

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Soziale Netzwerke und Gesundheit

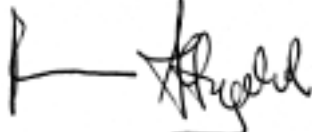
Keine Angst, dieser Newsletter ist keine Zusammenschau aller professionellen, gesundheitsbezogenen Netzwerke, dafür wäre er auch viel zu dünn ausgelegt. Denn für diesen Bereich lässt sich fast schon eine Überversorgung mit professionellen Netzwerken feststellen. Wir wollen mit diesem Heft aber soziale Netzwerke von einzelnen Menschen und ihre Bedeutung für deren Gesundheit näher betrachten. Dabei handelt es sich nur um eine erste Annäherung an das Thema, weil es viel schwerer als sonst war, die wünschenswerten Aspekte, die rund um diese Thematik vorgestellt werden sollten, auch tatsächlich in dem Newsletter kompetent abzudecken.

Der gesamte Bereich der Ressourcenorientierung ist relatives Neuland in der Gesundheitsforschung. Die Fragestellungen dort sind eher darauf ausgelegt, was Menschen krank (bzw. wieder heil) macht, als salutogen zu erforschen, was den Menschen gesund erhält. Soziale Netzwerke im Nahraum, aber auch virtuelle Netzwerke können sich gesundheitsförderlich auswirken, wie verschiedene Beiträge zum Schwerpunkt zeigen. Allerdings sind soziale Netzwerke nicht an sich gesundheitsfördernd, sondern sie müssen bestimmte Qualitäten aufweisen.

Über den Schwerpunkt hinaus berichten wir im aktuellen Teil über eher professionelle Vernetzungsaufgaben, wie z.B. die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen oder die gesundheitlichen Herausforderungen der Jugendhilfe. Außerdem setzen wir unsere Serie zum 100-jährigen Vereinsjubiläum der Landesvereinigung fort. Die Auswirkungen der Bundestagswahl auf die Neuausrichtung der deutschen Präventionslandschaft sind zum Zeitpunkt der Drucklegung leider noch nicht erahnbar gewesen, dazu werden wir im nächsten Heft ausführlicher berichten.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Auswirkungen des sozialen Wandels auf Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 21.10.2005) und ›Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn‹ (Redaktionsschluss 27.01.2006). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Anregungen und Beiträgen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Soziale Netzwerke und Gesundheit	2
■ Nachbarschaften und Netzwerke in der Gesundheitsförderung	3
■ Netzwerke und Gender	5
■ »Hallo, ist da draußen jemand?« Virtuelle Beratung im World-Wide-Web	6
■ Soziale Netzwerke in traditionellen und neuen Strukturen	7
■ Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen	9
■ Gesundheit als Privatsache?	10
■ Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen	11
■ »Schau auf dich!« – Eine Kampagne zum Thema »Seelische Gesundheit« in Österreich	12
■ Medienabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen	13
■ Freiwilligensurvey 2004 – Ergebnisse und Trend für Niedersachsen	14
■ Expertise »Jugendhilfe und Gesundheitsförderung«	14
■ Nutzung zusätzlicher Informationsangebote in der Arztpraxis	16
■ Kinderkurheime: Landaufenthalt für Stadtkinder	17
■ Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus	18
■ Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen	19
■ Mediothek	20
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	8

Soziale Netzwerke und Gesundheit

Für Philosophen wie Gadamer war ›Mit-den-Menschen-Sein‹ ein Teil von Gesundheit. So ist die Erkenntnis, dass soziale Umwelten für die Gesundheit des Menschen von Bedeutung sind, wahrlich nicht neu. Andere sprechen von sozialen Netzwerken als einem Gebilde mit Knoten (z. B. Personen oder Organisationen), die in vielfältiger Weise in Beziehung zueinander stehen. Sie tun dies, wohl wissend, dass dieses Konzept, u. a. aus der Sozialanthropologie und Soziologie stammend, helfen soll, soziale Instanzen zwischen primären Bindungen (Familie) und globalen sozialen Strukturen (soziale Schicht) in Aufbau und Funktion zu analysieren und gegebenenfalls auch zu modifizieren. Dies gilt auch für die Frage des Zusammenhangs dieser Gebilde mit Fragen der Gesundheit. In diesem Sinne mag die Erkenntnis, dass soziale Netzwerke als komplex strukturierte soziale Gebilde salutogen sein können, etwas Neues darstellen.

Soziale Netzwerke als Gesundheitslieferanten

Zunächst wird mit der Existenz sozialer Netzwerke die Vorstellung verbunden, dass diese Gebilde einen Hort der Gesundheit in sich bergen. Die Vielzahl der Beziehungen soll den Zugang zu vielerlei Ressourcen garantieren. Sie helfen, das Immunsystem zu stärken, sie stabilisieren die normativen Vorgaben für gesundheitsförderliches Verhalten, sie stiften Identität, bieten Integration und tragen zum Wohlbefinden bei. Sie bieten sehr unterschiedliche Formen der sozialen Unterstützung: Rat, instrumentelle Hilfen, sozial-emotionalen Rückhalt und helfen dabei auch, so mancherlei Belastungen zu überwinden. Diese Ressourcen werden insbesondere in intimen Beziehungen in großer Vielfalt und mit hoher Erreichbarkeit angeboten. Aber auch weniger intensive und intime Kontakte, wie z. B. Nachbarschaften oder kollegiale Beziehungen tragen zur Reichhaltigkeit des Potpourris der Ressourcen bei. Nur lose verknüpfte Beziehungen (entfernt Bekannte) und auch indirekte Verbindungen (die Kollegin meines Freundes, die ich nicht kenne) sind förderlich, weil sie erwiesenermaßen den Zugang zu lebenswichtigen Ressourcen, wie z. B. auch Arbeit, schaffen.

Auch die Art, wie die Personen im Geflecht der Beziehungen ihre Position einnehmen, ist für die Gesundheit des und der Einzelnen von Bedeutung. Zentrale Personen haben viel Macht über den Zugang zu wichtigen Ressourcen oder sind als Schlüsselfiguren (z. B. kontaktintensive Berufe wie Pastoren und Pastorinnen) selbst von großer Bedeutung für die Gesundheit einzelner Mitglieder eines sozialen Netzwerks.

Auch die Muster der Beziehungen in sozialen Netzwerken haben sich als gesundheitsrelevant erwiesen. Selbsthilfegruppen sind besondere Inseln in der Welt der sozialen Netzwerke. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Hilfen auf der Basis reziproker Beziehungen aufbauen, also auf der Gewissheit eines gemeinsamen Erfahrungshintergrundes. Ähnlich sind auch bestimmte soziale Heimaten wie z. B. Cliques usw. einzuschätzen. Sie bieten in besonderer Weise das Gefühl der Zugehörigkeit und der Gemeinschaftlichkeit, manchmal sogar der Exklusivität für die Befriedigung auch sehr spezieller (subkultureller) Bedürfnisse (z. B. in Vereinen). Manchmal wird großer Wert darauf gelegt, dass andere Teile des sozia-

len Netzwerks davon nicht viel mitbekommen. Deshalb ist in der Regel ein soziales Netzwerk, wo jeder jede kennt, nicht unbedingt gesundheitsförderlich. Mit der Größe eines sozialen Netzwerks steigt allerdings die Chance für die Ausbildung solcher subkultureller Gebilde, wobei sich gleichzeitig die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung mehren.

Und wer erhält soziale Netzwerke gesund?

Es wäre nun völlig falsch anzunehmen, dass soziale Netzwerke per se Lieferanten der Gesundheit wären. Soziale Netzwerke brauchen selbst eine Art von ›Energiezufuhr‹, damit sie ihren Mitgliedern Gedeihliches vermitteln können. Ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sozialer Netzwerke haben beträchtlichen Einfluss auf die Gestalt und die gesundheitliche Potenz sozialer Netzwerke. In der Regel sind die Netzwerke einkommensstarker sozialer Schichten reichhaltiger gestaltet. Gesellschaftlicher Wandel, wie die Entstehung einer zunehmend mobilen Gemeinschaft, einer auch altersbedingten Entwicklung von sozialen Netzwerken mit vielen Singles und Einzelhaushalten, die zunehmende Bedeutung von technischem Informationsaustausch (Internet), die Veränderung der Arbeitsgesellschaft zu einer Gesellschaft, die durch Freizeit und alternative Beschäftigungen (z. B. bürgerschaftliches Engagement) versucht, sich selbst zu erhalten, u. a. m., all dies verändert die Grundlagen gewachsener Strukturen von sozialen Netzwerken, und ihre (kulturelle) Stabilität ist immer wieder in Frage gestellt. Auf dem Hintergrund solcher Entwicklungen müssen soziale Netzwerke erhebliche Anpassungsleistungen erbringen. Nur dann können sie garantierte Lieferanten der Gesundheit sein. Können sie dies, so sind sie auch imstande, mit diesen Veränderungsprozessen neue Möglichkeiten der Gesundheitspflege zu bieten, sei es, dass mehr Humankapital freigesetzt wird, oder dass Loslösungen aus weniger gesundheitsförderlichen Einflussphären möglich wird und dabei Angebote zu neuen Beziehungsformen sich anbieten, oder sei es auch, dass neue Medien den Zugang zu anderen Ressourcen bieten.

In einem noch anderen Sinne wäre es falsch anzunehmen, dass soziale Netzwerke automatisch zum Erhalt und zur Herstellung von Gesundheit beitragen. Soziale Netzwerke müssen aus der Sicht des bzw. der Einzelnen entsprechend genutzt und gepflegt werden. Es sind also vielfältige Fertigkeiten der Netzwerkmitglieder notwendig, sich auf die Hilfpotenziale von Netzwerken zubewegen zu können (z. B. ohne Misstrauen jemanden um Hilfe bitten können) und für andere auch als Geber sozialer Unterstützung attraktiv zu sein (evtl. auch als Ausdruck bürgerschaftlichen Engagements). Im Grunde schließt sich der Kreis, weil man deshalb auch sagen kann, dass die Bereitschaft und Fertigkeit, Hilfe zu suchen und anzubieten, auch selbst als Gesundheit aufgefasst werden kann: Gesundheit und soziale Netzwerke bedingen sich also gegenseitig.

Helene L. Luig-Arlt

Nachbarschaften und Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Soziale Netzwerke als fachliche Instrumente der Gesundheit

Wegen der gesundheitlichen Bedeutung dieses Zusammenhangs sind auch zahlreiche Instrumente für professionelle Helfer und Helferinnen entwickelt worden, soziale Netzwerke aufzubauen, zu pflegen und für Einzelne auch über edukative und therapeutische Bemühungen nutzbar zu machen. Solche sog. Netzwerkinterventionen setzen dementsprechend auf ganz unterschiedlichen Ebenen an. Sie beginnen z. B. mit dem Training sozialer Fertigkeiten, reichern sich an mit Stressbewältigungstrainings auf der Ebene von Paaren, beinhalten die Initiierung von Selbsthilfegruppen und reichen bis hin zur Gestaltung von kommunikativen Strukturen auf der Ebene von Nachbarschaften, Organisationen und Gemeinden. All diese Maßnahmen haben sich nicht nur als effizient erwiesen; in einigen Fällen scheinen sie ein Ausweg für eine geringe Wirksamkeit bisheriger Maßnahmen zu sein (z. B. bei der Prävention von Drogenmissbrauch).

Soziale Netzwerke als Brutstätten von Krankheit

Man sollte sich hüten, soziale Netzwerke nur als Füllhörner der Gesundheit anzusehen. Seit der Vertreibung aus dem Paradies bergen sie auch eine Vielzahl von Gefahren und gesundheitsschädlichen Angeboten in sich. Zunächst ist es die Tatsache, dass eben auch die Ressourcen der sozialen Netzwerke verloren gehen können, nicht nur durch gesellschaftlichen Wandel, sondern schlicht auch durch Verlusterlebnisse wie den Tod eines Angehörigen. Solche Ereignisse können die Funktionstüchtigkeit des Immunsystems, aber auch das Gesundheitsverhalten der Betroffenen stark beeinträchtigen und zu erheblichen Einbußen in Hinsicht auf die gewohnte Erreichbarkeit sozialer Unterstützungspotenziale nach sich ziehen und damit allerlei Unliebsames produzieren (z. B. Depressionen, Herz-Kreislaufkrankungen etc.).

Neben dem Verlust an sozialer Unterstützung und gesundheitsförderlichen normativen Kontrollen gibt es aber auch unmittelbar soziale Noxen in den vielfältigen Netzwerkbeziehungen. Sie sind nicht nur das Spiegelbild der oben beschriebenen gesundheitsförderlichen Merkmale von sozialen Netzwerken (klein, hoch verdichtet), sondern sie bergen auch oft sehr belastende Beziehungen in sich, die in einigen Fällen etwa in Form von dauerhafter Kritik oder Überbehütung, aber schlicht auch durch falsche normative Vorgaben (z. B. über schlechte Vorbilder) zur Entstehung von psychischen und körperlichen Erkrankungen beitragen. Die Pflege sozialer Netzwerke kann also auch bedeuten, diese »Krankheitsherde« zu erkennen und zu bekämpfen oder aber sie von der Einzelperson zu isolieren, der man dann aber auch alternative soziale Welten bieten muss.

PROF. DR. BERND RÖHRL, *Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg, Tel.: (064 21) 2 82 36 20, E-Mail: roehrl@mail.uni-marburg.de*

Bürgermitwirkung, Kooperation und Vernetzung werden in der Städtebauförderung als wesentliche Voraussetzungen für erfolgreiche Stadtentwicklung gesehen. Dieses gilt insbesondere für Stadtteile, die vom sozialen Abstieg bedroht sind. Die Kriterien dieser Quartiere sind hinlänglich bekannt: Städtebauliche Defizite, hoher Versiegelungsgrad, unterdurchschnittlicher Wohnungsstandard, Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen, geringer Bildungsstand, Drogen- und Alkoholabhängigkeiten, überdurchschnittlich viele Alleinerziehende sowie geringes Gesundheitsbewusstsein.

Das Bund-Länderprogramm »Die Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf« wird seit 1999 bundesweit in mittlerweile über dreihundert Standorten umgesetzt. Die angestrebten Gebietsentwicklungsprozesse zielen auf die Verbesserung der Lebensbedingungen in den Quartieren, die Schaffung stabiler Sozialstrukturen und die Verbesserung der Lebenschancen für die Bewohnerinnen und Bewohner. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Themen Integration und Förderung des Zusammenlebens in Quartieren, die Verbesserung des Bildungsangebotes oder des Zugangs zu Bildungsangeboten sowie die Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen. Von den Kommunen ist ein auf Fortschreibung angelegtes gebietsbezogenes »Integriertes Handlungskonzept« aufzustellen. Dieses umfasst die Bereiche

- Bürgermitwirkung, Stadtteileben, soziale Integration Lokale Wirtschaft, Arbeit, Beschäftigung
- Quartierszentren, Stadtteilbüros
- Soziale, kulturelle, bildungs- und freizeitbezogene Infrastruktur, Schule im Stadtteil, Gesundheit
- Wohnen
- Wohnumfeld und Ökologie.

Integrierte Handlungskonzepte müssen, um wirksam zu werden, sich an den Interessen, Aktivitäten und Bedürfnissen der Quartiersbevölkerung orientieren. Das heißt, dass sie gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den lokalen Akteuren und Akteurinnen erarbeitet und weiterentwickelt werden.

Welche Rolle spielt das Quartier?

Es zeigt sich, dass sozialräumlich segregierte Stadtteile im besonderen Maße einer Förderung bedürfen. Negatives Quartiersimage und oben genannte Stadtteilkfaktoren führen zu sozialer Stigmatisierung der Bevölkerung. Von der Perspektivlosigkeit der Jugendlichen bis zur Altersisolation zeigt sich eine Vielzahl körperlicher und seelischer Probleme. In der Regel sind auch viele Bewohner und Bewohnerinnen mit Migrationshintergrund in diesen Quartieren wohnhaft. Wenn gleich eine kulturelle Vielfalt und deren wirtschaftliche Aktivitäten den Alltag beleben, so sind auch Integrations-schwierigkeiten festzustellen. Wenig Akzeptanz und Diskriminierungen lassen einen Wohlfühlaspekt nicht aufkommen. Auch im gesundheitlichen Bereich sind im Rahmen verschiedener Lebensgewohnheiten wie Wohnen, Ernährung, Kleidung, Erholung, aber auch Krankheit, Therapie, Pflege und Tod immer wieder Informationslücken zu beobachten.

Es gilt, die spezifischen sozialen Strukturen eines Quar- impulse 48/2005

tiers, die Zusammensetzung der Bevölkerung, ihre Hintergründe und ihre Bedarfslagen zu erfassen, um gemeinsam eine Aktivierung der Einwohner und Verbesserung der Lebensqualität zu erwirken. Unterschiedliche Ethnien, demographische Daten wie auch städtebauliche und wirtschaftliche Voraussetzungen bestimmen die Art der Maßnahmen, der Projekte und den gemeinsamen Entwicklungsprozess des Stadtteils.

Welche Chancen bietet der Nachbarschaftsansatz für die Gesundheitsförderung?

In Soziale Stadt-Gebieten leben viele Menschen mit wenig Einkommen und wenig ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein. Gesunde Ernährung, Sport, Bewegung, Vorsorge, aber auch Entspannung und Rekreation sind kaum verbreitet.

Nachfolgende initiierte wie auch gewachsene Projekte geben einen Einblick in die Möglichkeiten eines sozialen und gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses.

Der Arbeitskreis christlich-moslemischer Dialog wurde in Zusammenarbeit mit Moscheen und christlichen Kirchen organisiert. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Religionen, im Alltag und letztlich in gesundheitlichen Fragen standen auf der Tagesordnung. So wurden kulturspezifische Erfordernisse bei Klinikaufenthalten, Gesundheitsfragen wie Ernährung, Sportmöglichkeiten – besonders für Mädchen und Frauen – Therapieformen, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Pflege, Tod und Begräbnisrituale angesprochen.

Ebenfalls initiiert wurde ein Seniorenfilmclub in der Gemeinde. Hier werden monatlich Filme der 30er, 40er, 50er Jahre gezeigt. Die Vorstellungen werden nachmittags und mit einer Pause durchgeführt, was den älteren Gästen physiologisch sehr entgegenkommt. Zudem werden in den Pausen nicht bei Cola und Popcorneimern, sondern bei Tee und Gebäck Kontakte geknüpft. Gerade für alte und mitunter sehr arme Menschen ist diese Möglichkeit Freude zu erleben, unter Menschen zu kommen ein Beitrag gegen Vereinsamung und Isolation.

Das Bundesmodellprojekt ›Heran an die Zukunft‹ befasst sich mit dem Abbau der Arbeitslosigkeit bei türkischen Jugendlichen. Auch in diesem Projekt sind Moscheen, Migranteninstitutionen und vor allem ein bikultureller Sozialpädagoge eingebunden worden, um überhaupt einen Zugang zu den Familien zu bekommen. Dadurch konnte z. B. die Bedeutung der Sprachkenntnisse vermittelt werden, wodurch ein besseres Verständnis der gesellschaftlichen Bedingungen erzielt wurde, aber auch die Teilhabe und Integration gefördert werden. Die angesprochenen Familien erhielten Kenntnis von den sozialen und gesundheitlichen Systemen – von Begriffen wie Schulpflicht bis zu Schuluntersuchungen.

Das mittlerweile auf europäischer Ebene anerkannte Projekt Schutzengel e. V. vertritt den Präventionsansatz bei jungen Familien mit Kindern von null bis drei Jahren. Hier gilt es, niedrigschwellig in Zusammenarbeit mit den Betroffenen mit Hilfe einer Familienhebamme, einer Familienbegleiterin und einem umfassenden sozialen Netzwerk ein Maßnahmenkonzept zu entwickeln. Von den betroffenen Müttern werden neben den Hilfe- und Gesundheitsmaßnahmen vor allem die

Stärkung des Selbstwertgefühls, der Eigenkompetenz und der Befähigung zur gegenseitigen Unterstützung als wesentliche Elemente des Projekts genannt. Die Mütter lernen gemeinsam und voneinander den Umgang mit ihren Alltagsproblemen, mit sich und ihren Kindern. Im Hinblick auf die kleinen Kinder sollen Deprivation, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen gemindert oder gar vermieden werden. Auffälligkeiten sollen möglichst frühzeitig im Elterntreff durch die ehrenamtlich tätige Kinderärztin erkannt werden, um geeignete Wege in Kooperation mit anderen Personen und Einrichtungen einzuleiten.

