogen neue Erlebniswelten zu erschließen, sondern anwachsend dominiert die Option, mit Hilfe von Drogen (in Sonderheit: Alkohol) der Realität zu ›entfliehen‹. Die Verbreitung des Musters ›Drogen gegen Frustration‹ kann zu den besorgniserregendsten Ergebnissen der vorliegenden Studien gezählt werden.

Halten wir fest, dass erstens die Erkenntnisse die Einstellungssteuerung von Drogenkonsum belegen: Bei zahlreichen Vergleichen der Gruppen ›Abstinente‹ – ›Durchschnittliche‹ – ›(Viel-)Trinker‹ – ›Konsumenten illegaler Drogen‹ zeigten die Messdaten eine (annähernd) lineare Tendenz der Veränderung. Es bestehen also enge Zusammenhänge zwischen Einstellungen, mit deren Hilfe man die Umwelt bewertet, und den ›Mustern‹ des Drogenkonsums. Zweitens zeigte sich, dass Jugendliche den Drogenkonsum – belegbar anhand ihrer Aussagen zu ›Folgen‹ – mit einer eigenen ›Nutzen-Risiko-Bilanz‹ verbinden, die zunächst eindeutig zu Gunsten von Rauschmittelgebrauch ausfällt.

Drittens zeugen die Daten vom gewachsenen Einfluss der Gleichaltrigengruppe auf Verhaltensmuster bei Jugendlichen. Dies betrifft

sowohl solche Aspekte wie Informationszugänge und Gesprächsmöglichkeiten als auch soziale Gelegenheiten für Drogenbeschaffung und -konsum. Eine Präventionsstrategie ›an den peer groups vorbei‹ würde sich selbst entscheidender Wirkungsmöglichkeiten berauben.

Viertens gelang die Bestimmung der wichtigsten statistisch gesicherten ›Einflussfaktoren‹ auf Muster des Drogenkonsums: das Erfahrungs- bzw. Erlebnisumfeld und bestimmte Wertorientierungen. Danach ist dem Entwicklungszeitraum zwischen 10–14 Jahren und der Herausbildung von Werthaltungen, welche dann gleichsam als ›Filter‹ für die Annäherung an späteren Drogenkonsum dienen, in der Präventionsarbeit folglich mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Weiterhin wird das Thema ›Drogen‹ verständlicherweise durch Jugendliche und Erwachsene aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus betrachtet. Diese an sich normale Situation kann jedoch zur Quelle ernster Missverständnisse und Missdeutungen werden, wenn man ›aneinander vorbei urteilt‹, wie dies z. B. bei der Bewertung von ›Konsummotiven‹ der Fall ist. Die Erwachsenen stehen in der Pflicht, sich intensiver mit der Thematik auseinander zu setzen. Dies schließt in jedem Fall auch kritische Reflexionen zur eigenen Lebensweise und zum eigenen persönlichen Umgang mit Drogen ein.

Bei den Ansichten der Eltern und LehrerInnen zu den grundsätzlichen Herangehensweisen deuten sich verstärkte Handlungswünsche an. Neu ist hier, dass man der Eigenverantwortung der Jugendlichen mehr Aufmerksamkeit widmet. Für weiter anzustrebende Präventionsformen (Elternabende, ExpertInnendiskussionen) gibt es relativ große Zustimmungspotenziale; bei den LehrerInnen scheint aber die widersprüchliche Situation vorzuliegen, dass Bekenntnisse noch nicht mit konkreten Aktivitäten übereinstimmen.

Unter dem Fokus möglicher Zugangswege erhalten die erhobenen Aussagen zur *Bewertung von Prävention und Hilfe* besondere Bedeutung:

Auf Fragen nach Informationsquellen zum Drogenthema und nach möglichen DiskussionspartnerInnen (auch bei Auftreten persönlicher Probleme) zeigt sich, dass ›Eltern‹ weiterhin eine nicht unwichtige Rolle spielen, insgesamt aber der ›Freundeskreis‹ bzw. ›der Freund/die Freundin‹ stärker gewünscht ist. Größere Erwartungen in Hinsicht auf Informationsgewinnung werden zunehmend an das Fernsehen, weniger an Printmedien gerichtet. Als erfreulich kann gelten, dass rund ein Viertel der SchülerInnen - und ein recht hoher Prozentsatz der ›KonsumentInnen‹ - die Lehrkräfte der Schulen als AnsprechpartnerIn akzeptieren. Als ernst ist allerdings die Tatsache zu werten, dass sich der ›Bekanntheitsgrad‹ von Drogenberatungsstellen in den letzten Jahren unter den Jugendlichen kaum erhöht hat.

Die *Wirksamkeit von Präventionsprogrammen an Schulen* (75 von 1.300 Schulen im Land) konnte durch die Daten von MODRUS II bestätigt werden. Im Kreis der 37 Schulen, die in die Erhebung einbezogen waren, ist der Anteil von jugendlichen DrogenkonsumentInnen zumeist geringer als im Durchschnitt; ferner existiert bei den befragten SchülerInnen eine größere lebensweltliche Distanz zu Drogen. Die Fakten sprechen dafür, dass die dort entstandene Situation für den Umgang mit Drogen nicht nur eine ›Reaktion‹ auf extreme Anstrengungen, auf besondere Ressourcenverteilung oder auf Druck ›von außen‹ darstellt, sondern Resultat ›innerer‹ Bestrebungen, also der SchülerInnen selbst, ist. Die Kinder und Jugend-

lichen der Präventionsschulen haben keine herausragende Bindung an bestimmte DiskussionspartnerInnen - auch nicht an Gleichaltrige und ebenso nicht an Lehrkräfte. Das dortige Klima beim Umgang mit Drogen wäre eher durch eine positive Langzeitwirkung von Veranstaltungen und die Persönlichkeitsentwicklung bei den SchülerInnen zu erklären. Letzteres belegt die Tatsache, dass die betrachteten SchülerInnen Werthaltungen vertreten, in denen Autonomiestreben und Selbstbestimmtheit zum Ausdruck kommen.

Fazit

Erstens unterstreicht die Faktenlage in Sachsen-Anhalt wiederum die Dringlichkeit ganzheitlicher Konzepte in der Präventionsarbeit. Dem Konsum von legalen und illegalen Drogen muss gleichermaßen Aufmerksamkeit gewidmet werden. Anzuraten wären sowohl Strategien der Gesundheitsförderung, der ›Persönlichkeitsstärkung‹, aber ebenso solche, die ›Risikomanagement‹ und ›Mäßigkeit‹ zum Inhalt haben.

Zweitens ist belegbar, dass viele Jugendliche im Kontakt zu erreichen sind und auch den Wunsch nach Dialog zur Thematik haben. Dies kann als besondere Herausforderung gerade für LehrerInnen gelten; stellt aber gleichzeitig einen Ansatz dar, der auf ›landesweite Alltäglichkeit‹ und auf Vernetzung der Akteure in der Prävention abzielt.

Dr. Michael Chrapa, Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V. (FOKUS-Institut Halle), Falladaweg 9, 06126 Halle, Tel. + Fax: (03 45) 6 90 12 49, Email: fokus-halle@t-online.de

Irmgard Vogt **Zur Geschlechterperspektive in der präventiven Drogen- und Suchtpolitik**

In Westdeutschland bzw. der alten Bundesrepublik Deutschland reichen Forderungen nach einer geschlechtsbezogenen Perspektive der Drogen- und Suchtprävention zurück bis in die 70er Jahre. Von Anfang an war in diesem Diskurs, der in erster Linie von der Frauenbewegung angeschoben wurde, die Politik gefragt. Gefordert wurden zunächst vor allem strukturelle Verhältnisänderungen, mit dem Ziel, die offensichtlichen geschlechtsspezifischen Diskriminierungen abzubauen und die Lebenschancen von Frauen zu verbessern. Präventive Ansätze, die auf individuelle Verhaltensänderungen abhoben, wurden zwar auch diskutiert, sie spielten aber im Vergleich zu den Forderungen nach Verhältnisänderungen erst einmal eine untergeordnete Rolle.

Wie die Geschichte lehrt, haben sich die Gewichte inzwischen verschoben. Heute stehen die individuellen Verhaltensweisen mehr im Mittelpunkt der Diskussion, weniger die strukturellen Verhältnisse. Das liegt zum einem daran, dass sich in den letzten 30 Jahren die Lebenschancen von Mädchen und Frauen zu ihren Gunsten erheblich verbessert haben, wenngleich sich Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern noch keineswegs durchgesetzt hat. Zum anderen betont man heute die Bedeutung individuellen Verhaltens für die Erhaltung der Gesundheit mehr als in den vorangegangenen Jahrzehnten.

Der Rückblick auf die Entwicklungen der letzten 30 Jahre belegt, dass sich die Frauen mit ihren Forderungen nach geschlechtsbezogenen Behandlungskonzepten in gewissem Umfang durchgesetzt haben. Für drogenabhängige Frauen gibt es heute ein kleines, spezialisiertes und funktionierendes Hilfenetz. Und für alkohol- und

medikamentenabhängige Frauen gibt es frauenspezifische Einrichtungen sowie frauenspezifische Gruppenangebote. Mit gutem Grund kann man sagen, dass sich die geschlechtsbezogene Perspektive in der Suchtarbeit eingenistet hat, aber sie hat sich noch nicht verbindlich durchsetzen können.

Das ist die Basis für die heute weitaus breitere Diskussion über den Stellenwert einer geschlechtsbezogenen Perspektive in allen Sektoren der Drogen- und Suchtprävention, also in der Primärprävention, der Sekundärprävention und der Tertiärprävention bzw. der Rehabilitation. Aktiv vorangetrieben wird die Diskussion noch immer vor allem von Frauen in Forschung und Praxis; Männer verfolgen sie mit einer gewissen Skepsis. Das hat Rückwirkungen auf die Drogen- und Suchtprävention, die eben meist nicht präzise für bestimmte Zielgruppen, zum Beispiel Mädchen in der Pubertät oder Jungen in der Pubertät, angeboten wird, sondern – in diesem Fall – schlechterdings für Jugendliche. Damit verfehlt sie aber gerade ihr Publikum, denn von solchen Konzepten fühlen sich am Ende weder die Mädchen noch die Jungen angesprochen.

Prof. Dr. Irmgard Vogt, Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich Sozialarbeit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/Main; Literatur bei der Verfasserin

Petra Zimdars

»Rauchen macht schlank«

Rauchen macht schlank – sprich hemmt den Appetit und fördert die Kalorienverwertung im Organismus. Das dürfte einerseits besonders für viele Raucherinnen ein gewichtiges Argument sein, den Ausstieg ängstlich zu meiden (eine durchschnittliche Gewichtszunahme um 3,8 Kilogramm wird berichtet) wie auch beim Einstieg ins Rauchen von jungen Mädchen von besonderer Bedeutung sein, der bei den 12–17-jährigen in den 90er Jahren besorgniserregend zugenommen hat, von 1993 bis 1997 um 8 Prozentpunkte auf 28 % bei den Jugendlichen insgesamt und im stärkeren Ausmaß bei den Mädchen in Ost- und Westdeutschland.

Wenn dieses Motiv auch nicht beim Einstieg ins Rauchen im Sinne eines bewussten »Wirkungs-Rauchens« direkt PatIn steht, dürfte es recht rasch über die gemachten positiven Erfahrungen aufrechterhaltend wirken und für die Verfestigung neben dem hohen Suchtpotenzial von Nikotin und den positiven Funktionen im Kontakt mit Gleichaltrigen verhaltenswirksam sein. Bereits 50 % der 11–13-jährigen haben Diäterfahrungen. Nach Einschätzung der WHO ist für viele Frauen und Mädchen Rauchen der einfachste Weg, schlank zu bleiben und dem gängigen Schönheitsideal zu entsprechen! Was heißt das für die Prävention?

- Lebenskompetenzförderung, um sich in seinem Selbstwertgefühl nicht so leicht vom Schlankheitsideal oder vom Konformitätsdruck in der peer-group zu rauchen abhängig zu machen.
- Förderung gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens und sportlicher Betätigung zur angemessenen Gewichtsregulation und Suchtprophylaxe.
- Für Rauchen als unterschätzte Sucht mit immensen gesundheitlichen Folgeschäden sensibilisieren, um die Ambivalenz gegenüber dem »coolen Rauchen, das auch noch so easy schlank macht« zu fördern.

Leider werden Mädchen und junge Frauen aber von vielen existierenden Präventionsmaßnahmen nicht erreicht. »Geschlechtsneutrale« Maßnahmen erscheinen zu wenig auf sie zugeschnitten.

Mädchenspezifische Angebote in geschlechtshomogenen Gruppen erscheinen oftmals gerade im jugendlichen Alter nicht attraktiv, gerade »weil keine Jungen dabei sind«. Immer wieder wird aus verschiedenen mädchen-spezifischen Präventions-Projekten berichtet, dass sie von den wenigen, die teilnehmen, zwar häufig positiv beurteilt werden, die Werbung dafür aber oft sehr schwierig oder wenig erfolgreich verläuft.

Ich denke deshalb, dass es nicht darum geht, den vielen tollen bereits existierenden Ideen für mädchen-spezifische Prävention (wie Selbstverteidigungskurse, offene Angebote für kreative Freizeitgestaltung, in deren Rahmen Mädchen die Möglichkeit eröffnet wird, nach eigenem Tempo Probleme einzubringen sowie eigene Suchtgefährdung und Identitätsprobleme zu reflektieren oder Körperbewusstsein zu entwickeln) noch weitere auf dieser Ebene hinzuzufügen.

Es kommt meiner Ansicht nach vielmehr darauf an, der Komm-Struktur und relativ hochschwelligem Angeboten (z. B. Mädchengruppe an einer Beratungsstelle) niedrigschwellige Angebote zur Seite zu stellen, um junge Mädchen und Frauen dort zu erreichen, wo sie sind bzw. wo sie sie hören oder sehen können. Das heißt, in Präventionsmaßnahmen in Schulen oder Betrieben, in Radio- und Fernsehsendungen oder in Jugendzeitschriften müssen die Themen ganz unspektakulär in ihrer Bedeutsamkeit und Spezifität für Mädchen **und** Jungen immer wieder präsentiert werden. Bei Maßnahmen in Schulen sollte es normaler werden, gemischt-geschlechtliche Gruppen zeitweise in geschlechtshomogene Gruppen zu separieren, um dem eigenen weiblichen oder männlichen Blick auf das Thema, wie z. B. »Schlanksein und Rauchen« Raum zu geben, wobei die Jungen dann eventuell gleich diskutieren und die Mädchen in das Thema über eine bildnerische Gestaltung einsteigen könnten. Im gemischt-geschlechtlichen Plenum können dann die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zusammengetragen werden und das Geschlechtsspezifische in einem kleinen Schritt erfahrbar gemacht werden.

Petra Zimdars, Ltd. Psychologin, Salus Klinik Lindow, Straße nach Gühlen 10, 16835 Lindow, Tel.: (03 39 33) 88-1 16. Literatur bei der Verfasserin.

Wenn man Mädchen und Jungen in Prävention einbinden möchte, und wenn man tatsächlich jene Sensibilität für Geschlechterthemen, Geschlechterentwicklungen, Geschlechterbeziehungen zum Tragen kommen lassen will, die bei dieser Arbeit Voraussetzung ist, dann kann man kein Ein-für-allemal-Rezept formulieren. Die Zeit, in der man leichtherzig sagte »Mädchen sind...«, und daher ...« oder »Weil Jungen ... sind, sollte man...« sind vorbei. In Analogie zur „lernenden Organisation“ sollte ein Konzept einer »lernenden (geschlechts-bewussten) Prävention« entwickelt werden: Mit Mädchen und Jungen zu arbeiten, heißt immer auch zuzuhören und von ihnen zu erfahren, welche Themen sie beschäftigen und welche Belastungen und Ressourcen ihre Entwicklung miteinander, aneinander und gegeneinander bietet. Daraus können dann neue Zugänge entwickelt werden.

Die »Lörracher Initiative für Engagement in der Suchtprävention« L.I.F.E., ein Gemeinschaftsprojekt der »Arbeitsgruppe Suchtprävention« in Lörrach, hat 2001 im Rahmen einer breit angelegten Aktion neben Angeboten für andere Zielgruppen auch Angebote für solche Mädchen und Jungen entwickelt, die einen Hintergrund von sozialer Problemlage plus Migrationserfahrungen und eine große Distanz zu (mittelschicht-orientierter) Suchtprävention und Gesundheitsförderung haben. Die Themen der Suchtprävention wurden eingebunden in die bereits existierende soziale Gruppenarbeit in Mädchen- und Jungengruppen.

Lisa Wagner und Benjamin Sommer, Studierende an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, haben in Gruppendiskussionen im Rahmen ihrer Diplomarbeiten herausgearbeitet, was den Jugendlichen selbst wichtig war. Für die 12- bis 14jährigen Mädchen und ebenso für die 13- bis 15jährigen Jungen war im Zusammenhang mit dem Sucht- und Substanz-Thema die Auseinandersetzung mit den Eltern wichtig, und zwar als Wunsch nach Sorge der Eltern. Es ist nur gut, sagten sie sinngemäß, wenn Eltern ihren Kindern etwas verbieten. Daraus wird ersichtlich, wie sehr sich die Jugendlichen nach Aufmerksamkeit, Grenzsetzungen, einer eindeutigen Haltung von Erwachsenen und Beschützt werden sehnen. In den Diskussionen der Mädchen ergaben sich Parallelen zwischen den Themen Substanzkonsum und Sexualität: bei beiden geht es um Initiation, beides braucht man, um erfahren zu wirken/erwachsen zu werden, bei »Zuviel« oder »Nicht aufhören können« droht ein Ausschluss – aber was ist das »richtige« Alter und das richtige Maß? Bei den Jungen wurden Parallelen zwischen Substanzkonsum und dem Thema Gewalt/Straftaten deutlich. Die Funktionalität wurde pragmatisch diskutiert: Wenn man betrunken erwischt wird, kriegt man mildernde Umstände; eine personale psychosoziale Funktionalität des Substanzkonsums – mit den Motiven z. B. Frust, Gruppendruck, Anerkennung – wiesen die Mädchen und die Jungen dagegen für die eigene Person und Gruppe weit von sich, denn dies passte nicht zu ihrem weiblichen und männlichen Ideal. Ansprechbar waren sie aber auf die negativen Folgen von Sucht – die Zerstörung dessen, was ihnen wichtig ist, wie sie es auch in ihrem Alltag erleben: z. B. die eigene Familie oder persönliche Beziehungen, die durch Suchtkrankheiten Schaden nehmen.

Das Lörracher Angebot hat diese als »schwer erreichbar« geltenden Mädchen und Jungen erreicht und eingebunden – und dabei etwas über die neuen Anknüpfungspunkte »gelernt«.

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Evangelische Fachhochschule Freiburg,
Bugingerstraße 38, 79114 Freiburg; Literatur bei der Verfasserin

Die Prävention chronischer Krankheiten ist in Deutschland wenig entwickelt und über geschlechtsspezifische Zugänge wurde bislang kaum nachgedacht. Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs sind in den entwickelten Industrie- und Wohlstandsgesellschaften die Haupttodesursachen. Schon lange sind sozial bedingte und damit sozial beeinflussbare Risiken und Schutzfaktoren für diese Krankheiten bekannt. Aus der internationalen Forschung liegen Studienergebnisse vor, die zeigen, dass die Belastung von Frauen und Männern je nach Risiko- und Schutzfaktoren unterschiedlich ist: Hormonelle Faktoren scheinen Frauen vor einem frühen Herzinfarkt zu schützen; ältere Frauen sind eher übergewichtig als Männer, sind aber mehr an Ernährungsfragen interessiert; Männer leiden zwar in jüngeren und mittleren Lebensjahren häufiger an einer Hypertonie als Frauen, der Anteil der behandelten HypertonikerInnen ist jedoch bei den Frauen größer als bei den Männern; bei den älteren Frauen gibt es deutlich weniger RaucherInnen als bei den Männern, die jüngeren Frauen haben jedoch seit den 70er Jahren deutlich nachgezogen und bei den jüngeren Männern ist das Rauchen etwas zurückgegangen, sodass Ende der 90er Jahre vergleichbar viele junge Frauen und Männer rauchten.

Hintergrund für die Unterschiede in den sozialen und verhaltensbedingten Risiken ist das Fehlen geschlechtsspezifisch ausgerichteter Präventionsprogramme. Die steigenden Trends des Rauchens bei Frauen hätten durch frühzeitige, zielgruppenspezifische Zugänge gebremst werden können. Das Beispiel der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie zeigt, dass durch langfristig angelegte, gemeindebezogene Präventionsprogramme Erfolge erzielt wurden – allerdings nur bei Männern. Bei diesen konnte eine 10 % Senkung der Prävalenz in den Interventionsregionen gegenüber der Referenzregion erreicht werden. Bei den Frauen gab es demgegenüber keine Senkungen. Schaut man sich die Maßnahmen an, die durchgeführt wurden, sind diese alle ohne expliziten Geschlechterbezug. Informationsveranstaltungen und Materialien für die Ärzteschaft, Medienkampagnen, Broschüren und Kurse für Entwöhnungswillige und allgemeine Gesundheitsförderungsmaßnahmen konnten die Frauen offensichtlich nicht wirksam erreichen. Eine systematische Prüfung der Materialien und Maßnahmen hinsichtlich ihrer geschlechtsbezogenen Angemessenheit (Geschlechtssensitivität) oder ob sie etwa implizit oder explizit vornehmlich Männer angesprochen haben (Androzentrismus) hat nie stattgefunden.

Eine im Jahr 2000 durchgeführte Untersuchung von Maßnahmen und Materialien zur Förderung des Nicht-Rauchens bei 28 Institutionen aus dem gesamten Bundesgebiet ergab eine offensichtlich gestiegene Sensibilität, jedoch keine generelle Berücksichtigung und Reflexion für geschlechtsspezifische Unterschiede.

Die Ergebnisse zeigen, dass – im Sinne des Gender Mainstreaming – Methoden und Standards entwickelt werden müssen, die gewährleisten, dass Präventionsmaßnahmen grundsätzlich hinsichtlich dessen geprüft und ausgerichtet werden, ob sie in der Lage sind, Frauen und Männer bzw. Mädchen und Jungen zu erreichen und bei ihnen Wirkungen zu erzielen.

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, TU Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaft, Telefunkenhochhaus 11.Stock, Ernst Reuter Platz 7, 10587 Berlin;
Literatur bei der Verfasserin

Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheits- förderung in Deutschland

S

Schwerpunkt

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben am 22. Mai 2002 ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland entwickelt. Aus dem umfangreichen Papier sollen hier nur die Abschlussthesen dargestellt werden. Der gesamte Text kann unter www.g-kv.com/download/grundsatzpapier_praevention.doc eingesehen und heruntergeladen werden. Die zusammenfassenden Thesen lauten:

1. Die GKV begrüßt, dass Prävention und Gesundheitsförderung als wissenschaftlich anerkannte Aufgabenfelder zunehmend **politische und gesellschaftliche Akzeptanz** erfahren und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) diese Entwicklung durch die Erarbeitung von Strategien und Konzepten vorantreibt. Die GKV selbst hat sich u.a. mit dem GKV-Leitfaden zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V und Dokumentations- und Qualitätssicherungsinstrumenten zu qualitativ abgesicherten Angeboten verpflichtet.
2. Die GKV teilt die vom Sachverständigenrat und der AG 5 des Runden Tisches im Gesundheitswesen erstellten Analysen der strukturellen **Defizite** grundsätzlich. Zusätzlich leistet das finanzielle Missverhältnis zwischen den Bereichen Kuration, Rehabilitation und Pflege auf der einen Seite sowie Gesundheitsförderung und Prävention auf der anderen Seite in der Bevölkerung einem konsumtiven, reparaturorientierten Gesundheitsbewusstsein Vorschub.
3. Prävention ist eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe**, die über die etablierten Ansätze und Institutionen des Gesundheitswesens und das System der Krankenversicherung hinausweist. Haupteinflussfaktoren für die Entstehung von Krankheiten und auf die Lebenserwartung liegen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems, insbesondere im Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Umweltbereich sowie der Verteilung der Einkommen.
4. Zur gesamtgesellschaftlichen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention würdigt die GKV insbesondere die Vielfalt der Akteure und fordert sie zur interdisziplinären und ressortübergreifenden Kooperation auf. Dies führt zu Synergieeffekten deutlich über das medizinische Versorgungssystem hinaus. Die **Koordination und Kooperation** müssen dabei der Umsetzung gesellschaftlich konsentierter nationaler Gesundheitsziele dienen und auf allen Ebenen, insbesondere in konkreten Projekten, realisiert werden.
5. Das **Aktivitätenspektrum** der GKV reicht von Gesundheitsförderung und Primärprävention über Zahnprophylaxe, Früherkennung/medizinische Vorsorge und Impfung bis hin zu Sekundär-/Tertiärprävention. Dabei setzt die GKV insbesondere bei den Settingansätzen auf gemeinschaftliches Engagement mit anderen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Speziell im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Zahnprophylaxe hat die GKV schon nachweisliche Erfolge erzielt. Bei ihren Aktivitäten sieht sich die GKV auch als Multiplikator und Moderator und stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten.
6. Der **Wettbewerb** als Ordnungsprinzip der Krankenkassen kann im Sinne eines Qualitätswettbewerbs in der Prävention produktive Effekte auslösen, indem er zu Innovationen und zu einer auf die Bedürfnisse der Versicherten orientierten Leistungspolitik anregt. Allerdings gibt es Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention (v.a. verhältnisorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten mit Fokus auf sozial Benachteiligte), die auch jenseits des Wettbewerbs von den Krankenkassen und anderen verantwortlichen Akteuren gemeinschaftlich und koordiniert angegangen werden sollten.
7. Ausgehend von gesellschaftlich konsentierten **nationalen Gesundheitszielen** sollten präventive Maßnahmen vorrangig am Bedarf besonders belasteter oder gefährdeter Zielgruppen orientiert werden. Durch konsequente Ziel- und Zielgruppenorientierung steigt die Effizienz und Effektivität der Versorgung, was im Interesse der GKV liegt.
8. Die GKV legt im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags und ihrer Einflussmöglichkeiten einen besonderen Schwerpunkt ihres Engagements auf **sozial Benachteiligte**. Gemeinsam mit anderen verantwortlichen Akteuren wirkt die GKV darauf hin, dass im Sinne des Settingansatzes gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert und langfristig stabile Verhaltensänderungen im Alltag ermöglicht werden.
9. Die GKV unterstützt die Empfehlung des Runden Tisches im Gesundheitswesen, die Kooperation aller verantwortlichen Akteure in Deutschland in einem **Forum Prävention und Gesundheitsförderung** zu verstetigen. Das Forum soll Reformschritte bezüglich der bundesweiten Koordination und praxisorientierten Kooperation initiieren und damit zu einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland beitragen.
10. Die GKV begrüßt die vom BMG in Auftrag gegebene **Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Regelungen** zur Prävention im Hinblick auf ihren Harmonisierungsbedarf.
11. Zur Reform der Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist eine umfängliche **Finanzierung** durch alle zuständigen Institutionen und Ressorts (u.a. Bund, Länder, Kommunen, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Kultusministerien der Länder) nötig. Die GKV ist dabei ein wichtiger Akteur mit eigenständigen Aufgabefeldern. Zusätzliche präventive Aufgaben sind allerdings nur durch die Erschließung neuer Finanzquellen und durch mittelfristige Umschichtung von der Kuration hin zur Prävention zu lösen. Insbesondere Settingansätze zur Reduzierung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen in Kommunen und Schulen sind von den verantwortlichen Akteuren gemeinsam zu finanzieren.

Die Umsetzung der vorstehend skizzierten Reformschritte würde die Prävention normativ, organisatorisch und finanziell stärken, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlichen sowie mittel- und langfristig den Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessern.

Dies wäre im Ergebnis ein wichtiger Baustein hin zu einer umfassenden Modernisierung der Gesellschaft. Darüber hinaus würden die Eigenverantwortung und die Souveränität der Bürger gestärkt und ein Mehr an Lebensqualität erreicht.

Im zweiten Teil der Sonderseiten zum Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung in Johannesburg vom 26.8.-4.9.2002 wird die Gender-Perspektive beleuchtet.

Die Berücksichtigung der Frauenperspektive im Abschlussdokument Agenda 21 des Weltgipfels von Rio 1992 hatte einen längeren Vorlauf und war hart erarbeitet. Entwürfe des Abschlussdokumentes 1990 hatten noch Frauen unsichtbar gemacht. Sie kamen schlicht nicht vor. Frauenpolitische Umweltaktivistinnen und Politikerinnen versuchten, Einfluss zu nehmen und erreichten, dass im UNCED-Büro in Genf eine »Koordinationsstelle für Frauenanliegen« eingerichtet wurde. Im August 1991 fand in Genf die dritte Vorbereitungskonferenz statt. Zu diesem Zeitpunkt wurde die internationale Frauen- und Umweltorganisation WEDO (Women's Environment and Development Organisation) gegründet. WEDO koordiniert das Engagement feministischer Umweltschützerinnen aus dem Norden und Süden. WEDO setzte sich dafür ein, dass Frauen nicht nur als Opfer von Wirtschafts- und Umweltpolitik gesehen werden, sondern als aktive Gestalterinnen mit einem großen Wissenspotenzial und einem schonendem Umgang mit natürlichen Ressourcen.

Im November 1991 organisierte WEDO in Miami den ersten Weltkongress »Frauen für einen gesunden Planeten«, auf dem die Women's Agenda 21 verabschiedet wurde. Dieser feministische Aktionsplan forderte einen anderen Umgang mit der Natur sowie politisches Empowerment von Frauen, z. B. weltweiten Zugang zu Landbesitz. Mit diesem Papier machten die Aktivistinnen Lobbying auf dem Weltgipfel von Rio. Sie erreichten nicht die Übernahme ihres Papiers mit den sehr weitgehenden Forderungen nach einer grundlegend veränderten Wirtschafts- und Umweltpolitik, die auch den Bedürfnissen von Frauen Rechnung trägt. Immerhin fanden im Abschlussdokument Agenda 21 im Kapitel 24, in dem es um die Stärkung der Rolle wichtiger Gruppen geht, insbesondere Frauen zentrale Erwähnung. Daneben wurden Jugendliche, indigene Bevölkerungsgruppen, Bauern, Nichtregierungsorganisationen sowie Gewerkschaften und Kommunen genannt. Die Kommunen wurden aufgefordert, bis 1996 eine »Lokale Agenda 21« aufzustellen. Damit war es gelungen, aktuelle frauenspezifische Interessen im Themenfeld »Umwelt und nachhaltige Entwicklung« zu verankern. Es wurden die aktive Beteiligung von Frauen bei umweltpolitischen Entscheidungen und die Unter-

suchung und Dokumentation geschlechtsspezifischer Auswirkungen von Umweltzerstörung festgeschrieben. Darüber hinaus wurden grundlegende Frauen-Menschenrechte eingearbeitet wie z. B. das Recht auf ein Leben in Gewaltfreiheit.

Frauen wurde eine vitale Rolle als besonders von den Umweltproblemen Betroffene und als Krisenmanagerinnen zuerkannt. Frauen als Verbraucherinnen und Produzentinnen wurden in einer führenden Rolle gesehen, notwendige Veränderungen einleiten zu können, um nicht nachhaltige Verbrauchs- und Produktionsmuster abzuschaffen. Eine Studie der AG Frauen des Forum Umwelt und Entwicklung, die 1997 zum Stand der Umsetzung der Frauenforderungen der Agenda 21 für Deutschland durchgeführt wurde, kommt zu dem Schluss, dass die Bedeutung des Kapitels 24 bisher auf allen Ebenen unzureichend erkannt wurde. Weder auf Länderebene noch kommunal hat es bisher kombinierte, sektorübergreifende frauen- und umweltpolitische Aktivitäten gegeben. Zum nationalen Umsetzungsprozess der Aktionsplattform der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking 1995, die im Umweltbereich die Forderungen fortschrieb, wurde erneut bemängelt, dass Frauen in Deutschland nicht ausreichend in Gremien und Institutionen repräsentiert sind und nicht ausreichend an umweltpolitischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Der Vorbereitungsprozess auf die UN-Konferenz Rio plus 10 lässt auf eine Revitalisierung des Themas »Gender und Umwelt« hoffen. Erste Anzeichen finden sich in der Programmkonzeption der Heinrich-Böll-Stiftung, in der sich Gender und Ökologie als Schwerpunkt findet, sowie im Bemühen des Bundesministeriums für Umwelt, ein Gender-und-Umwelt-Programm zu entwickeln.