Gewachsene Nachbarschaftsprojekte sind einmal der Fotoclub, der interessierten Menschen, jung und alt, mit und ohne Arbeit, gemeinsam eine Aufgabe stellt. Ferner ist aus der Nachbarschaft, einem betroffenen Diabetiker und seiner kranken Frau ein Reisedienst für Alleinstehende, Diabetiker und Behinderte entstanden. In diesem Projekt wird besonders auf die Bedürfnisse der Kranken Rücksicht genommen. Geeignete Hotels, Einzelzimmer, ärztliche Betreuung vor Ort, Fahrtenpausenregelung, Diäten u. a. m. werden beachtet. Chronisch Kranke oder auch einsame Menschen reisen nicht nur gemeinsam, sondern können auch ihre Kontakte am Wohnort fortsetzen, da sich diese private Reisegruppe relativ homogen aus dem Stadtteil zusammensetzt.

Auch ortsansässige Firmen aktivieren aus ihrer Erfahrung mit den Menschen im Stadtteil Präventionsprojekte und Informationsveranstaltungen. So werden nicht nur Defizite in den Wohnungen bei alten Treppenaufgängen oder Badinstallationen offen gelegt, sondern auch kostenlose Blutdruck-, Zucker- und Gewichtsmessungen sowie Trainingsmaßnahmen angeboten.

Unterschiede zwischen gewachsenen und initiierten Nachbarschaften?

Unterschiede zwischen initiierten und gewachsenen nachbarschaftlichen Projekten bestehen wohl im Wesentlichen in der formalen Umsetzung, vor allem wenn es sich um öffentlich geförderte Projekte handelt. Hier müssen Konzepte, Kostenfinanzierungspläne, Qualitätsmanagement, Evaluation etc. vorliegen. Besonders nach Abschluss einer Maßnahme stellen sich dann häufig die Schwierigkeiten einer Weiterfinanzierung.

Hinsichtlich der Nachhaltigkeit und der jeweiligen Inhalte verhalten sich jedoch sowohl initiierte als auch gewachsene Nachbarschaftsprojekte gleich. Das heißt, unter der Voraussetzung, dass die Menschen, die es umsetzen, hochmotiviert und engagiert sind. Vor allem aber müssen die Maßnahmen und Projekte sich an den wirklichen Bedarfslagen und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und diese aktiv an der Arbeit beteiligen.

HELENE LUIG-ARLT, Büro für Stadtteilmanagement,
Heuberg 5, 24977 Langballig, Tel.: (04636) 97 78 58,
Fax: (04636) 97 78 57, E-Mail: luig-arl@foni.net

Verena Mayr-Kleffel

Netzwerke und Gender

Ergebnisse der Netzwerkforschung erscheinen besonders geeignet, die Geschlechterverhältnisse im Zusammenhang mit Strukturzusammenhängen zu beleuchten. Der folgende Überblick stellt empirische Befunde überwiegend von Studien dar, in denen soziale Beziehungen aus dem Blickwinkel einer zentralen Person untersucht werden.

Familien- und Lebenslaufstudien

Für Frauen sind mehr personenbezogene Hilfeleistungen, beispielsweise Hilfe bei persönlichen Problemen, für Männer dagegen mehr güterbezogene Hilfeleistungen belegt, etwa Wohnungsrenovierung.

Frauen haben in der Regel milieuübergreifend mehr verwandtschaftliche Beziehungen und engere Kontakte zu Verwandten als Männer. Zwar sind Töchter häufiger als Söhne emotional enger mit ihren Eltern verbunden und erfahren auch mehr Hilfeleistungen, auch nach einer Scheidung, sie sind ihrerseits auch hilfsbedürftiger in den Familienphasen mit Klein- und Schulkindern.

Es sind Frauen, die den alt gewordenen Eltern häufiger als Männer personenbezogen helfen, und sie sind es auch, die im Pflegefall vor der Entscheidung stehen, ihre Erwerbstätigkeit zeitlich zu reduzieren, zu unterbrechen oder gänzlich zu beenden. Diese Ergebnisse bescheinigen gerade Frauen einerseits ein spezifisches Unterstützungspotenzial des verwandtschaftlichen, häufig weiblichen Netzwerkes: Defizite in der öffentlichen Kinderbetreuung werden von Großmüttern kompensiert, so dass Mütter erwerbstätig sein können; im Fall von schweren Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit in der Verwandtschaft erwachsen jedoch andererseits eher Frauen belastende Verpflichtungen, die ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren oder unmöglich machen. Durch die intensiveren und häufigeren Verwandtenkontakte, aber auch durch die häufigere teilzeitliche Erwerbstätigkeit scheinen Frauen gleichzeitig eher als Männer davor gefeit, in Phasen der Arbeitslosigkeit in die Isolation zu geraten.

Freundschaftsstudien

Freundschaftsstudien belegen durchgängig eine homosoziale Freundschaftswahl und das Prinzip der Reziprozität von Unterstützung. In dem frei gewählten Teil ihres persönlichen Netzwerkes entscheiden sich Menschen also für Freunde des ähnlichen Alters, des gleichen Geschlechts und des gleichen Bildungsniveaus. In der Regel nennen Frauen mehr Freundschaften als Männer, scheinen aber damit unzufriedener zu sein und empfinden sich als einsamer. Die beste Freundin ist die erste Ansprechpartnerin bei Partnerschaftsproblemen und, nach dem Partner, die zweite bei Gefühlen der Niedergeschlagenheit; Männer wenden sich diesbezüglich häufiger an ihre Partnerin. Für junge Frauen kann im Vergleich zur Adoleszenz der Stellenwert von Freundinnen sinken, weil sie sich auf die Partnersuche bzw. auf den männlichen Partner konzentrieren.

In den Freundschaften segregieren sich die Geschlechter voneinander; daher können Privilegien, aber auch Benachteiligungen kumulieren. Im Fall einer Beziehungsdyade sind Frauenfreundschaften sozialstrukturell gesehen eine Insel;

der dort erfahrene Trost mag häufig hilfreich sein. Die soziale Ähnlichkeit in Freundschaften, möglicherweise gepaart mit Konformitätszwang, kann allerdings den Aufbruch in neue Interessensgebiete oder in Männerdomänen lähmen.

Die Bedeutung von Netzwerkbeziehungen auf dem Arbeitsmarkt

Nach Studien zur beruflichen Mobilität lassen sich ›schwache Bindungen‹ (Granovetter, 1973), also funktional spezifische, distanzierte Beziehungen, als wichtige Brücken charakterisieren. Studien aus den USA belegen ihre Bedeutung für den Erhalt eines neuen Arbeitsplatzes gerade in fortgeschrittenen Karrierephasen von qualifizierten Männern: Bekannte informieren nebenbei über vakante Stellen und bieten damit die Voraussetzung für eine chancenreiche Bewerbung. Gerade schichthöhere Menschen verfügen über eine höhere Anzahl an Bekanntschaften, und aufgrund der größeren Teilnahme am öffentlichen (Vereins-)Leben verfügen mehr Männer als Frauen über Bekanntschaften.

Auch dann, wenn Frauen über ein günstiges betriebsinternes Netzwerk in einem großen Unternehmen verfügen, profitieren sie davon als Minderheit für einen Aufstieg nicht in derselben Weise wie die Mehrheit der männlichen Beschäftigten; das ist das Fazit einer US-amerikanischen Studie (Burt, 1992). Nur diejenigen Frauen stiegen überdurchschnittlich schnell in die obere Managementetage auf, die von dem sozialen Netzwerk eines hierarchisch höher positionierten männlichen ›Sponsoren‹ profitierten; das verlieh ihrem Status Legitimität. Kleine, eng geknüpfte, rein weibliche Netzwerke wirkten eher aufstiegshemmend. Nach einer internationalen Vergleichsstudie verfügen Frauen, wenn sie einmal in Führungspositionen aufgestiegen sind, in den männlich dominierten Netzwerken über Beziehungen mit einer ähnlich großen Reichweite (Anzahl der Personen aus anderen Eliten) und Intensität wie Männer.

Anhand dieser Ergebnisse lässt sich resümieren, dass Frauen und gerade niedrig qualifizierte Frauen häufig in geringerem Ausmaß über das spezifische soziale Kapital ›schwache Bindungen‹ verfügen als Männer bzw. dass ihnen als Außenseiterinnen in einem Unternehmen dieses soziale Kapital weniger nützt. Damit lässt sich die ungleiche Platzierung der Geschlechter im Erwerbssystem netzwerkanalytisch abbilden und auch eine kumulative Wirkung dieser geringen Ausstattung mit sozialem Kapital nachzeichnen.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. VERENA MAYR-KLEFFEL, *Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg, FB Sozialwesen, Bahnhofstr. 87, 90402 Nürnberg*

Kurzfassung des Beitrages Netzwerkforschung:

Analyse von Beziehungskonstellationen, in: Ruth Becker,

Beate Kortendiek (Hrsg.): Handbuch

Frauen- und Geschlechterforschung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004, S. 304-310.

Bernhard Kelle

»Hallo, ist da draußen jemand?« Virtuelle Beratung im World-Wide-Web

Für viele Menschen ist in den letzten Jahren das weltweite Netz zu einer wichtigen Begegnungsstätte mit Gleichgesinnten geworden. Entweder teilen sie sich einfach mit, wie dies in Chats, Foren, Newsgroups oder mit der immer stärker aufkommenden Internet-Telefonie möglich ist, oder sie suchen Hilfe für ihre persönlichen Probleme. Das Spektrum der Hilfsanfragen und Hilfsangebote reicht quer durch sämtliche denkbaren Probleme und Krisensituationen. Ebenso reicht es von professioneller, institutionalisierter Hilfe bis hin zu ungesteuerten Debatten, bei denen alle Teilnehmenden sich zu Experten aufschwingen können.

Hallo Leute

Ein typischer Einstieg in eine solche Debatte, die im Fachjargon ›Thread‹ heißt, lautet: »Hallo Leute, du meine Güte, heute habe ich einen ganz schlechten Tag. In meinem Leben scheint alles durcheinander. Ich bin 31...«

So meldet sich ›ElbEngel‹ in einem Forum zu Wort. ›ElbEngel‹ ist der anonyme Alias-Name (›Nickname‹) eines Menschen, mit dem sie/er an Diskussionen in Chats, Foren und Newsgroups, also an Kommunikationssträngen des Internets, teilnimmt. Dem Hilferuf folgen 33 mehr oder weniger hilfreiche Beiträge von verschiedenen anderen Forumsteilnehmenden. Ob ›ElbEngel‹ damit wirklich geholfen war, lässt sich nicht feststellen, aber es hat so etwas wie eine ›virtuelle Gemeinsamkeit‹ stattgefunden. Menschen, die sich nur mit ihren ›Nicknames‹ kennen, geben sich ernsthaft Mühe, Gemeinsamkeit, Vertrauen und Hilfsbereitschaft zu inszenieren. Der scheinbare Widerspruch zwischen ›virtuell‹ und ›Gemeinschaft‹ ist im Netz nicht maßgeblich.

Alle helfen allen bei allem

Alle helfen allen bei allem. Ob nun die Anleitung für den Fahrradcomputer verloren wurde oder ein mehr seelisches Problem, wie bei ›ElbEngel‹, vorliegt, es melden sich immer Helfer und geben Tipps. Dieses Prinzip schließt einen gewissen Wildwuchs mit ein. Da sowohl die Hilferufe als auch die Ratschläge von Laien an Laien anonym verlaufen, bleibt offen, ob es sich um ein ›Spiel‹ handelt oder um blutigen Ernst. Was kann das Netz dann noch für den Einzelnen leisten? Es ist erstaunlich, aber gerade die Vielzahl der Angebote und die hohe Zahl der Teilnehmenden verursachen die Ausbildung neuer Gesprächs- und Verhaltensregeln, die man auch als ›Netiquette‹ bezeichnet. Sie sorgt für eine gewisse soziale Kontrolle unter den Teilnehmenden, so dass unernste, obszöne oder primitive Beiträge sofort als unwillkommen moniert werden. Die Absender und Absenderinnen solcher Beiträge können abgemahnt und – zumindest zeitweise – gesperrt werden. Dabei macht es freilich einen großen Unterschied, ob ein Forum frei zugänglich oder ›moderiert‹ ist, was bedeutet, dass alle Beiträge von einem Moderator oder einer Moderatorin auf ihre Tauglichkeit überprüft werden.

Grenzfälle

Da Beratung in Lebenskrisen eine ernste Sache ist, die von geschultem Personal in Beratungsstellen ausgeführt wird, stellt sich die Frage, ob Laien auf diesem Gebiet nicht mehr

Schaden verursachen, als sie Gutes tun können. Tatsächlich gibt es Grenzgebiete, wo die nötige Kenntnis einer in Frage kommenden Beratungsmethode fehlt und wo das im Alltag übliche ›Ratgeben‹ dem Klienten oder der Klientin keine Hilfe sein kann. Es handelt sich dann um Gesprächssituationen, die vor der Ausbreitung des Netzes eher nur professionell Helfenden wie Pfarrern, Psychiatern und Sozialpädagogen zugänglich waren, die dafür ausgebildet sind und selbst durch ›Supervision‹ Hilfe erhalten. Laien sind in solchen Situationen extrem überfordert. Einen solchen Extremfall stellen die sogenannten ›Todesforen‹ dar, in denen Menschen sich zu Wort melden, die sich mit Selbstmord befassen. Sie sind zwar meist moderiert, aber der Verlauf der Debatten zeigt oft, dass professionelle Hilfe dringend anzuraten wäre.

Professionelle Hilfe im Netz

Zwar können solche zweifelhaften Angebote die ›virtuelle Beratung‹ in schiefem Licht erscheinen lassen, aber es gibt eine große und wachsende Zahl von seriösen, professionellen Hilfsangeboten im Netz. Sie nutzen die Besonderheit der anonymen Teilnahme, die es manchen Klientinnen und Klienten erst ermöglicht, sich überhaupt einer Beratungsstelle zu nähern. Ein Beispiel für eine E-Mail-Beratung, die auf diesem Wege Klientinnen anspricht, die sich sonst kaum freiwillig beraten lassen würden, ist die Online-Beratung der Caritas zum Thema Schwangerschaft. Da das Netz ein ›junges‹ Medium ist, wenden sich viele professionelle Dienste auch explizit an Jugendliche, wie z. B. das Projekt ›U25-Suizidprävention für Jugendliche‹, das vom „Arbeitskreis Leben Freiburg“ betreut wird. Mit einem Problem haben allerdings alle virtuellen Beratungsformen zu kämpfen: Sie können nicht verhindern, dass der einmal hergestellte Kontakt plötzlich wieder abreißt. Hier sind den Helfenden durch die sonst gewollte Anonymität Grenzen gesetzt. Nur in Extremfällen, wenn z. B. ein Suizid angekündigt wird, lässt sich der hohe Aufwand einer Zurückverfolgung der Verbindung rechtfertigen. Außerdem würde dadurch das Vertrauen der anonym auftretenden Hilfesuchenden und damit die Basis der virtuellen Beratung zerstört.

Freunde fürs Leben

Häufig wird die Meinung geäußert, dass Menschen, die sich nur mehr vor dem Computer aufhalten, sozial vereinsamen und auf die eine oder andere Art gefährdet seien: Zumindest lässt sich aber auch das Gegenteil feststellen. In nicht wenigen Chats oder Foren hebt sich im Laufe der Teilnahme der Schleier der Anonymität. Indem man sich z. B. beim Chatten in einen für die anderen Teilnehmenden nicht sichtbaren, „privaten“ Bereich begibt, wird ein Austausch von Telefonnummern und echten Namen möglich, ohne dass die Anonymität gegenüber der Allgemeinheit aufgehoben würde. Auf diese Weise ist schon mehr als eine Freundschaft, mehr als eine Ehe entstanden.

PROF. DR. BERNHARD KELLE, *Deutsches Seminar I, Universität Freiburg, 79085 Freiburg, Tel. (07 61) 2 03 32 65, E-Mail: bernhard.kelle@germanistik.uni-freiburg.de*

Soziale Netzwerke in traditionellen und neuen Strukturen

Persönliche soziale Netzwerke entstehen vielfach im Zusammenhang mit Vereinsleben, z.B. Schützenverein, Sportverein etc. Neben diesen traditionellen Verbänden haben sich moderne Varianten gebildet. Die Frage ist, was diese Entwicklung für das Herausbilden von sozialen Netzwerken bedeuten kann. Dem gehen die beiden folgenden Artikel nach. Der Landfrauenverband als eher traditionelle Struktur und attac als relativ neue Gründung stellen ihre Arbeit dar und versuchen, den sozialen Netzwerken in ihren Reihen auf die Spur zu kommen.

Maria Vogel

Der Niedersächsische LandFrauenverband – ein starkes Netz im ländlichen Raum

Der Niedersächsische LandFrauenverband (NLV) zählt mit rund 70.000 Mitgliedern zu einem der größten Frauenverbände in Niedersachsen, der die Interessen der Frauen und Familien im ländlichen Raum vertritt. Mitglieder sind Bäuerinnen ebenso wie Frauen aus anderen Berufen, Hausfrauen genauso wie Erwerbstätige. Die junge Mutter beteiligt sich neben dem älteren, allein lebenden Mitglied. Diese Vielseitigkeit ist charakteristisch für die LandFrauenarbeit und Grundlage für ihr Netzwerk. Sie spiegelt sich in den Aufgaben und Zielen aller Verbandsebenen wider.

Die Säulen der Verbandsarbeit

Eine wesentliche Säule der Verbandsarbeit ist die Bildungsarbeit. Alle Verbandsebenen zusammen haben im vergangenen Jahr mehr als 5.000 Vorträge, Kurse und Seminare mit rund 243.000 Teilnehmerinnen durchgeführt. Während vor Ort vorrangig die monatlichen Vortragsveranstaltungen stattfinden, lädt der Landesverband zu übergeordneten landesweiten Seminaren ein, deren Themen wiederum in den LandFrauenvereinen (LFV) und Kreisverbänden (KV) aufgegriffen werden.

Die Interessenvertretung ist eine weitere Säule, bei der alle Vereinsebenen Hand in Hand arbeiten. Die LandFrauenbewegung versteht sich einerseits als Interessenvertretung der Bäuerinnen und beschäftigt sich neben landwirtschaftlichen vor allem mit agrarsozialen Fragen. Zum anderen setzen sich LandFrauen mit allgemeinen sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Frauen- und Familienthemen auseinander. Das fängt an bei der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Ehrenamt, setzt sich fort über Strukturfragen im ländlichen Raum und greift auch Themen wie Medienverwahrlosung oder Vermittlung von Alltagskompetenzen in Schulen auf. Interessenvertretung bedeutet für die LandFrauen, sich mit den Anliegen, Sorgen und Entwicklungen zu befassen, die die Menschen im ländlichen Raum bewegen. Als dritte Säule der Verbandsarbeit sei die Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen genannt, die zunehmend an Bedeutung gewinnt und die anderen Säulen ergänzt.

Das Netzwerk

Das Netzwerk ›LandFrauenarbeit‹ leitet sich u. a. aus seiner Struktur ab. Die Mitglieder sind in 284 Ortsvereinen und 40 Kreisverbänden flächenweit organisiert. Unter dem Dach des

Landesverbandes werden ihre Anliegen und Interessen umgesetzt. Vergleichbar mit einem Haus, das mit seinem Keller auf festem Grund steht und mit seinem Dach vor allen Unwägbarkeiten geschützt ist, verstehen sich die Mitglieder als solide Grundlage, auf die sich die Kreisverbände als Stockwerke und der Landesverband als übergeordnetes Dach aufbauen. Jede Ebene hängt eng mit der anderen zusammen und ergänzt sich mit ihren unterschiedlichen Funktionen. Das wechselseitige Geben und Nehmen steigert die Kompetenzen und damit den Einfluss der LandFrauenarbeit.

Wichtig für erfolgreiche Netzwerkarbeit ist der regelmäßige gegenseitige Austausch über Rundschreiben, Mitgliederinformationen und Veranstaltungen. Eine weitere Voraussetzung ist das gemeinsame Umsetzen von Aufgaben, Aktionen und Projekten. Beispielhaft sei die Gesundheitsinitiative zur Brustkrebsvorsorge ‚Tastsinn‘ genannt. Durch das gemeinsame Anliegen, Frauen verstärkt für die eigene Brustkrebsvorsorge zu motivieren, haben der NLV und das Nds. Frauenministerium die Initiative ins Leben gerufen. Ohne die Unterstützung der LFV und KV hätten die rund 200 Veranstaltungen mit mehr als 4.000 Teilnehmerinnen nicht stattfinden können, denn hier wurden Absprachen mit den Referentinnen getroffen, Räume organisiert, Material besorgt und vor allem Teilnehmerinnen gewonnen.