(Quelle: Birte Rodenberg: Von starken Frauen und schwacher Nachhaltigkeit: Die Welt-Umweltkonferenz in Rio 1992 und ihr Folgeprozess, siehe: www.boell.de) (us)

UN Agencies and Intergovernmental Bodies Working on Women/Gender & Sustainable Development Issues: By Institutions

CCD: integrated community driven approaches (<http://www.unccd.int>)

CEDAW Committee: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/committ.htm> and [-/archive.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/committ.htm)

FAO: gender & food security – rural economics, distribution of labour, etc.; women & land issues (<http://www.fao.org/Gender/gender.htm>); World Food Programme: commitment to women (<http://www.wfp.org> –

click on »Policies« and »Mission Statement«)

ILO: more and better jobs for women; data on women & men in employment sectors, incl., for many countries, data on working hours and wages by gender (<http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/index.htm>)

INSTRAW: finance / trade/investment (<http://www.un-instraw.org/>); temporary labour migration of women (http://www.un-instraw.org/en/instraw_gains/publications/tlwm.pdf); databases of publications and other online tools on many issues

UNAIDS: gender and HIV/AIDS; www.unaids.org

UNCCD: integrated community driven approaches to combat desertification and drought (<http://www.unccd.int>)

UNDP GIDP & UNDP:

<http://www.undp.org/gender/>

UNCDF: United Nations Capital Development Fund/Special Unit for Micro-Finance (<http://www.uncdf.org/sum/index.html>)

UNESCO: education & capacity building/empowering women; training and educating women in the areas of science and technology (<http://www.unesco.org/education/index.shtml>; <http://www.unesco.org/general/eng/programmes/science/women/index.html>)

UNFPA: migration and urbanization; education and capacity building/empowering women; reproductive health (<http://www.unfpa.org/modules/>)

UNHCR: environmental impact of refugee operations (<http://www.unhcr.ch> – click on »Environment« under »Quick Find«)

UNIFEM: feminization of poverty; poverty eradication (<http://www.undp.org/unifem/economic.htm>; http://www.undp.org/unifem/ec_pov.htm); gender and telecommunications (http://www.undp.org/unifem/ec_tech.htm)

UNRISD: gender poverty and well-being, integrating gender into development policy (<http://unrisd.org>)

WHO: health; environmental health (<http://www.who.org/frh-whd/>)

World Bank: feminization of poverty (<http://www.worldbank.org/gender/>); trade liberalization; gender and transport (http://www.worldbank.org/html/fpd/transport/pol_econ/tsr.htm)

World Tourism Organisation (WTO/OTM): sex tourism and child prostitution (www.world-tourism.org)

Quelle: Minu Hemmati, Rosalie Gardiner: Gender and Sustainable Development, World Summit Papers of the Heinrich-Böll-Foundation, No. 10, 2002, www.worldsummit2002.de

Bislang fehlen in Deutschland und europaweit Ansätze und effektive Strategien zur Optimierung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte. Dabei wird der Prävention angesichts der demographisch und technologisch bedingten wachsenden Versorgungsbedarfe in der Kuration, Rehabilitation und Pflege sowie mittel- und langfristiger Finanzierungsrisiken der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland eine zukunftsentscheidende Bedeutung zugeschrieben. Hier stimmen sowohl der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als auch die Kommission für den Altenbericht sowie die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Einschätzung des dringenden Handlungsbedarfes überein.

Eine erhöhte Lebenserwartung mit möglichst vielen krankheits- und behinderungsfreien Lebensjahren und ein weitgehender Erhalt der Selbständigkeit im Alter könnte das Ziel erfolgreicher Prävention sein. Allein durch angemessene körperliche Bewegung könnten beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates um die Hälfte verringert werden – beide verantwortlich für 1/3 der Krankheitskosten und einen großen Teil der Pflegekosten in Deutschland.

Prinzipiell bestehen auch bei Älteren hohe und vergleichsweise rasch realisierbare präventive Potenziale. Sie werden jedoch von Öffentlichkeit, Gesundheitsprofessionen und Politik bislang deutlich unterschätzt. Sie beziehen sich vor allem auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Altersdiabetes, Osteoporose, Atemwegserkrankungen (COPD), Inkontinenz, wichtige psychische Erkrankungen (Depression, bestimmte Demenzformen), Infektionskrankheiten sowie auf Unfallverhütung, Mundprophylaxe und Vorbeugung von Pflegefehlern.

Bei der Erhaltung und Optimierung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, insbesondere auch im höheren Alter, gilt es, nicht nur Belastungen zu senken, sondern zugleich die individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen zu steigern. Einen Ansatz bieten z.B. präventive Hausbesuche bei relativ gesunden Älteren nach skandinavischem und schweizerischem Vorbild. Frühzeitiges präventives »Assessment«, Beratung und Unterstützung können Pflegeheimweisungen deutlich reduzieren. Zudem trägt eine präventivorientierte, aktivierende Pflege zur Optimierung der Gesundheit bei.

Prävention führt allerdings derzeit in der

deutschen Gesundheitsversorgung ein Schattendasein – nur 4,2% aller Gesundheitsausgaben (1998) entfielen auf Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Selbsthilfeförderung. Eine grundlegende Neuorientierung der Gesundheitspolitik steht finanziell und inhaltlich noch aus.

Auf der Tagung »Gesund alt werden – Prävention und Gesundheitsförderung im Alter« am 20./21. Juni 2002 in Celle haben 200 Experten und Expertinnen sowie EntscheidungsträgerInnen der Wissenschaft, Gesundheitspolitik und Versorgungspraxis, Potenziale, Möglichkeiten und Umsetzung der Prävention in der zweiten Lebenshälfte analysiert.

Dabei wurden acht Kernforderungen festgehalten:

- Prävention soll neben Kuration, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule in der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden; Kuration, Rehabilitation und Pflege sollen stärker als bisher auf Prävention ausgerichtet werden. Die (Gesundheits-) Politik muss sich zu den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung bekennen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entsprechend ausrichten.
- Für eine zielgerichtete Umsetzung präventiver Maßnahmen im Alter ist eine begleitende Präventionsforschung erforderlich. Sie liefert Hinweise zu spezifischen Risikogruppen, ihrer Erreichbarkeit, Interventionsstrategien und zu Effektivität und Effizienz von Maßnahmen.
- Prävention/Gesundheitsförderung im Alter sollte im Rahmen der Gesundheitszieldiskussionen auf Bundes- und Länderebene als ein wesentliches Handlungsfeld aufgegriffen und Gesundheitsziele für Ältere und Hochbetagte definiert werden.
- Die Entwicklung nationaler Präventionsstrategien, wie z. B. das vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001 vorgeschlagene nationale Herz-Kreislauf-Programm mit spezifischen Maßnahmen für Ältere und Hochbetagte, muss vorangetrieben werden.
- Die verschiedenen Träger von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie z. B. Krankenkassen, Kommunen, Erwachsenenbildungseinrichtungen, ArbeitgeberInnen, werden aufgefordert, zielgruppenspezifische Angebote für Ältere und Hochbetagte zu entwickeln und anzubieten. Dabei spielen spezifische Ansätze für Frauen und für Männer eine

besondere Rolle. Im Arbeitsbereich kommt der Vorbereitung auf den Ruhestand sowie dem altersentsprechenden Einsatz älterer ArbeitnehmerInnen eine große Bedeutung zu.

- Die Information und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren ist zu verbessern; dies betrifft alle Ebenen, die kommunale Ebene, die Landesebene sowie die Bundesebene.
- Insbesondere müssen Strategien entwickelt werden, um die Gesundheitspotenziale sozial benachteiligter, älterer Bevölkerungsgruppen zu stärken und zu erhalten. Die gesundheitliche Kluft zwischen sozial besser gestellten und schlechter gestellten Bevölkerungsschichten wirkt sich bis ins Alter aus. Hier sind sozialkompensatorische Ansätze voranzutreiben.
- Nicht zuletzt muss das gesellschaftliche Altersbild verändert werden. Altern an sich ist kein Problem und auch kein vermeidbarer Zustand (wie es Anti-Aging-Versprechen nahe legen). Aber Altern ist im hohen Maße hinsichtlich Gesundheit und der Fähigkeit zu selbständiger und selbstbestimmter Lebensführung gestaltbar. Alte Menschen sind keine gesamtgesellschaftliche Last, sondern ein Potenzial für die Gesamtgesellschaft. Deshalb kommt einem veränderten Altersbild, einem verstärkten intergenerativen Dialog und einer gerechten Ressourcen- und Lastenverteilung eine besondere Bedeutung zu. (ta)

Alter(n) in der Fremde

Tagungsbericht

Die Versorgung pflegebedürftiger MigrantInnen stand im Mittelpunkt des Workshops »Alter(n) in der Fremde«, zu dem die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. gemeinsam mit dem Institut für transkulturelle Betreuung e.V. (ITB) am 17. April 2002 nach Hannover eingeladen hatte. Im Zuge der demographischen Entwicklung wird auch der Anteil älterer MigrantInnen in Deutschland kontinuierlich zunehmen. Dies führt zu einem steigenden Bedarf an pflegerischen Leistungen für Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur. Für die Kommunen und die professionellen Hilfesysteme ergeben sich daraus neue Anforderungen, die im Rahmen des Workshops diskutiert wurden.

In ihrem Eingangsreferat zur Situation älterer MigrantInnen in Deutschland stellte Angelika Ertl vom Arbeitszentrum Fort- und

Weiterbildung (afw) des Elisabethenstifts Darmstadt fest, dass pflegebedürftige MigrantInnen und ihre Angehörigen kaum öffentliche Hilfen in Anspruch nehmen. Kommunikationsprobleme, aber auch Schwellenängste und fehlendes Vertrauen, seien vor allem als Folge der schwierigen individuellen Migrationsgeschichte zu sehen. Die bestehenden Beratungsangebote werden von MigrantInnen häufig nicht wahrgenommen. Das deutsche Versorgungssystem habe sich noch nicht auf die Bedürfnisse älterer MigrantInnen eingestellt und stehe daher vor neuen Herausforderungen. Neben interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen der MitarbeiterInnen fehlen vor allem bedarfsorientierte Angebote, die die Menschen dort abholen, wo sie leben. Hierzu müssen geeignete Konzepte entwickelt werden. Eine entsprechende Arbeitsgrundlage hat der Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ entwickelt, in dem verschiedene Institutionen, Verbände und Einzelpersonen zusammengeschlossen sind, die sich mit Migrations- und Integrationsfragen sowie Fragen der Altenhilfe befassen.

Fernando Angel Cubillos, Geschäftsführer des Transkulturellen Pflegedienstes in Hannover, berichtete über die Situation von MigrantInnen in der ambulanten und stationären Pflege. Um eine kultursensible Pflege zu gewährleisten sei es wichtig, für beide Bereiche flächendeckend spezifische Angebote zu schaffen, in denen insbesondere MigrantInnen als qualifizierte Pflegenden eingesetzt werden.

Auf das Thema rechtliche Betreuung – angesichts der Zunahme von Demenzerkrankungen auch für ältere MigrantInnen ein Zukunftsthema – gingen Nandy Rodenbostel, Richterin am Amtsgericht Hannover, und Ali Türk vom Institut für transkulturelle Betreuung e.V. (ITB) ein. Als bundesweit einziger Betreuungsverein für MigrantInnen widmet sich das ITB seit 1996 der rechtlichen Vertretung von Menschen aus mehr als 30 Herkunftsländern. Auch für diesen Bereich besteht ein zunehmender Bedarf an MigrantInnen aus Gesundheits- und Sozialberufen, die neben ihren fachlichen Kenntnissen über kulturelle, religiöse und muttersprachliche Kenntnisse der zu Betreuenden verfügen.

Am Nachmittag wurden in zwei Kleingruppen Forderungen für eine kultursensible Versorgung von pflegebedürftigen MigrantInnen in Pflegeeinrichtungen sowie auf kom-

munaler Ebene erarbeitet. Hierzu gehören z.B. der Einsatz von DolmetscherInnen und Key-Persons, eine Änderung des Ausbildungs-Curriculums in Pflegeberufen, aber auch die Forderung, dass MigrantInnen bei der Verwaltung sozialer Dienste verstärkt auf der Entscheidungsebene mitwirken können. Um MigrantInnen besser zu erreichen, wurde weiterhin die Schaffung niedrigschwelliger, lebensweltbezogener Angebote gefordert sowie eine verstärkte Lobbyarbeit und der Aufbau von Bündnissen und Vernetzungen auf kommunaler Ebene.

Der Workshop fand im Rahmen der Fortbildungsreihe „Gesundes Land Niedersachsen“ statt. Eine Tagungsdokumentation wird voraussichtlich ab Herbst 2002 über die Landesvereinigung zu beziehen sein. (ib)

Motivation zum Nichtrauchen stärken

Wettbewerb ›BE SMART – DON'T START‹ in Niedersachsen

Von Anfang November 2001 bis Ende April 2002 wurde zum zweiten Mal der Wettbewerb zum Nichtrauchen ›BE SMART – DON'T START‹ vom Niedersächsischen Kultusministerium, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. – Praxisbüro gesunde Schule und dem Niedersächsischen Landesinstitut für Schulentwicklung und Bildung landesweit durchgeführt. Hauptzielgruppe des Wettbewerbs sind SchülerInnen der Klassenstufen 6 bis 8, gegebenenfalls können auch ältere Klassenstufen teilnehmen. Ziel des Wettbewerbs ist es, den Einstieg in das Rauchen so lange wie möglich zu verzögern bzw. ganz zu verhindern.

Die Regeln für den Wettbewerb sind einfach: Die teilnehmenden Klassen haben sich im November 2001 verpflichtet, ein halbes Jahr lang eine Nichtraucherklasse zu sein. Dazu haben sie einen Klassen- und einen Schüle-

rInnenvertrag unterschrieben. Die Klassen, die das Ziel erreicht haben, nahmen an einer Lotterie teil, bei der eine Reihe attraktiver Preise verlost wurden.

Im Herbst 2001 unterschrieben mehr als 5791 Schulklassen der Jahrgangsstufen 6 bis 10 in Deutschland im Rahmen des Wettbewerbes BE SMART – DON'T START die Selbstverpflichtung, sechs Monate nicht zu rauchen. Mit einer Beteiligung von 344 Schulklassen und damit mehr als 5.608 SchülerInnen steht Niedersachsen an vierter Stelle aller beteiligten 16 Bundesländer. Alle Klassen, die von November 2001–April 2002 nicht rauchten, nehmen an einer europä- und landesweiten Verlosung teil.

Die landesweite Preisübergabe fand am 31. Mai 2002 statt. Hier präsentierten Schulklassen, die bei ›BE SMART – DON'T START‹ teilgenommen haben, ihre Aktionen und Maßnahmen zum Nichtrauchen. ›Nichtrauchen ist cool‹ heißt da z. B. das Motto und die Klassen 6a/e der KGS aus Pattensen haben hierzu ein NichtraucherInnenfrühstück für die ganze Schule angeboten. Die 7e des Franziskusgymnasiums in Lingen gestaltete eine Radiosendung zum Thema ›Gefahren des Rauchens‹ und die Klasse 6e der Marienschule Nordstemmen führte an ihrer Schule eine NichtraucherInnenparty durch. Die besten und ausgefallensten kreativen Ideen der SchülerInnen wurden mit attraktiven Preisen gewürdigt und die ausgelosten landesweiten Preise von den ProjektunterstützerInnen überreicht. Eine genau Auflistung der PreisträgerInnen sowie der einzelnen Gewinne ist im Internet unter <http://nibis.ni.schule.de/haus/dez4/besmart/> zu finden.

Ab November 2002 gibt es in Niedersachsen einen weiteren Wettbewerbsdurchlauf. Bereits am 23. Oktober 2002 findet eine Auftaktveranstaltung statt, auf der Informationen zum Wettbewerb gegeben und offene Fragen zur Mitwirkung geklärt werden. (am)

Eröffnung der ›Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung‹

A

Aktuelles

Am 21. März 2002 eröffnete die ›Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung‹ auch offiziell das Beratungsbüro. Die Fachstelle hat zur Aufgabe, den Ausbau und Betrieb örtlicher Beratungsangebote zum selbstständigen Wohnen im Alter fachlich zu unterstützen mit dem Ziel, ein flächendeckendes und qualifiziertes Beratungsnetz zum selbstständigen Wohnen älterer Menschen aufzubauen und zu erhalten.

Hintergrund für die Einrichtung dieser Fachstelle, die durch das Land Niedersachsen gefördert wird, ist die Absicht, alten Menschen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen bis ins hohe Alter zu ermöglichen. Dazu werden Beratungsangebote in erreichbarer Nähe benötigt, die alten Menschen zu allen Fragen des Wohnens weiterhelfen.

- Die meisten älteren Menschen möchten auch im Alter so lange wie möglich zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben. Sie wissen aber häufig nicht, wie sie ihre Wohnung altersgerecht gestalten können und welche Dienstleistungen ihnen zur Erleichterung des Alltags zur Verfügung stehen.
- Wird ein Umzug in Erwägung gezogen, richtet sich das Interesse häufig an betreute Wohnformen. Hier stellt sich die Frage, welche Angebote vor Ort zur Verfügung stehen und welche Leistungen erwartet werden können.
- Immer häufiger planen Menschen an der Schwelle zum Alter auch, eine Wohn- oder Hausgemeinschaft zu gründen, um ihren dritten Lebensabschnitt aktiv und mit gegenseitiger Hilfe zu verbringen. Sie benötigen Anlaufstellen, um Gleichgesinnte zu finden, und fachliche Unterstützung bei der Umsetzung der Projektidee.

Um den Ausbau und Betrieb der Beratungsangebote zu erreichen, wendet sich die Fachstelle an Kommunalverwaltungen, Wohlfahrtsverbände und weitere Institutionen und Initiativen, die zum Wohnen im Alter beraten oder ein Angebot aufbauen möchten, und unterstützt sie durch die Bereitstellung aktueller Fachinformationen, Fortbildungen und Beratung zu Finanzierungs- und Organisationsfragen. Wohnungsunternehmen, die altersgerecht modernisieren oder Wohnungsanpassung etablieren möchten, werden in diesen Vorhaben unterstützt.

Die Fachstelle startete im Januar und führte als ersten Arbeitsschritt eine niedersachsenweite Untersuchung mit dem Ziel durch, einen Überblick über das vorhandene Wohn-

beratungsangebot zu erhalten. Erste Auswertungen haben ergeben, dass es bereits an vielen Orten Institutionen und Initiativen gibt, die ältere Menschen hinsichtlich ihrer Wohnsituation informieren und beraten. Insgesamt mehr als 140 Einrichtungen, darunter Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Bildungseinrichtungen und Vereine, die Angebote mit unterschiedlichsten inhaltlichen Schwerpunkten vorhalten. 42 Institutionen wollen ein neues Angebot aufbauen. Diese Zahlen sagen nichts über die Qualität und den Umfang des Angebotes aus. Zum Teil wird nur zu bestimmten Schwerpunktthemen beraten wie z.B. zum Einsatz von Hilfsmitteln oder Vermittlung von geförderten Altenwohnungen, zum Teil findet die Beratung nur für bestimmte Zielgruppen oder mit sehr geringem Arbeitsumfang statt. Aber viele Einrichtungen wollen ihr Angebot erweitern.

Seit April läuft eine weitere Befragung mit den Wohnungsunternehmen. Gefragt wird nach Hilfsangeboten, die sie ihren MieterInnen anbieten. Auch diese Ergebnisse können für Wohlfahrtsverbände von Interesse sein, da Wohnungsunternehmen diese Dienstleistungen häufig von Einrichtungen der Wohlfahrtspflege einkaufen.

Die Ergebnisse der Befragungen sollen in einer Broschüre veröffentlicht werden. Es ist aber jetzt schon möglich, Informationen darüber zu bekommen, welche Angebote es in der eigenen Umgebung gibt.

Falls eine Institution keinen Fragebogen bekommen hat, kann dieser in der Fachstelle angefordert werden: Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung, Berliner Allee 9-11, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 8 8 2 8 9 5

Gesucht: Freiwilligenprojekte von und für ältere Menschen

Das Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement für Alt und Jung in Niedersachsen, ein Projekt im Rahmen der Offensive Bürgerschaftliches Engagement der Landesregierung, führt z. Z. eine landesweite Erhebung zu Freiwilligenprojekten von und für ältere Menschen durch. Ziel dieser Befragung ist es, mehr Transparenz über bestehende Angebote in Niedersachsen zu schaffen. Die Ergebnisse werden in Form einer Projektdatenbank zusammengefasst und können von Interessierten über das Internet oder als Reader über unser Büro abgefragt werden.

Hierzu wurden bereits Fragebögen an die Kommunen, Verbände und uns bekannte Initiativen und Projekte in Niedersachsen verschickt. Freiwilligenprojekte, die ihre Arbeit von und für ältere Menschen einer größeren Öffentlichkeit vorstellen möchten, von uns aber nicht erreicht wurden, können den Fragebogen bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. anfordern oder über die neu eingerichtete Homepage des Koordinierungsbüros abrufen bzw. online ausfüllen: www.koordinierungsbuero-alt-und-jung.de (ib)

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

Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten

Das neue Modellvorhaben bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. nimmt Formen an. Im Mai hat die niedersachsenweite Abfrage bei Institutionen und Initiativen begonnen, bei der AnsprechpartnerInnen für Maßnahmen zur PatientInnenunterstützung gesucht werden. Über 800 Einrichtungen, Verbände, Vereine und Personen wurden dazu angeschrieben. Telefonische und schriftliche Nachfragen bestätigen, dass das Interesse groß ist. Bisher haben über 140 Institutionen den Fragebogen ausgefüllt und werden später unter www.gesundheitslotse-niedersachsen.de zu finden sein.

Dauerhaft besteht für Einrichtungen in Niedersachsen die Möglichkeit, durch die Aufnahme in die Datenbank bekannter zu werden. Der vierseitige Fragebogen kann bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. angefordert werden. Die Informationsleitstelle für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen ist ein Modellvorhaben nach § 65 b SGB V. Die Gesetzlichen Krankenkassen fördern hierbei Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, die neutral und unabhängig Versicherte im Bereich Gesundheit informieren, fördern und aufklären.

Ansprechpartnerin in der Landesvereinigung: Bärbel Bächlein; siehe Impressum

Die Entwicklung des DNGfK

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (DNGfK) entwickelte sich aufgrund einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation WHO. Ende der 80er Jahre wurde dem Gedanken der Gesundheitsförderung immer mehr Beachtung geschenkt, so dass in Europa neben Projekten wie ›Gesunde Städte‹, ›Gesunde Betriebe‹ und ›Gesunde Schulen‹ das Pilotprojekt ›Gesundheitsfördernde Krankenhäuser‹ initiiert wurde.

Fünf deutsche Krankenhäuser beteiligten sich Anfang der 90er Jahre an diesem Pilotprojekt, aus dem sich eine Vielzahl von nationalen und regionalen Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser in Europa entwickelte. Ihre Vision ist im grundlegenden Strategiepapier der WHO zur Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta 1986, begründet. Parallel zu den Aktivitäten der fünf Pilotkrankenhäuser wurden 1995 sieben weitere deutsche Krankenhäuser aufgrund ihrer gesundheitsfördernden Projekte von der WHO Europa als ›Gesundheitsfördernde Krankenhäuser‹ anerkannt. 1996 wurde in Prien am Chiemsee das ›Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser‹ mit 12 Mitgliedskrankenhäusern als gemeinnütziger Verein gegründet.

Nach nunmehr acht Jahren zählt das DNGfK bereits 63 Mitgliedskrankenhäuser und 10 assoziierte Mitglieder. Die Bettenzahl der 63 Krankenhäuser beträgt nahezu 31.500. Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser setzt sich aus Akut-, Reha- und Universitätskliniken in öffentlich-rechtlicher, frei-gemeinnütziger und auch privater Trägerschaft zusammen.

Die Netzkoordination

Das stetige Anwachsen der Mitglieder zeigt bald die Grenzen einer ehrenamtlichen Organisation auf. Hatten die TeilnehmerInnen der Konferenz 1995 am Chiemsee noch alle an einem großen runden Tisch Platz, so zählte die 6. Nationale Konferenz 2001 in Quedlinburg ca. 190 TeilnehmerInnen. Bereits seit 1998 wurde immer häufiger über die Schaffung einer hauptamtlichen Netz-Koordinationsstelle diskutiert. Die Mitgliederversammlung setzte hier eindeutige Zeichen als sie dann im Jahr 2001 mit der Zustimmung zu einer Beitragserhöhung die Finanzierung der Stelle sicherte. Seit dem 1. März 2002 beschäftigt das DNGfK eine hauptamtliche Netz-Koordinatorin, die nun für die Steuerung der Netzwerkläufe im DNGfK in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle zuständig ist.

Zu den Aufgaben zählen: Außenkontakte herstellen und pflegen, die Übernahme der Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb des Netzes, die Stärkung der netzinternen und -externen Kommunikation, die Schaffung von entsprechenden Infrastrukturen und bei Bedarf die Moderation der bestehenden Arbeitsgruppen. Weiterhin soll ein Konzept zur Fort- und Weiterbildung erstellt werden.

Ein Besuch aller Krankenhäuser hat das Ziel, einen persönlichen Kontakt herzustellen und die aktuelle Situation vor Ort kennen zu lernen. Die Informationen aus einem strukturierten Interview auf der Basis eines Fragebogens sollen die Grundlage für die Prioritäten der zukünftigen Aktionen setzen. Schwerpunkte hierbei sind die bisherigen Erfahrungen im Netzwerk und die Erfassung der Erwartungen und Wünsche der Mitglieder.

Gesundheitsförderung als Entwicklungschance

Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich mitten in einer Umbruchsphase und es bestehen darin auch große Chancen für eine Neugestaltung. Die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser übernehmen hier im Gesundheitswesen eine Vorreiterrolle. Im Frühjahr 2001 sorgte das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für Diskussionen in der Öffentlichkeit. Dem deutschen Gesundheitssystem wird hier, trotz Verbesserungen in den zurückliegenden Jahren, nur eine Mittelstellung im Vergleich mit anderen Industriestaaten eingeräumt – bei gleichzeitig hohem Ausgabenniveau. Der Eingangssatz in Band I lautet: »Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt«. Im weiteren werden Wege aus diesem Dilemma beschrieben. Kapitel 2 beschäftigt sich z. B. mit der Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention. Von den rund 250 Milliarden Euro des Gesundheitsbudgets fließen bisher nur ca. 0,5 % in die Gesundheitsförderung, obwohl sich »theoretisch rund 25–30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden lassen würden«. Unter Ziffer 39 wird hier das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser vorgestellt und »... der Rat hält unter diesen Voraussetzungen den Einstieg in eine systematische Gesundheits-

förderung im Krankenhaus grundsätzlich für einen wichtigen Ansatz sowohl für Patienten als auch für die im Krankenhaus Beschäftigten.« Dies ist Anerkennung des DNGfK und Herausforderung zugleich. Die Schaffung der hauptamtlichen Stelle der Netz-Koordination ist ein deutliches Signal der Mitglieder des DNGfK, sich diesen Herausforderungen aktiv zu stellen.

Christa Rustler, DNGfK – Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Walmanger 10, 45355 Essen, Tel.: (02 01) 6 16 89 90, Fax: (02 01) 6 16 89 92, Email: DNGfK@compuserve.de

Tagungsbericht

Männergesundheit

Männer gelten zwar allgemein als das starke Geschlecht, aber sie sterben früher und weisen für viele Erkrankungen erheblich höhere Krankheitsraten als Frauen auf. Der Gesundheitsmarkt für Männer wird gerade erst entdeckt. Der Siegeszug von Viagra, die Zunahme von Diättipps für Männer oder spezielle Angebote der Schönheitschirurgie sind nur einige aktuelle Entwicklungen auf diesem Markt. Auch Gesundheitszeitschriften, die sich vor allem an Männer richten, finden mittlerweile ihre Käufer; ›Fit for Fun‹ oder ›Men's Health‹ heißen die Produkte, die den neuen, gesundheitsbewussten Mann ansprechen sollen.

Die erste niedersächsische Fachtagung zur Männergesundheit, die unter dem ironischen Titel ›Die Herren der (Er-)Schöpfung‹ am 25. April 2002 in Hannover stattfand, wurde veranstaltet durch die Akademie für ärztliche Fortbildung, die Kaufmännische Krankenkasse und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. In der Eröffnungsrede machte Christiane Deneke, die Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. deutlich, dass die Veranstalter nicht die in der Werbung angepriesenen sexuell voll funktionsfähigen, trickreichen, männlichen Körper mit Idealgewicht und Waschbrettbauch als die Gesundheitsnorm für Männer halten. Vielmehr gefragt sind geschlechtsdifferenzierende Gesundheitsförderungsangebote, medizinische Dienstleistungen und Versorgungsangebote und Vorsorgeleistungen, die Männer erreichen.

Prof. Dr. Elmar Brähler lieferte die epidemiologischen Grundlagen für die Tagung, indem er die erhöhte Mortalität von Männern und

ausgewählte Todesursachen für die Frühsterblichkeit analysierte. Männer leben in allen westlichen Industrienationen durchschnittlich 6 Jahre kürzer als Frauen. Männer haben z. B. ein höheres Risiko als Frauen, an bestimmten Krebsarten zu erkranken. Bei Darmkrebs ist das Risiko doppelt, bei Lungenkrebs sogar fünfmal so hoch.

Die Tagung sollte aber nicht nur medizinische Fakten analysieren, sondern auch das Selbstverständnis und Rollenverhalten von Männern im Hinblick auf deren Gesundheitsrelevanz hinterfragen. Prof. Dr. Toni Faltermeyer wies auf die erhöhte Risikobereitschaft von Männern hin, die die traditionelle Männerrolle nahelegt.

Bislang wurden in der Gesundheitsberichterstattung die vorhandenen Daten zu wenig unter geschlechtsspezifischen Aspekten ausgewertet. In Nordrhein-Westfalen wurde jedoch 2001 ein Pilotbericht zur gesundheitlichen Lage von Männern und Frauen vorgelegt. PD Dr. Doris Bardehle stellte einige Daten aus diesem Bericht dar und machte unter anderem am Beispiel Diabetes deutlich, dass diese Betrachtungsweise auch bei der Implementierung der neuen Disease-Management-Programme eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Maßnahmen darstellt. Bei den Erkrankungsraten von Diabetes stellen die Frauen den größeren Anteil dar. Männer versterben jedoch schneller und in früheren Lebensaltern an Diabetes.

In allen Befragungen äußern Männer zwar ungefähr genauso häufig wie Frauen, dass Gesundheit für sie ein wichtiger Lebensbereich sei. Aber im konkreten Krankheitsfall gehen Männer weniger häufig und weniger schnell zum Arzt als Frauen. Konkret arbeitet jeder zweite deutsche Mann aber auch dann, wenn er krank ist. Und die meisten gehen nur zum Arzt, wenn es sich nicht mehr vermeiden lässt. Prof. Dr. Beate Blättner stellte die unterschiedlichen Arten des Umgangs mit Erkrankungen anhand eines männlichen Fallbeispiels dar.

Die Fachtagung sollte aber nicht nur den Status quo darstellen, sondern auch Ansatzpunkte für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Männern sowie für männerspezifische Gesundheitsförderungsprogramme liefern. Prof. Dr. Peter Döge charakterisierte den Gender-Mainstreaming-Ansatz als wesentlichen Beitrag zu mehr Männergesundheit. Bislang gäbe es allerdings zu wenig Beispiele aus der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die diesen Ansatz erfolgreich

umsetzen. Auch Gesundheitsförderungsansätze müssen an den Lebensstilen und Lebenslagen von Männern ansetzen, denn sogenannte »männliche Verhaltensweisen« sind weder ausschließlich biologisch bedingt noch unabänderbar vorgegeben, sondern entstehen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rollenvorgaben und familiärer Sozialisierung. In der Schweiz wurde erstmals ein männerspezifischer Gesundheitsförderungsansatz gestartet. Über Weiterbildungsveranstaltungen für Fachkräfte werden grundlegende epidemiologische Daten vermittelt und Empowerment-Strategien für Männer aufgezeigt. Außerdem werden vor Ort Veranstaltungen und Projekte für Männer durchgeführt. In Deutschland hat die Diskussion um Männergesundheit gerade erst begonnen. (ta)

Tagungsbericht

Soziale Lage und Bildung von Kindern ... und die gesundheitlichen Folgen

Das Thema zog TeilnehmerInnen aus Praxis und Forschung des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereichs an und es gab allein schon wegen der anhaltenden PISA-Diskussion reges Interesse und eine gute Beteiligung. Die enge Verknüpfung der Dimensionen Bildung und Gesundheit zeigte sich immer wieder anhand der verschiedenen Tagungsbeiträge der ReferentInnen und ZuhörerInnen.

Lothar Krappmann vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin sprach über den Einfluss der Sozialwelt der Kinder in der Schulklasse auf ihren Lernerfolg. Er betonte, dass erfolgreiches Lernen nicht nur von kognitiven Lernprozessen abhängt, sondern auch von sozial-emotionalen Komponenten oder der Fähigkeit Beziehungen untereinander aufzunehmen und sich adäquat zu äußern. Die Befunde der PISA-Studie und der Ruf nach notwendigen Veränderungen im Schulalltag bringen zur Zeit wieder Forderungen nach Einführung von Ganztagschulen mit sich. Krappmann warnte in diesem Zusammenhang eindringlich davor, die bisherigen Schulstrukturen einfach über den ganzen Tag auszudehnen, ohne gleichzeitig ausreichende sozialpädagogische oder schulpsychologische Konzepte zu ergänzen. Ein verbesserter Bildungserwerb gerade für sozial

benachteiligte Kinder und Jugendliche sei mit dieser Minimallösung nicht zu erreichen.

Arnulf Hopf von der Universität Oldenburg ging auf die institutionelle Förderung der Bildungsbeteiligung sozial benachteiligter Kinder im Vorschulbereich ein. Ohne Vernetzung mit allen staatlichen und gesellschaftlichen Ebenen bleibt dieses Ziel in weiter Ferne, da Tageseinrichtungen zur Kinderbetreuung nur einen begrenzten Katalog vorrangig pädagogischer Aufgaben übernehmen könnten. Er mahnte auch die längst überfällige Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen diesen Institutionen und der Grundschule an, u. a. zur Erleichterung des oft krisenhaften Übergangs vom Kindergarten in die Grundschule. Eine flexible Schuleingangsstufe und die Abgleichung der Freispiel- und Freiarbeitsangebote in beiden Einrichtungen könnten diesen Prozess unterstützen. Er forderte außerdem eine bessere Vernetzung der Kindertageseinrichtungen mit der kommunalen Armutsberichterstattung und den Jugendhilfeausschüssen, nicht nur als Aufgabe der Träger, sondern insbesondere der ErzieherInnen in der Einrichtung.

Christina Krause von der Göttinger Georg-August Universität stellte ein Gesundheitsförderprogramm für das Grundschulalter vor. Es enthält Material zur Selbstverstärkung, ein Programm zur Qualifizierung von LehrerInnen und ein Konzept für begleitende Elternseminare. Beispiele verdeutlichen die Entwicklung und Veränderung der Befindlichkeit der SchülerInnen über vier Schuljahre. Ihr Vortrag wurde am Nachmittag noch durch Marie-Louise Schrimpf-Rager ergänzt, die ein Konzept zur Elternarbeit an Dortmunder Schulen vorstellte.