Gemeinsam gestalten

Netzwerken heißt: gleiche Ideen und Anliegen entwickeln, die gemeinsam, aber mit Arbeitsteilung umgesetzt werden. Jede Vereinsebene ist verantwortlich für den übernommenen Aufgabenbereich, vom Erfolg profitieren alle, das gemeinsame Ziel wird erreicht. Netzwerk der LandFrauenarbeit heißt aber auch, vertrauensvoll miteinander umgehen und für einander da sein. Nicht umsonst tragen LandFrauen aufgrund ihres geselligen, kulturellen und sozialen Engagements zur Lebensqualität im ländlichen Raum bei. Netzwerken beinhaltet darüber hinaus Offenheit für viele Partner, die wiederum neue Netzwerke bilden. Gemeinsamkeit, Eigenverantwortung und aktives Gestalten, das prägt die LandFrauen, das starke Netzwerk von, für und mit Frauen auf dem Lande.

MARIA VOGEL, *Niedersächsischer LandFrauenverband Hannover e.V., Johannessenstr. 10, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 3 53 96 00, Fax: (05 11) 35 39 60 15, E-Mail: vogel@landfrauen-nlv.de*

Jutta Sundermann

Attac – ein Organisationsexperiment

»Die Welt ist keine Ware« – Seit 2000 arbeitet Attac in Deutschland zu Themen der Globalisierungskritik. Mit öffentlichen Aktionen, zahlreichen Bildungsveranstaltungen und fundierten Hintergrundmaterialien sollen nicht nur Informationen weitergegeben, sondern auch Druck aufgebaut und politische Veränderungen für soziale Rechte und Gerechtigkeit weltweit erstritten werden.

Eine etwas experimentelle Organisationsform

Attac als Organisation lässt sich schwer einer Form zuordnen. Einerseits wurden inzwischen fast 20.000 Menschen Mitglieder und in knapp 200 Städten arbeiten kontinuierlich Attac-Gruppen. Die Teilnahme an Veranstaltungen, die Mitarbeit in Gruppen und überregionalen AGs ist aber nicht an eine Mitgliedschaft gebunden.

Andererseits haben sich zahlreiche Organisationen dem Netzwerk Attac angeschlossen, Umweltverbände wie Gewerkschaften und Kirchen oder entwicklungspolitische Nichtregierungsorganisationen. Ihre Mitglieder wiederum sind sehr unterschiedlich gut über Attac informiert, lassen sich aber gelegentlich für bestimmte Kooperations-Vorhaben gewinnen.

Das ganze Projekt ist sehr heterogen. Das ist Absicht, denn die politische Wirkung soll durch ein breites Bündnis und die Unterstützung sehr verschiedener Menschen und Gruppen erhöht werden. In manchen Attac-Gruppen erfordert es viel Toleranz und Fingerspitzengefühl, die alten und jungen Menschen, die antikapitalistisch und reformerisch orientierten, die lauten und leisen unter einen Hut zu bringen. Häufig sind das keine Gruppensituationen zum Wohlfühlen. Sie funktionieren, solange sich alle einem Grundkonsens verpflichtet fühlen. Ihre Mitglieder tragen die Idee der Wirksamkeit durch Vielfalt mit.

Gleichzeitig sind deutlich homogenere Freundeskreise anzutreffen, die als Attac-Gruppe oder -Untergruppe mit ihrem politischen Engagement auch den privaten Austausch verbinden und manchen Infostand beim gemeinsamen Brunch an einem Sonntagvormittag weiterentwickeln. Diese Gruppen arbeiten oft über eine lange Zeit intensiv miteinander, allerdings gelingt es ihnen schwerer, neue Menschen einzubinden.

Motivationen zur Mitarbeit

Bei Attac mitzuarbeiten bedeutet vielen Aktiven zunächst, viel zu lernen. Die wirtschaftspolitischen Zusammenhänge zu durchschauen und erklären zu können, ist nicht nur hilfreich am Infostand in der Innenstadt, sondern auch für das eigene Weltbild und nicht selten die berufliche Weiterentwicklung. Attac ermöglicht Kontakte mit engagierten Menschen und spannenden Referentinnen und Referenten auch aus dem Ausland. Das wird auch von Menschen gerne angenommen, die nicht kontinuierlich in einer Gruppe mitarbeiten möchten. Je mehr „Event“-Charakter die großen Veranstaltungen haben, desto mehr Menschen folgen der Einladung, z.B. zur jährlichen Attac-Sommerakademie.

Für Menschen, die selbst aktiv mitarbeiten wollen und Projekte mit oder selbst entwickeln und durchführen möchten, bietet die recht offene Struktur viele Möglichkeiten. Hier entstehen – auch überregional – Freundschaften und es lassen sich Organisationserfahrungen sammeln, die sowohl für das politische Ziel als auch für die eigene Weiterbildung wertvoll sind.

Mit seiner offenen Organisationsform und seiner heterogenen Zusammensetzung unterscheidet sich Attac deutlich von den Strukturen klassischer Netzwerke. Das Engagement bei Attac ist für die einzelnen Mitglieder eine Möglichkeit,

dem eigenen Ohnmachtsgefühl zu entfliehen und gemeinsam gesellschaftliche Veränderungsprozesse anzuschleichen – was im Sinne der Salutogenese gesundheitsfördernde Wirkungen hat.

JUTTA SUNDERMANN, *Räubergasse 2 a, 38302 Wolfenbüttel,*
Tel.: (053 31) 88 23 53, E-Mail: jutta.s@jpberlin.de

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fensckeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 50 00 52
Fax: (05 11) 3 50 55 95
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

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

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

Beiträge: Monika Bobzien, Thomas Böhme, Prof. Dr. Thomas Elkeles, Peter Hövermann, Prof. Dr. Bernhard Kelle, Dr. Wolf Kirschner, Helene Luig-Arlt, Prof. Dr. Verena Mayr-Kleffel, Björn Menkhaus, Gunter Neubauer, Prof. Dr. Bernd Röhrle, Gerlinde Rohrauer, Jutta Sundermann, Simone Trautsch, Maria Vogel, Susanne Werner, Ulrich Wöhler

Sekretariat: Anja Führmann

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 49: 21.10.2005

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

Auflage: 6.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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



Wolf Kirschner, Thomas Elkeles

Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen

Die Gesundheitsförderer haben die Arbeitslosen entdeckt. Was spricht dagegen? Nichts!?

National und international zeigt die sozial-epidemiologische Forschung unstreitig, dass Arbeitslosigkeit und v. a. Langzeitarbeitslosigkeit

- Gesundheitsrisiken erhöht und kumuliert;
- die Inzidenz bzw. Progredienz von Krankheit erhöht;
- und auch das Risiko von Frühmortalität erhöht.

Im Sinne eines Abbaus sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen macht es also grundsätzlich Sinn, durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen der Risikosenkung und Ressourcenerhöhung den Gesundheitszustand von Arbeitslosen zu sichern bzw. zu verbessern. Die Mehrzahl der nationalen und internationalen Projekte zur Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen verfolgt jedoch nicht dieses eher ›bescheidene‹ Ziel, – das zu realisieren in Wirklichkeit schon schwierig genug ist –, nein Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen die (potenzielle) Wiederbeschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verbessern und erhöhen.

Können die Akteure dieser ›arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung‹ halten, was sie versprechen? Wir meinen – eher nein. Wir sind der Auffassung, dass es mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V nicht nur unrealistisch und derzeit sogar utopisch ist, dieses Ziel zu erreichen, dass Programme der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen durch diese doppelte Zielstellung vielmehr sogar grundsätzlich gefährdet werden können. Diese These wollen wir mit einigen Überlegungen untermauern.

Es ist zunächst sicher nicht zu bestreiten, dass zu den wesentlichen Risikofaktoren von Langzeitarbeitslosigkeit neben dem Alter und geringen Qualifikationen v. a. auch Morbidität und Behinderung gehören. Der Anteil der Arbeitslosen mit sog. gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird durch die Bundesagentur für Arbeit statis-

tisch erfasst und beträgt im Durchschnitt ca. 20 %, wobei dieser Anteil in bestimmten Arbeitslosengruppen um das Zwei- bis Dreifache erhöht ist. Von den 5 Millionen Arbeitslosen sind davon eine Million betroffen.

Sind diese Zahlen nicht schlagende Beweise für die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung? Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen weisen in großer Mehrzahl schwere Krankheiten und Behinderungen auf, darunter u. a. Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen u. v. a. mehr. In vielen Fällen bedarf es hier zusätzlicher, gezielter Diagnostik, einer optimierten Therapie und häufig auch der Rehabilitation. Diese Leistungen fallen aber nicht nur nicht in den Aufgaben- und Leistungsbereich der Krankenkassen nach § 20 SGB V, sie wären mit den dort zur Verfügung stehenden bescheidenen Mitteln auch gar nicht zu finanzieren.

Bisher gibt es auch kein ausgearbeitetes instrumentelles und strukturelles Konzept, mit welchen integrierten Interventionen der Gesundheitszustand dieser Gruppen verbessert werden könnte.

Leistungen der Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Ist das Ziel der erhöhten Wiederbeschäftigungsfähigkeit gesetzt, sind diese Maßnahmen absehbar unwirksam und unwirtschaftlich. Denn wo vier Millionen Menschen ohne wesentliche gesundheitliche Einschränkungen keine Arbeit finden, macht es keinen Sinn, mit dem Ziel der Beschäftigungsförderung den Gesundheitszustand von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern. Eine derartige Intervention ließe sich derzeit und auf absehbare Zeit nur politisch-moralisch legitimieren. Derartige Strategien haben erst dann einen Sinn und v. a. auch eine ökonomische Basis, wenn der demographische Wandel eine ggf. sinkende Einwanderung und ein mögliches Scheitern der Heraufsetzung des Renteneintrittsalters zu Engpässen auf Arbeitsmärkten führt und auch Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen wieder fit für das Arbeitsleben gemacht werden müssen.

Bleiben wir nun nur bei den genuin gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen des § 20 SGB V. Was können wir bei Arbeitslosen mit eher geringfügigen gesundheitlichen Einschränkungen da erreichen?

Kann damit der Gesundheitszustand gesichert oder verbessert werden? Können damit die Beschäftigungschancen erhöht werden?

Die uns bisher bekannt gewordenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen zeichnen sich u. a. durch folgende Charakteristika aus:

- Sie sind unzureichend interventionstheoretisch fundiert (Wirkungsmodelle, Effektstärken etc.).
- Die Zielgruppenauswahl ist oft unklar bis beliebig.
- Eine Bedarfsbestimmung ist eher selten.
- Es handelt sich nicht wirklich um Interventionen, sondern um Angebote, die von interessierten Arbeitslosen in Anspruch genommen werden können oder nicht.
- Die Akzeptanz der Angebote ist eher verhalten.
- Das Setting der Job-Center ist prinzipiell ambivalent.
- Das Methodenarsenal des § 20 ist eng begrenzt.
- Die Dokumentations- und Evaluationspraxis ist von wenigen Ausnahmen abgesehen völlig unzureichend.

De facto wissen wir über die instrumentelle Wirksamkeit der Maßnahmen hinsichtlich des gesundheitlichen Ziels bisher nur wenig, über das beschäftigungsfördernde Ziel nahezu nichts. Zu diesem ernüchternden Befund gesellt sich noch ein möglicher und wahrscheinlicher ›bias‹ bei der Auswahl der Probanden. Unter dem Zwang – gerade hinsichtlich des beschäftigungsfördernden Ziels –, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen, werden v. a. Probanden mit eher geringen gesundheitlichen Einschränkungen und höheren Beschäftigungschancen präferiert.

Was bleibt zu tun? Wir sollten hinsichtlich der Ziele bescheidener werden und



uns auf das Ziel der Verbesserung und Förderung von Gesundheit beschränken. Das beschäftigungsfördernde Ziel muss – so es überhaupt definiert wird – weit in den Hintergrund gerückt werden und darf derzeit auch kein prioritäres Evaluationskriterium sein. Nur auf diese Weise lösen wir das Dilemma auf, Gesundheitsförderung betreiben zu müssen und Arbeitslose mit besonderem kurativen, rehabilitativen und präventiv gesundheitsfördernden Interventionsbedarfen systematisch auszugrenzen.

Was Not tut, sind Präzision, klare Interventionsdesigns, optimale Umsetzungs- und Durchführungsbedingungen und Evaluationen nach dem state of the art der Evaluationsforschung. Dafür braucht es auch Geld. Wer aber meint, dass mit der parallelen Zielstellung von Gesundheits- und Beschäftigungsförderung die Geldhähne schneller sprudeln, wird nach wenigen Evaluationsläufen ganz auf dem Trockenen sitzen.

Und wer den Gesundheitszustand von Arbeitslosen entscheidend und grundsätzlich sichern und verbessern will, der muss Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit bekämpfen. Und dies ist weder die Aufgabe der Gesundheitsförderer noch die der Krankenkassen.

Literatur bei den Verfassern

DR. WOLF KIRSCHNER, *Consultant
Forschung, Beratung und Evaluation
GmbH in Medizin, Epidemiologie,
Gesundheits- und Sozialwesen, c/o
Charité Frauenklinik CVK,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,
Tel.: (0 30) 4 50-57 80 22*

PROF. DR. THOMAS ELKELES,
*Sozialmedizin und Public Health,
Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich
Gesundheit und Pflege, Postfach 11 01 21,
17041 Neubrandenburg,
Tel.: (03 95) 56 93-4 17,
E-Mail: elkeles@fh-nb.de*

Susanne Werner

Gesundheit als Privatsache?

Technik und Marktentwicklung haben das journalistische Arbeitsfeld rasant verändert. Die Belastungen sind dadurch deutlich gewachsen und untergraben die Gesundheit der Beschäftigten.

Das journalistische Arbeitsfeld hat sich in den vergangenen 25 Jahren grundlegend verändert. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie machte eine Vielzahl an Arbeitsvorgängen aus dem Druckbereich überflüssig, ehemalige Aufgaben des Druckbereichs – etwa Satz und Layout – erledigen inzwischen die Redaktionen. Die wirtschaftliche Krise der vergangenen Jahre setzte die Branche zusätzlich unter Druck. Viele Medienhäuser bauten Personalstellen ab.

Wie haben die Journalistinnen und Journalisten diesen dramatischen Wandel verkraftet? Welche Belastungen erfahren sie in ihrem Alltag? Was bereitet ihnen nach wie vor Freude? Und was verstehen sie unter Gesundheit und Krankheit? Fragen dieser Art sind aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht von Belang. Schließlich prägen die Beschäftigten in den Medien das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Öffentlichkeit.

Jeder Fünfte fühlt sich ›ausgebrannt‹

Die Datenlage aber ist dürrtig. In den Fehlzeiten-Statistiken werden die Medienschaffenden meist eingeordnet in kultur- und bildungsbezogene Berufe. Und in der medien- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung war die Gesundheit von Journalistinnen und Journalisten nur selten ein Thema. Ende der 90er Jahre untersuchte der Medienwissenschaftler Michael Bodin in einer quantitativen Studie das Ausmaß des Burnout-Syndroms unter den Medienprofis. Etwa ein Fünftel der 66 Befragten galten nach seiner Analyse als ›ausgebrannt‹.

US-Professor Howard Gardner hat 100 Journalistinnen und Journalisten sowie Gen-Wissenschaftlerinnen und -wissenschaftler qualitativ befragt und deren Arbeitszufriedenheit verglichen. Gardners zentrale Kategorie ist der Grad der ›Übereinstimmung‹ (Alignment) der Beschäftigten einer Branche. Die Gentechnikerinnen und -techniker

stimmten überein im Glauben an den Sinn und Wert ihrer Arbeit. Die Journalistinnen und Journalisten hingegen sahen sich divergierenden Vorstellungen ausgesetzt. Ihrem Berufsverständnis folgend wollen sie anspruchsvolle, hochwertige Texte publizieren, die Verlage hingegen setzen auf hohe Gewinne und das Publikum lässt sich durch seichte, triviale Lektüre locken.

Howards Ansatz trifft sich mit den Forschungen zur betrieblichen Gesundheitspolitik. Badura und Hehlmann nennen eine Organisation unter anderem dann gesund, wenn die Beschäftigten Überzeugungen, Werte und Regeln teilen. Weitere Merkmale sind Identifikation mit den übergeordneten Zielen, Vertrauen in die Führung, positive Beziehung im Team, Identifikation mit der Arbeit.

Zuwachs an Technik und Abbau von Personal

Im Vorfeld einer eigenen Studie sind fünf Redakteurinnen und Redakteure bei Tageszeitungen im Sommer 2003 befragt worden. Es zeigte sich, dass Stressoren im Arbeitsalltag der Medienschaffenden deutlich zugenommen haben. Die Befragten fühlten sich vor allem durch die technischen Arbeiten, den hohen Zeitdruck und den Personalabbau der letzten Jahre belastet. Eine weitere, eigene Studie wurde als Masterarbeit im Fach Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld erstellt. Zwölf Beschäftigte eines Zeitungshauses wurden umfassend qualitativ befragt. Auch hier zeigte sich: Die zunehmenden technischen Arbeiten werden als berufsfremd und belastend eingestuft. Der wirtschaftliche Druck sorgt zudem dafür, dass der journalistische Handlungsspielraum kleiner wird. Kritisch bewerteten die Befragten auch die interne Kommunikationskultur: zu wenig Lob oder Anerkennung, wenig authentischer und konstruktiver Austausch. Da die Führungsriege des Verlages sehr am Gewinn interessiert sei, bleibt – so die Befragten – der Wunsch der Redaktion nach inhaltlicher Qualität zunehmend auf der Strecke. Schwer fällt es ihnen zudem, berufliche Ansprüche mit denen der Familie oder des Partners zu vereinbaren. Vielen



Angelika Maasberg

Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen

mangelt es an Zeit, soziale Netzwerke oder eigene Vorhaben außerhalb des Berufes zu pflegen. Viele Interviewte berichteten über unterschiedliche gesundheitliche Probleme – die Unternehmenskultur aber prägte das Bild des kraftstrotzenden Reporters bzw. der Reporterin. Die eigene Gesundheit, so hieß es häufig, werde innerhalb des Hauses eher tabuisiert. Dennoch: Allen Stressoren zum Trotz – die meisten gaben an, ihren Beruf dennoch gerne auszuüben.

Enttäuscht von der Organisation

Aus den Antworten schälten sich zwei Kernthesen heraus: Die Belastungen der Redakteurinnen und Redakteure lassen sich am ehesten mit dem Begriff der ›Inneren Kündigung‹ beschreiben. Anders als beim Burnout geht es dabei nicht um ein Scheitern an den eigenen Ansprüchen, sondern um eine enttäuschte Beziehung zwischen Individuum und Organisation. Die Redakteurinnen und Redakteure hatten rundum das Gefühl, viel in ihren Beruf zu investieren. Die Gratifikation dafür aus der Führungsetage – etwa ein Lob – empfanden sie aber meist als nicht ausreichend.

Gesundheit – so die zweite These – wird im befragten Medienhaus als Privatsache angesehen. Demnach gilt: Wer Freude am Journalismus hat, meistert alle Belastungen spielend. Wem es an dieser Freude mangelt, der wird krank. Diese Sicht verstellt, dass auch die Arbeitssituation die individuelle Gesundheit beeinflusst. Gegenseitiges Vertrauen, soziale Netzwerke, gemeinsame Werte sowie eine partnerschaftliche Unternehmenskultur sind Bestandteile einer gesunden Organisation. Vor allem die Vorgesetzten in den Verlagen sind daher gefordert, die Zusammenarbeit in diesem Sinne zu prüfen und den Arbeitsalltag gesundheitsförderlich zu gestalten.

Literatur bei der Verfasserin

SUSANNE WERNER, *Kommunikation * Gesundheit * Netzwerk*, Dolziger Str. 15, 10247 Berlin, Tel. (0 30) 40 57 79 80, E-Mail: wernersus@aol.com

Am 15.3.2005 wurde in Hannover das Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen (Nds.) gegründet. Das Netzwerk bildet eine Plattform, die den Austausch von Erfahrungen und Informationen zum Schwerpunkt Kindergarten/-tagesstätte und Gesundheit ermöglicht.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Erzieherinnen und Erzieher in zunehmendem Maße Belastungen ausgesetzt sind und Kinder im Sinne gesundheitsförderlicher Maßnahmen gestärkt werden sollen, initiierte die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen in Zusammenarbeit mit niedersächsischen Kooperationspartnerinnen und -partnern das Netzwerk ›Kita und Gesundheit Niedersachsen‹. Die Landesvereinigung ist zwar Ideengeberin für diese Netzwerkgründung, doch es bedarf vieler verschiedener Institutionen, Knoten und Stränge bzw. Personen und Beziehungen, um das Netzwerk zu halten und zu tragen.