Am Nachmittag wurden in zwei Workshops anwendungsorientierte Projektvorstellungen diskutiert. Die Themen waren u. a. bestimmt von der Einbeziehung gesundheitsfördernder oder geschlechtsspezifischer Konzepte in den pädagogischen Alltag bzw. die Integration ausländischer Kinder. Erfolgreich waren u. a. Projekte, die auch die Gesundheit der MitarbeiterInnen in den Mittelpunkt rückten. Im anschließenden Diskussionsprozess wurden Forderungen an die Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik formuliert. Leitend war dabei die Frage nach den Konsequenzen der Tagungs- und Workshopbeiträge, sowie nach den notwendigen kurzfristigen und langfristigen Änderungen in Rahmenbedingungen und Inhalten des pädagogischen Alltags. (ar)

Weltweit stellen Frauen 50 % der Arbeitskräfte, in Europa 42 %. In Afrika sind 75 % der im Agrarbereich Arbeitenden weiblich. Frauen produzieren fast die Hälfte aller Nahrungsmittel weltweit. In den USA seien 48 % der Frauen in traditionell weiblichen Bereichen und 44 % in geschlechtsneutralen Bereichen und 8 % in traditionell männlichen Feldern. Diesen interessanten Überblick gab Marilyn Fingerhut von der Weltgesundheitsorganisation auf dem dritten internationalen Kongress Women, Work and Health, der vom 2. bis 5. Juni 2002 in Stockholm stattfand. Als Faktoren, die in traditionell weiblichen Arbeitsfeldern Stress erzeugen, nannte sie hohe Anforderungen, Rollenambiguität und Rollenkonflikte, Arbeitsplatzunsicherheiten sowie repetitive Aufgaben. Totschlag bzw. Mord sei in den USA der häufigste betriebsbedingte Todesfall bei Frauen. Durchschnittlich würden 196 Frauen pro Jahr am Arbeitsplatz umgebracht. Personal im Gesundheitsbereich sei weltweit einem hohen Gewaltisiko ausgesetzt, z. B. durch körperliche Angriffe oder verbale Attacken.

Der Kongress, der vom Schwedischen National Institute for Working Life ausgerichtet wurde und mit 750 Teilnehmenden aus über 70 Ländern einen wirklich internationalen Charakter bekam, lieferte einen Überblick über die wichtigsten Probleme, die Frauen am Arbeitsplatz haben. Eine Hauptbotschaft war der Zusammenhang zwischen globalen und gesundheitlichen Ungleichheiten sowie Arbeitsplatzproblemen von Frauen. Globalisierung und deren Folgen für Frauen wurde in mehreren Schwerpunkten thematisiert.

Eine Reihe von Präsentationen beschäftigte sich mit kommerzieller Sexarbeit. Die Platzierung dieses Themenbereiches war für die Organisatorinnen eine politische Aussage. Sie betonten damit, dass Frauen auf dem Hintergrund extremer Armut oft nur auf diese Art und Weise Geld zum Leben verdienen könnten. Die Organisatorinnen erklären, dass Prostitution niemals als Alternative zu normaler Arbeit gesehen werden sollte. Armut mache Frauen ebenfalls zu Opfern von Frauenhandel. Frauenhandel sei ein Verbrechen, aber die beteiligten Frauen seien Opfer, die Unterstützung benötigten. Kommerzielle Sexarbeit sollte auf die soziale und politische Agenda gehoben werden, das war hier die Botschaft.

Die European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions fand heraus, dass Frauen in den Beitrittslän-

dern der EU in größerem Ausmaß an der bezahlten Arbeit partizipieren als ihre Schwestern in den EU-Staaten. Sie arbeiteten weniger Teilzeit, nämlich nur zu 7 % verglichen mit 32 % in den EU-Ländern, und seien häufiger in Managerinnenpositionen zu finden. Dies sind Ergebnisse des ersten Working Conditions Survey in 12 Kandidatenländern. Aber die Situation sei nicht nur positiv. Die Frauen in den Beitrittsländern arbeiteten länger und seien in höherem Ausmaß Gesundheits- und Sicherheitsgefahren ausgesetzt, wie z. B. Lärm oder schwerem Heben. Sie müssten in höherem Grad monotone Arbeiten verrichten und hätten weniger Möglichkeiten, bei der Arbeit zu lernen. Sie berichteten zudem mehr über arbeitsbezogene gesundheitliche Probleme: zu 40 % litten sie unter großer Müdigkeit verglichen mit 23 % der Frauen aus den EU-Ländern.

Die Serie von Kongressen zum Thema Frauen, Arbeit und Gesundheit wurde 1996 in Barcelona begonnen. Ziel war, Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verschaffen, die Frauen eine bessere Gesundheit und höhere Lebensqualität ermöglichen. Der Kongress in Stockholm wollte verdeutlichen, dass die Fragen, die Frauenarbeit und Gesundheit betreffen, von weltweitem Belang sind. Die Tagung selbst begriff sich als ein Treffpunkt, der die notwendige Kommunikation zwischen Forscherinnen und Aktivistinnen ermöglichte. Der nächste Kongress soll 2005 in Indien stattfinden.

Der Kongress wurde mit einer Deklaration beendet. Darin wurde dazu aufgerufen, Netzwerke aufzubauen, um einen kontinuierlichen Austausch von Erfahrungen und Wissen zu gewährleisten. Die Aktivitäten der Gesundheitsdienste sollen verbessert werden, Strategien zur Prävention vor gefährlichen Stoffen identifiziert werden und multidisziplinäre Ansätze sowie Ansätze, die viele Ebenen einbeziehen (multilevel approaches), in der Forschung entwickelt werden. (us)

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: 3 50 55 95,

e-mail: LV-Gesundheit.Nds@T-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

Vi.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion:

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

Beiträge: Thomas Altgeld, Blanka Beck,
Annette Brümmer, Dr. Michael Chrapa,
Christiane Deneke, Sylvia Groth,
Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Katrin Hodler,
Petra Hofrichter, Susanne Kienzle,
Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider,
Christa Rustler, Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Maike Weerts, Petra Zimdars

Sekretariat: Elizabeth Field, Andrea Pachali

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 36: 20.08.2002

Gefördert durch das Niedersächsische
Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales;

Auflage: 5.000

Gestaltung: Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

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

A

Aktuelles

Stadtteilorientierte Gesundheitsförderung in der Arbeit mit Familien

Gesundheit und soziale Lage korrelieren miteinander und sind somit in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Deshalb verbindet die Elternschule Langenhorn und das Stadtteilhaus Bornbachstieg in Hamburg in ihren Angeboten für Familien die Arbeitsbereiche Gesundheit und Soziales.

Elternschulen sind keineswegs, wie der Name vermuten ließe, eine Bildungseinrichtung im traditionellen Sinne. Die über Hamburg verteilten insgesamt 22 kommunalen Einrichtungen der Familienförderung verknüpfen in ihren Angeboten Soziale Arbeit, Bildung und Beratung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensphasen und Kulturen.

Als Einrichtungen der Familienförderung, eines Teilbereichs der Jugendhilfe, ist es unser Ziel, insbesondere belastete Familien zu erreichen. Die Risikofaktoren für sozial belastete Familien sprechen für sich: Sie sind im Durchschnitt häufiger von gesundheitlichen Belastungen betroffen, die Säuglingssterblichkeit und Frühgeborenenquote ist höher und die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen geringer. In der frühen Familienphase fehlen für Familien verlässliche AnsprechpartnerInnen. Während die überwiegende Zahl der Kinder ab drei Jahren eine Kindertagesstätte besuchen, fehlen den Familien bis zu diesem Zeitpunkt regelmäßige Kontaktmöglichkeiten. Gleichzeitig ist die Leistungspalette gesundheitlicher Angebote für Familien zu wenig transparent, zu spezialisiert und separiert. Dies erzeugt für die Familien auf der Suche nach geeigneten Gesundheitsangeboten viele Wege und zusätzlichen Stress. Auch im Jugendhilfebereich sind ähnliche Zugangsbarrieren sichtbar.

Familien sind nicht als grundsätzlich versorgungsbedürftig zu betrachten. Sie erbringen trotz der gesellschaftlichen Veränderungen vielfältige Leistungen für sich selber, für Nachbarschaften und für das Gemeinwesen. Familiengründung ist jedoch als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Aufgrund dieser Ausgangslage entwickelten die Elternschule Langenhorn und das Stadtteilhaus Bornbachstieg unter folgenden Kriterien familien- und gesundheitsfördernde Angebote: Zu den Familien wird ein frühestmöglicher Kontakt im nichtproblemorientierten Bereich gesucht. Die Angebote sind nicht ausschließlich für belastete Familien zugeschnitten, sondern für möglichst viele Bevölkerungsgruppen, um einerseits die

Kontaktbarrieren untereinander zu vermindern, aber auch, um eine wechselseitige Ressourcennutzung zu gewährleisten. Die Angebote verfolgen mehrdimensionale Ziele: Entlastung, Kommunikationsförderung und Alltagsbezug und die inhaltliche Ausgestaltung sollen keine zusätzlichen Anforderungen an die Familien stellen. Ein kontinuierlicher Kontakt zu den Familien wird angestrebt, nach dem Motto: Unterstützung so lange wie nötig, aber so kurz wie möglich. Durch die konzeptionelle Einheit mit dem Stadtteilhaus ist eine schnellstmögliche Selbstständigkeit gewährleistet. Auf Anfrage erhalten die selbstorganisierten Gruppen jederzeit Hilfestellungen von in der Selbsthilfe geschulten PädagogInnen. Bei zusätzlichen Bedarfen stellt die Elternschule den Kontakt zu weiteren Beratungseinrichtungen her.

Auf struktureller Ebene leitet die Elternschule in Kooperation mit anderen Einrichtungen in der Region Maßnahmen ein, die Übergänge und verbindliche Kooperationen zwischen den Gesundheits- und Jugendhilfeangeboten aufbauen, Transparenz für Familien fördern und sich an den artikulierten Bedarfen und der kulturellen und sozialen Entwicklung im Stadtteil orientieren.

Alle Maßnahmen orientieren sich an den Arbeitsprinzipien der Gemeinwesenarbeit. Erst durch die Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs auf der Basis von Gemeinwesenarbeit werden die Zugangsbarrieren für Familien vermindert und können Probleme wirksam und angemessen bewältigt werden. Alle Familien mit gravierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen erreichte die Elternschule über Zufallskontakte, die sich »nebenbei« oder im Offenen Cafe ergaben.

Diese Aspekte führten in der Elternschule und im Stadtteilhaus zu individuellen Hilfen, Gruppenangeboten und Stadtteil- und Kulturveranstaltungen.

Um frühzeitig Zugang zu den Familien zu erhalten, bietet eine freiberufliche Hebamme Hilfen von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett an. Der Kontakt findet schon während der Schwangerschaft und durch Hausbesuche statt. Keine Fachkraft hat zu diesem frühen Zeitpunkt einen umfassenden Einblick in die Familiensituation als die Hebamme, aus diesem Grund ist sie in dieser Phase eine Schlüsselfigur. Durch die Abstimmung der Angebote der Hebamme, einer Mütterberatungsstelle und der Eltern-

schule stehen für die Familien über einen längeren Zeitraum Ansprechpersonen zur Verfügung.

In den pädagogisch angeleiteten Eltern-Kind-Gruppen informieren bei Bedarf zusätzliche Fachleute anderer Disziplinen: ein Kinderarzt zum Thema Impfen, das Umweltamt über Allergien oder eine Beratungsstelle über Beziehungsaspekte zwischen Mutter und Kind.

Ein Kochangebot mit Kinderbetreuung verbindet soziale und gesundheitliche Aspekte. Die Frauen kochen gemeinsam für ihre Familien und nehmen das Essen mit nach Hause.

Gleichbleibend aktuell ist das Thema bewegungsfreudige Kinder. Neben einem entlastenden Gruppenangebot für die Familien und dem Angebot von Einzelberatungen werden offene Informationsveranstaltungen z. B. zum Thema ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) mit Fachleuten aus der Region organisiert. Durch eine Informationsbörse »Eltern werden in Langenhorn – an wen kann ich mich wenden, wenn...?«, veranstaltet mit der Geburtshilflichen Abteilung des Klinikums, dem Allgemeinen Sozialen Dienst und einer freiberuflichen Hebamme, erhalten Familien Informationen über medizinische und gesundheitliche Angebote in der Region. Die Veranstaltungen dienen als Wegweiser und können als erster unverbindlicher Kontakt den Zugang zu den Anbietern erleichtern.

Ein weiteres Anliegen ist die strukturelle Verbesserung zwischen Gesundheits- und Jugendhilfebereich durch verbindliche Kooperationen. In diesem Sinne haben die Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Umweltamtes Hamburg-Nord, der Chefarzt der Geburtshilfe des Klinikum-Nord-Heidberg und die Elternschule den Runden Tisch Langenhorn initiiert. Regelmäßig treffen sich verschiedene Einrichtungen vom Frauenhaus bis zu der Elterninitiative und niedergelassenen ÄrztInnen, geben sich gegenseitig Fortbildungen, erheben Bedarfe und entwickeln Lösungen. Für die Fachleute bedeutet die Zusammenarbeit eine ständige Reflexion ihrer Arbeit und Erweiterung ihrer Wirkungsmöglichkeiten.

Blanka Beck, Elternschule Langenhorn, Holitzberg 139 a, 22417 Hamburg, Tel.: (040) 5 270 240

Literatur bei der Verfasserin

Gesundheitsförderung im Quartier

Heimfeld-Nord ist ein Wohngebiet im Süden Hamburgs, im Bezirk Harburg. Viele Jahre zählte es zu den sozialen Brennpunkten der Stadt. Verschiedene grundlegende Maßnahmen haben dazu beigetragen, dass ab Mitte der 90er Jahre eine Stabilisierung erreicht werden konnte. Heute ist Heimfeld-Nord mit anderen Quartieren des sozialen Wohnungsbaus vergleichbar.

Eine umfassende Wohnungsmodernisierung und die Umsetzung des Hamburger Programms soziale Stadtteilentwicklung (die beide noch bis zum Jahr 2003 laufen) brachten eine wesentliche Verbesserung der Wohn- und Lebensverhältnisse. Es entstand eine stabilere MieterInnenstruktur, neue Projekte wurden ins Leben gerufen, die Institutionen arbeiten verstärkt zusammen und die Bewohnerinnen und Bewohner werden an der Gestaltung ihres Quartiers beteiligt. Mittlerweile gibt es ein gewisses Stadtteilleben, das sich u.a. in Festen, einer Zeitung, gemeinsamen Stadtteilputzaktionen und der Verleihung eines Preises für besonderes soziales Engagement ausdrückt.

Gesundheitsthemen begleiteten von Anfang an diesen Entwicklungsprozess. Im Jahr 2000 hat sich der Träger der Quartiersentwicklung, der Förderverein Heimfeld-Nord, dann explizit auf die Fahnen geschrieben, die Gesundheitsförderung im Quartier zu verstärken.

Den Anfang machte eine Fachtagung mit dem Motto ›Aktiv, vernetzt, gesund und munter, quartiersorientierte Ansätze zur Gesundheitsförderung‹ im März 2000. Interessierte aus den Bereichen soziale Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung waren eingeladen. Ergebnis: Es lohnt sich, Stadtteilentwicklung und Gesundheit zu einem gemeinsamen quartiersorientierten Vorgehen zusammenzuführen. Im Anschluss gründeten die Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen, die zuständige Schulärztin, das Stadtteilbüro und verschiedene Beratungsdienste den Arbeitskreis Gesundes Heimfeld, um gemeinsam gesundheitsfördernde Aktionen zu planen und umzusetzen. Eltern und Kinder sollten dabei besonders im Mittelpunkt stehen. Der erste Schritt war eine Fragebogenaktion im Stadtteil. 350 BewohnerInnen dokumentierten, dass sie insbesondere an den Fragen Bewegung, Ernährung und Erziehung interessiert sind. Der Arbeitskreis formulierte als erstes Ziel: Wir wollen dazu beitragen, dass die HeimfelderInnen mehr über gesunde Ernährung erfahren und dass sie sich mehr bewegen.

Es folgte eine Reihe von Angeboten im Jahr 2001 wie eine Frauenbewegungswoche, verschiedene Informationsveranstaltungen in einzelnen Einrichtungen und das alljährliche Stadtteilstand mit entsprechenden Angeboten unter dem Motto ›diesmal kerngesund‹.

2002 hat das Thema Erziehung zentrale Bedeutung gewonnen. In der täglichen Arbeit spielen Erziehungsfragen und Erziehungsprobleme eine immer größere Rolle. Die Diskrepanz zwischen dem, was Kinder für eine stabile Kindheit und für das Erwachsenwerden brauchen und dem, was sie durch Erziehungsinstanzen wie Eltern, Kita und Schule mit auf den Weg bekommen, wird immer größer. Quer durch alle Altersgruppen und Nationalitäten bilden Probleme in der Erziehung im Quartier derzeit ein großes Hindernis für eine gesunde Lebensweise. Mit dem Ziel, Eltern und Kinder in ihren Selbsthilfepotenzialen zu stärken, setzt der Förderverein und der Arbeitskreis Gesundes Heimfeld mit Informations- und Beratungsangeboten wie auch mit zusätzlicher Sprachförderung hier an.