Grundlagen der Netzwerkarbeit

Im Vorfeld der Veranstaltung wurde die Netzwerkgründung mit wichtigen Partnerinnen und Partnern, wie z. B. dem Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, dem Nds. Kultusministerium, dem Nds. Landesjugendamt, dem Nds. Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheit, der Landesarbeitsgemeinschaft der Elterninitiativen Nds./Bremen und dem Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover/Landesunfallkasse Nds. vorbereitet.

Das Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen arbeitet auf der Grundlage des Settingansatzes, um Gesundheitsförderung in den Arbeits-, Lern- und Erlebnisraum von Kindertagesstätten und -gärten u. ä. zu integrieren und das Lebens- und Arbeitsfeld gesundheitsförderlich zu gestalten. Es soll Orientierung bieten sowie Gelegenheiten schaffen Neues zu erfahren und bewährte Ideen und Konzepte zu verbreiten.

Ziele der Netzwerkarbeit

Ziel ist es, seine Mitglieder miteinander in Austausch zu bringen und von ihnen zu erfahren, wie viel Gesundheit in

schon durchgeführten Projekten ›drin‹ ist und wo zugunsten der Gesundheit von Mädchen und Jungen, aber auch von Erzieherinnen und Erziehern nachgebessert werden muss. Mit Hilfe gemeinsam entwickelter Umsetzungsstrategien sollen Kindergärten und -tagesstätten Handlungsperspektiven in ihren regionalen und kommunalen Bezügen eröffnet werden. Darüber hinaus will das Netzwerk

- gute Ideen transportieren, ›Modelle guter Praxis‹ verbreiten, Materialien und andere Anregungen zur Gesundheitsförderung im Elementarbereich entwickeln,
- Praxiserfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenführen,
- die Zusammenarbeit von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, anderen Beschäftigten, Eltern, Mitgliedern und Institutionen aus den Berufsfeldern des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens zusammenführen, um gemeinsames Handeln zu fördern,
- fachlich Stellung nehmen zu allen relevanten Themen, die Gesundheitsförderung in Kindergärten und -tagesstätten betreffen,
- lebensweltorientierte und nach Bedarf angepasste Maßnahmen zur Förderung sozial benachteiligter Mädchen und Jungen entwickeln, um so einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit zu leisten,
- bestehende Maßnahmen und Projekte regional-, landes- und bundesweit vernetzen und dabei bestehende Strukturen und regionale Bezüge herstellen und stärken,
- über politische Lobbyarbeit gesunde Rahmenbedingungen schaffen, um gute Qualität in der Praxis zu ermöglichen und die öffentliche Anerkennung des Berufsstandes sowie Wertschätzung der vorhandenen Kompetenzen zu fördern,
- die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Ärztinnen, Therapeuten, Therapeutinnen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und allen Beschäftigten in Kindertagesstätten durch Arbeitskreise, gemeinsame Fortbildungen u. ä. verstärken



- sowie mit multiprofessioneller Lobbyarbeit politischen Rückenwind für Gesundheit im Elementarbereich erzeugen.

Möglichkeiten der Mitwirkung

Der Zusammenschluss soll dazu beitragen, die vorhandenen spezifischen Kompetenzen und das Wissen um Gesundheitsförderung für alle Akteure in Kindergärten und -tagesstätten zu verankern. Das Netzwerk soll sich langfristig entwickeln, um auf lange Sicht eine gesundheitsförderliche Lern-, Lebens und Arbeitsumwelt zu gewährleisten, die auch Chancengleichheit für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen fördert.

Neben den bereits im Vorfeld kontaktierten Einrichtungen sind an dem Netzwerk Vertreterinnen und Vertreter folgender Organisationen beteiligt: Kindergärten, Kindertagesstätten, Ärzteschaft, Beratungseinrichtungen, Berufsbildenden Schulen, Verbände und Vereine, öffentliche Gesundheitsdienste, Krankenkassen, Spielkreise, Verbraucherzentrale Nds. u.a. Eine Mitgliedschaft bietet Möglichkeiten sich einzubringen und nach Wunsch langfristig oder punktuell mitzuwirken.

Weitere Informationen sowie eine Liste zur bundesweiten Netzwerkarbeit zum Thema ›Gesundheitsförderung in Kindergärten und -tagesstätten‹ und eine Recherche zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder im Setting Kita finden Sie auf der Homepage der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Anschrift: siehe Impressum

Gerlinde Rohrauer

›Schau auf dich!‹ – Eine Kampagne zum Thema ›Seelische Gesundheit‹ in Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich führt seit 1999 Kampagnen unter dem Motto ›Bewusst lebt besser‹ durch, um die Bevölkerung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren. Die Kampagne im Jahr 2004, die in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen durchgeführt wurde, widmete sich mit dem Slogan ›Schau auf dich!‹ dem Thema ›Seelische Gesundheit‹.

Zielsetzungen der Kampagne

Die Zielsetzungen der Kampagne ›Seelische Gesundheit‹ waren, die Bevölkerung dafür zu sensibilisieren, dass auch die Seele Aufmerksamkeit und Pflege braucht, dazu zu motivieren, über die eigenen Lebensumstände nachzudenken und einen ersten Schritt für das seelische Wohlbefinden im Alltag zu setzen. Weiterhin verfolgte die Kampagne das Ziel, seelische Gesundheit und psychische Beschwerden und Krankheiten öffentlich zu thematisieren und damit zur Enttabuisierung von psychischen Belastungen und Erkrankungen beizutragen.

Werbe- und Kommunikationsinstrumente

Die zentralen Botschaften der Kampagne wurden über Plakatwerbung, Inserate und durch Radiospots in ganz Österreich verbreitet. Vertiefende Informationen waren über das Internet www.gesundesleben.at, die Broschüre ›Bewusst lebt besser – Seelische Gesundheit‹ und den Folder ›Schau auf dich!‹ zugänglich.

Um die Inhalte auch im direkten Gespräch mit den Menschen in den Städten und Gemeinden zu vermitteln, wurden von den regionalen Gesundheitsförderungseinrichtungen des ›Forums Österreichischer Gesundheitskreise‹ (aks Austria) in allen Bundesländern jeweils 10 ›Schau-auf-dich!-Tage‹ organisiert.

Bei den ›Schau-auf-dich!-Tagen‹ gab es vier oder mehr Stationen, die vor allem von Psychologinnen und Psychologen sowie Trainerinnen und Trainern betreut wurden. In Informations- und Beratungsgesprächen hatten die Besucherinnen und Besucher Gelegenheit, über persönliche Belastungen und Bewältigungsstrategien zu sprechen. Darüber hinaus konnten verschiedene

Entspannungsmethoden ausprobiert werden. Interaktive Elemente wie Stresstests oder ein Bio-Feedback-Gerät erfreuten sich großer Beliebtheit. In der Station ›soziale Integration‹ ging es um Themen wie Beziehungspflege, Einsamkeit, Konflikte und es wurden z. B. auch heimische Vereine präsentiert.

Die ›Schau-auf-dich!-Tage‹ fanden in Gemeinden, Einkaufszentren, öffentlich zugänglichen Einrichtungen wie Universitäten und Flughäfen, Messen, Krankenhäusern und Wellness-Einrichtungen statt.

Ergebnisse

Laut einer Telefonumfrage des Instituts für strategische Markt- und Meinungsforschung (ISMA) konnte durch die Initiative bundesweit rund einem Drittel der Bevölkerung die Bedeutung der ›Seelenpflege‹ für die Gesundheitsförderung direkt bewusst gemacht werden.

Die Organisatorinnen und Organisatoren der regionalen ›Schau auf dich!-Tage‹ berichteten, dass es – aufgrund der Hemmschwelle, die mit der Thematik verbunden ist – sehr wichtig war, die Passantinnen und Passanten aktiv anzusprechen. In der Folge zeigten viele auch großes Interesse an den verschiedenen Angeboten und schätzten insbesondere die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch. Als weiteres positives Ergebnis ist zu werten, dass zahlreiche Gemeinden und Schulen an der Thematik weiterarbeiten wollen.

Hinzuzufügen ist, dass die Kampagne nicht als einzelne abgegrenzte Aktion zu sehen, sondern in die Maßnahmen des Fonds Gesundes Österreich zum Themenschwerpunkt ›Seelische Gesundheit‹ eingebettet ist. Im Jahr 2005 soll ein Arbeitskreis ›Seelische Gesundheit‹ etabliert werden.

Durch diese Schwerpunktaktivitäten möchte der Fonds Gesundes Österreich die Entwicklung von Projekten zur Förderung der ›Seelischen Gesundheit‹ in Settings wie Gemeinden/Regionen, Schulen und Betrieben forcieren.

GERLINDE ROHRAUER, *Fonds Gesundes Österreich, Mariahilferstraße 176, 1150 Wien, Tel.: (0 04 31) 8 95 04 00, E-Mail: gerlinde.rohrauer@fgoe.org, www.fgoe.org*



Simone Trautsch

Medienabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen

In der Chance, die moderne Medien mit ihren technischen Möglichkeiten bieten, liegt ein großes Abhängigkeitspotenzial für Kinder und Jugendliche. Es ist weniger an der Stundenzahl zu messen, die der bzw. die Einzelne vor dem Fernseher, Computer oder an der Spielkonsole verbringt, sondern am entstehenden Leidensdruck - dem sukzessiven Kontrollverlust, dem Gefühl, nicht mehr selbst das Medium zu steuern, wobei es viele Parallelen zur Glücksspielsucht gibt. Vor allem die daraus resultierenden Probleme wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schulprobleme, Ängste, familiäre Konflikte, Stress mit Freundinnen und Freunden, Verlust wichtiger Hobbys und Interessen sind deutliche Indikatoren.

Die virtuelle Welt und ihre Wirkungen

Fernseher, Videospiele und der Computer bieten (insbesondere bei Vorbelastung durch Erkrankungen wie Asthma, Neurodermitis oder Ess-Störungen) Kindern und Jugendlichen einen idealen, leicht verfügbaren Rückzug aus der Realität und bedeuten einen Sprung in eine virtuelle Welt, in der jede nur erdenkliche Rolle und Gewinnerposition eingenommen werden kann. Sie erzeugen durch ihre ›Künstlichkeit‹ ein hohes Erregungs- und Stresspotenzial im Gehirn und überlagern wesentliche Lerninhalte. Konflikte und negative Gefühle können dabei ausgeblendet werden. Oft haben betroffene Kinder und Jugendliche schon sehr früh die Erfahrung gemacht, dass durch exzessiv belohnende Verhaltensweisen negative Gefühle und Stimmungen rasch und erfolgreich verdrängt werden können. Solche frühen Erfahrungen ebnen den Weg in eine spätere Abhängigkeit.

Das Thema wird in Fachkreisen noch immer sehr kontrovers diskutiert. Es bestehen nach wie vor Zweifel: Ein gesellschaftlich so anerkanntes und beruflich so wichtiges Medium wie der Computer und die Informatik als ein hoch gelobtes Unterrichtsfach - ein Abhängigkeitsrisiko? Institute und Studien weisen stattdessen die Förderung von Begabung, Kreativität, verbesserte Konzentration oder Feinmotorik z. B. durch die Nutzung von Spielkonsolen

oder den PC nach. Die Industrie liefert so genannte pädagogisch wertvolle PC-Spiele schon für Drei- und Vierjährige.

Aufgrund dieser widersprüchlichen Botschaften sind Eltern wie auch Ärztinnen, Ärzte und Lehrkräfte mit der Problematik überfordert. Trotz deutlicher Signale von Jugendlichen, deren psychische Verfassung und körperliche Gesundheit sich infolge der übermäßigen Mediennutzung rapide verschlechtert, werden Zweifel in der Regel mit dem Hinweis auf ›pubertäre Erscheinungen‹, das besondere PC-Talent oder hervorragende Berufsperspektiven zerstreut.

Das Therapieprogramm

Diese ungeklärten Fragestellungen greift das seit 2003 bestehende deutschland- und weltweit erste Therapieprogramm für exzessiv mediennutzende und medienabhängige Kinder und Jugendliche auf. Es bietet erstmalig betroffenen Kindern und Jugendlichen die Chance zur Neuorientierung und Therapie. Als erster Schritt gilt eine ›Auszeit‹ von Elternhaus und dem engeren sozialen Umfeld als notwendig. Das gesamte Therapiekonzept beinhaltet Bausteine aus Medizin, Psychologie, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsberatung und praktischer Schulung, Sozialpädagogik und sozialer Projektarbeit. Es wird ergänzt durch eine Elternbildungs- und -beratungswoche, um die Nachhaltigkeit der Therapie zu sichern.

Das Programm wird seit Frühjahr 2004 von der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe am Institut für medizinische Psychologie der Charité Berlin fachlich begleitet und evaluiert. Im Rahmen der Studie wurden 9% aller

Untersuchten (N=323 befragte Schüler aus Berliner Grundschulen im Alter von 11-14 Jahren) als Gruppe von Kindern mit ›exzessivem Computerspielverhalten‹ in Anlehnung an die Kriterien für Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (nach ICD und DSM-IV-TR) identifiziert. Diese Gruppe berichtete neben einem erhöhten Computer- und Fernsehkonsum signifikant häufiger von Konzentrationsproblemen, zeigte ein signifikant verändertes Kommunikationsverhalten und hatte signifikant geringere Bewältigungsstrategien bei negativen Gefühlen entwickelt. Sie wurden hinsichtlich einer möglichen späteren Suchtgefährdung - stoffgebunden wie stoffungebunden - als bedenkliche und gefährdete Gruppe eingeschätzt.

Aus den empirischen Erhebungen scheint sich eine Korrelation zwischen Medienproblematik und Belastungen durch ADS/ADHS zu ergeben. Beachtenswert ist auch der Anteil von Jugendlichen, die keine Vorrisiken zeigen, sondern in sehr kurzer Zeit (ca. 3 - 6 Monate) ausgeprägte Symptome, eine Erkrankung und/oder massive Schulprobleme vorweisen.

Dazu wurde im August 2004 in Kooperation mit der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport bzw. für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz ein Projektbericht über ›Computernutzung bei Kindern und Jugendlichen‹ veröffentlicht.

SIMONE TRAUTSCH, *Kurklinik Wichernhaus, Dünenweg 13, 23946 Ostseeheilbad Boltenhagen, Tel.: (03 88 25)4 31 00, E-Mail: wichernhaus@m-vp.de; www.wichernhaus.m-vp.de*

A

Freiwilligensurvey 2004 – Ergebnisse und Trends für Niedersachsen

Die Ellenbogengesellschaft ist in Niedersachsen nicht gefragt. 2,4 Millionen Menschen oder 37% der Bevölkerung über 14 Jahren sind in Niedersachsen freiwillig tätig. Dies ist das Ergebnis der Befragung zum bürgerschaftlichen Engagement des Instituts TNS Infratest Sozialforschung München. Nach 1999 wurden das zweite Mal ca. 15.000 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger ab 14 Jahren im Rahmen einer bundesweiten Umfrage nach ihrem freiwilligen Engagement befragt. Die landesweiten Ergebnisse für Niedersachsen wurden im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei ausgewertet. Im Vergleich zur ersten Erhebung im Jahre 1999 ist das Engagement in Niedersachsen von 31 auf 37% angestiegen. Es ist der stärkste Zuwachs bundesweit. Somit sind in den vergangenen Jahren 400.000 Aktive landesweit hinzugekommen. Der überdurchschnittliche Zuwachs bei den Engagierten resultiert vor allem aus dem vermehrten Engagement der Menschen ab 46 Jahre. Insbesondere in der Altersgruppe der 66-Jährigen und Älteren wurde ein verstärktes Engagement festgestellt.

Aufgaben und Motive

Das bürgerschaftliche Engagement ist vielfältig: Die Aktiven kümmern sich um betreuungsbedürftige Nachbarinnen und Nachbarn, trainieren Jugendmannschaften, unterstützen Zugewanderte oder sind als Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr im Notfall bereit, ihr Leben für andere zu riskieren. Mit 11,5% sind die meisten Menschen im Bereich Sport und Bewegung (w=8,0%, m=14,0%) aktiv. Es folgen mit jeweils 6% die Bereiche Freizeit und Geselligkeit (w=4%, m=6,5%), Schule/Kindergarten (w=7%, m=5%) sowie Kirche und Religion (w=7%, m=5%). Weitere größere Bereiche des freiwilligen Engagements sind der soziale Bereich mit 5,5% (w=6%, m=4,5%) sowie Kultur und Musik mit 5% (w=4,5%, m=6,5%).

Die regionalen Schwerpunkte des Engagements finden sich in den städtischen Randgebieten (41% Engagementquote) und in den ländlichen Gebieten (37%). Unterdurchschnittlich sind die

städtischen Kernbereiche (31%) vertreten.

Bei den Motiven für ein freiwilliges Engagement spielt die Neigung, soziale Angelegenheiten in die eigenen Hände zu nehmen, eine wachsende Rolle. So übernehmen Aktive in ihrer Freizeit den Betrieb von Freibädern oder renovieren historische Gebäude. Bei über 60% der Befragten war das vorrangige Motiv für das Engagement ›die Gesellschaft zumindest im Kleinen mitgestalten‹ zu wollen. Weitere Gründe waren ›mit anderen Menschen zusammen zu kommen‹ und sich an Aufgaben beteiligen zu wollen, ›die gemacht werden müssen‹.

Der Verein ist und bleibt mit 45% die wichtigste Organisationsform für das freiwillige Engagement (Anstieg gegenüber 1999 von 41 auf 45%). Dort finden sich die meisten Aktiven zusammen. Mit deutlichem Abstand folgen kirchliche bzw. religiöse Organisationen mit 14% und staatliche bzw. kommunale Einrichtungen mit 12%. Deutlich zurückgegangen ist das Engagement in Verbänden, Parteien und Gewerkschaften (von 16% im Jahre 1999 auf 12% im Jahre 2004) sowie in Gruppen und Initiativen (von 16 auf 11%).

Wünsche und Anregungen

Die Befragten wünschen sich von den Trägerorganisationen vorrangig die Absicherung der Projektmittel (63%), danach folgen eine bessere Bereitstellung von Räumen, Sachmitteln etc. (41%) und mehr fachliche Unterstützung bei der Tätigkeit (33%). Eine bessere finanzielle Vergütung für die Aktiven (25%) spielt dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

Die Hauptwünsche an den Staat/die Öffentlichkeit lauten: ›bessere Information über Möglichkeiten des freiwilligen Engagements‹ (51%), mehr ›Anerkennung durch Berichte in Presse und Medien‹ (48%), ›bessere steuerliche Absetzbarkeit der Aufwandsentschädigungen‹ (43%) und der Kosten (41%). Aufgrund der Maßnahmen der niedersächsischen Landesregierung für einen verbesserten Versicherungsschutz hat der Wunsch nach einer ›besseren Absicherung durch Haftpflicht- und Unfallversiche-

rung‹ (33%) im Vergleich zu 1999 abgenommen.

Die Ergebnisse des zweiten Freiwilligensurvey zeigen für Niedersachsen ein deutlich gestiegenes Engagement. Insbesondere in Südniedersachsen sind mehr Engagierte in Vereinen, Gruppen und Initiativen tätig, so dass der Abstand zwischen Nord- und Südniedersachsen überwunden wurde. Mit 37% besteht nunmehr eine einheitliche landesweite Engagementquote. Die positiven Ergebnisse belegen, dass das Engagement für den Nächsten bzw. die Nächste und der Einsatz für das Gemeinwohl hoch im Kurs stehen. Auch im bundesweiten Vergleich kann sich Niedersachsen sehen lassen. Gemeinsam mit Bayern liegt Niedersachsen auf Platz drei. Das ist ein großartiger Erfolg aller Aktiven. Für die Zukunft wird es darum gehen, diesen Erfolg weiter auszubauen.

Die gesamte Studie kann unter der Internetadresse www.freiwilligenserver.de eingesehen und heruntergeladen werden.