Informationen zur bisherigen Arbeit finden sich in der Broschüre ›Gesundheit. Wie sich Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung in Heimfeld-Nord die Hände reichen‹. Sie kann angefordert werden beim Stadtteilbüro Heimfeld, Friedrich-Naumann-Straße 11, 21075 Hamburg, Tel. (0 40) 7 67 60 61, Email: stabue.heimfeld@planet-interkom.de

Frauengesundheit im Brennpunkt

Der Frauengesundheitstreff Tenever (FGT) in Bremen konnte im Jahr 1999 auf eine zehnjährige Praxiserfahrung in der Frauengesundheitsförderung in einem sozial benachteiligten Stadtteil zurückblicken. Dieses Jubiläum war Grund genug, die bisherige Arbeit im Sinne von Qualitätssicherung kritisch zu reflektieren und das Angebot auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Gesundheitsförderung vor Ort – der Stadtteil Tenever

Der Stadtteil Tenever, in dem sich der FGT befindet, ist ein klassischer ›sozialer Brennpunkt‹ am Rande der Stadt Bremen gelegen. Tenever ist ein internationaler Stadtteil. 12.000 Menschen aus über 70 Staaten und verschiedenen Kulturen leben hier auf engem Raum. Mehr als die Hälfte der EinwohnerInnen Tenevers sind Frauen, viele davon alleinerziehend. Tenever gilt als der kinderreichste Stadtteil Bremens, oft gibt es in einer Familie mehr als drei Kinder. Nur knapp ein Drittel der Frauen sind versicherungspflichtig beschäftigt, und jede dritte Frau ist auf staatliche Hilfe angewiesen.

Wohlbefinden fördern – Das Konzept des FGT

Das Wohlbefinden von Frauen fördern, wobei jede Frau selbst definiert, was dies für sie bedeutet – so lässt sich das Ziel des FGT auf den Punkt bringen. Die Arbeit des FGT orientiert sich an den Leitideen der Frauengesundheitsförderung: Gesundheit wird eingebettet in den Alltag der Frauen mit ihren unterschiedlichen Lebensweisen betrachtet, die Frauen somit als die Spezialistinnen ihrer eigenen Situation und Gesundheit begriffen. Im Mittelpunkt steht ein ressourcenorientierter Gesundheitsbegriff, der an den Kompetenzen und Stärken der Frauen ansetzt. Gerade für sozial benachteiligte Frauen ist es wichtig, sie in ihrem eigenverantwortlichen Handeln zu stärken. Die Frauen werden daher im Treffpunkt ermuntert, eigene Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln, zu artikulieren und durchzusetzen. Die aktive Mitgestaltung an Programm und Aktionen des FGT und ein entsprechend eng an den Bedarfen der Frauen ausgerichtetes umfangreiches Angebot ist Ausdruck und positive Folge dieser Sichtweise.

Evaluation des FGT – Fragestellung des Projektes

Die Evaluation ist ein Kooperationsprojekt des Gesundheitsamtes Bremen mit dem Zentrum für Public Health (Universität Bremen) und dem FGT. Folgende Fragestellungen standen im Mittelpunkt der Studie:

- Ist das Konzept des FGT weiterhin tragfähig im Hinblick auf eine wirksame Frauengesundheitsförderung für sozial Benachteiligte?
- Wie sind die Zugangsmöglichkeiten zum FGT? Welche Frauen werden erreicht?
- Wie wird der FGT und seine Arbeit im Stadtteil Tenever wahrgenommen?

Die Auswertung verknüpft verschiedene Sichtweisen auf den FGT und gibt so ein komplexes Bild seines Arbeitsansatzes wieder: Eine systematische Auswertung der bisherigen Arbeit anhand der Jahresberichte, eine qualitative Befragung ehemaliger und gegenwärtiger Mitarbeiterinnen, eine schriftliche Befragung der Nutzerinnen sowie eine telefonische Befragung von MitarbeiterInnen aus verschiedenen Einrichtungen des Stadtteils stellen den konzeptionellen Rahmen der Evaluation dar.

Einige zentrale Ergebnisse der Studie werden im Folgenden erläutert.

»Es gibt immer tolle Angebote« – die Nutzerinnen des Frauengesundheitstreffs

Frauen zwischen 18 und 80 Jahren nutzen die Angebote des FGT. Ein Drittel der Nutzerinnen sind Migrantinnen. Dieser vergleichsweise hohe Anteil von Migrantinnen für eine Einrichtung ist über die Jahre konstant geblieben. Zurückzuführen ist dies auf ein kontinuierliches muttersprachliches Angebot, sowie auf die Tatsache, dass die Kursleiterinnen einen engen persönlichen Kontakt zu den Frauen haben. Seit einigen Jahren kommen zunehmend ältere Frauen in den Treffpunkt; mittlerweile ist jede vierte Nutzerin über 60 Jahre. Die Nutzerinnen verfügen im Durchschnitt über ein relativ geringes Haushaltseinkommen: Die Hälfte aller Befragten hat ein monatliches Haushaltseinkommen von weniger als 1.500 Euro. Während nahezu alle Nutzerinnen über einen Schulabschluss verfügen, hat jede vierte von ihnen keine abgeschlossene Berufsausbildung – unter den Migrantinnen sind es sogar mehr als die Hälfte. Ein gutes Drittel der Frauen ist zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig, die meisten von ihnen in einer Teilzeitbeschäftigung. Betrachtet man die beruflichen Tätigkeiten dieser Frauen, so fällt eine große Bandbreite von Berufen mit sehr unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen auf, die darauf schließen lassen, dass nicht nur sozial benachteiligte Frauen Zugang zum FGT haben.

Die Inhalte der konkreten Angebote des FGT gehen von den Frauen aus. Mittels einer

Ideensammlung und eines halbjährlichen Programm-Plenums, auf dem gemeinsam über die Durchführung der Veranstaltungen entschieden wird, kann jede Frau das Angebot aktiv mit gestalten.

Diese bedarfsgerechte Ausrichtung des Angebots spiegelt sich in der hohen Zufriedenheit der Nutzerinnen wider: Über 90 Prozent aller befragten Frauen bewerten das zur Zeit besuchte Angebot als »sehr gut« oder »gut«. Als wohltuend empfinden die Nutzerinnen auch den gegenseitigen Austausch ähnlicher Erfahrungen.

»Jederzeit ein offenes Ohr für Probleme« – Zugang zum Frauengesundheitstreff

Auch wenn mittlerweile Zweidrittel der Frauen aufgrund eines gezielten Angebotes in den Treffpunkt kommen, ist ein Viertel der Nutzerinnen beim erstem Mal »zufällig vorbeigekommen«. Diese Niedrigschwelligkeit wird vor allen Dingen über das Angebot »Offener Treff« erreicht, einem wichtigen Bestandteil der Arbeit des FGT. Zweimal in der Woche können Frauen mit und ohne Kinder »einfach nur hereinschauen«, um Kontakte zu anderen Frauen zu knüpfen und sich über alles, was ihren Alltag und ihre Gesundheit im weitesten Sinne betrifft, auszutauschen. Die Mitarbeiterinnen des Treffpunktes stehen für Gespräche und auch für Einzelberatungen bei Problemen und Krisensituationen zur Verfügung. Dieser positive Aspekt der niedrigschwelligen Beratungsmöglichkeit sowie das breit gefächerte Angebot wird auch von allen Professionellen im Stadtteil als besonders positiv hervorgehoben.

Über das Kursangebot informieren sich die meisten Frauen aus der Zeitung, an zweiter Stelle steht die Vermittlung durch Dritte. Für Migrantinnen ist es besonders wichtig, dass sie persönlich angesprochen werden und ihnen die Bezugspersonen bekannt sind. Viele Frauen sind dem FGT schon über lange Zeit verbunden: Jede zweite Frau kommt mehr als drei Jahren in den Treffpunkt; ein Viertel der Frauen sogar länger als sechs Jahre.

»Ohne Vernetzung läuft hier nichts« – Bewertung im Stadtteil

Im Vergleich der Befragungen der Institutionen und der Nutzerinnen zeigt sich, welche positiven Effekte eine gelungene Vernetzungsarbeit hat: Sowohl der Bekanntheitsgrad als auch die Kooperationsintensität steigen, wenn es ein funktionierendes Vernetzungsgremium (in diesem Fall haupt-

sächlich der Arbeitskreis Tenever und seine Untergruppen) gibt. Wenn Nutzerinnen durch Institutionen an den FGT vermittelt wurden, dann meistens durch Mitglieder dieses Arbeitskreises. Die Befragung der Nutzerinnen hat gezeigt, dass über die Hälfte der Frauen und sogar knapp 70 Prozent der Migrantinnen der Aussage »Seit ich den Frauengesundheitstreffpunkt besuche, nutze ich auch andere Einrichtungen mehr« zustimmen. Die zeitintensive Vernetzungsarbeit ist also wirklich lohnend – ein Aspekt, der zukünftig vielleicht den Stellenwert dieses Arbeitsbereiches verändern könnte.

Die Evaluation des Frauengesundheitstreffpunktes Tenever hat die Wirksamkeit des Konzeptes der Frauengesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen eindrucksvoll bestätigt. Die dezidierte Ausrichtung des Angebots an den Bedarfen der Frauen führt zu einer hohen Zufriedenheit und Wertschätzung der Arbeit sowohl unter den Nutzerinnen als auch unter den sozialen und gesundheitsrelevanten Einrichtungen im Stadtteil.

Die kompletten Ergebnisse der Studie können auf den Internet-Seiten des Gesundheitsamtes Bremen nachgelesen werden unter: www.gesundheitsamt.info/indexie.htm. Eine Broschüre, in der die wesentlichen Ergebnisse in Kurzform zusammengefasst sind, kann sowohl über das Gesundheitsamt Bremen als auch direkt über den FGT (Frauengesundheitstreff Tenever, Frauen und Gesundheit e.V., Koblener Str. 3A, 28325 Bremen, Tel.: (04 21) 40 17 28, Email: frauen-und-gesundheit@nord-com.net) bestellt werden.

Maike Weerts, Gesundheitswissenschaftlerin, M.A.,
Oderstr. 79, 28199 Bremen, Tel.: (04 21) 5 24 48 88,
Email: mweerts@uni-bremen.de

Gewaltprävention

Das Thema ›Gewalt in der Altenpflege‹ ist in den letzten Jahren durch zahlreiche Medienberichte in die öffentliche Diskussion geraten. Dieses Handbuch, das sich vor allem an AltenpflegerInnen wendet, will Hilfestellung in Form praktischer Ratschläge und Angebote geben. Es beschreibt die vielfältigen Facetten gewaltsamer Konflikte, setzt sich mit dem TäterInnen-Opfer-Verhältnis auseinander und gibt Anregungen, wie sich Gewalt bereits im Vorfeld vermeiden lässt. Eine Vielzahl von Fallbeispielen, die Situationen in der Familie, der häuslichen Pflege und im Alten- oder Pflegeheim widerspiegeln, bieten die Möglichkeit, eigene Arbeitssituationen zu reflektieren und Verhaltensvarianten zu durchdenken. (ib)

Barbara Bojak, Gewaltprävention, Urban & Fischer, München Jena, 2001, 190 Seiten, ISBN 3-437-46200-8, 19,95 Euro

Laufen und Joggen für die Psyche

Wie kann das regelmäßige Joggen die eigene Persönlichkeit verändern? Und was stimmt an der Aussage, dass man joggend zu psychischer Ausgeglichenheit kommt? Ulrich Bartmann will mit seinem Buch all denen Mut und Selbstvertrauen geben, die durch regelmäßiges Laufen Schwung in ihr Leben bringen wollen. Durch seine wissenschaftliche Arbeit im Bereich psychisch kranker und suchtkrank Menschen ist er zu der Überzeugung gekommen, dass Joggen zwar keine Therapie oder gar Allheilmittel ist; das regelmäßige Laufen hat aber positiv stimulierende Effekte, die jede/r von uns in allen Lebensphasen für sich nutzen kann und sollte.

Leider ist die Zielgruppe des Buches für den bedenkenwerten Ansatz nicht klar. So müssen erst $\frac{2}{3}$ des Buches mit diversen wissenschaftlichen Untersuchungen zur positiven Lebensstimulierung ›durchlaufen‹ werden, bevor die eigentlichen Hinweise über das eigene Lauftraining kommen. Für den interessierten Laien, der jetzt sein Leben verändern will, ist das an praktischen Tipps einfach zu wenig. Aber eigentlich wussten wir es doch schon immer: LLL – LäuferInnen leben länger. (bb)

Ulrich Bartmann, Laufen und Joggen für die Psyche, Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit, dgvt-Verlag, Tübingen, 2001, 104 Seiten, ISBN 3-87159-033-9, 9,90 Euro

Konkurrenz oder Kooperation?

In der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung über Ansatzpunkte zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements ist die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen ›Professionellen‹ und ›Freiwilligen‹ in der Sozialarbeit bislang kaum Thema. Dies verwundert um so mehr, steht und fällt doch eine qualitätssteigernde Ergänzung professioneller Arbeit durch Freiwillige mit der kooperativen Zusammenarbeit dieser beiden Gruppen.

Diana Jäger fächert in ihrer Diplomarbeit Faktoren auf, die die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Freiwilligen in der Sozialarbeit grundlegend strukturieren. Im weiteren werden Ansatzpunkte zur Überwindung beschriebener Schwierigkeiten in der Kooperation entwickelt. Jäger beschreibt organisatorische Voraussetzungen für eine kooperative Zusammenarbeit, deren Gelingen nicht zuletzt an die Bereitschaft zur Veränderung geknüpft ist.

Die Autorin macht deutlich, dass eine kooperative Zusammenarbeit mit Freiwilligen zeit- und arbeitsintensiv ist. Professionelle, die mit Freiwilligen arbeiten, werden verstärkt Führungs- und Managementaufgaben übernehmen müssen. Die Auseinandersetzung mit freiwilliger Arbeit sollte entsprechend auch in der Ausbildung Professioneller Beachtung finden. (kl)

Diana Jäger, Konkurrenz oder Kooperation? Aspekte der Gestaltung von Arbeitsverhältnissen zwischen ›Professionellen‹ und ›Freiwilligen‹ in der Sozialarbeit, Blumhardt Verlag Hannover, 2001, 80 Seiten, ISBN 3-932011-34-1, 5,00 Euro

Pschyrembel

Die mittlerweile 259. Auflage dieses Klassikers ist erschienen. Das klinische Wörterbuch ist erweitert worden um mehr als 1000 neue Fachbegriffe, beispielsweise aus dem Bereich der Molekularmedizin und -biologie, dem Genomprojekt, zu genetischen Erkrankungen oder zur Gentherapie. Außerdem wurden neue Erkenntnisse zu Prionkrankheiten, neuen Arzneimittelsubstanzen sowie dem Infektionsschutzgesetz eingearbeitet. Das klinische Wörterbuch stellt von seiner Anlage und Ausgestaltung her nach wie vor ein unverzichtbares Hilfsmittel für alle im Gesundheitswesen Tätigen dar. (ta)

Pschyrembel, klinisches Wörterbuch, 259. Neubearbeitete Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2002, 1842 Seiten, ISBN 3-11-016522-8, 38,95 Euro

Sexus und Pflege

Das von Margaret Miers vorgelegte Buch über Geschlechterfragen und Pflegepraxis geht der kulturellen Konstruktion von Maskulinitäten und Femininitäten nach und zeigt auf, wie diese Konstruktionen die Tätigkeit der Pflege beeinflussen. Nach einer Einführung in soziologische Ansätze zum Geschlechtsbegriff werden die kulturellen Konstruktionen, wie sie im Pflegeberuf erscheinen, aufgezeigt. Ein historischer Teil vom 19. Jahrhundert bis in den heutigen staatlichen britischen Gesundheitsdienst beleuchtet die Möglichkeiten und Diskriminierungen beider Geschlechter im Pflegeberuf. Die weiteren Teile des Buches beschäftigen sich ausführlicher mit dem Thema Geschlecht und Pflege, Abhängigkeit, Autonomie und Management. Es wird aufgezeigt, wie geschlechtersensible Pflege aussehen kann und wie die Pflegenden ihre Kenntnis geschlechterspezifischer geprägter Prozesse zur Verbesserung ihrer pflegerischen Arbeit einsetzen können. (us)

Margaret Miers, Sexus und Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001, 275 Seiten, ISBN 3-456-83652-X, 29,95 Euro

Health Coaching – Gesundheit, Fitness, Lebensenergie

Agieren statt analysieren, auf diese Formel bringen die AutorInnen den Ansatz des Health Coaching. Infolgedessen enthält das Handbuch ausführliche Ratschläge zu den Bereichen Wohlbefinden und Gesundheit, Ernährung und Mental fit, ein ausführliches Bewegungsprogramm und andere Bereiche. Alles wird durch kleine philosophische Einsprengsel und passende Daten aus der Forschung ergänzt. Praktische Tipps für energetische Übungen, die auch in kurzen Pausen am Arbeitsplatz durchgeführt werden können, sollen Wohlbefinden und Konzentration steigern oder Schonung für die Augen bringen. Farblich abgesetzt sind sie, ergänzend zum übersichtlich gestalteten Text, in jedem Kapitel zu finden. Vieles ist denen, die sich mit Naturheilkunde, Spiritualismus oder humanistischen Psychotherapieverfahren beschäftigt haben, bereits bekannt. Für andere könnte diese Zusammenstellung wegen des ganzheitlichen Überblicks, den sie liefert, eine nützliche Einstiegshilfe in eine gesundheitsorientierte Lebensgestaltung sein. (ar)

Erwin Gollner, Friedrich Kreuzriegler, Christian Thuile, Birgit Oswald, Health Coaching – Gesundheit, Fitness, Lebensenergie, Urban & Fischer, München, 2001, 188 Seiten, ISBN 3-43710-7, 19,95 Euro

Das von drei AutorInnen herausgegebene Buch bietet einen aktuellen Überblick über Konzepte zur PatientInnenberatung und KonsumentInnen-souveränität im Gesundheitswesen. Beiträge im ersten Kapitel widmen sich gesundheitspolitischen, sozialisationsanalytischen, pflegewissenschaftlichen, soziologischen und gesundheits-ökonomischen Sichtweisen mit vorwiegend theoretisch-konzeptionellen Fragen. Im zweiten Kapitel wird die Wirkung der präventiven Gesundheitsberatung mit wissenschaftlichen Argumenten erörtert und sich dabei auf Projekterfahrungen gestützt. Im dritten Kapitel geht es vorrangig um die Bedeutung der so genannten neuen (Internet, EDV) und der Massenmedien. Im letzten Kapitel steht die ökonomische Relevanz der souveränen PatientInnen für den Gesundheitsmarkt im Vordergrund. Disease Management und die Rolle von Verbraucherzentralen, Apotheken etc. sollen hier beispielhaft genannt werden.