THOMAS BÖHME, *Ministerialrat in der niedersächsischen Staatskanzlei, Planckstraße 2, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 120-67 39, E-Mail: thomas.boehme@stk.niedersachsen.de*

Gunter Neubauer

Expertise ›Jugendhilfe und Gesundheitsförderung‹

Im Auftrag des Forschungsverbunds Sozialpädagogik Tübingen wurde die Expertise ›Jugendhilfe und Gesundheitsförderung‹ für den 2. Landesjugendbericht Baden-Württemberg (Jugendbericht für die 13. Legislaturperiode Baden-Württemberg) erstellt. Darin werden wesentliche Aspekte von Mädchen- und Jungengesundheit und wichtige Rechercheergebnisse vorgestellt:

1. Gesundheitsbezogene Aktivitäten und Konzeptionselemente in der Kinder- und Jugendhilfe,

2. Kooperationen zwischen Jugendhilfe und anderen Anbietern im Gesundheitsbereich,
3. Strukturelle Aspekte einer Kooperation Jugendhilfe – Fachdienste der Gesundheitsförderung,
4. exemplarische Praxiserfahrungen, Modelle und Konzepte aus Kooperationsprojekten und Netzwerken sowie Einrichtungen und Initiativen.

Recherche-Ergebnisse

Gesundheitsförderung entsprechend der Ottawa-Charta der WHO ist in Deutschland ein noch eher junges Thema und Betätigungsfeld. Jugendgesundheitsförderung, die ergänzend neben die klassischen präventiven Ansätze tritt, ist noch nicht hinreichend etabliert. Insofern ist es keine Überraschung, dass Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe keine große Rolle spielt. Dazu kommt, dass gesundheitliche Perspektiven von Kindern und Jugendlichen bislang eher der Schule als der Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet wurden. Entsprechend ist konzeptionelle Differenzierung oder eine intensive Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsförderung kaum entwickelt. Allenfalls liegen einzelne Projekterfahrungen vor.

Im Rahmen eines erweiterten Gesundheitsbegriffs werden für die Jugendhilfe aber neue Aufgaben der Gesundheitsförderung sichtbar. Jugendhilfe braucht in ihrer Arbeit mehr Aufmerksamkeit für Probleme und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und ein Bewusstsein für deren Bedeutsamkeit. Diese müssen angesichts des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit unter Berücksichtigung geschlechtsbezogener Differenzen angegangen werden. Die Jugendhilfe verfügt in diesen Bereichen über ein latent vorhandenes, ihr selbst nicht bewusstes Potenzial, braucht aber weitere Kompetenzen.

Aufgaben der Jugendhilfe in der Jugendgesundheitsförderung

Um eine Perspektive der Gesundheitsförderung zu integrieren, braucht die Kinder- und Jugendhilfe Kompetenzen u.a. in den Bereichen

- gesundheitsbezogenes Basiswissen (um gesundheitsrelevante Zusammenhänge sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen und ›kränkende‹ Faktoren erkennen zu können)
- gesundheitsbezogene Geschlechterdifferenzierung
- gesundheitsbezogene Aspekte auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- gesundheitsbezogene Faktoren im Sozialraum
- gesundheitsbezogene Vernetzung, Kooperation und Jugendhilfeplanung.

Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es dabei, die gesundheitsfördernden Elemente ihrer Arbeit herauszuarbeiten und gesunde Erlebnisräume im sozialen Kontext anzubieten. Darüber hinaus ist die Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren in der Gesundheitsförderung anzustreben. Das Thema Gesundheit muss auch im fachspezifischen Kontext stärker berücksichtigt werden: als ein wesentlicher, stabilisierender oder destabilisierender Faktor für Entwicklung und Zusammenleben; als Dimension, die neben der körperlichen Gesundheit auch den Umgang mit dem eigenen Körper, Körpererfahrung und Körperkulturen umfasst; als Lebensbereich, der in seinen sozialen Bezügen weit über die unmittelbare Körperlichkeit hinaus disponiert.

Empfehlungen der Expertise

Gesundheit ist ein ›Zukunftsthema‹. Sie erhält damit einen veränderten Stellenwert, der weit über die Gesunderhaltung des Körpers als Arbeitsgrundlage und als Instrument sozialer Beziehungen hinausgeht. Nach wie vor drückt sich in Gesundheit und Gesundheitsverhalten auch die gesellschaftlich ungleiche Verteilung von Reichtum und Ressourcen aus. Diese Hinweise sprechen dafür, in der Kinder- und Jugendhilfe mehr als bisher Bezüge zu Gesundheitsdiskursen aufzunehmen und mit einem erweiterten Gesundheitsbegriff zu operieren.

Latent vorhandenes Gesundheits Handeln in der Jugendhilfe müsste reflektiert, dokumentiert, qualifiziert

und insgesamt höher bewertet werden als bisher. Gesundheit und Gesundheitsförderung wären dann nicht weiter als gleichsam fremde Themen aufzufassen, sondern unter Vorzeichen wie Lebenskompetenz, Sozialraum- oder Lebensweltorientierung als eigenes Teil-Thema der Jugendhilfe zu verorten. In einem weiteren Sinn könnte Gesundheit als Thema für Zielgruppen und Beschäftigte erschlossen werden: ›gesunde Jugendhilfe = gesunde Angebote + gesunde Arbeitsplätze‹

In der vergleichsweise guten Etablierung von Sucht- oder Gewaltprävention zeigen sich die Folgen von politischen Entscheidungen und Präferenzen – nicht nur in Bezug auf die Vergabe von Fördermitteln. Im Sinn einer Ergänzung bestehender Angebote wären hier neu gesundheitsbezogene Akzente zu setzen – in Bezug auf Förderrichtlinien wie auch durch die Nutzung und Profilierung vorhandener Strukturen auf Kreisebene (Gesundheitsämter). Darüber hinaus sollten interdisziplinäre und intersektorale Kooperationen mit Einrichtungen und Akteuren im Gesundheitsbereich aufgenommen werden. Durch Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsförderung könnten dabei Entwicklungen angeregt werden, die z. B. im Bereich ›Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Schule‹ erfolgreich waren.

Auch im Bereich der Gesundheitsförderung muss Geschlechterdifferenzierung zum durchgängigen Handlungsprinzip erhoben werden. Mädchen und Jungen fühlen sich nur dann angesprochen, wenn ihr spezifischer Sinnzusammenhang durch das Gesundheits- oder Präventionsangebot erfasst wird. Dies bedeutet nicht, ausschließlich geschlechtshomogene Angebote vorzuhalten, sondern auch bei gemischten Angeboten einen geschlechterdifferenzierenden Blick einzunehmen.

Literatur beim Verfasser

GUNTER NEUBAUER, Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen, Ringstraße 7, 72070 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 9 758 13, E-Mail: gunter.neubauer@sowit.de, www.sowit.de

Nutzung zusätzlicher Informationsangebote in der Arztpraxis

Im Rahmen eines Masterstudiengang-Projektes der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven wurde die Bereitschaft zur Nutzung zusätzlicher Informationsangebote in der Arztpraxis untersucht. Die volljährigen Patientinnen und Patienten der Nervenarztpraxis des Untersuchers wurden mittels ausgegebenen Fragebögen anlässlich ihres ersten Besuchs der Praxis innerhalb eines halben Jahres, von Januar bis Juni 2003, betreffs ihrer Einstellungen zur Thematik anonym befragt. Ein Rücklauf von 1051 Fragebögen (85 %) wurde erreicht.

Die Ergebnisse

Bei den Informationsquellen führen »Kontakte zu Arzt/Ärztin« vor der Informationsquelle »Fernseher«. Verbreitet sind auch »Apotheken- und Krankenkassenzeitschrift« sowie »Alltagsprintmedien«. Das Internet spielt bisher für das Klientel dieser ländlichen Nervenarztpraxis zahlenmäßig noch eine untergeordnete Rolle. Zugang zum Internet haben 40,5% der Befragten. Vor diesem Hintergrund wirkt die geringe Inanspruchnahme des Internets als Informationsquelle in etwa nur halber Größenordnung zunächst überraschend. Deutlich wird, dass durchaus vorhandene Möglichkeiten seitens der Patientinnen und Patienten noch nicht im denkbaren Umfang durch sie selbst genutzt werden.

Bei der Auswahl interessierender (Gesundheits-) Themen aus einer vorgeschlagenen Liste überwiegt das Thema »Schmerzen«. Dies hat sich bereits kurzfristig in einem diesbezüglichen neuen Schwerpunkt des Informationsangebotes niedergeschlagen. Auf die Frage, wer wichtige Entscheidungen z.B. zur Therapie treffen sollte, wird deutlich, in welcher Häufigkeit (58 %) doch seitens der Patienten und Patientinnen eine gemeinsame Entscheidungsfindung angestrebt wird: nur zu etwa 27,7 % soll der Arzt oder die Ärztin allein entscheiden. Immerhin 36 % der Befragten äußern die Absicht, das Informationsangebot in der Praxis zu nutzen, 42 % sind noch unentschlossen. Auf die Frage, welche Medien in der Praxis am ehesten genutzt werden, überwiegen konventionelle Printmedien wie Bücher,

Broschüren und Zeitschriften eindeutig gegenüber Video/DVD und Internet. Hier zeigen sich bei den ja prinzipiell an Informationen Interessierten gewisse Berührungängste, die auch in diesem Projekt möglicherweise noch nicht ausreichend reduziert werden konnten.

Patientinnen und Patienten, deren Rollenerwartungen eine eher deutlich paternalistische Prägung aufweisen, werden durch die Informationsangebote nicht so leicht erreicht, auch ist die Bereitschaft die Angebote zu nutzen bei niedrigerer Schulbildung geringer. In Bezug auf die Nutzung der Angebote sind Frauen zum Zeitpunkt der Befragung in geringem Maße unentschlossener als Männer.

Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Erfahrung zeigt, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch zusätzliche Informationsangebote in der Praxis keinesfalls untergraben, sondern mit einer gewissen Modifizierung der Rollenverteilung gefestigt wird: Diejenigen, die sich die eigene Informationsbeschaffung bereits zutrauen, haben niedrigschwellig Gelegenheit dazu. Diesbezüglich eher Zurückhaltende können durchaus ermutigt werden, erhalten sie doch bei Verunsicherung angesichts der sie erdrückenden Informationsflut durch die ärztlicherseits geleistete Vorauswahl qualitätsgesicherter Informationsquellen Hilfestellung. Der Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten besteht darin, bereits frühzeitig auf Vorhandensein und niedrigschwellige Nutzbarkeit zusätzlicher Informationsquellen hingewiesen zu werden und letztlich darüber eine Aktivierung eigener Ressourcen zu erfahren. Der Kontakt zum Arzt oder zur Ärztin wird zunehmend weniger durch Vermittlung von Sachinformation beherrscht als durch einen »Informationsfluss in Gegenrichtung« im Sinne des Erspürens persönlicher Werte und Bedürfnisse. Dies erleichtert die situationsadäquate und persönliche »Übersetzung« von Informationen hinsichtlich der persönlichen Belange der Patientinnen und Patienten wesentlich.

Empowerment durch Information

Verschiedene Medien erreichen unterschiedliche Patientengruppen. Patientinnen und Patienten sind oft »überrascht« über die Vielgestaltigkeit der Informationslandschaft. Eigenaktivität von Betroffenen erschließt der Praxis zusätzliche Kapazitäten. Hiervon profitieren benachteiligtere Gruppen unter den Patienten und Patientinnen, die das gewünschte Maß an »Eigeninitiative« nicht oder noch nicht aufbringen können. Es ist möglich, sich vermehrt um diejenigen zu kümmern, die der wünschenswerten Forderung nach Autonomie (noch) nicht entsprechen können oder wollen.

Da für viele medizinische Themen noch keine geeigneten, qualitativ hochwertigen Patienteninformationen zur Verfügung stehen, werden weitere Aktivitäten dahin gehen, eigene Informationsmedien zu entwickeln und den Patienten und Patientinnen zur Verfügung zu stellen. Auch Informationsangebote in der Arztpraxis fördern Empowerment, sowie aktive, positive Krankheitsbewältigung und Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit und höhere Gesprächskompetenz auf Seiten der Patienten und Patientinnen, wohl auch Stärkung des subjektiven Wohlbefindens und der Zufriedenheit. Außerdem wird erleichtert, selbstständig externe Hilfsangebote wie z.B. Selbsthilfegruppen zu finden sowie diesbezügliche Hemmschwellen abzubauen.

PETER HÖVERMANN, MPH,
Lindenstr. 20, 27777 Ganderkesee,
E-Mail: PHoevermann@aol.com

Bärbel Bächlein

Kinderkurheime: Landaufenthalt für Stadtkinder

Mit dem Kauf des Grundstücks in der Bahnhofstraße 22 sowie dem sich darauf befindenden Hotel beginnt am 27. Mai 1925 für den damaligen Landesverein für Volkswohlfahrt in Hannover die Geschichte der Kinderkurheime. Der Kaufvertrag mit dem Kaufmann Rudolf Szaß aus Elend im Harz führt genau auf, dass für 65.000 Reichsmark auch das komplette Inventar übernommen werden kann. Ausgeschlossen sind allerdings u. a. 2 Kugelaschebehälter, 4 Billardqueues mit Halter sowie diverses Porzellan und verschiedene Trinkgläser. Bereits zwei Jahre später kommt nach dem Kinderkurheim ›Waldhöhe‹ in Elend mit der Gründung der ›Kinderheilstätte Sülzmeister‹ in Lüneburg das zweite Kurheim dazu.

Der Jahresbericht 1930 des Landesvereins für Volkswohlfahrt in Hannover e. V. führt zum Tätigkeitsfeld ›Provinzialstelle Landaufenthalt für Stadtkinder‹ folgendes auf: Im Kindererholungsheim ›Waldhöhe‹ wurden 854 Kinder mit 37.253 Verpflegungstagen und in der Kinderheilstätte ›Sülzmeister‹ 434 Kinder mit 26.556 Verpflegungstagen untergebracht. Besondere Beachtung fand die Übereinkunft mit der Deutschen Reichsbahngesellschaft, für die Beförderung von Kindern in Eilzügen nicht mehr den Eilzugzuschlag bezahlen zu müssen. Lediglich eine Eilzuggenehmigung müsse eingeholt werden.

Für das Jahr 1931 bemerkt der Bericht, dass die verschlechterte Wirtschaftslage insgesamt zu einem Rückgang der Kinderentsendung führt. Dies wirkt sich für die beiden Kinderkurheime nicht direkt aus, aber Sparmaßnahmen des Landesjugendamtes bei der Bezuschussung führen dazu, dass ›ärztlicherseits dringend empfohlene Kurverlängerungen‹ nicht mehr gewährt werden können.

Im Folgejahr wird dem eingetretenen Rückgang der Belegungszahlen mit neuen Methoden begegnet. Zum einen werden die Pflegegeldsätze herabgesetzt, wobei ›die Verpflegung und die pädagogische und ärztliche Betreuung der Kinder ... keine Einbuße durch die Herabsetzung des Pflegegeldes (erlitten)‹. Zum anderen lädt man Landräte, Bürgermeister und Kreisärzte zu einer Besichtigungsfahrt in die ›Waldhöhe‹ und nach Lüneburg ein, um die Heimbelegung mit Kindern aus der Provinz anzuregen.

Nach den Kriegswirren wird die ›Kinderheilstätte Sülzmeister‹ im Frühjahr 1948 von der britischen Militärregierung an den Verein zurückgegeben; das Kinderkurheim ›Waldhöhe‹ wird entschädigungslos enteignet. In den folgenden Jahresberichten des Vereins findet sich deshalb immer wieder der gleiche Satz: ›Mit dem Kinderkurheim Waldhöhe in Elend/Harz bestand keine Verbindung.‹ Die Einrichtung wird als Ferienhaus des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) genutzt.

In Lüneburg geht der Betrieb weiter. Als Hauptbeleger schickt die LVA Hannover ›konstitutionsgefährdete Kinder zur Erholung. Die Kurergebnisse für 1954 halten u. a. fest, dass in den sieben 6-Wochen-Kuren 286 Knaben und 285 Mädchen behandelt worden sind. Die Kurergebnisse waren in 487 Fällen gut, 75 Fälle waren gebessert und nur 9 Fälle haben ungebessert die Heimreise angetreten. Außerdem mussten 2 Kinder wegen Scharlach und 1 Kind wegen Blinddarmerkrankung vorübergehend in ein Krankenhaus gebracht

werden. Das Pflegegeld betrug 5,50 DM je Kind und Tag, wobei die LVA Hannover 4,50 DM und die Entsendestelle 1 DM je Kind übernommen haben.

Im Zuge der neuen Ausrichtung des Vereins und seiner Umbenennung in ›Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen e.V.‹ trennt man sich von der ›Kinderheilstätte Sülzmeister‹. Sie wird per Schenkung an die LVA Hannover übertragen.

Im September 1990 erhält der Vorstand des Vereins überraschend Post. Er wird darüber informiert, dass durch die Wiedervereinigung die Möglichkeit besteht, gegenüber der Treuhandgesellschaft den Anspruch auf Rückübertragung des Kinderkurheims in Elend/Harz anzumelden. Die ›Akte Elend‹ wird eröffnet und gut eineinhalb Jahre später beginnt der langwierige Schriftverkehr zwischen der Gemeinde Elend und dem Verein. Es werden u. a. Kaufverträge zwischen dem Preußischen Staat und dem ehemaligen Landesverein für Volkswohlfahrt Hannover aus dem Jahr 1926 bemüht, Durchführungs-Verordnungen zu Befehlen der sowjetischen Militärverwaltung recherchiert und ein Verkehrswert-Gutachten über das Grundstück und Gebäude ›Waldhöhe Elend‹ in Auftrag gegeben. Im Mittelpunkt der Streitigkeit steht immer die Enteignung in der Zeit von 1945–1949 und die Frage nach dem rechtmäßigen Besitzer. Nach dem Gesetz zur Regelung offener Vermögensfragen wird der Antrag auf Rückübertragung an die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. im November 1997 letztmalig abgelehnt.

Mit einer Löschungsbewilligung vom 15. November 1999 schließt nach 74 Jahren das Kapitel Kinderkurheime. Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. verzichtet auf alle Rechte. Die Gemeinde Elend ist jetzt endgültig Eigentümerin des Grundstücks ›Waldhöhe‹.

Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus

Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Hamburg entwickelt derzeit zusammen mit mehreren Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen vor Ort ein Vergabeverfahren für ein Qualitätssiegel ›Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹. Damit soll einerseits der gesetzlichen Verpflichtung (SGB V) Rechnung getragen werden, die eine stärkere Einbindung der Selbsthilfe in die professionelle Gesundheitsversorgung vorsieht, wie auch die Akzeptanz der Selbsthilfe verbessert werden.

Mit der Überlegung, ein Qualitätssiegel für ein ›Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹ zu vergeben, wird das geforderte Zusammenwirken von Expertenwissen und Laienkompetenz positiv aufgegriffen und vor allem systematisch etabliert.

Im Rahmen des Modellprojekts, das auf zwei Jahre angelegt ist und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen inhaltlich und finanziell gefördert wird, können sich Krankenhäuser durch den Nachweis einer breiten und systematischen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und -organisationen für ein imagewirksames Zertifikat qualifizieren – ein Qualitätsmerkmal in der Patientenorientierung, das im Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt künftig immer wichtiger werden könnte.

Selbsthilfe und Krankenhaus

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als Partner im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren von immer mehr Krankenhäusern und Reha-Kliniken erkannt und als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundheit gesehen. In der sektorenübergreifenden Versorgung (integrierte Versorgung), die das Zusammenwirken von ambulanten und stationären Maßnahmen vorsieht, ist Selbsthilfe ein wichtiges Glied in der Versorgungskette. Sie hat vor allem in der Nachsorge eine entlastende und unterstützende Funktion. Der Aktivierung von Selbsthilfekräften bei den Patienten und Patientinnen wird eine salutogene Wirkung zugeschrieben: Persönliche und soziale Gesundheitsressourcen werden gestärkt und damit Gesundheit gefördert. Dieser Aspekt trifft vor allem dann zu,

wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht, beispielsweise infolge einer chronischen Erkrankung oder bei der gegenseitigen Unterstützung der Angehörigen.

Ein ›selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹ zeichnet sich dadurch aus, dass es sein ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert, den Kontakt zwischen Patienten, Patientinnen und Selbsthilfegruppen befördert und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt. Von dieser Zusammenarbeit sollen alle Beteiligten einen Gewinn haben – das Krankenhaus, die Selbsthilfe wie auch die Patienten und Patientinnen. So kann diesen und ihren Angehörigen mit dem Qualitätssiegel signalisiert werden, dass in dem von ihnen gewählten Krankenhaus die Zusammenarbeit der Professionellen mit Selbsthilfe nachhaltig praktiziert wird und beispielsweise sie selbst wie auch Angehörige die Gelegenheit haben, schon während der stationären Behandlung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

Anliegen der Kooperation

Übereinstimmend ist aus Sicht der Selbsthilfegruppen wie auch der Selbsthilfe-Unterstützungsstellen, die zu Beginn des Modellprojekts bundesweit befragt wurden, das wichtigste Anliegen der Kooperation, dass ›Patienten, Patientinnen und Angehörige von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegekräften über die Möglichkeit informiert werden, eine Selbsthilfegruppe zu kontaktieren‹. Dies kann in unterschiedlichen Phasen der Behandlung sinnvoll sein, spätestens jedoch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn es darauf ankommt, dass Patienten, Patientinnen und Angehörige die Folgen einer Erkrankung möglichst gut bewältigen.

Doch nicht nur die Patienten und Patientinnen profitieren von einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus – auch Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte können dadurch ihr professionelles Handeln erweitern. Selbsthilfegruppen verfügen oft über ein hohes Maß an Wissen und Erfahrungen zur jeweiligen Erkrankung. Sie können authentisch

ihre Erfahrungen während der Behandlung beurteilen und an die professionellen Behandler und Behandlerinnen zurückmelden. Neben einer konkreten Hilfestellung bei der Bewältigung psychosozialer Folgen fördern Selbsthilfegruppen mit ihren Angeboten (z. B. Asthma-Schulungen) auch die Patienten-Compliance. Das Erfahrungswissen ergänzt einerseits das medizinische und pflegerische Expertenwissen, kann aber auch das Krankenhaus insgesamt auf seinem Weg zu einer verbesserten Patientenorientierung unterstützen. So gibt es Selbsthilfegruppen, die beispielsweise in Qualitätszirkeln und im Beschwerdemanagement mitwirken.

Nicht zuletzt profitieren die Selbsthilfegruppen selbst von einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit: In einigen Krankenhäusern können sie unentgeltlich Räume und Infrastruktur nutzen und sich im regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit Fachärzten und Fachärztinnen über neue Behandlungswege informieren. Über gemeinsame öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen stellen sie sich und ihr Thema einer interessierten Öffentlichkeit vor und können darüber neue Mitglieder für die Gruppe gewinnen. Wächst ihr Einfluss im Krankenhausgeschehen, gelingt es immer wieder, dass sie Veränderungen zugunsten der Patienten und Patientinnen anstoßen.

Das Qualitätssiegel

Grundlage für die Vergabe des Qualitätssiegels wird ein Katalog von Qualitätskriterien sein, der in enger Kooperation zwischen KISS Hamburg, den Qualitätsbeauftragten der in Hamburg beteiligten Krankenhäuser des Landesbetriebes Krankenhäuser (LBK) sowie Vertretern und Vertreterinnen von Gesundheits-Selbsthilfegruppen erarbeitet wird. Damit die Selbsthilfeunterstützung in den Krankenhäusern gestärkt wird, werden aus den Ergebnissen und Erfahrungen des Modellprojekts ein Leitfaden und Fortbildungen entwickelt, die dazu anregen sollen, die Idee des Qualitätssiegels ›Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹ bundesweit zu verbreiten. Über eine bundesweite Bestandsaufnahme hat das Modellprojekt zu

Björn Menkhaus, Ulrich Wöhler

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Die Zahl der Menschen, die einen Anspruch auf Eingliederungshilfen nach dem SGB XII haben, ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen und wird voraussichtlich weiter steigen. So hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) durch eine Befragung ermittelt, dass Ende 2002 bereits 162.000 volljährige Hilfeempfänger und -empfangerrinnen Wohnhilfen in stationären Einrichtungen und 40.000 Personen ambulante Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung erhielten. Die BAGüS geht davon aus, dass diese Zahlen bis 2007 um 21 % auf 190.000 bzw. 54.000 Personen ansteigen werden.

Auch der damit verbundene Kostenanstieg ist enorm. Die Ausgaben für Sozialhilfe betragen bundesweit in 2001 insgesamt 21,2 Mrd. Euro. Die Eingliederungshilfen für behinderte Menschen betragen 2001 8,8 Mrd. Euro, im Gegensatz zu 5,8 Mrd. Euro im Jahr 1994.

Handlungsansätze

Im Landkreis Hildesheim werden seit 2002 besondere Maßnahmen ergriffen, um die Versorgungssituation der Menschen, die Eingliederungshilfen benötigen, zu optimieren. Leitziel ist es, ein angemessenes und bedarfsgerechtes Hilfe- und Versorgungsangebot sicherzustellen. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass sich der gesetzlich festgelegte Vorrang ›ambulant vor stationär‹ in einem deutlich höheren Maße als bisher realisieren lässt. Da die Kosten für ambulante Eingliederungsmaßnahmen im Durchschnitt deutlich niedriger sind als für stationäre Maßnahmen, wird hierdurch auch ein erheblicher kostendämpfender Effekt erwartet.

In diesem Zusammenhang wurde 2004 eine wissenschaftliche Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen für den Landkreis Hildesheim durchgeführt. Dabei sollten die Entwicklungspotenziale von Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen bezüglich einer eigenständigeren Lebensführung untersucht werden. Es wurden 1.014 rechtliche Betreuer und Betreuerinnen aus dem Landkreis Hildesheim befragt. Daten aus 613 Fragebögen flossen in die Untersuchung ein.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Grad der Entwicklungsmöglichkeiten in den neun untersuchten Lebensbereichen und das Alter der behinderten Menschen haben keinen signifikanten Einfluss auf die Wahl der Hilfe- und Wohnform. Lediglich die Faktoren geistige Behinderung, aktueller Hilfebedarf, Geschlecht sowie der Kontakt zu Angehörigen beeinflussen die Wahl der Hilfe- und Wohnform signifikant.

Personen mit sehr hohem Hilfebedarf leben mit einer um den Faktor 4,5 erhöhten Wahrscheinlichkeit in stationären Einrichtungen. Bei geistig behinderten Hilfeempfängern und -empfangerrinnen ist diese Wahrscheinlichkeit zweifach erhöht. Frauen weisen diesbezüglich eine um 1,5 erhöhte Wahrscheinlichkeit auf. Bei Personen mit Kontakten zu Angehörigen besteht eine dreifach verminderte Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Versorgung. Die untersuchten Variablen Behinderungsformen, Alter, Geschlecht, Kontakte zu Angehörigen, Hilfebedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten erklären die Hilfe- und Wohnform nur zu 19,5 %. Somit müssen auf die ›Wahl der Hilfe- und Wohnform‹ noch andere als die zunächst untersuchten Faktoren maßgeblichen Einfluss nehmen.

Insgesamt bestehen für die Menschen mit Eingliederungshilfebedarf durch differenzierte ambulante Hilfe- und Wohnformen beachtliche Entwicklungsmöglichkeiten in Richtung einer selbstständigeren Lebensführung, auch für langjährig stationär versorgte Menschen.

Literaturangaben und Langfassung des Artikels bei den Verfassern

BJÖRN MENKHAUS, *Ethno-Medizinisches Zentrum e. V., Königstraße 6, 30165 Hannover, Tel.: (05 11) 16 84 10-20, Fax: (05 11) 45 72 15,*

E-mail: ethno@onlinehome.de

ULRICH WÖHLER, *Fachbereichsleiter Gesundheit und Soziales des Landkreises Hildesheim, Ludolfingerstr. 2, 31137 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 309-6 26,*

Fax: (0 51 21) 309-6 00, E-mail:

ulrich.woehler@landkreishildesheim.de

Beginn Erfahrungen gesammelt, die andernorts zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfefezusammenschlüssen bzw. Selbsthilfe-Unterstützungsstellen gemacht wurden. Die Ergebnisse werden zur Zeit abschließend ausgewertet und fließen in die Entwicklung der Qualitätskriterien mit ein. Derzeit wird das Vergabeverfahren für das Qualitätssiegel vorbereitet, das im Herbst als Pilot mit einem Self Assessment in drei Krankenhäusern des LBK Hamburg beginnt. Im kommenden Frühjahr schließt sich ein Audit an, das von einer Visitorengruppe – paritätisch besetzt mit Vertretern und Vertreterinnen aus dem Qualitätsmanagement von Krankenhäusern und von Selbsthilfegruppen – durchgeführt wird. Angestrebt ist, dass der Kriterienkatalog wie auch das Vergabeverfahren des Qualitätssiegels die bereits laufenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Krankenhäusern ergänzen und damit auf effektive und effiziente Weise die Qualität der Patientenorientierung durch ›Selbsthilfefreundlichkeit‹ erweitern.

MONIKA BOBZIEN, *KISS Hamburg – Hilfe für Selbsthilfegruppen, Projekt ›Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‹, Wandsbeker, Chaussee 8, 22089 Hamburg, Tel. (0 40) 41 52 01 72, E-Mail: monika.bobzien@paritaet-hamburg.de*

Hinweis: Die Fortschritte des Modellprojekts werden regelmäßig auf der Homepage der nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) – www.nakos.de veröffentlicht.

Verena Kramer

Kontrolliertes Rauchen

Der ›blaue Dunst‹ – begleitet oder stört er viele von uns nicht bei allen Tätigkeiten? Auch wenn sich Tabak vom Allheilmittel der früheren Jahrhunderte zu einem Genussmittel der Gegenwart entwickelt hat, steht er zunehmend in einer Kontroverse zwischen Verbot und Vergnügen.

Einerseits wird Nikotin als eine Droge angesehen, die gefährlich ist und immer mehr junge Menschen und Frauen in ihren Bann zieht, andererseits steht ›Kontrolliertes Rauchen‹ für einen kritischen Ansatz in der Tabakforschung.

Dass völliges Tabakverbot keine Lösung ist, belegt das Scheitern aller Tabakverbote in der Vergangenheit. Daher tendiert der Weg dazu, den Konsum von Tabak zu kontrollieren. Schon allein das Bewusstwerden, wie viele Zigaretten, wann und mit welchem Nikotingehalt konsumiert werden, kann eine gesundheitsverbessernde Wirkung erzielen. Das Buch klärt zudem Definition und Hintergründe des Kontrollierten Rauchens und gibt Ratschläge, welche konkreten Bausteine nötig sind, um Rauchen unter Kontrolle zu bekommen. (vk)

HENNER HESS, BIRGITTA KOLTE, HENNING SCHMIDT-SEMISCH, *Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 2004, 163 Seiten, ISBN 3-7841-1520-9, 14,00 Euro*

Nathalie Neumann

Drogenmissbrauch im Jugendalter

Der Drogenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen ist ein wachsendes Problem. In immer jüngerem Alter werden jugendtypische Drogen wie Cannabis, Alkohol, Ecstasy und andere Amphetamine in selbstschädigendem Maß konsumiert. Die Betroffenen bringen bereits ungünstige Entwicklungsbedingungen mit wie beispielsweise frühe Traumatisierung, die eine Suchtentwicklung begünstigen. Häufig treten Persönlichkeitsentwicklungsstörungen als Komorbidität bei suchtabhängigen Jugendlichen auf. Spezifische Behandlungsangebote für drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche können Abhilfe schaffen. Zur komplexen Proble-

matik des Drogenmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen äußern sich Expertinnen und Experten anhand verschiedener Themenschwerpunkte wie z. B. Psychotraumata, Pharmakologie, Hirnentwicklung, Komorbidität und spezifische Therapieansätze. Das Buch ist allen zu empfehlen, die mit Kindern zu tun haben. (nn)

CHRISTOPH MÖLLER (Hg.): *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 2005, 209 Seiten, ISBN 3-525-46228-X, 19,90 Euro*

Gender und Public Health

Ellen Kuhlmann und Petra Kolip nehmen mit ihrem Band ›Gender und Public Health‹ eine grundlegende Orientierung für Forschung, Praxis und Politik vor. Diese überfällige, systematische geschlechtergerechte Fundierung des Public Health Sektors leiten sie mit einem systematischen Rückblick zur Frauengesundheitsbewegung, feministischen Theorien und Gender Mainstreaming ein. Anschließend analysieren sie die größtenteils völlig brach liegenden Potenziale einer geschlechtersensiblen Vorgehensweise in verschiedenen Versorgungsbereichen. Sie stellen dabei unter anderem die Geschlechterperspektive in der Primär- und Sekundärprävention sowie in der Arzneimittelversorgung und Disease Managementprogrammen vor. Der Band endet mit Perspektiven und Visionen, über die Wege zu einer bedarfs- und geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden. (ta)

ELLEN KUHLMANN, PETRA KOLIP: *Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Juventa, Weinheim und München, 2005, 256 Seiten, ISBN 3-7799-1566-9, 19,50 Euro*

Annegret Busch

Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit

In den letzten Jahren hat das Qualitätsthema einen großen Stellenwert in der sozialen Arbeit eingenommen. Soziale Einrichtungen werden verstärkt mit der Anforderung konfrontiert, die Wirksamkeit ihres Handelns nachzuweisen und Rechenschaft über das Verhältnis von Aufwand und erzielter Wirkung abzugeben. Die Umsetzung solcher Anforderungen fällt jedoch oft noch schwer. Zum einen sind bisher betriebswirtschaftlich erarbeitete Qualitätsmanagement-Verfahren für die soziale Arbeit mit ihren spezifischen Bedingungen nicht ohne weiteres übertragbar. Zum anderen ist die Entwicklung und Erprobung eigener Methoden für ein spezifisches Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit bisher nur eingeschränkt entwickelt.

Das Lehr- und Arbeitsbuch gibt eine übersichtliche Zusammenfassung über die bisherige Qualitätsdebatte und über zentrale Fragestellungen des Qualitätsmanagements in der sozialen Arbeit. Es werden Hintergründe der Qualitätsdebatte, dabei verwendete Begriffe und Verfahrensvorschläge (z. B. Benchmarking, EFQM, interne Evaluation, DIN EN ISO 9000 ff etc.) sowie methodische Hinweise zur organisatorischen Implementierung von Qualitätsmanagement dargestellt.

Das Buch soll Leserinnen und Leser dazu befähigen, sich in einer Vielzahl von Veröffentlichungen besser zu bewegen und einen eigenen praktischen Standpunkt zu finden.

Um dem Typus eines Lehr- und Arbeitsbuches gerecht zu werden, sind Übungsaufgaben zum Wiederholen und zur Reflexion der zentralen Inhalte eingearbeitet. Als Grundlagenbuch wird allerdings auf eine ausführliche Darstellung einzelner Verfahrenweisen und von Qualitätsmanagement in den einzelnen Arbeitsfeldern der sozialen Arbeit (z. B. Jugendhilfe) verzichtet.

JOACHIM MERCHEL: *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Reihe Votum. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2. Auflage, 2004, 215 Seiten, ISBN 3-7799-1847-1, 17,00 Euro*

Nina Horstkötter

Kindergärten und ihre Zukunft

Seit der PISA-Studie ist neben der Schule auch der Kindergarten in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion gerückt und zu einem bundespolitischen Anliegen geworden. Jahrzehntelange Versäumnisse wurden deutlich. Die Autorin stellt sich in ihrem Buch die Frage: Was ist unter einer guten Kita zu verstehen und welche Wege führen dorthin? Sind neue Wege in der Aus- und Fortbildung von Erziehern und Erzieherinnen, neue Finanzierungsmodelle oder neue Bildungssysteme erforderlich, damit die Bundesrepublik in ihrem internationalen Stellenwert als Bildungsstandort nicht noch weiter absteigt? Das Buch besteht aus einer Zusammenstellung von Autorenbeiträgen, welche vom Umfang her überschaubar sind und das Thema ›Kindergärten und ihre Zukunft‹ aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Es eignet sich sowohl für Erzieher und Erzieherinnen, Träger, für Aus- und Fortbildner als auch für politisch Verantwortliche, denen die Weiterentwicklung des Kindergartens wichtig ist. (nh)

ILSE WEHRMANN (Hrsg.): *Kindergärten und ihre Zukunft*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin, 2004, 592 Seiten, ISBN 3-407-56234-9, 34,90 Euro

Der aktuelle Gesundheitskatalog

Der Praxisratgeber beschreibt alle Leistungen der Gesetzlichen Kranken-, Unfall-, und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe, die Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und spezielle Leistungen für Frauen. Jeder einzelnen Leistungsart wird der entsprechende Wortlaut des zugrunde liegenden Gesetzes vorangestellt. Viele beispielhafte Aufzählungen und Rechenbeispiele geben eine erste Orientierung über mögliche eigene Leistungsansprüche.

Ungenauigkeiten sind nicht ausgeblieben. Zum einen gibt es im Bereich der GKV auch im Jahresverlauf 2004 weitere Änderungen (z. B. Zahnersatz), zum anderen fehlen den Autoren teilweise Systemkenntnisse, die zu falschen

Erklärungen führen. Bisher ist es aber auch so gut wie niemandem gelungen, die Inhalte des SGB V auf 100 Seiten erschöpfend zu erklären. (bb)

UWE KASPERS, THOMAS KNOCH: *Der aktuelle Gesundheitskatalog. Das gewähren Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger. Rechtsgrundlagen kennen und anwenden*. Walhalla Fachverlag, Regensburg, 2004, 223 Seiten, ISBN 3-8029-7478-6, 19,90 Euro

Unterricht auswerten und beurteilen

Das Buch ist der dritte Teil der handlungsorientierten Didaktik und folgt den ersten beiden Bänden ›Unterricht planen‹ und ›Durchführung von Unterricht‹. Das besondere Anliegen des dritten Bandes ist es, aufzuzeigen, dass eine direkte Beziehung zwischen Lehr- und Lernleistungen besteht. Misserfolge werden dabei nicht einseitig den Lehrkräften oder den Schülern und Schülerinnen angelastet, sondern die gemeinsame Verantwortung für Erfolge und Misserfolge steht im Fokus des Interesses. Der Autor hinterfragt den in unserer Gesellschaft vorherrschenden Leistungsbegriff und gibt den Lehrkräften Hilfen an die Hand, wie notwendige Ergebniskontrollen zur Orientierung durchgeführt werden können, ohne auf die Schülerinnen und Schüler angstausslösend zu wirken. Referendaren und Referendarinnen stellt er eine Checkliste zur Verfügung, die das erfolgreiche Bewältigen der Lehrprobe erleichtern soll. Im Kapitel ›Das Lehrprobenritual erfolgreich zelebrieren – eine Satire‹ kritisiert er die Lehrprobe auf unterhaltensame Weise als absurd und regt dazu an, über sinnvollere Verfahren nachzudenken. Als besonders praxisnah ist dieses Buch sowohl Lehramtsstudenten und -studentinnen, als auch erfahrenen Lehrkräften zu empfehlen. (nh)

GEORG E. BECKER: *Unterricht auswerten und beurteilen. Handlungsorientierte Didaktik, Teil III*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2005, 184 Seiten, ISBN 3-407-25347-8, 21,90 Euro

Ricarda Henze

Verständnis fördert Heilung

Religionen werden als die weltweit bedeutsamsten Kulturträger angesehen. Daher werden die kulturellen und lebenspraktischen Dimensionen einzelner Glaubensgemeinschaften in Hinblick auf die medizinische Versorgung, Pflege, Beratung und Betreuung kompakt und gut strukturiert dargestellt. Es werden 12 Religionen und die ethnischen Gemeinschaften der Kurden, Sinti und Roma vorgestellt, die in Deutschland am häufigsten zu finden sind. Dabei werden die Grundzüge der Religionen aufgezeigt und nützliche Informationen für die in der medizinischen Versorgung relevanten Bereiche wie Familienstrukturen, Ernährung, Hygiene, Geburt, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Tod und Obduktion geliefert. Auch medizinische Besonderheiten wie Transfusion, Transplantation und Organspenden werden berücksichtigt. Dabei will das Buch keine neuen Stereotypen fördern, sondern Voraussetzungen schaffen, die das Kennenlernen der Migranten-Patienten und -Patientinnen erleichtern. Dieser sehr übersichtliche Leitfaden wird durch eine Liste der Herkunftsländer mit den jeweiligen vorherrschenden Religionen und einem interkulturellen Kalender abgerundet.

GERTRUD WAGEMANN: *Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer*. Forum Migration Gesundheit Integration, Band 3. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 2005, 123 Seiten, ISBN 3-86135-292-3, 16,00 Euro

Geriatrische Krankheitslehre

Das bereits in der 4. Auflage erschienene Standardwerk gibt einen ausführlichen Überblick über psychiatrische und neurologische Erkrankungen im Alter. Nach einer allgemeinen Einführung in die Geriatrie werden die wichtigsten Syndrome und Krankheitsbilder mit Hilfe zahlreicher Abbildungen, Tabellen und Definitionen übersichtlich und strukturiert dargestellt. Das Buch

richtet sich sowohl an Ärzte und Ärztinnen als auch an Pflegende und weitere, mit der Geriatrie beschäftigte Personenkreise und verfolgt das Ziel, den interdisziplinären Dialog zu fördern. (ts)

MANFRED HAFNER, ANDREAS MEIER: *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I Psychiatrische und neurologische Syndrome. Verlag Hans Huber, 4. Auflage, 2005, 499 Seiten, ISBN 3-456-84204-X, 28,95 Euro*

Der pädagogische Auftrag von Kindergarten und Grundschulen

Ausgangspunkt ist der Laureatsstudiengang für den Primarbereich, der 1998 an der Freien Universität in Bozen eröffnet wurde. Der berufsbegleitenden Studiengang für Erzieherinnen, Erzieher und Grundschullehrkräfte führt Vorträge und Diskussionen zu relevanten Themenbereichen mit verschiedenen Fakultäten und Gastprofessoren durch. In dem vorliegenden Band sind einige dieser Referate zusammengestellt.

Die meisten Autorinnen und Autoren behandeln das Thema »Kinder mit Problemen« aus Sicht der Integrationspädagogik sowie aus Sicht der Didaktik. Um dem pädagogischen Auftrag gerecht werden zu können, gehen die Autorinnen und Autoren zum einen auf Grundbedürfnisse und zum anderen auf spezielle Probleme von Kindern wie z. B. ADHS, Hörprobleme im Regelunterricht, Lese- Rechtschreibschwierigkeiten, Bewegungs- und Haltungprobleme ein, erläutern entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse und zeigen mögliche pädagogische und didaktische Maßnahmen für den Kindergarten und die Grundschule auf. (am)

ANNEMARIE AUGSCHÖLL (HRSG.): *Der pädagogische Auftrag von Kindergarten und Grundschulen, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2004, 192 Seiten, ISBN 3-631-52651-2, 39,00 Euro*

Jahrbuch für Pädagogik 2004

Globalisierung und Bildung – Die Autoren beschreiben in diesem Buch die große Herausforderung, vor der sich Theorie und Praxis der Bildung im Zeitalter der Globalisierung und des gesellschaftlichen Wandels sehen. Durch die Globalisierung entstehen neue Verteilungsmuster von Bildungs-, Teilhabe- und Lebenschancen, die sich besonders auf das Leben von Kindern und Heranwachsenden auswirken.

Die Beiträge befassen sich mit Begriffsproblemen und Theoriekonzepten sowie mit den Gefahren, Chancen und Aufgaben der Globalisierung. Dadurch, dass die Autoren Bildung unter veränderten Horizonten betrachten, eröffnen sich neue pädagogische Handlungsfelder und Praxisaspekte. (nh)

GERD STEFFENS, EDGAR WEISS, SIGRID BLÖMEKE, HANS JOCHEN GAMM, THOMAS GATZEMANN ET AL. (HRSG.): *Jahrbuch für Pädagogik 2004. Globalisierung und Bildung. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2004, 426 Seiten, ISBN 3-631-53125-7, 32,00 Euro*

Prävention von Ess-Störungen

Katrin Raabe, Mitarbeiterin im Mädchenhaus Heidelberg, legt ein Praxisbuch für eine Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen vor. In sehr verständlicher Form stellt sie Störungsbilder, Risikofaktoren und Erklärungsansätze für Essstörungen vor. Dabei kommen immer wieder betroffene Mädchen und Frauen selbst zu Wort. Das macht die besondere Eindringlichkeit dieses Buches aus. Die Theorien und Handlungsansätze für die Prävention von Essstörungen werden mit dem gebotenen kritischen Blick dargestellt. Die praktische Umsetzung präventiver Projektarbeit wird am Beispiel des Heidelberger Mädchenhauses verdeutlicht. Ein Praxisteil mit Hinweisen für die Gestaltung präventiver Projekte inklusive Checklisten sowie eine Methodensammlung geben Anregungen für eigenständige Arbeit in diesem Feld. Das kurz und knapp gehaltene Buch

richtet sich an interessierte Fachkräfte wie Lehrerinnen, Sozialpädagoginnen sowie Beraterinnen. (us)

KATRIN RAABE: *Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Handlungsansätze für die Praxis, Schneider Verlag, Hohengehren, 2004, 140 Seiten, ISBN 3-89676-950-2, 14,00 Euro*

Ernährungsverhalten von Grundschulkindern

Welchen Beitrag kann Schule leisten? Unter dieser Fragestellung hat die Autorin an 13 baden-württembergischen Schulen die Auswirkungen pädagogischer Maßnahmen im Rahmen der Ernährungserziehung im Regelunterricht untersucht. In der Erhebung geht es zum einen um den Erfolg von Interventionen und zum anderen um die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen dem Ernährungsverhalten der Kinder und dem der Eltern.

Die Ergebnisse dokumentieren die Wirksamkeit der Interventionen, die zu einem angemessenen Ernährungsverhalten führen sollen und über einen Zeitraum von einem Jahr aufrecht erhalten werden konnten. Die Untersuchung zeigt auf, dass, wenn der Unterricht zur Ernährungserziehung durch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie z. B. Elternarbeit und Pausenfrühstück ergänzt wird, sich bei den Kindern bedeutsame positive und langfristige Veränderungen im Bereich Ernährungsverhalten einstellen.

Das Buch ist in fünf Bereiche aufgeteilt. Die Autorin beschreibt hier die theoretischen Grundlagen des Ernährungsverhaltens, die Programmtheorie zur vorliegenden Untersuchung, das Untersuchungsdesign und die Ergebnisse mit anschließender Diskussion. Im Anhang befinden sich die eingesetzten Fragebögen. (am)

ULRIKE PHILIPPS (HRSG.): *Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen bezüglich des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern, Julius Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn/OBB., 2004, 236 Seiten, ISBN 3-7815-1353-X, 26,00 Euro*

Neue Website für audiovisuelle Medien

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfügt über ein vielfältiges Angebot an audiovisuellen Medien (AV-Medien) von mehr als 70 Filmen und Hörmedien für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu den Themen Aids, Ernährung-Bewegung-Stressbewältigung, Kindergesundheit, Nichtraucher, Sucht, Sexuaufklärung, Familienplanung und Gesundheit allgemein. Ab sofort können alle AV-Medien online unter www.bzga-avmedien.de recherchiert und direkt bestellt werden. Diese domaine ist auch über www.bzga.de erreichbar.

Die Medien sind für den Einsatz in Kindergarten und Schule bestimmt. Begleitmaterialien mit zusätzlicher Fachinformation und medienpädagogischer Anleitung können im pdf-Format herunter geladen werden. Alle Filme (VHS/DVD) und Hörmedien (CD/MC) sind für die nichtkommerzielle Nutzung bestimmt.

Wer regelmäßig News über das Themenfeld AV-Medien und Gesundheit sowie über die audiovisuellen Neuerscheinungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhalten möchte, kann kostenlos einen Newsletter abonnieren.

Weitere Informationen:

www.bzga-avmedien.de, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimerstraße 220, 51109 Köln, Tel. (02 21) 89 92-2 67

Beratung

Beratung ist eine vielgestaltige, sich ständig verändernde professionelle Handlungsform. Das Handbuch der Beratung in zwei Bänden mit 84 Beiträgen ist eine umfassende Zwischenbilanz dessen, was heute unter Beratung gefasst wird und in welchen Bereichen sie stattfindet. Neben Beratung in Pädagogik und Sozialarbeit finden sich z. B. auch Beiträge zu Philosophie und Theologie. Beratung wird bezogen auf die Geschlechter, verschiedene Altersgruppen und kulturelle Kontexte beleuchtet. Interessant sind auch die Kapitel über Beratung und soziale Systeme von der personenzentrierten Bera-

tung bis zu Netzwerkberatung oder community counseling. Unter Perspektiven und Entwicklungen von Beratung finden sich u.a. Kapitel über Beratung und neue Medien, Empowerment und ethische Richtlinien. Die methodischen Beratungsansätze reichen von Verhaltensberatung und psychoanalytischer Orientierung bis zu kooperativer Beratung, ressourcenorientierter oder narrativer Beratung. Beratungsforschung mit Evaluation und Qualitätssicherung sowie das Vorstellen einer Fülle von Beratungsfeldern runden das Werk ab. Dieser umfassende Überblick über ein zentrales Versorgungsfeld sei allen sehr empfohlen, die in Aus- und Weiterbildung, Forschung oder Praxis mit Beratung zu tun haben oder dies anstreben. (us)

FRANK NESTMANN, FRANK ENGEL, URSEL SICKENDIECK (HRSG.): *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder*, dgvt Verlag, Tübingen, 2004, 1280 Seiten, ISBN 3-87159-048-7 (Band 1), 3-87159-049-5 (Band 2), 3-87159-050-9 (Gesamtwerk im Schuber), 36,00 Euro (Band 1), 46,00 Euro (Band 2)

Gesundheitspsychologie

Das Lehrbuch von Toni Faltermeier bietet eine systematische Einführung in die Gesundheitspsychologie. Dabei werden zunächst die relativ heterogenen, theoretischen Grundlagen dieser Disziplin vorgestellt und zusammengefasst, dann aber auch neuere Forschungsergebnisse sowie Anwendungsmöglichkeiten für die Praxis skizziert. Schwerpunkte stellen dabei die psychosozialen Bedingungen für die Entstehung von Erkrankungen, sowohl bezogen auf Risiken als auch auf Ressourcen, und das Krankheitserleben dar. Der Band schließt mit den Perspektiven einer ›psychologischen Gesundheitsförderung‹, die deutlich machen, dass einfache Präventionswunderpillen, als die einige Konzepte und Programme verkauft werden, nicht funktionieren können. (ta)

TONI FALTERMAIER: *Gesundheitspsychologie*, W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, 366 Seiten, ISBN 3-17-017187-9, 19,00 Euro

Doing Gender im Schulalltag

In diesem Buch werden die Ergebnisse einer vier Jahre andauernden Längsschnittstudie präsentiert. Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte Studie geht der Frage nach, wie Mädchen und Jungen als Akteure an der Konstruktion von Geschlecht beteiligt sind. Eine solche Fragestellung basiert auf der Annahme, dass Geschlecht kein Merkmal ist, sondern vielmehr in Interaktionsprozessen immer wieder hergestellt wird (›doing gender‹). Damit steht in der Studie der Herstellungsprozess von Geschlechterunterschieden im Mittelpunkt. Das zentrale methodische Vorgehen bei der Erhebung war die ethnographische Beobachtung in drei verschiedenen Klassen eines Gymnasiums über drei Jahre hinweg. Die Leser und Leserinnen erfahren Wissenswertes über die ethnographische Forschung im Schulalltag und finden detaillierte Beobachtungen, Sozialgramme und Interaktionssequenzen, die aus der Geschlechterperspektive interpretiert werden. Wer Näheres über die Ergebnisse wissen möchte, wird im ersten, mehr theoretischen Teil, aber auch in der Zusammenfassung fündig. Die Forschungsergebnisse sind für den Alltag von Lehrern, Lehrerinnen und Eltern von Bedeutung. Sie vermitteln einen Eindruck davon, wie Geschlechter ›gemacht werden‹ und welchen Beitrag man selber dazu leistet. (nh)

HANNELORE FAULSTICH-WIELAND, MARTINA WEBER, KATHARINA WILLEMS: *Doing Gender im heutigen Schulalltag. Empirische Studien zur sozialen Konstruktion von Geschlecht in schulischen Interaktionen. Reihe: Veröffentlichungen der Max-Traeger-Stiftung – Band 39*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2004, 251 Seiten. ISBN 3-7799-1667-3, 19,50 Euro

Lernen lernen

Lernmethodische Kompetenzen gehören heute zu den Schlüsselqualifikationen von Kindern und Jugendlichen und sind zum Erwerb des sich immer schneller wandelnden Wissens unabdingbar. Daher wird in modernen Bildungs- und Erziehungsplänen für Kinder unter 6 Jahren die Bedeutung früher Lernpro-

zesse, insbesondere der Vermittlung lernmethodischer Kompetenz, hervorgehoben. Ein Beispiel ist der bayerische Bildungs- und Erziehungsplan, welcher primär auf die Vermittlung lernmethodischer Kompetenz, die Stärkung von Widerstandsfähigkeit und die Vermittlung von Transitionskompetenz ausgerichtet ist. Das Buch beschreibt die entwicklungspsychologischen Grundlagen für diese Kompetenzen und stellt Forschungsergebnisse leicht verständlich dar. Es bietet einen umfassenden Überblick über die aktuelle Bildungsdiskussion, theoretische Grundlagen zur lernmethodischen Kompetenz, Lernvoraussetzungen von Kindern im Vorschulalter und schließt mit einem evaluierten Ansatz zur Förderung lernmethodischer Kompetenzen im Elementarbereich ab. Es richtet sich somit vor allem an pädagogische Fachkräfte in Tageseinrichtungen und gibt konkrete Anregungen, wie kindliche Lernprozesse im Alltag organisiert und begleitet werden können. Damit stellt das Buch eine Hilfe etwa bei der Umsetzung des bayerischen Bildungs- und Erziehungsplanes in die Praxis dar. (nh)

KRISTIN GISBERT/WASSILIOS E. FTHENAKIS (HRSG.): *Lernen lernen. Lernmethodische Kompetenzen von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2004, 232 Seiten, ISBN 3-407-56242-X, 22,90 Euro

Wohlbefinden in der Schule

Der Begriff Wohlbefinden erfreut sich in den letzten Jahren zunehmender Beliebtheit und hat unter anderem Einzug in die Bildungseinrichtungen gehalten. Doch was eigentlich ist ›Wohlbefinden?‹ Bislang ist noch weitgehend unklar, wie dieser Begriff definiert wird, obwohl er im schulischen Kontext bereits zu einem ernsthaften Anliegen geworden ist. Das Ziel des Buches besteht darin, mehr Klarheit darüber zu schaffen, was unter Wohlbefinden in der Schule verstanden werden kann und wie es entsteht. Es liefert einen Überblick über die Forschungsarbeiten zum Wohlbefinden all-

gemein und spezifisch in der Schule und expliziert die der Arbeit zugrunde liegende Definition und ihren theoretischen Ansatz. Anschließend werden empirische Forschungsarbeiten zur Genese von Emotionen in der Schule und zum Wohlbefinden der Schüler und Schülerinnen der Sekundarstufe I vorgestellt und die Ergebnisse dokumentiert. Auf der Basis dieser Ergebnisse wird abschließend der pädagogische Anspruch zum Thema Wohlbefinden thematisiert. Das Buch richtet sich vor allem an Schulen, die den Leitgedanken ›Unsere Schule ist ein Ort, an dem sich alle wohl fühlen‹ ernst nehmen und nicht zu einer pädagogischen Formel verkommen lassen wollen. Für die praktische Arbeit bietet es konkrete Ansatzpunkte. (nh)

TINA HASCHER, DETLEF H. ROST (HRSG.): *Wohlbefinden in der Schule. Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Bd. 40.* Waxmann Verlag GmbH, Münster, New York, München, Berlin, 2004, 324 Seiten, ISBN 3-8309-1354-0, 25,50 Euro

Kinderreport Deutschland 2004

Ziel des alle zwei Jahre erscheinenden Kinderreports ist es, die Situation von Kindern in Deutschland zu beschreiben. Das Hauptaugenmerk des Kinderreports 2004 liegt auf dem Thema Kinder und Armut. Weiterhin werden die Bereiche Kinder und Gesundheit, Familie, Schule und Medien sowie die Kinderpolitik thematisiert. Unterschiedliche Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis zeigen in einzelnen Beiträgen die unterschiedlichen Facetten und Entwicklungen der Themenbereiche auf und geben damit einen guten Überblick über die Lebenssituation von Kindern sowie über neue Projekte. Ergänzt werden die Beiträge durch Aussagen und Beschreibungen aus Kindersicht, die den jeweiligen Abschnitten vorangestellt sind. (ts)

DEUTSCHES KINDERHILFSWERK E.V. (HRSG.): *Kinderreport 2004. Daten, Fakten, Hintergründe.* Kopaed, München, 2004, ISBN 3-938028-24-6, 11,80 Euro

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Öffentlichkeit betrachtet Verwaltungsmodernisierung verständlicherweise meist nur unter dem Blickwinkel, ob die ›Bürokratie‹ einfacher wird und Geld in der Verwaltung gespart wird. Diese nach außen gerichteten Effekte sind aber nicht unabhängig davon, unter welchen Bedingungen die Mitarbeitenden in den Verwaltungen arbeiten. Leistungsfähige Verwaltungen setzen leistungsfähige, d. h. motivierte und gesunde Mitarbeitende voraus. Gefragt ist also ein effektives betriebliches Gesundheitsmanagement in der Verwaltung. Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) hat jetzt eine Handlungsanleitung für den kommunalen Bereich vorgelegt. Sie stellt Ansatz und Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagements vor und geht ausführlich auf die einzelnen Instrumente ein – vom Gesundheitsbericht bis zum Gesundheitszirkel. Bei den jeweiligen Schwerpunktthemen wird auf konkrete Beispiele aus Kommunalverwaltungen hingewiesen. Bleibt zu hoffen, dass der KGSt-Bericht nicht nur ein Schubladendasein führt, sondern dazu beiträgt, dass in nicht allzu ferner Zukunft Behörden als moderne Dienstleistungszentren fungieren, mit gesunden, freundlichen und motivierten Mitarbeitenden, die uns als Bürgerinnen und Bürger so behandeln, wie wir es uns schon lange wünschen.

KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG (KGST) (HRSG.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe. Bericht 1/2005.* Köln, 2005, 94 Seiten, 12,00 Euro für Mitglieder/30,00 Euro für Institutionen und Behörden/60,00 Euro für alle Übrigen, per E-Mail zu beziehen über kgst@kgst.de



www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/alterssurvey-2002.pdf

Der Alterssurvey 2002 stellt die Entwicklungen sozialer Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte in den Mittelpunkt. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat hierzu die Veränderungen im Längsschnitt über einen Zeitraum von sechs Jahren erhoben und ausgewertet.

www.creative-network-factory.de

Das Ziel der CNF ist die Förderung einer dynamischen Netzwerkkultur. Sie lotet die sozialen, kommunikativen und kulturellen Potenziale der Netzwerkmedien aus und erforscht die Prinzipien der Netzwerklogik. Die CNF ist als Initiative sozialwissenschaftlich orientierter Netzwerker und Netzwerkerinnen entstanden und ist offen für Kooperationen und Projekte mit anderen Netzakteuren und -Akteurinnen.

www.dji.de > Projekt > Schule und soziale Netzwerke

Das Deutsche Jugendinstitut hat im Zeitraum 2001–2004 das vom (damaligen) Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie geförderte Projekt ›Nutzung außerschulischer Ressourcen für eine lebenswelt- und gemeinwesenorientierte Schulentwicklung‹ durchgeführt. Fragestellungen waren dabei, inwieweit allgemein bildende Schulen in Deutschland mit anderen Einrichtungen und Personen kooperieren und welche Auswirkungen diese Kooperationen auf das schulische Leben und den schulischen Unterricht haben.

www.dsf-gsf.org

Die Initiative für ein Sozialforum in Deutschland informiert über die Aktivitäten der lokalen Sozialforen und ihrer Vernetzung auf bundesdeutscher Ebene. Dazu gibt es detaillierte Hinweise zu den europäischen und Weltsozialforen.

www.fb4.fh-frankfurt.de/projekte/hbsc

Das Projekt ›Soziale Netzwerke als protektive Faktoren für die Gesundheit im Jugendalter‹ ist Teil des internationalen

Studienverbunds ›Health Behavior in School-Aged Children‹ (HBSC) unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO), an dem sich Forschungseinrichtungen aus über 30 Ländern beteiligen. An der Fachhochschule Frankfurt am Main lief die Teilnahme am HBSC-Projekt unter dem Arbeitstitel ›Soziale Netzwerke als protektive Faktoren für die Gesundheit im Jugendalter‹ und wurde zwischen 2001 und 2003 gefördert.

www.generationennetzwerk.de

Das Generationennetzwerk Umwelt bietet ein Forum an für den Informations- und Erfahrungsaustausch zu generationenübergreifenden und seniorenbezogenen Ansätzen und Projekten in umweltbezogenen Arbeitsfeldern. Acht Einrichtungen der Umwelt- und Erwachsenenbildung entwickeln und erproben als Lernwerkstätten neue Ansätze zur Beteiligung von Seniorinnen und Senioren, so dass neue generationenübergreifende Angebote und Projekte entstehen.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/159.php

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert seit Ende der 90er Jahre die ›Kompetenznetze in der Medizin‹. Ziel der Kompetenznetze ist es, eine Kompetenz für derzeit 17 Erkrankungen aufzubauen, die sowohl für Ärzte und Ärztinnen sowie andere Gesundheitsdienstleister als auch für Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen erkennbar und nutzbar ist.

www.hbsc.org

Offizielle Seite des internationalen Studienverbunds ›Health Behavior in School-Aged Children‹.

www.pairfam.uni-bremen.de

Die Deutsche Forschungsgesellschaft fördert im DFG-Schwerpunkt 1161 Beziehungs- und Familienentwicklung das Projekt ›Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (PAIRFAM)‹. Das Ziel des Schwerpunktprogramms ist die theoretische, methodische und empirische Fortentwicklung der Erforschung der Beziehungs- und Familienentwicklung.

www.soziale-bewegung.de

Das Forum gegen die Arbeits- und Sozialreformen bietet einen bundesweiten Überblick über die regionalen Aktivitäten, die sich gegen den Sozialabbau richten.

www.sbg.ac.at/psychologie/events/laireiter

Das Institut für Psychologie der Universität Salzburg hat 2002 eine bestands-erhebende Arbeitstagung mit dem Titel ›Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung‹ durchgeführt. Ein ausführlicher Abstractband gibt einen Überblick zum Stand der Diskussion.

www.sozialnetz-hessen.de

Der Informationsdienst Sozialnetz Hessen hat einen großen gemeinsamen Schwerpunkt: der Mensch im Arbeitsleben und in seinen sozialen sowie gesellschaftlichen Beziehungen. Projektträger ist das Hessische Sozialministerium.

www.lokale-buendnisse-fuer-familien.de

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Aktion ›Lokale Bündnisse für Familien‹ ins Leben gerufen. In einem Online Handbuch erhält man wertvolle Tipps, wie ein Bündnis in der Kommune initiiert werden kann und welche Zusammenarbeit mit welchen Akteuren notwendig ist. Best Practice Beispiele verdeutlichen, dass Familienfreundlichkeit ein wichtiger Bestandteil kommunalen Agierens ist.

http://www.emma.de/05_3_aktion_freundinnen_suche.html

›Emma – das politische Magazin für Frauen‹ startete kürzlich einen Aufruf, bei dem sich verlorene Freundinnen wiederfinden können. Es besteht die Möglichkeit, Suchanzeigen aufzugeben oder sich auch bei Emma zu melden, wenn man auf der Seite der Gesuchten erscheint.



Veranstaltungen der LVG

Niedersachsen Forum Alter und Zukunft Schwerpunkt: Seniorenwirtschaft – Interessen, Bedürfnisse, Produkte, Lebensqualität

3. November 2005 in Bad Nenndorf

Das Altern der Bevölkerung bietet neue Chancen für Gesellschaft und Wirtschaft, die bislang nicht hinreichend genutzt werden. In Vorträgen, Diskussionsrunden und Arbeitsgruppen werden die Bedürfnisse älterer Menschen diskutiert und zukunftsweisende Entwicklungen für seniorengerechte Produkte in den Bereichen Handwerk, Industrie, Handel, Dienstleistungen und Tourismus vorgestellt. Ein Markt der Möglichkeiten bietet die Chance, sich umfassend über entsprechende Angebote zu informieren.

Veranstalter sind das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und der Landkreis Schaumburg. Für die überregionale Koordination der Tagung ist die Landesvereinigung für Gesundheit zuständig.

Ältere Menschen und Medien: Eine Herausforderung für die Gesundheitskommunikation

17. November 2005, Hannover

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheitsrisiken nehmen im Alter zu. Damit steht eine alternde Gesellschaft vor der Herausforderung, insbesondere den älteren Menschen die für sie relevanten Gesundheitsinformationen in angemessener Form zukommen zu lassen. Ältere Menschen stellen aber nicht nur einen beträchtlichen Teil des Publikums vieler Medien. Ob in der Werbung, in Spielfilmen, Talkshows oder Nachrichten – der Öffentlichkeit wird durch die Medien auch ein Bild vom Alter und vom Altern vermittelt. Wir fragen, inwiefern die Medien Themen rund ums Alter(n) mit – mehr oder weniger altersbedingten – Krankheiten oder mit Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens in Verbindung bringen. Bezogen auf Gesundheits- und Krankheitsaspekte soll daher aufgezeigt werden, wie facettenreich das Bild vom Alter(n) in den Medien ist und welche Aspekte ausgespart werden.

Kooperationspartner der Fachtagung sind die Henrietenstiftung Hannover und das Netzwerk Medien und Gesundheitskommunikation.

Frauengesundheit – zwischen Möglichkeit und Machbarkeit. 19. Tagung des Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

23. November 2005, Hannover, Neues Rathaus

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit wurde 1995 gegründet und blickt somit 2005 auf zehn Jahre erfolgreiche Netzwerkarbeit zurück. Ein rundes Jubiläum ist Anlass genug, einerseits zu feiern, andererseits stolz und auch kritisch Rückschau und Ausblick zu halten. In vier moderierten Diskussionsforen werden die Errungenschaften und wichtige Themen der Frauengesundheit in Gegenwart und Zukunft diskutiert. Wir spannen dabei jeweils einen thematischen Bogen bis ins Jahr 2020.

Die Veranstaltung richtet sich an alle im Gesundheitsbereich Tätigen und am Thema Interessierten. Die 19. Netzwerktagung findet in Kooperation mit dem Frauenbüro der

Landeshauptstadt Hannover und dem Verein zur psychosozialen Versorgung e.V. Hannover statt. Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird getragen vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e.V.

Kundenorientierung im Krankenhaus

5. Dezember 2005, AOK-Bildungszentrum in Sarstedt bei Hannover

Krankenhäuser müssen sich zukünftig verstärkt an den Kriterien Service, Qualität und Kundenorientierung messen (lassen). Die Patientenorientierung wird ein wichtiges Kriterium für den wirtschaftlichen Erfolg sein. Erfahrungen aus dem Dienstleistungsbereich, das Wissen um Patientenbedürfnisse und die Entscheidungsgrundlagen der Einweiser können Krankenhäusern interessante Hinweise für die Ausgestaltung ihrer Kundenorientierung geben.

Kooperationspartner der Seminarveranstaltung für Krankenhäuser ist die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen.

Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche, Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für die Praxis

8. Dezember 2005, Wolfsburg

Die Wirksamkeit bisheriger, insbesondere langfristiger Maßnahmen, ist wissenschaftlich bislang nicht belegt. Auf der Grundlage der Programme ›Kids in Motion‹ und ›Step by Step‹ sollen die wesentlichen Erfolgsfaktoren und Stärken der Konzepte nachgewiesen werden. Daneben sind auch die notwendigen Rahmenbedingungen, die den Erfolg ermöglichen, sowie die Übertragbarkeit auf andere Regionen für die betriebliche Krankenversicherung der Beteiligten von großem Interesse.

Veranstalter sind der BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen, und die Landesvereinigung für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem forum gesundheit e.V.

Psychische Belastung erkennen und erfassen

18. Januar 2006 Grundlagenseminar, Fuldata

15. Februar 2006 Verfahrensschulung, Fuldata

Der Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bieten zwei Workshops zur Erfassung psychischer Belastungen im Betrieb an. Im Grundlagenseminar geht es um den Zusammenhang von psychischer Belastung und Beanspruchung sowie um Ursachen und Auswirkungen der Fehlbeanspruchungsfolgen Stress, psychische Ermüdung, Monotonie und psychische Sättigung. Präventive Aspekte werden vorgestellt.

Die Verfahrensschulung führt in Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen ein und schult die Handhabung eines dieser Instrumente.

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin

Die Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. (AfS) stellt von dieser Impulse-Ausgabe an regelmäßig ihr Veranstaltungsprogramm in einer eigenen Rubrik vor und informiert über Aktuelles in der Akademie.

Seit Mai diesen Jahres befindet sich die AfS in den Räumen der LVG, Fenskeweg 2, 30165 Hannover. Die ehrenamtliche Geschäftsführung hat Thomas Altgeld, Geschäftsführer der LVG, übernommen. Ansprechpartnerin für Veranstaltungen und Fortbildungen der Akademie für Sozialmedizin ist Iris Horstmann, Telefon: 051138811898, Fax: 05113505595, E-Mail: info@akademie-sozialmedizin.de.

Die Akademie für Sozialmedizin ist ein gemeinnütziger und unabhängiger Verein, der Fortbildungen und wissenschaftliche Veranstaltungen auf dem Gebiet der Sozialmedizin, Prävention und Rehabilitation anbietet.

Patientenautonomie bis ans Lebensende

30. November 2005, Hannover, Hanns-Lilje-Haus

Die juristische Anerkennung von Patientenverfügungen ist ein brisantes und viel diskutiertes Thema. Das zeigt auch die Kontroverse um den wieder zurückgezogenen Gesetzesentwurf von Justizministerin Brigitte Zypries.

Was bedeutet die unsichere Rechtslage für diejenigen, die in ihrer täglichen (Berufs-)Praxis mit Schwerkranken, Komapatienten oder Demenzkranken zu tun haben und diese oftmals bis zum Lebensende begleiten? Sie müssen Entscheidungen treffen oder mittragen, die juristisch, medizinisch und ethisch geprüft und vertretbar sind.

Die Veranstaltung möchte die Praxis solcher Entscheidungen beleuchten, Hilfestellungen geben und einen aktuellen Sachstand vermitteln. Zielgruppen sind Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen, Pflegepersonal im stationären und ambulanten Bereich, in Hospizen und Betreuungsvereinen sowie Krankenhauseselsoerger bzw. -selsoergerinnen, Sozialarbeiter bzw. -arbeiterinnen, Seniorenverbände, Angehörige und alle am Thema Interessierten.

Die Tagung wird in Kooperation mit der Ev. Regional- und Stadtakademie Hannover e.V. veranstaltet.

Pharmakotherapie im Alter

7. Dezember 2005, Hannover, Henriettenstiftung

Die Multimorbidität vieler älterer Patientinnen und Patienten erfordert eine darauf abgestimmte Diagnostik und Therapie. Um so schwerer wiegt, dass die Pharmakotherapie bei Menschen über 60 Jahre noch wenig erforscht ist. Die Fortbildungsveranstaltung (nachmittags) möchte Probleme der Pharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten und Möglichkeiten der Therapieoptimierung in der ambulanten und stationären Versorgung aufzeigen. Aktuelle pharmakoepidemiologische Erkenntnisse geben Aufschluss über Verordnungsmuster, Probleme der Über- und Unterversorgung und zu vermeidende Präparate in der Behandlung älterer Menschen.

Kooperationspartner ist das Institut für Klinische Pharmakologie der Medizinische Hochschule Hannover.

Weitere Informationen sind erhältlich unter www.akademie-sozialmedizin.de

Veranstaltungen anderer Einrichtungen in Kooperation mit der LVG

Erinnern in Deutschland – 60 Jahre nach Auschwitz

07. – 08. Oktober 2005, Göttingen

Aus Anlass des 10-jährigen Bestehens des Zeitzeugenprojekts Göttingen findet die bundesweite Fachtagung mit unterschiedlichen Foren und einer Filmpremiere statt.

Die LVG ist durch ihr Projekt ›Niedersächsische Landesagentur Generationendialog‹ Kooperationspartner der Freien Altenarbeit Göttingen.

Mehrgenerationenhäuser und mehr

18. Oktober 2005, Braunschweig

Die Fachtagung für generationenübergreifende Projekte und Programme in Niedersachsen, NRW und Sachsen-Anhalt will die Umrisse einer Projektlandschaft aufzeigen, die durch vielfältige Arbeitsansätze mit dazu beiträgt, die Umbrüche einer alternden Gesellschaft in einer Atmosphäre des Miteinanders zu gestalten.

Die LVG ist durch ihr Projekt ›Niedersächsische Landesagentur Generationendialog‹ Kooperationspartner des Projektbüros ›Dialog der Generationen‹.

Die ausführlichen Veranstaltungsprogramme finden Sie unter www.gesundheit-nds.de

Vorschau

Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen zu psychischen Beeinträchtigungen an Hochschulen und Ansätzen zur Gesundheitsförderung

27. Januar 2006

Arme Schule...? Allianzen bilden für Ernährung und Bewegung

7. März 2006, Hannover

Gesund leben lernen – 3. bundesweite Tagung

29./30. März 2006, Magdeburg



Niedersachsen

Kongress, Fraueninitiative Laatzen, Zwischen Wurzeln und Visionen, 8.10.2005, Laatzen, Kontakt: Fraueninitiative Laatzen e.V., Hildesheimer Straße 345, 30880 Laatzen, Tel.: 0 51 02 33 00, Fax: 0 51 02 33 09, E-Mail: Frauenzentrum.Laatzen@gmx.de

Tagung, Passivrauchen macht Kinder krank, 12.10.2005, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: 05 11 85 87 88, Fax: 05 11 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Wir tun's! Praxiserprobte Zugänge zu Jungen, 31.10.2005, Wolfsburg, Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Nds., Wunstorfer Str. 58, 30453 Hannover, Tel.: 05 11 2 15 02 66, Fax: 05 11 2 15 02 99, E-Mail: info@LAG-JuNi.de

Fachtagung, Kinder aus suchtblasteten Familien: Fakten, Probleme, Lösungen, 9.11.2005, Cloppenburg, Kontakt: Sozialpsychiatrischer Verbund Cloppenburg, Hildegard Wübben-Siefer, Tel.: 0 44 71 15 2 66, E-Mail: wuebben-siefer@lkclp.de

9. Niedersächsisches Ernährungsforum, Ernährung in Prävention und Gesundheitsförderung – Qualität stärken, Aktivitäten koordinieren, 9.11.2005, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 05 11 3 80 24 66, Fax: 05 11 3 80 24 65, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Abschlussstagung, Mädchen in der Moderne: ungleiche Gleichheit!, 11.10.2005, Hannover, Kontakt: Vernetzungsstelle des Nds. Förderprogramms „Lebensweltbezogene Mädchenarbeit“, Schwarzer Bär 4, 30449 Hannover, Tel.: 05 11 21 53 1 53, Fax: 05 11 21 53 1 54, E-Mail: info@maedchenwelten.de

Stadtteilzentren im (demografischen) Wandel, 16.–18.11.2005, Hannover, Kontakt: Landeshauptstadt Hannover, Bereich Stadtteilarbeit, Nanci Handrik, Friedrichswall 15, 30159 Hannover, Tel.: 05 11 68 4 52 44; Fax: 05 11 68 4 21 44; E-Mail: nanci.handrik@hannover-stadt.de

Bundestagung, Integration statt Ausgrenzung – Gerechtigkeit statt Almosen, Herausforderungen für eine bürger- und gemeindenahen Wohnungslosenhilfe, 21.–23.11.2005, Göttingen, Kontakt: BAG Wohnungslosenhilfe e.V., Postfach 130148, 33544 Bielefeld, Tel.: 05 21 1 43 96 14/-13, Fax: 05 21 1 43 96 19, www.bag-wohnungslosenhilfe.de

Tagung, Lebenserhaltende Maßnahmen beenden? Gesetzesgrundlage, Rechtsprechung, medizinische Praxis, 5.–7.12.2005, Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: 05 11 12 41 4 96, Fax: 05 11 12 41 4 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Tagung, »Kultursensible Altenpflege-Ausbildung, 2.12.2005, Hannover, Kontakt: Evangelische Fachhochschule Hannover, Studiendekanat V, Dorothee Michaelis, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover, Tel.: 05 11 53 01 0, Fax: 05 11 53 01 1 95, E-Mail: info@efh-hannover.de

Bundesweit

Erster Deutsch-Türkischer Kongress für Medizin und Gesundheitspolitik, 7.–8.10.2005, Berlin, Kontakt: WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, Jana Sponholz-Ludwig, Nymphenburger Straße 9, 10825 Berlin, Tel.: 0 30 2 63 92 49 15, Fax: 0 30 2 63 92 49 10, jana.sponholz-ludwig@wiso-gruppe.de, www.deutsch-tuerkischer-medizinkongress.de

Vereinbarungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 14.10.2005, Starnberger See, Kontakt: DGB-Bildungszentrum, Marianne Giesert, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf, Tel.: 02 11 43 01 3 72, Fax: 02 11 43 01 3 98, E-Mail: marianne.giesert@dgb-bildungswerk.de

Tagung, Viele Interessen – ein Ziel, Zum Nutzen Aller: Häusliche Gewalt gegen MigrantInnen im Netzwerk bekämpfen, 19.10.2005, Köln, Kontakt: Paritätische Akademie, Loher Str. 7, 42283 Wuppertal, Tel.: 01 80 22 62 2 22, Fax: 02 02 28 22 2 33, E-Mail: bildung@paritaet-nrw.org

2. Berliner Symposium, Geschlechterforschung in der Medizin, 21.10.2005, Berlin, Kontakt: Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 65, 10117 Berlin, Tel.: 0 30 45 05 39 0 89/-1 09, Fax: 0 30 45 05 39 9 89, E-Mail: gim-office@charite.de

Kongress, GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen, 25.–26.10.2005, Berlin, Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Hansaring 43, 50670 Köln, Tel.: 02 21 91 28 67 15/-18, Fax: 02 21 91 28 67 59, E-Mail: gesundlernen@gvg-koeln.de

Tagung, Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?!, 3.11.2005, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg, Tel.: 0 40 6 32 22 20, Fax: 0 40 6 32 58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Tagung, Gesundheitsförderung im Kindergarten, 15.11.2005, Bad Segeberg, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Schleswig-Holstein, Tel.: 04 31 9 38 59, Fax: 04 31 9 48 71, www.lv-gesundheit-sh.de

Tagung, Ältere Mitarbeiter als Chance für die Zukunft, 15.–16.11.2005, Dortmund, Kontakt: BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH, Ursula Grünes, Herbert-Rabius-Str. 1, 53225 Bonn, Tel.: 02 28 4 00 72 84, Fax: 02 28 4 00 72 25, E-Mail: info@bad-gmbh.de

Nur einen Tic anders, Tourette Syndrom – Aspekte einer ungewöhnlichen Erkrankung, Tourette und Schule, Tourette und Praxis, 18.–19.11.2005, Bremen, Kontakt: Landesinstitut für Schule, Am Weidedamm 20, 28215 Bremen, Frau Grigoleit, Tel.: 04 21 36 11 44 64, Fax: 04 21 36 11 61 46, E-Mail: ivonne.grigoleit@lisbvn.bremen.de

11. Kongress Armut und Gesundheit, Präventionsziele gegen Armut: Gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten, 18.–19.11.2005, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin, Kongress Armut und Gesundheit, Friedrichstr. 231, 10969 Berlin, Tel.: 0 30 44 31 90 60, Fax: 0 30 44 31 90 63, www.armut-und-gesundheit.de

Tagung Familienbildung, Ressourcen von Familien stärken! Praxisbeispiele für präventive, zukunftsorientierte Familienbildung in Deutschland, 1.–2.12.2005, Frankfurt am Main, Kontakt: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband e.V., Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 60528 Frankfurt, Tel.: 0 69 67 06 2 25, Fax: 0 69 67 06 2 03, E-Mail: pb.bv@paritaet.org

1. Nationaler Präventionskongress in Deutschland, 1.–2.12.2005, Dresden, Kontakt: Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt, Med. Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden, Fiedlerstr. 33, 01307 Dresden, Tel.: 03 51 4 58 44 90, Fax: 03 51 4 58 53 38, E-Mail: public.health@mailbox.tu-dresden.de

3. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 7.–8.12.2005, Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum, WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel.: 0 62 21 42 30 10, Fax: 0 62 21 42 30 20, E-Mail: who-cc@dkfz.de

International

Internationale Fachkonferenz, European Citizenship Education on Migration, Europäische Bürgerschaftsbildung im Kontext von Einwanderung, 17.–19.10.2005, Oldenburg, Kontakt: Bundeszentrale für politische Bildung, Gudrun Burkhardt, Willy-Brandt-Str. 1, 50321 Brühl, Tel.: 0 18 88 6 29 82 50, Fax: 0 18 88 6 29 90 20, E-Mail: bpb@fhhbund.de

13th European Conference on Public Health. Promoting the Public's Health. Reorienting health policies, linking health promotion and health care, 10.–12.11.2005, Austria, Graz, Kontakt: c/o Dorli Kahr-Gottlieb, Universitätslehrgang Public Health, Universitätsplatz 4/3, A-8010 Graz, Tel.: ++43 3 16 3 80 77 72, Cell ++43 6 64 9 20 89 50, Fax: ++43 3 16 3 80 96 68, E-mail: dorothea.kahrgottlieb@meduni-graz.at

2. EHCC European Health Care Congress 2005, 28.–29.11.2005, Düsseldorf, Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V., Jürgen Dolle, Hansaring 43, 50670 Köln, Tel.: 02 21 91 28 67 23, Fax: 02 21 91 28 67 6, E-Mail: j.dolle@gvg-koeln.de

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter der folgenden Adresse: info@gesundheit-nds.de