Christine von Reibnitz, Peter-Ernst Schnabel, Klaus Hurrelmann, Der mündige Patient, Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa-Verlag, Weinheim und München, 2001, 356 Seiten, ISBN 3-7799-1193-0, 30,00 Euro

Ausgabe 2001 **Daten des Gesundheitswesens**

Die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 2001 – beinhalten wesentliche Strukturangaben zu zentralen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland sowie auch einige internationale Vergleichsübersichten. Es werden u. a. Daten zu Demographie, Morbidität, gesundheitsrelevanten Faktoren, Verhaltensweisen, Risiken, Mortalität, Arzneimitteln sowie Berufen des Gesundheitswesens, Versorgungseinrichtungen und Kostenträgern aufgeführt. Die unter anderem dabei vorgestellten Daten zur Überwachung von Fleischieinfuhr und Tierkrankheiten gewinnen auf Grund der aktuellen Lebensmittelskandale zusätzliche Brisanz. Aber auch die geschlechtsdifferenzierten Morbiditätsdaten und die Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sind für die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion insbesondere auch in Disease Managementprogrammen relevant. (ta)

Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 407 Seiten, ISBN 3-7890-7660-0, 40,00 Euro

Aufgeschreckt durch die in den Niederlanden geführte Diskussion um die Sterbehilfe beginnt auch in Deutschland das öffentliche Nachdenken über ein Sterben in Würde. Sterbehilfe ist bei uns gesetzlich verboten, gleichwohl kann durch das Abfassen einer Patientenverfügung der eigene Pflege- und Sterbeprozess mitbestimmt werden.

Dagmar Schäfer ist der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Patientenverfügung in der Auseinandersetzung mit einer potenziellen oder bestehenden Krankheit hat. Die Untersuchung mittels 17 problemzentrierter Interviews zeigt u. a., dass eine Patientenverfügung vor allem eine emotionsregulierende Funktion hat. Gerade der offene Umgang mit möglichen Kritikpunkten macht die Untersuchung um so glaubwürdiger und interessanter.

Das Buch wird mit vielen konkreten Handlungsvorschlägen für den medizinischen (Klinik-)Alltag abgerundet. Wenn Patientenverfügungen zukünftig breiten Einzug in das öffentliche Bewusstsein halten würden, könnte in Anlehnung an die Ethikkommission der v. Bodenschwingschen Anstalten Bethel gelten: »Der Wille der Sterbenden ist handlungsleitend für alle, die ihn an die Grenze zum Tod begleiten.« (bb)

Dagmar Schäfer, Patientenverfügungen, Krank – aber nicht entscheidungsfähig, Schriftenreihe Gesundheit – Pflege – Soziale Arbeit, Band 11, Verlag Hans Jacobs, Lage, 2001, 144 Seiten, ISBN 3-932136-76-4, 14,90 Euro

Professionelle Transkulturelle Pflege

Dieses umfassende, praxisorientierte Handbuch zum individuellen, situations- und kontextgerechten Umgang mit MigrantInnen richtet sich an Pflegenden, Hebammen und Fachleute aus Gesundheitsberufen in Lehre, Leitung und Praxis. Es werden theoretische Grundlagen und Grundbegriffe der Transkulturellen Pflege vermittelt, Anamnesebögen und andere Hilfsmittel zum Umgang mit MigrantInnen vorgestellt und mit Fallbeispielen und Übungen Bezüge zur Pflegepraxis hergestellt. Themen sind u. a. die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen, Bedeutung und Konzepte der Transkulturellen Pflege, Kommunikation und Übersetzung, religiöse Hintergründe, Schmerz, Traumatisierung, Frauenbeschneidung, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung und Sexualität, Schwangerschaft und Geburt sowie Alter.

Dabei liefert der Band keine »Guidelines« oder »Kulturrezepte« für die Pflege von MigrantInnen, sondern beleuchtet das Thema von verschiedenen Seiten mit dem Ziel, sowohl Hintergrundwissen als auch Selbstreflexion zu fördern. (ib)

Dagmar Domenig (Hrsg.), Professionelle Transkulturelle Pflege, Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001, 406 Seiten, ISBN 3-456-83525-6, 39,95 Euro

Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft

Wir sind jetzt im Jahr 1 nach dem »Internationalen Jahr der Freiwilligen« angekommen und das Wetteifern um die Veröffentlichungen der Dokumentationen, Zusammenfassungen von öffentlichen Anhörungen, Gutachten und Abschlussberichten hat begonnen. Der vorliegende Band ist der erste von drei, in dem Kurzgutachten und Vorträge der Arbeit der Enquête-Kommission zusammengefasst worden sind. Die beiden anderen Bände werden sich den Aspekten »Bürgerschaftliches Engagement und Erwerbsarbeit« sowie »Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat« widmen.

Aufgabe der Enquête-Kommission war es, eine Bestandsaufnahme konkreter politischer Strategien und Maßnahmen zur Förderung des freiwilligen, gemeinwohlorientierten bürgerschaftlichen Engagements zu erarbeiten. Der erste Sammelband trägt dem Rechnung, in dem die 18 AutorInnen einen Überblick zu historischen Perspektiven, Begriffserklärungen, Zivilgesellschaft und Staat sowie dem Verhältnis von neuen Medien und der Zivilgesellschaft geben. Letzteres wird in einem engagierten Aufsatz vertieft dargestellt, denn Befürworter eines sog. »e-Votings« haben die Hoffnung, dass das Internet im politischen Bereich (Stichwort: Politikverdrossenheit) zu mehr demokratischer Teilnahme führen kann. Abgeschlossen wird der Reader durch drei Vorträge, die beim Symposium »Bürgerschaftliches Engagement und Soziales Kapital« am 2. April 2001 gehalten worden sind. (bb)

Enquête-Kommission »Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements«, Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft, Leske + Budrich, Opladen, 2002, 284 Seiten, ISBN 3-8100-3246-8, 24,90 Euro

Das von Helmut-Günther Dörr und Wolfgang Rascher herausgegebene Handbuch zur Jugendmedizin versucht, die Lücke zwischen der kindermedizinischen und der erwachsenenmedizinischen Versorgung zu schließen. Es beschäftigt sich mit allen relevanten Krankheitsphänomenen, die Jugendliche betreffen können, und versucht Erkenntnisse für den Umgang mit gesunden wie auch mit akut oder chronisch kranken Jugendlichen zu vermitteln. Der Band ist zweigeteilt in einen Grundlagenteil und in einen systematischen symptomorientierten, speziellen Teil. In dem Grundlagenteil werden sowohl normale Entwicklungsvorgänge beschrieben wie auch grundsätzliche Reflexionen zu jugendlichen PatientInnen in der Praxis, zur Sexualberatung oder rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben. Die symptomorientierten spezielleren Problembereiche sind alphabetisch geordnet, fangen bei Adipositas und Akne an und hören bei Zahn- und Kieferproblemen sowie Zwangsstörungen auf. (ta)

*Helmut-Günther Dörr, Wolfgang Rascher (Hrsg.),
Praxisbuch Jugendmedizin, Urban & Fischer, München
und Jena, 2002, 578 Seiten, ISBN: 3-437-21950-2,
99,95 Euro*

Effektive betriebliche Gesundheitsförderung

Das von Holger Pfaff und Wolfgang Slesina herausgegebene Buch zeigt Konzepte und methodische Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Dabei werden zunächst konzeptionelle und methodische Aspekte näher beleuchtet und dann besondere Aspekte der Evaluation von Programmen und Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung diskutiert. Den Hauptteil des Buches bieten Ansätze und Konzepte der Qualitätssicherung. Dabei werden sowohl Qualitätsaspekte von Gesundheitsmanagementsystemen in Groß- wie auch in Klein- und Mittelbetrieben vorgestellt. Insgesamt bietet der Band damit eine gute Bestandsaufnahme zur Qualitätssicherung im Bereich des Gesundheitsmanagements. (ta)

*Holger Pfaff, Wolfgang Slesina (Hrsg.), Effektive
betriebliche Gesundheitsförderung, Juventa Verlag,
Weinheim, München, 2001, 246 Seiten,
ISBN 3-7799-1195-7, 23,00 Euro*

Wie kann und muss Beratung in der Zukunft aussehen, welche Visionen gibt es bereits? Zunächst werden in diesem Band absehbare und bereits ablaufende Entwicklungsprozesse in der Beratungslandschaft beschrieben. Die beschriebenen Konzepte und Visionen nehmen diese Aufgabe aus sehr verschiedenen Perspektiven in den Fokus. Der Zusammenhang von ›Macht und Beratung‹ vom Standpunkt der Empowermentorientierung aus gesehen ist einer dieser Gesichtspunkte, der Aufsatz ›Identität als Lebenskunst‹ ein anderer sehr lesenswerter Beitrag, in dem es u. a. um psychologische, soziale und materielle Ressourcenförderung geht. Im zweiten Teil des Bandes befassen sich unter dem Titel ›Subjektive Theorien, Metaphern und Geschichten‹ einige Texte mit den Mikrostrukturen von Beratung, in der Hoffnung, auf diese Weise einen neuen Blick auf die ablaufenden Prozesse in Interaktionen und Konstellationen zu gewinnen. Deutlich wird dabei, dass zukünftige Beratungsforschung den subjektiven Theorien der Beteiligten und ihren Wirkungen weit mehr Beachtung als bisher schenken muss. Der dritte Teil des Buches ist dem Feld der Beratung an der Hochschule gewidmet. Entwicklungslinien der Studierenden-Beratung werden ebenso thematisiert wie Ressourcenförderung in der Studienberatung oder Migration als Stressfaktor im Studium. Neben der sehr interessanten Auswahl der Themen erhält diese Publikation durch die Zusammenstellung der darin versammelten Autoren einen hohen Stellenwert. (ar)

*Frank Nestmann, Frank Engel (Hrsg.),
Die Zukunft der Beratung, DGVT-Verlag, Tübingen,
2002, 340 Seiten, ISBN 3-87159-704-X, 24,00 Euro*

techno-soziologie

Das bei Leske + Budrich in der Serie Erlebniswelten erschienene Buch widmet sich der sozialwissenschaftlichen Techno-Forschung vor allem auf der Basis empirischer Untersuchungen auch aus benachbarten Disziplinen. Die Fragestellungen, unter denen die Techno-Szene betrachtet wird, reichen von der Beschreibung der Erlebniswelt Techno als Aspekt einer modernen Jugendkultur, der Beschreibung von Events und Identitäten über das Tanzerlebnis als Massen-Flow, Videos und Techno-Codes bis zum (Party-) Drogengebrauch in der Techno-Szene. Durch die Lektüre werden nicht nur viele Einzelheiten und Begriffe vermittelt, die die Techno-Kultur ausmachen, sondern auch Erlebniswelten junger Frauen und Männer

verdeutlicht, die am Übergang zum Erwachsenwerden stehen. Demzufolge gehören Außenorientierung, Selbstinszenierung und Selbstdarstellung, koordiniert mit körperbetonenden Tanzritualen, zu den kennzeichnenden Bedingungen des modernisierten Aufwachsens. Damit können erstmals in gebündelter Form systematisierende Beschreibungen und auch theoretische Deutungen zu diesem Phänomen vorgelegt werden, das europaweit immer noch etwa zwanzig Millionen Jugendliche fasziniert. (ar)

*Ronald Hitzler, Michaela Pfadenhauer (Hrsg.),
techno-soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur,
Leske + Budrich, Opladen, 2001, 324 Seiten,
ISBN 3-8100-2663-8, 20,00 Euro*

Neue Veröffentlichungen der Landesvereinigung

Achtung – fertig – los?! Sport- und Bewegungsangebote mädchen- und frauengerecht gestalten. Dokumentation der 13. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Kooperationsveranstaltung mit der Bezirksregierung Lüneburg und der Sportjugend Niedersachsen am 29.08.2001 in Lüneburg. *Zu beziehen über die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und über das MFAS, 66 Seiten, DIN A 4, 2,60 Euro + Versandkosten. Als pdf-Datei verfügbar unter:* www.niedersachsen.de/ms_gesund5.htm

Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice. Dokumentation des internationalen Workshops vom 07./08.06.2001 in Berlin. Im Rahmen des europäischen Frauengesundheitsnetzwerkes (EWHNET) hat der Workshop GBA erläutert und Ansätze aufgezeigt, wie mit diesem Instrument zur Geschlechtergerechtigkeit gearbeitet werden kann. Beispiele aus Kanada und Europa aus verschiedenen Anwendungsbereichen werden dargestellt. Der Workshop fand in Kooperation mit dem Berliner Zentrum für Public Health und der AG Frauen und Gesundheit der DGSMP statt. *Zu beziehen über die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., in englischer Sprache, 86 Seiten, DIN A 5, 4,00 Euro + Versandkosten.*



Internet-Adressen

www.behindertenbeauftragter.de

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten Karl Hermann Haack stellt auf ›seiner‹ Internetseite knapp und übersichtlich sein Aufgabengebiet dar. Für alle Bundesländer und Bundestagsfraktionen werden die AnsprechpartnerInnen aufgeführt, Begriffserklärungen von ›A‹ wie Arbeitgebermodell bis ›U‹ wie unentgeltliche Beförderung sind nachzulesen und alle aktuellen Gesetzestexte und Vorhaben des Sozialgesetzbuches IX sowie des ab 1. Mai 2002 in Kraft getretenen Behindertengleichstellungsgesetzes sind eingestellt.

Kontakt: Eine Kontaktaufnahme ist auf der Internetseite leider nicht vorgesehen!

www.drugcom.de

Mit der Aufforderung ›check yourself‹ beginnt das flippige Intro des Internetportals für Jugendliche mit Drogenerfahrung. Mit einer virtuellen Begleitung wird man über die verschiedenen Drogen und Projekte informiert. Im Chatraum kann man sich u. a. auf Wunsch unter vier Augen von Fachleuten beraten lassen. Der Bereich Free-style ist allerdings noch eine Baustelle. Hier sollen zukünftig Trends, Partytermine und Kinonews für junge Leute eingestellt werden.

Kontakt: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Strasse 220, 51109 Köln, Tel.: (02 21) 89 92-0, Email: drugcom@bzga.de

www.gesundheitsfoerderung.ch

Bei der Gesundheitsförderung ist die kleine Schweiz ganz groß. Im Frühjahr 1994 wurde die Gründung eines landesweiten Institutes mit der Aufgabe „Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anzuregen, zu koordinieren und evaluieren“ im Bundesgesetz für die Krankenversicherung (KVG) verankert. Finanziert wird die Gesundheitsförderung Schweiz aus Beiträgen der nach dem Gesetz obligatorisch versicherten Personen. Wer sich über die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in unserem Nachbarland informieren möchte, findet hier den kompletten dreisprachigen Überblick.

Kontakt: Promotion Santé Suisse, Av. de la Gare 52, Case postale 670, CH-1001 Lausanne, Tel.: 00 41 (0) 2 13 45 15-15, Fax: 00 41 (0) 2 13 45 15-45, Email: office@promotionsante.ch und Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel.: 0041 (0) 3 13 50 04 04, Fax: 00 41 (0) 3 13 68 17 00, Email: office.bern@promotionsante.ch

www.healthproject.ch

Die separate dreisprachige Internetseite der Gesundheitsförderung Schweiz verfügt über eine ausführliche Projektdatenbank zu derzeit fast 190 Initiativen. Für die einzelnen Projekte sind deren Beschreibung, Ausrichtung, Ziele, Laufzeit/Budget, Dokumentation sowie AnsprechpartnerInnen eingestellt.

Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz, Kathrin Kiener, Dufourstrasse 30, CH-3000 Bern 6, Tel.: 00 41 (0) 3 13 50 04 04, Fax: 00 41 (0) 3 13 68 17 00, Email: kathrin.kiener@promotionsante.ch

www.kbv.de/themen/praevention.htm

Wenn man wissen will, wie die Leistungsinhalte der gesetzlichen Vorgaben gemäß des SBG V durch den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien vertraglich fixiert worden sind, ist man auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

richtig. Als PDF-Dateien sind die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und die Kinder-Richtlinien eingestellt.

Kontakt: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Str. 3, 50391 Köln, Tel.: (02 21) 40 05-0, Fax: (02 21) 40 803 9

www.krebsgesellschaft.de

Ein neues Internetportal für ÄrztInnen und PatientInnen hat die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. aufgebaut. Hinter Rubriken wie ›Bewusst leben‹ oder ›Rechtzeitig Erkennen‹ befinden sich sehr viele weiterführende Hinweise und Hintergrundtexte. Noch nicht abgeschlossen ist die Rubrik ›Diagnose und Behandlung‹. Für mehr als die Hälfte der dort aufgeführten onkologischen Diagnosen sind noch keine medizinischen Informationen hinterlegt. Wer auf der Suche nach Unterlagen zum Deutschen Krebskongress 2002 ist, findet alle Statements unter der Rubrik ›DKG – Wir über uns‹.

Kontakt: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Hanauer Landstr. 194, 60314 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 63 00 96-0, Fax: (0 69) 63 00 96-66, Email: info@krebsgesellschaft.de

www.praevention-online.de

Der unabhängige Internet-Marktplatz für Arbeits-, Gesundheits-, Umweltschutz und Qualität wird seit 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f) gefördert und vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) unterstützt. Prävention online richtet sich in erster Linie an UnternehmerInnen und Führungskräfte, BetriebsrätInnen und MitarbeiterInnen, Präventionsdienstleister und Hersteller. Die Fülle an Informationen reicht von Tagungs- und Messekalendern, Forschungsausschreibungen, einer Rechtsdatenbank bis zu Fachinformationen über viele Themenbereiche im betrieblichen und privaten Präventionsbereich. Bei der Vielzahl an Rubriken kann man jedoch leicht die Übersicht verlieren.

Kontakt: Prävention online, Kaiser-Friedrich-Ring 53, 65185 Wiesbaden, Tel.: (06 11) 9 50 30-0, Fax: (06 11) 9 50 30-33, Email: info@praevention-online.de

www.smokefree.de

›Just Be Smokefree‹ ist ein Programm zur Raucherentwöhnung, das von der Europäischen Kommission im Rahmen des Aktionsplanes ›Europa gegen den Krebs‹, der Deutschen Krebshilfe und der DAK gefördert wird. Durch das Programm sollen Jugendliche und junge Erwachsene bei der Raucherentwöhnung unterstützt werden. Jugendliche und junge Erwachsene, die (noch) nicht mit dem Rauchen aufhören möchten, sollen motiviert werden, sich mit ihren Rauchgewohnheiten auseinander zu setzen. Wer mit dem Rauchen aufhören möchte, kann ein Selbsthilfemanual anfordern. Mit seiner Hilfe können die RaucherInnen ihren Abhängigkeitsgrad überprüfen, ihre individuellen Risikosituationen zum Rauchen identifizieren und Alternativen für das Rauchen finden. Allen TeilnehmerInnen steht eine Telefonhelpline unter der Telefonnummer (0431) 57029-30 und -60 zur Verfügung.

Kontakt: Dr. Gudrun Wiborg, Dipl.-Psych. Barbara Isensee, IFT-Nord, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Düsternbrooker Weg 2, 24105 Kiel, Tel.: (04 31) 5 70 29-60 und 5 70 29-30, Fax: (04 31) 5 70 29-29, Email: just.be@ift-nord.de



Veranstaltungen der LVG

Selbsthilfe und PatientInnenberatung: Zwei Seiten einer Medaille? 14. August 2002, Hannover

In den letzten Jahren sind Patientinnen und Patienten vermehrt in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen und von Beratungsaktivitäten gestellt worden. Über fast alle Medien werden PatientInnen heutzutage beraten. Dabei stellt sich die Frage, wie klassische Selbsthilfe überhaupt von PatientInnenberatung getrennt werden kann oder welche Erfahrungen aus dem Selbsthilfebereich in die Konzeption neuer Angebote mit einfließen können. Diese und weitere Fragestellungen sollen in einer gemeinsamen Tagung mit dem Selbsthilfebüro Niedersachsen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. diskutiert werden.

Teilnahmegebühr: 30,- Euro.

Soziale Lage und Bildung von Kindern

Podiumsdiskussion, 19. August 2002, Hannover, 17:00 Uhr

Der landesweite Arbeitskreis ›Armut und Gesundheit‹ der LVG veranstaltet gemeinsam mit der Landesarmutskonferenz und der Akademie für ärztliche Fortbildung eine Podiumsdiskussion zur Sozialen Lage und Bildung von Kindern. Teilnehmerinnen der Diskussion sind neben Bundesbildungsministerin Edelgard Bulmahn die Bundesvorsitzende der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) Eva-Maria Stange, Gerda Holz vom Frankfurter Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) und Antje Richter von der LVG. Keine Teilnahmegebühr.

Gesundheitsberichte machen Geschichte? Wie Berichte und Gutachten Anregungen für die Arbeit vor Ort geben können

15. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen; 28. August 2002, Osnabrück

Gesundheitsberichte und Gutachten liefern eine Fülle von Daten und kritischen Bewertungen zur Gesundheitspolitik und -versorgung in Deutschland. Anhand des Frauengesundheitsberichtes des Bundes, des Sachverständigengutachtens zu Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie einzelner Themenfelder wird der Frage nachgegangen, ob und wie diese Berichte für die Frauengesundheitsarbeit auf kommunaler Ebene genutzt werden können. Die Tagung wird von den Netzwerkträgerinstitutionen (LVG, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und Pro Familia Landesverband Nds.) in Kooperation mit der Stiftung Leben und Umwelt sowie der Frauenbeauftragten der Stadt Osnabrück veranstaltet. Tagungsgebühr: 25,- Euro.

Medizin von morgen – Verpflegung von gestern? – Fachtagung Krankenhausernährung, 28. August 2002, Hannover

In der aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung der stationären Versorgung spielt die Ernährung natürlich nur eine marginale Rolle. Dennoch kommt der Ernährung im Krankenhaus eine Vorbildfunktion für PatientInnen und MitarbeiterInnen zu. Deshalb soll diese Fachtagung unter ihrem provokanten Titel verschiedene Akteure zu Wort kommen lassen und auf die Bedeutung der Krankenhausernährung hinweisen. Die Fachtagung findet in Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer

Niedersachsen und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Niedersachsen statt. Teilnahmegebühr: 15,- Euro.

Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern – länderübergreifendes Fachforum, 6. September 2002, Hannover

Familien mit schwerstkranken Kindern brauchen Hilfe und Unterstützung. Vor diesem Hintergrund veranstaltet das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales eine Tagung mit dem Ziel, bestehende Angebote vorzustellen und zu diskutieren, wie eine flächendeckende Versorgung erreicht und gesichert werden kann. Die Veranstaltung dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen betroffenen Eltern, MitarbeiterInnen von Kranken- und Pflegekassen, Kinderkliniken, Pflegeeinrichtungen und anderen Beteiligten. Ergänzend zu den Vorträgen und Foren findet ein Markt der Möglichkeiten statt. Die Landesvereinigung ist für die Organisation der Veranstaltung zuständig. Keine Teilnahmegebühr.

Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft

17. Oktober 2002, Oldenburg

Das Thema ›Erst die Arbeit – und dann?‹ steht im Mittelpunkt des diesjährigen Niedersachsen-Forums Alter und Zukunft, das vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales gemeinsam mit der Stadt Oldenburg veranstaltet wird. Mit Vorträgen, Workshops und einem Kulturprogramm richtet sich das Forum besonders an die Gruppe der ›jüngeren Alten‹, die sich im Übergang von der Berufstätigkeit oder Familienphase in den Ruhestand befinden und damit vor der Aufgabe stehen, ihren Lebensalltag neu zu gestalten, sowie an ein Fachpublikum. Auf einem Markt der Möglichkeiten stellen Verbände, Institutionen und Projekte aus der Region ihre vielfältige Arbeit vor. Die Landesvereinigung ist für die überregionale Koordination der Veranstaltung zuständig, die regionale Koordination übernimmt das inForum der Stadt Oldenburg. Keine Teilnahmegebühr.

›Essen, was ankommt ...‹

Niedersächsische Fachtagung: Ernährung im Kindergarten und Hort; 30. Oktober 2002, Hannover

Richtig Essen will durch spielerisches Erleben gelernt sein. Je früher mit einer vollwertigen und genussvollen Ernährungsweise begonnen wird, desto besser. Dem Kindergarten als erste Bildungseinrichtung kommt hier eine besondere Bedeutung zu, denn hier können Kinder aller sozialer Schichten mit einem gesunden Essensangebot vertraut gemacht werden. Kindertagesstätten und Horte können in Zusammenarbeit mit dem Elternhaus Anregungen geben und nachhaltig wirken, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entwickeln. Ziel der Niedersächsischen Fachtagung ist es, mit den verantwortlichen Fachkräften aus Kindertagesstätte und Hort Fragen und Probleme zu diskutieren, Projekte aus der Praxis vorzustellen und Kooperationspartner zu vernetzen. Teilnahmegebühr: 35,- Euro.

Termine

Termine



Niedersachsen

Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) und Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PfleG) 31.08.2002, Hannover, Kontakt: Zentrale Einrichtung Weiterbildung, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-0, Fax: (05 11) 53 01-1 95, Internet: www.effh-hannover.de

Alkohol! Verantwortung setzt die Grenze - von Genuss bis Abhängigkeit 05.09.2002, Hannover, Grenzgänge und Grenzerfahrungen, Fachtagung für Jugendliche und pädagogische Fachkräfte, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54

2. Konsensus-Konferenz in der Pflege 06.09.2002, Osnabrück, Entlassungsmanagement, Kontakt: Fachhochschule Osnabrück, DNQP, Postfach 19 40, 49009 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69-20 04, E-mail: j.schemann@fh-osnabrueck.de, Internet: www.dnqp.de

Gender-Kompetenz, Schlüsselqualifikation für professionelles Handeln 09.-11.09.2002, Petershagen, drei Bausteine: 16.-18.12.2002, Februar 2003, Kontakt: HVHS Alte Molkerei Frille, Freithof 16, 32469 Petershagen, Tel.: (0 57 02) 97 71, Fax: (0 57 02) 22 95, E-mail: info@hvhs-frille.de

Regionen aktiv gestalten 13.-15.09.2002, Rehburg-Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Geschäftsstelle, Postfach 21 58, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 81-0, Fax: (0 57 66) 81-900, E-mail: eal@evlka.de

6. Deutscher Fibromyalgie-Tag 21.09.2002, Melle, Kontakt: Referat für Frauenfragen beim Landkreis Osnabrück, Mareika Sievert, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, (05 41) 5 01-2062, E-mail: sievert@lkos.de, Internet: www.lkos.de

Bundesweit

IV. Magdeburger Pflorgetag »Pflege und Forschung« 02.09.2002, Magdeburg, Kontakt: ver.di-Bildungswerk Sachsen-Anhalt e.V., Nachtweide 82, 39124 Magdeburg, Fax: (03 91) 28 888 893, E-mail: jana.Lorenz@verdi.de

FrauenSuchtArbeit 05.-06.09.2002, Berlin, Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Kontakt: Ulrike Korthaus, Tel.: (0331) 9 67 83 44, E-mail: FDRPotsdam@aol.com

»Strategien und Techniken der ärztlichen Gesundheitsförderung« nach dem Curriculum »Ärztliche

Gesundheitsförderung: der Bundesärztekammer 06.-08.09.2002, Würzburg, Kontakt: Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, Postf. 41 0220, 50862 Köln, Fax: (02 21) 40 04-388, E-mail: cme@baek.dgn.de

Interkulturelle Öffnung von Institutionen?! 08.09.2002, Hamburg, Kontakte, Heinrich Böll Stiftung, Hackesche Höfe, Rosenthaler Str. 40/41, 10178 Berlin, Tel.: (030) 2 85 34-0, Fax: (0 30) 2 85 34-109, E-mail: info@boell.de

Dienstleistungen für Senioren in Europa zwischen Basisversorgung und Luxusartikel - neue Angebote in alten Strukturen? 09.-10.09.2002, Stuttgart, Kontakt: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Falkertstr. 29, 70176 Stuttgart, Tel.: (07 11) 6 19 26-1 10, Internet: www.wohlfahrtswerk.de

Nachhaltige Gesundheitsförderung im europäischen Rahmen, Sommer Akademie: »Lebenskunst und Lebensweisen« 09.-13.09.2002, Magdeburg, Kontakt: Hochschule Magdeburg-Stendal, Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86-46 13, Fax: (03 91) 8 86-47 36, E-mail: sommerakademie@sgw.hs-magdeburg.de, Internet: www.sgw.hs-magdeburg.de/sommerakademie

Training für PatientInnen- und VerbrauchervertreterInnen zum Erwerb wissenschaftlicher Kompetenz 09.-13.09.2002 und 14.-18.09.2002, Hamburg, Kontakt: Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften, Fachwissenschaft Gesundheit, Bettina Berger, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 2 83 83 52 8, E-mail: Bettina.Berger@uni-hamburg.de

Gemeinsam handeln 12.-14.09.2002, Friedrichshafen, 3. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 37 95-0, Fax: (0 30) 2 59 37 95-29

Männlich - weiblich - süchtig. Beiträge der Suchtpsychologie zur Genderperspektive 13.09.2002, Ludwigshafen, 2. Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie, Kontakt: Bundesgeschäftsstelle, Wörthstr. 10, 50668 Köln, Tel.: (02 21) 7 75 71 56, Fax: (02 21) 7 75 71 80, E-mail: suchtpsychologie@gmx.de

44. Internationaler FICE-Kongress: Kinder, Jugendliche und Familien in den Ballungsräumen dieser Welt 17.-21.09.2002, Berlin, Kontakt: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH), Schaumainkai 101-103, 60596 Frankfurt/M., Tel.: (0 30) 97 10 18-136, Fax: (0 30) 97 10 18-140, E-mail: igfh@igfh.de, Internet: www.igfh.de

Arbeitstagung Sucht und Migration, Schwerpunkte in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe 19.-20.09.2002, Rolandseck, Kontakt: AWO Akademie Helene Simon, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 66 85-2 15, -216, Fax: (02 28) 66 85-209, E-mail: akademie@awobu.awo.org

Risiken und Ressourcen für Gesundheit 25.-28.09.2002, Halle, Gemeinsame Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sektion Medizinische Soziologie, Christiane Patzelt, Harz 42-44, 06108 Halle, Internet: www.medizin.uni-halle.de/medsoz/Kongress.html

Veranstaltungsreihe: »Integrierte Programme für Gesundheit, Umwelt und Entwicklungsplanung 2002, 25.-28.09.2002, Halle/Saale, Kontakt: Univ. Bielefeld, Fak. für Gesundheitswiss., Postf. 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06-31 94, E-mail: ulrike.wolf@uni-bielefeld.de, Internet: www.uni-bielefeld/gesundhw/ehp

»Öffentlicher Dienst - Modernisierung - Prävention, Gesundheitsmanagement im Spannungsfeld zwischen Bürgernähe, Wirtschaftlichkeit und Unternehmenskultur 27.-28.09.2002, Berlin, Kontakt: BKK-Team Gesundheit, Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Dorothea Waschke, Rellinghauser Str. 93, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79-14 77, Fax: (02 01) 1 79-10 30, E-mail: waschke@bkk-team-gesundheit.de

»Come together! Inspirationen, Werkzeuge, Visionen, 7. Internationaler akzept-Drogenkongress 27.-29.09.2002, Jena/Thüringen, Kontakt: akzept-Kongressbüro, Christine Kluge Haberkorn, Südwestkorslo 14, 12161 Berlin, Tel./Fax: (0 30) 8 2 22 80 2, E-mail: akzeptkongress2002@yahoo.de

Gender in den Gesundheitswissenschaften 28.-29.09.2002, Halle, Kontakt: Birgit Babitsch, Technische Universität Berlin, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 31 47-94 31, Fax: (0 30) 31 47-32 56, E-mail: Babitsch@ifg.TU-Berlin.de

Fachtagung Arbeit - Gesundheit - Familie: Gesundheitsförderlicher Betrieb - familienfreundlicher Betrieb 09.10.2002, Potsdam, Kontakt: Landesgesundheitsamt, Frau Cartheuser, Wünsdorfer Platz 3, 15939 Wünsdorf, Tel.: (0 333) 7 03-7 11 41, Fax: (0 333) 7 03-7 11 01, E-mail: Christa.Cartheuser@lga.brandenburg.de

7. Nationale Konferenz des DNGfK, 23.-25.10.2002, Bad Sassendorf, Kontakt: DNGfK, Walmanger 10, 45355 Essen, Tel. (02 01) 6 16 89-90, Fax: 6 16 89-92

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fensckeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 505 595

Ich möchte ...

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

Name:

Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen
- Bildungsbereich
- Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges: