

Landesvereinigung  
für Gesundheit  
Niedersachsen e.V.

## Auswirkungen des sozialen Wandels auf Gesundheit

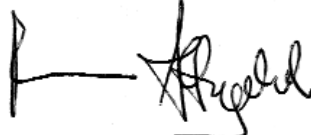
Das vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist in Deutschland unter seinem Planungsnamen ›Hartz IV‹ zu einem traurigen Synonym für einen zu kalten Umbau des deutschen Sozialstaates geworden. Die monatelangen Demonstrationen gegen diesen Gesetzesentwurf der alten Bundesregierung sind für deutsche Verhältnisse eher ungewöhnlich gewesen, zeigen aber auch, welche tiefsitzenden Ängste mit diesem Gesetzesentwurf mobilisiert wurden. Der Sozialstaatuschnitt alter Prägung erscheint in einer globalisierten Wirtschaft seltsam unmodern, zumindest werden Wirtschafts- und Politikgrößen nicht müde genau dies zu betonen.

Mit der Agenda 2010 existiert ein Fahrplan für den Umbau des deutschen Sozialstaates. Welche sozialen und gesundheitlichen Folgen haben diese Veränderungen der Sozialgesetzgebung? Kann Gesundheitsförderung unter den herrschenden Bedingungen gegen solche Megatrends etwas bewirken? Federt sie die negativen Begleiterscheinungen nur minimal als soziales Trostpflaster ab? Was bedeutet die Ökonomisierung für das Gesundheitsversorgungssystem? Diesen zentralen Fragestellungen wird in diesem Heft nachgegangen.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Gesundheitsförderung zu Lebensbeginn‹ (Redaktionsschluss 20.01.2006) und ›Wellness, Kommerzialisierung, Bodymodification‹ (Redaktionsschluss 28.04.2006). Sie sind herzlich eingeladen, sich mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Zum Ausklang des Jahres 2005 möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Kooperationspartnerinnen und -partnern der Landesvereinigung für die intensive Zusammenarbeit im Jubiläumsjahr der Landesvereinigung herzlich bedanken. Auch allen Autorinnen und Autoren dieses Newsletters sei herzlich für Ihre Mitarbeit gedankt, weil ohne sie die Herausgabe dieser Zeitschrift nicht möglich wäre. Gleiches gilt für alle Leserinnen und Leser, deren vielfältige Rückmeldungen auch das große Interesse an unserer Zeitschrift zeigen. Wir wünschen Ihnen allen einen schönen und angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches Jahr 2006!

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

## Inhalt

	Seite
■ Krise des Sozialen und Spaltung der Gesellschaft	2
■ Frauenrolle im sozialinvestiven Wohlfahrtsstaat - der deutsche Fall	3
■ Sozialer Wandel und Ökonomisierung des Krankensektors	4
■ Die Entwicklung des Krankensektors am Nutzen orientieren	5
■ Sozialer Wandel in Ostdeutschland und seine Anforderungen an das Gesundheitssystem	7
■ Zwischen Unsicherheit und Flexibilität	8
■ Sozialer Wandel und Gesundheit. Auswirkungen von Hartz IV auf die Gesundheit von Kindern	9
■ Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit	10
■ Abhängig vom Partner - Diskriminierung von Frauen durch Hartz IV	11
■ Krankenstand und sozialer und struktureller Wandel	12
■ Versorgungsmodell für Rheumapatienten	13
■ Schaffung einer gesundheitsverträglichen Umwelt	13
■ Tagungsbericht: Gesund Leben Lernen	14
■ Prävention und Gesundheitsförderung für Arbeiter	14
■ Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen	15
■ Kontinuitäten und Brüche in der 100-jährigen Geschichte der Landesvereinigung	16
■ Auswirkungen von Hartz IV auf die Arbeit der Tafeln in Niedersachsen/Lingen	18
■ Aufbau eines Laienhilfsdienstes zur Entlastung der pflegenden Angehörigen	19
■ Konzept der Regionalisierung geht auf	19
■ Mediothek	20
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	27

Christoph Butterwegge

## Krise des Sozialen und Spaltung der Gesellschaft

Die gegenwärtige Entwicklung des Sozialstaats bedeutet eine gesellschaftspolitische Richtungsentscheidung. Über die Leistungskürzungen hinaus droht ein Systemwechsel. Als Beleg dazu die folgenden fünf Aussagen:

1. Aus dem Wohlfahrtsstaat wird ein »nationaler Wettbewerbsstaat« (Joachim Hirsch), der die Aufgabe hat, durch seine Politik die Konkurrenzfähigkeit des »eigenen« Wirtschaftsstandortes auf dem Weltmarkt, Wachstum und Beschäftigung zu fördern. Sozialstaatlichkeit, die eigentlich Verfassungsrang hat, besitzt keinen Eigenwert mehr, sondern muss sich nach der Standortlogik wirtschaftlichen und Machtinteressen unterwerfen. Da fast alle Gesellschaftsbereiche im Zuge einer Ökonomisierung, Privatisierung und Liberalisierung nach dem Vorbild des Marktes umstrukturiert werden, hält die Konkurrenz auch Einzug in den Sozialstaat.

2. Aus dem Sozialstaat wird ein Minimalstaat. Der »schlanke Staat«, wie er dem Neoliberalismus vorschwebt, ist im Hinblick auf die Sozialpolitik eher magersüchtig, aber keineswegs frei von bürokratischen Auswüchsen – ganz im Gegenteil! Leistungskürzungen und die Verschärfung von Anspruchsvoraussetzungen gehen mit Strukturveränderungen einher, die nicht nur mehr Markt, sondern teilweise auch mehr staatliche Administration bedeuten. Beispielsweise werden für Zertifizierungsagenturen, Evaluationsbürokratien und Leistungskontrollen aller Art womöglich mehr Sach- und Personalmittel benötigt als vorher.

3. Der neoliberale Residualstaat ist eher Kriminal- als Sozialstaat, weil ihn die drastische Reduktion der Wohlfahrt zur Repression gegenüber jenen Personengruppen zwingt, die als Modernisierungs- bzw. Globalisierungsverlierer zu Opfern seiner rückwärts gerichteten »Reformpolitik« werden. Je weniger großzügig die Sozialleistungen einer reichen Gesellschaft ausfallen, umso schlagkräftiger muss ihr Sicherheits- bzw. Gewaltapparat sein.

4. An die Stelle des aktiven Sozialstaates, wie man ihn bei uns bisher kannte, tritt ein »aktivierender«, Hilfebedürftige nicht mehr ohne entsprechende Gegenleistung alimentierender Sozialstaat. Der »welfare state« wandelt sich zum »workfare state«, wenn man den Arbeitszwang ins Zentrum der Beschäftigungs- und Sozialpolitik rückt. Ausgerechnet in einer Beschäftigungskrise, wo Millionen Arbeitsplätze – nicht: Arbeitswillige – fehlen, wird so getan, als seien die von Erwerbslosigkeit unmittelbar Betroffenen an ihrem Schicksal selbst schuld. Man bemüht sich gar nicht darum, die Chancen von sozial Benachteiligten zu verbessern, wie man im Weiterbildungsbereich sieht, wo sich die Bundesagentur (früher: -anstalt) für Arbeit immer stärker auf Hochqualifizierte und leicht Vermittelbare konzentriert.

5. Das bisherige Gemeinwesen wird in einen Wohlfahrtsmarkt einerseits und einen Wohltätigkeits-, Almosen- bzw. Suppenküchenstaat andererseits aufgespalten. Auf dem Wohlfahrtsmarkt kaufen sich jene Bürger und Bürgerinnen, die es sich finanziell leisten können, soziale Sicherheit (z. B. Altersvorsorge durch Versicherungspolice der Assekuranz). Dagegen stellt der postmoderne Sozialstaat nur noch beschönigend »Grundsicherung« genannte Minimalleistungen bereit, die Menschen vor dem Verhungern und Erfrieren bewahren,

sie ansonsten jedoch der Privatwohltätigkeit überantworten. Man spricht von »Eigenverantwortung«, meint aber die Zusatzbelastung für Arbeitnehmende, Patientinnen und Patienten sowie Rentnerinnen und Rentner.

### Folgen für die soziale Symmetrie und die Demokratie

Dies führt nicht nur zur Auseinanderentwicklung von Gesellschaft und Staat (privater Reichtum – öffentliche Armut), sondern auch zur Ausdifferenzierung der Ersteren: Reiche werden immer reicher, Arme immer zahlreicher. Jenseits der Spaltung in Arm und Reich, die sich verschärft und zu einer Gefahr für den sozialen Frieden wird, lässt sich immer deutlicher eine weitere Trennlinie erkennen, die innerhalb der Armutspopulation verläuft und sie noch ein weiteres Mal spaltet. Man kann von einer Doppelstruktur der Armut sprechen: Einerseits sind davon (bis in den Mittelstand hinein) mehr Personen betroffen, und zwar auch solche, die früher – weil meist voll erwerbstätig – im relativen Wohlstand des »Wirtschaftswunderlandes« lebten. Deutlich zugenommen hat die Zahl jener Haushalte, deren Einkommen trotz Lohnarbeit in Form eines oder sogar mehrerer Arbeitsverhältnisse nicht oder nur knapp über der relativen Armutsgrenze liegt (»working poor«). Andererseits verfestigt sich die Langzeit- bzw. Mehrfacharbeitslosigkeit älterer und/oder gering qualifizierter Personen zur Dauerarbeitslosigkeit, wodurch eine Schicht total Deklassierter, d. h. ganz vom Arbeitsmarkt wie auch von der gesellschaftlichen Teilhabe Ausgeschlossener (»underclass«), entsteht.

Gleichzeitig nimmt die sozialräumliche Segregation zu: Vor allem Großstädte zerfallen einerseits in Luxusquartiere und andererseits in sozial benachteiligte Wohngebiete oder Stadtteile »mit besonderem Erneuerungsbedarf«, wie sie euphemistisch genannt werden. Hier entsteht ansatzweise ein modernes Lumpenproletariat, das sich in erster Linie aus Migrantinnen und Migranten zusammensetzt. Die sozialräumliche Trennung von Bevölkerungsgruppen hat verheerende Folgen für den Zusammenhalt der Gesellschaft hinsichtlich (Gewalt-)Kriminalität, des Drogenmissbrauchs und einer Verwahrlosung der öffentlichen Infrastruktur. Was als »Krise der sozialen Stadt« (Hartmut Häußermann) bezeichnet wird, kann harte Konflikte bis hin zu bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen wie in Frankreich nach sich ziehen.

Noch nie wurde die zwischenmenschliche Solidarität in der modernen Gesellschaft auf eine ähnlich harte Probe gestellt. Maßnahmen zur Privatisierung öffentlicher Unternehmen, sozialer Dienste und allgemeiner Lebensrisiken, zur Liberalisierung der (Arbeits-)Märkte, zur Deregulierung gesetzlicher Schutzbestimmungen und zur Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse sind Schritte auf dem Weg in eine »Kapital-Gesellschaft«, die Konkurrenz und Kommerz prägen. Deregulierung bedeutet nicht Verzicht auf staatliche Rahmensetzung, vielmehr deren Konzentration auf die Förderung des wirtschaftlichen Leistungswettbewerbs und der rentablen Kapitalverwertung. Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse und -zeiten bringt für die Beschäftigten keine oder nur wenig Vorteile, weil sie sich den wirtschaftlichen Verwertungsbedingungen unterordnen müssen und nicht selbst bestimmen können, wann und unter welchen Bedingungen

sie arbeiten wollen. Privatisierung öffentlichen Eigentums und sozialer Dienstleistungen läuft auf die Entpolitisierung bzw. Entdemokratisierung der Gesellschaft hinaus, weil nunmehr der Bourgeois jene Entscheidungen trifft, die dem Citoyen bzw. dem Gemeinwesen und seinen gewählten Repräsentantinnen und Repräsentanten vorbehalten bleiben sollten. Menschen werden so der Möglichkeit beraubt, in gesellschaftliche Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse einzugreifen.

PROF. DR. CHRISTOPH BUTTERWEGGE, *Abt. für Politikwissenschaft an der Universität zu Köln, Telefon: (02 21) 4 70-46 23*

Ilona Ostner

## Frauenrolle im sozialinvestiven Wohlfahrtsstaat – der deutsche Fall

Wer heute in Deutschland über die Rolle der Frau spricht, hat bereits ein neues Modell im Visier, dessen Konturen sich überall im EU-Europa abzeichnen beginnen. Die britische Historikerin und Sozialpolitikexpertin Jane Lewis nennt dieses Modell das ›adult worker model‹. Es verlangt, dass alle Erwerbsfähigen, Frauen wie Männer, auch so weit wie möglich während ihres Lebenslaufs erwerbstätig sind; dass ferner das private Leben, die Familie, die Kinder, die Sorge um die alten Eltern bzw. die Pflege der Eltern der Erwerbstätigkeit nachgeordnet werden. Mit einem Wort: Familie – damit auch Frauen und Kinder – sollen arbeitsmarktfreundlicher werden. Damit ist das Ende der Familie und der Frauenrolle, wie wir sie kannten, eingeläutet.

### Aufstieg und Niedergang des Ernährer-Modells

Von Frauen, Kindern und Jugendlichen wurde bis ins 20. Jahrhundert hinein erwartet, zur Existenzsicherung des Haushalts beizutragen, auch wenn ihr gemeinsamer Beitrag selten den des Mannes oder Vaters überstieg. Stiegen die Löhne in einer Branche oder einem Gewerbe, so reduzierten Ehefrauen und vor allem jüngere Kinder in der Regel ihre Erwerbsarbeit oder sie hörten ganz auf, erwerbstätig zu sein; nur manchmal, wenn der Vorteil des zusätzlichen Einkommens den Nachteil der höheren Arbeitsleistung überwog, erhöhten sie ihre Erwerbsarbeit. So nahm mit der Zeit die Erwerbsarbeit von Kindern, Jugendlichen und Frauen immer weiter ab. Ihre Erwerbs- und Einkommenschancen reduzierten sich, während die der Männer häufig – aber keineswegs immer – stiegen.

All das hat sich inzwischen geändert – gewinnbringende und arbeitsplatzschaffende Innovationen finden in diesem Bereich kaum mehr statt. Weitere Ursachen dieses Wandels sind bekannt: z. B. makrostrukturelle, wie die Niederlage des Staatssozialismus, die Öffnung – Europäisierung und Globalisierung – der nationalen Ökonomien und, damit verbunden, ganz neuartige Systemkonkurrenzen, die einen Druck erzeugen, Steuern und Arbeitskosten zu senken. Da ist schließlich die neuere Krise des Wohlfahrtsstaats: dass Sozialleistungen zunehmend als Recht, dem häufig ein nachlassendes Pflicht-

gefühl gegenüberstand, in Anspruch genommen wurden. Dass der Wohlfahrtsstaat neben ökonomischer Prosperität die möglichst kontinuierliche erwerbsförmige Beschäftigung zur Voraussetzung hat, ist – so eine gängige Diagnose – in den Hintergrund getreten. Die Reformen seit den 1980er Jahren setzten hier an.

### Neujustierung der Gesellschaft

- Seit den 1990er Jahren fordern die Diskussionen einen Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik ein, der inzwischen in allen EU-Ländern vollzogen wird – Formel: ›Kein Nehmen ohne ein Geben‹ ohne: Wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen ...
- weg von passiven zu aktivierenden Sozialleistungen;
- weg von De- zu Rekommodifizierung [in-work-benefits].

EU-Europaweit lassen sich zwei Folgen dieser Politik der ›neuen Reziprozität‹ ausmachen:

- 1. die Durchsetzung eines neuen Armutsbegriffs und einer neuen Armutsgruppe (Hinwendung zu Kindern)
- 2. die Konjunktur des Plädoyers für die Entfamilisierung der Familie und einer ›sozialinvestiven‹ Sozialpolitik

Wer heute von Armut spricht, verweist auf nicht ausgeschöpfte Erwerbspotenziale und auf neue Einkommensrisiken für erwerbstätige Familien. Die Gleichsetzung von Armut und Ungleichheit der Chancen, durch Beschäftigung sich und die Familie ernähren zu können, stellt eine Wende in der Definition von Armut dar, die zunächst in den USA vollzogen wurde und die inzwischen der Neujustierung der EU-Sozialpolitik zugrundeliegt. Es komme, so das neue Argument, gar nicht oder nicht so sehr darauf an, dass die Ungleichheit der Einkommen abnehme; diese Ungleichheit könne sogar dann nützlich sein, wenn sie dazu beitrage, dass sich die Position der am schlechtesten Gestellten verbessere. Am Schlechtesten gestellt sind heute die Langzeiterwerbslosen und Haushalte, in denen erwerbsfähige, aber nichtbeschäftigte Menschen leben, die aktuell und zukünftig auf Sozialleistungen angewiesen sind bzw. angewiesen sein werden. Diese Form der Deprivation kann man am besten dadurch abschaffen, dass zunächst Chancen neu verteilt werden – und nicht dadurch, dass man Geld gibt. Schließlich komme Armut meist dadurch zustande, dass Familien es nicht schafften, für sich selbst zu sorgen. ›Armut‹ wird nun als mangelnde Fähigkeit und damit Chance, für den eigenen Unterhalt und den der eigenen Familie aufzukommen, bestimmt.

Sozialpolitik für Kinder hat sich längst in Beschäftigungspolitik für die Eltern verwandelt – auch in eine Politik, die das kindliche Humankapital fördern und damit die zukünftigen Erwachsenen gegen Einkommensrisiken wappnen soll. Die Familie soll und ist ›beschäftigungsfreundlicher‹ geworden. Dieser Umstieg – weg von der Idee der ›familienfreundlichen Arbeitswelt‹ hin zur ›beschäftigungsfreundlichen Familie‹ ist nicht ohne negative Diskurse über die Familie zu denken.

›Familienfreundlich‹ sind nun die Maßnahmen, die die Beschäftigungsquote aller Mütter, nicht nur die der qualifizierten Frauen, und die Fertilität erhöhen bzw. zumindest

nicht negativ beeinflussen. »Kinderfreundlich« sind sie insofern, wie sie sich um die Geburtenrate sorgen, ferner indirekt, weil sie die Armut von Kindern Alleinerziehender in den Blick nehmen. Wie aktuelle Debatten um die Kosten, Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen, Debatten auch um Rationierung, Eugenik und Sterbehilfe, mit Hartz IV auch darüber, für wen sich Fort- und Weiterbildung denn noch lohne, zeigen, ist eine sozialinvestive Sozialpolitik nur mit hohen Kosten zu haben: Inklusion durch selektierende und eliminierende Exklusion.

### Von der 1- zur 1½ Verdienner-Familie

Betrachtet man aktuelle Arbeitsmarktdaten, dann wird deutlich, dass sich das Ernährer-Modell in Deutschland abschwächt. Man muss dafür nur die Entwicklung der Nichtbeschäftigung von verheirateten Frauen betrachten. Der Prozentsatz nichtbeschäftigter Ehefrauen fiel von 57,7% in 1984 auf 32,8% in 2002. Allerdings hat sich die Vollzeitbeschäftigung in diesem Zeitraum nicht wesentlich verändert – weder für verheiratete noch für unverheiratete Frauen; dagegen stieg die Teilzeitbeschäftigung insbesondere bei Ehefrauen. Deutschland West, aber zunehmend auch Ost, lässt sich dem zuordnen, was heute das »modifizierte Ernährer-Modell« genannt wird: ein Haushalt, der aus einem vollzeitbeschäftigten und einem teilzeitbeschäftigten Partner besteht. Bereits dieser Haushalt – diese Erwerbsanstrengung – verringert in Deutschland sein Armutsrisiko erheblich.

### Fazit

Offensichtlich werden nun auch Frauen in erster Linie als Individuen betrachtet, die ihre eigene Existenz durch Erwerbsarbeit sichern sollen und können. Gelingt ihnen dies alleine nicht, sollen sie sich mit anderen zusammentun. In diese Lebensformen will sich die Gesellschaft nur dann einmischen, wenn diese eine Gefährdung der verwundbaren, schutzbedürftigen Familienmitglieder und allgemein: eine Gefährdung des Gemeinwohls darstellen. Hilfen für Familien sind dann gerechtfertigt, wenn sie im zukünftigen gesellschaftlichen Interesse sind und wenn sich die Familie unverschuldet – das heißt auch: nach Ausschöpfung des jeweiligen Erwerbspotenzials – nicht selbst helfen kann. Hier gerät insbesondere das kleine Kind in den Blickpunkt.

In mancherlei Hinsicht erinnern damit Sozial- und Familienpolitik an ältere Normen und Zustände: dass von allen Besitzlosen, Frauen wie Männern, von heranwachsenden Kindern und alten Menschen, erwartet wurde, sich irgendwie selbst zu helfen; dass gerade ärmere Familien keinen Anspruch und häufig keine Möglichkeit hatten, selbst für ihre Kinder zu sorgen; dass überhaupt Familie und Erwerbsarbeit nie ohne Kosten, Verzicht, zusammengehen.

*(Ungekürzte Fassung bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.)*

PROF. DR. ILONA OSTNER,  
Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen,  
Tel.: (05 51) 39-72 43, Fax: (05 51) 39-78 34,  
E-Mail: iostner@uni-goettingen.de

Tobias Jakobi

## Sozialer Wandel und die Ökonomisierung des Krankensektors

Der Krankensektor in der Bundesrepublik hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Zum Teil wird dies als Ökonomisierung kritisiert. Dieses Schlagwort vereint verschiedene Entwicklungen wie die Privatisierung von Krankenhäusern, die Verbetriebswirtschaftlichung der Organisationsabläufe und die Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Diesen liegt letztlich ein gemeinsames Paradigma zu Grunde. Privatisierung wird selbst als ein Sammelbegriff für unterschiedliche Entwicklungen verwendet. Von ihr wird häufig schon gesprochen, wenn die Rechtsform geändert oder Teile des Krankenhauses ausgegründet werden. Streng genommen handelt es sich dabei jedoch nicht um Privatisierungen, denn davon kann nur gesprochen werden, wenn ein privater Träger ein Krankenhaus übernimmt. Doch auch solche Prozesse können nicht pauschal bewertet werden. Entscheidend ist vielmehr die Unternehmensstrategie, die jeweils dahinter steht. Unbestritten bleibt, dass die Abläufe in einer so komplexen Organisation kritisch geprüft und verbessert werden sollten. Die Verbesserungen lassen sich allerdings oft auch in bestehenden, durchaus flexiblen Organisationsformen durchführen. Leider zeigt jedoch die Praxis der letzten Jahre, dass die Gründung einer (g)GmbH häufig nur eine Vorstufe zum Verkauf der Häuser ist.

### Staatliche Steuerungsmöglichkeiten reduziert

Die Zahl der privaten Krankenhäuser ist in den letzten Jahren auf knapp ein Viertel aller Häuser gestiegen, während die Gesamtzahl aller Krankenhäuser im gleichen Zeitraum gesunken ist. Es wird zwar nicht zu einem rein privaten Krankenhausmarkt kommen, sondern auch in Zukunft freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche Häuser geben, doch die derzeitigen Konzentrationsprozesse auf wenige große Krankenhäuser – nicht nur im privaten Sektor – markieren eine folgenreiche Entwicklung. Private Klinikbetreiber übernehmen bereits seit Jahren einzelne akademische Lehrkliniken. Auch der Verkauf kommunaler Krankenhäuser an private Klinikketten wird von der Bevölkerung mit Sorge betrachtet, u. a. weil es sich nun nicht mehr nur um einzelne Häuser oder kleinere Verbände handelt. Doch, wie der Fall des Landesbetriebs Krankenhaus Hamburg zeigt, nehmen die gewählten Volksvertreter auf die Bedenken bei der Privatisierung öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser meist nur wenig Rücksicht. Aktuell treibt die niedersächsische Regierung beispielsweise die Privatisierung aller zehn Landeskrankenhäuser voran. Auch der geplante Verkauf der fusionierten Universitätskliniken Gießen-Marburg an einen privaten Klinikbetreiber scheint ein weiterer spektakulärer Schritt zu sein.

Vielfach undiskutiert bleibt die Tatsache, dass die Volksvertreter mit den kommunalen Häusern direkte staatliche Steuerungsmöglichkeiten im Krankensektor aus der Hand geben. Leider, denn die Entscheidung, welchen Stellenwert Forschung und Lehre spielen oder welche Abteilungen in einem Haus vertreten sein sollen, sind von öffentlichem Interesse.



### Betriebswirtschaftliche Aspekte erhalten dominantes Gewicht

Mit der Umstellung vom Kostendeckungsprinzip auf prospektive Finanzierungsformen wie das Fallpauschalensystem haben betriebswirtschaftliche Aspekte im Krankenhaus ein dominantes Gewicht bekommen. Damit ist die Verwaltung zum mächtigsten Organisationsbereich im Krankenhaus geworden. Die von ihr ausgehende betriebswirtschaftliche Logik überlagert zunehmend alle Entscheidungen im Krankenhaus. So spielen längst nicht mehr allein medizinische Aspekte eine Rolle in Diagnose und Behandlung. Die Überformung medizinischer durch wirtschaftliche Aspekte führt auch nicht eindeutig zu mehr Wirtschaftlichkeit. Die Standardisierung der Leistungen erzeugt vielmehr einen immensen bürokratischen Aufwand, der Arbeitskraft und Mittel bindet, die nicht den Patienten und Patientinnen zugute kommt.

### Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Damit einher geht die Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Gemäß dem Leitbild des Patienten und der Patientin als souveränem Kunden und souveräner Kundin weiß dieser und diese selbst am besten, welche ›Gesundheitsgüter‹ er und sie braucht. Die asymmetrische Beziehung zwischen dem Patienten-Kunden und den Arzt-Anbietern wird dabei auf Informationsdefizite reduziert. Obwohl vor der Behandlung häufig gar nicht klar ist, welche Gesundheitsdienstleistungen überhaupt in Anspruch genommen werden sollen und sich dies oft erst im Lauf der Behandlung ergibt. Bei schwierigen Behandlungen kann es zudem zu Folgeerkrankungen kommen, die nicht abzusehen waren. Vor allem aber handelt es sich bei Patient und Patientin weniger um Kunde und Kundin als um einen kranken Menschen. Lässt man dies außer Acht, wird die Realität des Krankseins nicht berücksichtigt. Der Zustand der Krankheit bringt je nach Schwere ein Gefühl existenzieller Bedrohung und die Sorge um dauerhafte Schäden, auf jeden Fall aber zumeist Schmerzen mit sich. Von souveränen Kunden und Kundinnen kann unter diesen Umständen nicht mehr die Rede sein.

Allen drei Entwicklungen liegt die Überzeugung zu Grunde, dass eine Marktsteuerung die angemessene Antwort auf die Herausforderungen ist, vor denen das Gesundheitssystem steht. Insbesondere der Krankensektor sei insgesamt zu teuer und erfordere deshalb mehr Wettbewerb unter den ›Anbietern‹ der Gesundheitsleistungen. Neben der dazu quer stehenden Logik der Qualitätssicherung bleibt unbeachtet, dass die knappen Ressourcen mehr ein Ergebnis politischer Entscheidungen als der Mittelverschwendung sind. Die positiven Erwartungen an den Markt sind aus der mikroökonomischen Theorie idealer Märkte abgeleitet, die aber auf die medizinische Versorgung grundsätzlich nicht anwendbar sind. Denn nach dieser Theorie erfolgen Korrekturen auf idealen Märkten immer im Nachhinein. Erst nachdem sich unzufriedene Kunden und Kundinnen von einem Produkt abwenden, reagieren Anbietende entweder mit besseren Produkten, niedrigeren Preisen oder sie scheiden mittelfristig aus dem Markt aus. Solche modellhaften Anpassungsprozesse sind für medizinische Dienstleistungen jedoch zu langsam, zu wenig zielgerichtet

und mit zu hohen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Kosten verbunden.

Dennoch halten die ›Reformer‹ des Gesundheitswesens an dieser Logik fest. Einschränkende Formulierungen wie die des ›solidarischen‹ Wettbewerbs können nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die Strukturen des Krankensektors und des Gesundheitssystems damit grundlegend verändern werden und sich damit auch das Wesen der Gesundheitsversorgung in Deutschland ändert. Nicht bereichsexterne Dimensionen des Sozialen Wandels wie die demographische Entwicklung bewirken diese Veränderungen, sondern die Interpretation der Herausforderung durch die (politischen) Akteure hat ein neues handlungsleitendes Paradigma erzeugt.

TOBIAS JAKOBI, *Nell-Breuning-Institut,*  
Offenbacher Landstr. 224, 60599 Frankfurt/Main,  
Tel.: (0 69) 6 06 13 69, E-Mail: jakobi@st-georgen.uni-frankfurt.de,  
www.sankt-georgen.de/nbi

Holger Richter

## Die Entwicklung des Krankenhauss-sektors am Nutzen orientieren: für Patienten, Patientinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Hat das Gesundheitswesen bisher größeren, vielleicht gar maximalen Nutzen für die Bevölkerung erbracht, der durch die jetzt erkennbaren Veränderungsprozesse in Mitleidenschaft gezogen wird? Gibt es einen anderen Maßstab als den objektiv und subjektiv messbaren Nutzen, der noch flankiert wird durch die zufrieden stellenden Arbeitsbedingungen der Beschäftigten? Offensichtlich wird der Nutzen des Gesundheitswesens in kommunalen Krankenhäusern öffentlicher Trägerschaft implizit als gegeben vorausgesetzt und alle Veränderungen als Gefährdung angesehen. Tatsächlich ist es anders. Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft wurden in der Vergangenheit vielfältig für kommunalpolitische Zwecke verwendet, fachliche Entscheidungen dem Spielball interfraktioneller politischer Meinungsbildung und nicht zuletzt arbeitsmarktpolitischen Einflüssen unterworfen, die mit betriebswirtschaftlicher oder medizinischer Notwendigkeit wenig zu tun hatten.

### Neue Finanzierungssysteme bergen Überraschungen

Das neue Finanzierungssystem, das DRG-System, hat mit seinen Maßstäben für den Vergleich der Einrichtungen untereinander eine eindeutige Zäsur gebracht. Der so genannte CMI (Case Mix Index) drückt die Schwere der Krankheit und die damit regelmäßig verbundenen Ressourcenaufwendungen in einem für das ganze Bundesgebiet einheitlichen Maßstab aus. Die Musterkalkulationen des INEK-Instituts für die Fallpauschalen werden künftig einen noch größeren Einfluss auf das Geschehen in den Krankenhäusern ausüben. Krankenhäuser können dann ihre eigenen Kosten für die Behand-

lung von bestimmten Krankheiten mit einem Benchmark vergleichen, der schon in wenigen Jahren das Maß aller Dinge sein wird. Und hier gibt es für die meisten kommunalen Krankenhäuser große und unangenehme Überraschungen. So wird deutlich, dass z. B. in einigen Krankenhäusern die Kosten im Pflegedienst um 5–10 % höher sind als der Durchschnitt. Die Ursache liegt in den Dienstplänen: die Nachtschicht läuft bis 7:00 Uhr, die Frühschicht beginnt mit zwei Pflegekräften aber schon um 5:30 Uhr. Mittags wechselt die Frühschicht in die Spätschicht, und sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind von 12:00 bis 15:00 Uhr gleichzeitig auf der Station. Hier könnten ohne negativen Einfluss bis zu 5% der Kosten eingespart werden. Am Wochenende sind die Stationen oftmals nur noch zu 60% belegt, werden jedoch von Freitagnachmittag bis Montagmorgen mit der personellen Mindestbesetzung weiter betrieben. Hier sind Wochenend- oder Kurzliegestationen gefragt, um Arbeitskapazitäten für die Woche zu sparen. In anderen Funktionsbereichen wie z. B. dem Zentral-OP sehen wir ebenfalls häufig Organisationsabläufe, in denen die verschiedenen Berufsgruppen ungenügend koordiniert sind.

### Reorganisation der Logistik spart Kosten

Bis zu 30% der Gesamtkosten eines Hauses werden für Logistik ausgegeben: Im Krankenhaus wird ständig und in großer Zahl durch das Gebäude gelaufen, um Informationen, Materialien oder Proben hin und her zu transportieren. Diese Arbeiten sind unproduktiv, da das Personal nicht mit den Patienten und Patientinnen, sondern mit der Organisation der Arbeit beschäftigt sind. Intelligente Formen der Logistik, sei es durch technische Systeme (z. B. Rohrpost), durch organisatorisch-technische Verfahren (z. B. Disponentensysteme aus der Speditionswirtschaft für die Patiententransporte) oder durch die bessere Nutzung der KIS (Krankenhausinformationssysteme) z. B. für die Anforderung und Rückmeldung von Konsilen (i. S. v. fachlichen Gutachten durch Mitbehandelnde) können große relevante Kapazitäten für die direkte Patientenbehandlung freisetzen und die Kosten nachhaltig senken. »Leerkosten« wie diese spielen in Krankenhäusern immer noch eine große Rolle und verursachen Wirtschaftlichkeitsprobleme, die mühsam und meist gegen den Widerstand der Beschäftigten bereinigt werden müssen.

### Zertifizierung setzt Prozesse in Gang

Ein weiterer Aspekt sind Qualitätssicherung (Zertifizierung nach KTQ oder EFQM) und die sog. Klinischen Pfade (Clinical Pathways). Wer bereits einmal eine komplette Zertifizierung für eine Einrichtung durchgeführt hat, wird mit Erstaunen registrieren, dass Betriebe und Organisationen ihre eigene Geschichte mit sich herumtragen. Aufgaben werden unreflektiert tradiert, Abläufe und Verfahren verändern im Zeitablauf ihre Komplexität und Relevanz. Aus einfachen Prozessen werden komplexe, deren Sinn neu geklärt werden muss. Das »Reengineering« von Prozessen und Aufgaben zur Reduzierung von Komplexität und Verbesserung von Effizienz muss in jedem Betrieb in Abständen von einigen Jahren neu durchgeführt werden, um einen gleich bleibenden Nutzen für alle zu gewährleisten.

Krankenhäuser sind eigentlich Manufakturen, die auftragsindividuelle Einzelfälle bearbeiten – und genau das möchten wir als eventuelle Nutzer und Nutzerinnen dieser Einrichtungen auch für uns in Anspruch nehmen. Das bedeutet jedoch auch, dass Behandlungen nicht immer strukturiert begonnen und durchgeführt werden, sondern von Einzelpersonen (mit ihrer jeweiligen Tagesform) und sonstigen Ereignissen im Gesamtsystem abhängig sind. Hier setzen die klinischen Pfade an, die für einzelne Krankheiten strukturierte Abläufe, Prozessschritte und Maßnahmen einschließlich der festgelegten Zeitfenster festlegen, in denen sie (z. B. eine Intervention im Herzkatheterlabor bei einem Infarkt) durchzuführen sind. Diese Pfade werden von den beteiligten Fachkliniken und Funktionsbereichen unter Berücksichtigung von definierten Qualitätsmaßstäben erarbeitet und zum Standard erklärt, von dem nur begründet abgewichen werden soll. Es gilt heute als sicher, dass die Behandlung mit richtig aufgebauten klinischen Pfaden einerseits der Individualität aller Beteiligten genügend Raum gibt und andererseits die Qualität der Behandlung signifikant gesteigert wird.

Qualitätsverbesserung ist nicht einfach nur eine »quer stehende Logik der Qualitätssicherung«, sondern sichert und erhöht den Nutzen. Krankenhäuser, insbesondere kommunale Krankenhäuser, haben die Fähigkeiten, dieses Niveau zu erreichen und in der Regel auch die Reserven, um ihre Effizienz deutlich zu steigern. Dafür müssen sie Organisationsverbesserungen durchführen. Das gelingt am besten, wenn diese Aufgaben als partizipative Prozesse der Organisationsverbesserung unter breiter Beteiligung der Beschäftigten angelegt werden und frühzeitig deutlich gemacht wird, was die Ziele der Restrukturierung sein sollen und wie die Sicherheit der Arbeitsplätze gewährleistet werden kann. Der Erfolg der Projektarbeiten wird zeigen, dass kommunale Krankenhäuser auch in Zukunft einen wesentlichen Platz in unserem Gesundheitswesen einnehmen können.

HOLGER RICHTER, *Zentralkrankenhaus Bremerhaven Reinkenheide, Postbrookstraße 103, 27574 Bremerhaven, E-Mail: holger.richter@zkr.de*

Stephan Koesling, Katharina Fuchs

## Sozialer Wandel in Ostdeutschland und seine Anforderungen an das Gesundheitssystem

Der soziale Wandel in Ostdeutschland und seine spürbaren Auswirkungen werden in den Medien dieser Republik und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen vielfach analysiert. Dabei wird offensichtlich, dass sich dieser Wandel regional und demographisch differenziert vollzieht. Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen vor allem zwei Aspekte, die demographische Lage und die Situation auf dem Arbeitsmarkt. Aktuelle Daten zeigen, dass sich die Lebenserwartung in Ostdeutschland dem Durchschnitt der alten Länder annähert, die derzeit 81,5 Jahre (Frauen) bzw. 75,9 Jahre (Männer) beträgt. Neben diesem Trend tragen der dramatische Geburtenrückgang und die Abwanderung (900.000 seit 1990) zur schwierigen demographischen Situation bei. Derzeit schwächt sich der Wanderungstrend (2004: 51.700) ab, der überwiegend durch die Gruppe der 18- bis 30-Jährigen ausgelöst wird.

Die strukturelle Arbeitslosigkeit ist nach wie vor hoch. 1,5 Millionen Arbeitslose waren im September 2005 zu verzeichnen, das entspricht einer Quote von 17,6% (Vergleich West: 9,5%). 1,7 Millionen erhalten Arbeitslosengeld II, was einer Quote von 10,4 % (Vergleich West: 4,7 %) entspricht. Diese Entwicklungen bergen ein Potenzial von Folgerisiken in sich, die Handlungsdruck erzeugen und neue Strategien in allen Bereichen der Gesellschaft erfordern. Der Gesundheitssektor ist dabei sowohl in seinen gesundheitspolitischen Ausrichtungen als auch in Kernbereichen ärztlicher Versorgung selbst gefragt. Exemplarisch für die Suche nach Strategien und sich entwickelnder Prozesse sollen drei aktuelle Themen angeführt werden.

### Sicherung der hausärztlichen Versorgung

Insbesondere in Ostdeutschland sinkt die Zahl der Hausärzte und -ärztinnen. Verschärft wird die Situation dadurch, dass in den nächsten Jahren viele Niedergelassene in den Ruhestand gehen werden. Bis 2010 werden aus Altersgründen 41,4% der Hausärzte und -ärztinnen in Brandenburg, 39,8% in Mecklenburg-Vorpommern, 38,5% in Sachsen, 48,6% in Sachsen-Anhalt und 40,9% in Thüringen ihre Kassenzulassung zurückgeben. Um die hausärztliche Versorgung zu sichern, nutzen Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen verschiedene Instrumente. In Sachsen etwa wird seit Jahresanfang in der Region Torgau/Oschatz die Übernahme verwaister Hausarztpraxen und auch Praxisneugründungen mit je 60.000 Euro gefördert. Bewährt sich das Modell, soll es für weitere Planungsbereiche übernommen werden.

In Brandenburg listet seit Ende 2003 ein Sicherstellungsstatut eine Reihe von Instrumenten auf, mit denen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen die hausärztliche Versorgung verbessern wollen. Die AOK hat zur Beseitigung des regionalen Ärztemangels ein Pflichtjahr für junge niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten ländlichen Gebieten vorgeschlagen, das kontrovers diskutiert wird.

### Ausrichtung an sektorübergreifenden Gesundheits- und Präventionszielen

Die Ausrichtung an Gesundheits- und Präventionszielen hat u. a. durch die Diskussion eines Präventionsgesetzes an zusätz-

lichem Profil gewonnen. In diesem Ansatz liegen Chancen einer stärkeren intersektoralen Zusammenarbeit, die sich in Handlungsketten begreift und Konzepte der Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung bis hin zur Rehabilitation aufnimmt. Inhaltliche Schwerpunktbereiche bilden landesspezifische Themen und die Orientierung an bundesweiten Zielentwicklungen, wie sie z. B. durch ›Gesundheitsziele.de‹ exemplarisch erarbeitet worden sind. Landesgesundheitskonferenzen (z. B. in Sachsen-Anhalt) werden als Partizipations- und Entscheidungsinstrument etabliert und die Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene und kommunaler Ebene stärker ›entdeckt‹ sowie ihre konzeptionelle Entwicklung voran getrieben. Weitere Chancen in diesem Konzept liegen in einer verbesserten Patientenbeteiligung und im Ausbau des Selbsthilfesektors, denen auch aufgrund der demographischen Situation weitere Bedeutung zukommen wird. Diese Prozesse zu steuern, könnte insbesondere auf der kommunalen Ebene Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sein. Um dies zu leisten, sind veränderte Schwerpunktsetzungen und Aufgabenprofile notwendig.

### Stärkung von settingorientierter Prävention und Gesundheitsförderung

Angesichts der angeführten Eckdaten kommt der Prävention und Gesundheitsförderung in Stadtteilen, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendbildung sowie Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren mehr Bedeutung zu. Gerade in Ostdeutschland finden sich für die Kinder- und Jugendgesundheit gute Zugangswege, da z. B. über 90% der Kinder in Kindertageseinrichtungen erreicht werden können. Insofern liegt es nahe, dass gerade die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten ein aktuelles Handlungsfeld in den ostdeutschen Ländern darstellt. Eine stärkere Integration von Bildung und Gesundheit ist notwendig, um diese Bildungseinrichtungen wesentlich stärker zu Orten gelebter Gesundheit und gesellschaftlicher Kohärenz in Sinne von gleichen Bildungschancen werden zu lassen. Neben inhaltlichen Aspekten der Kindergesundheit (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Sprachentwicklung) werden hier vor allem neue didaktisch-methodische Ansätze in der Elternbildung notwendig sein. Weitere Stichworte mit Blick auf die demographische Entwicklung sind Förderung des Ehrenamtes und der Ausbau von Einrichtungskooperationen (z. B. Lesepatenschaften Senioren/Kinder) auf Stadtteilebene. Bei allen Ansätzen im Gesundheitsbereich selbst sollte aber klar sein, dass dieser in vielen Punkten an die Grenzen seiner Gestaltungsspielräume stößt. Wird er als wichtiger Standortfaktor für Lebensqualität, Bildung und nicht zuletzt für Beschäftigung in Ostdeutschland begriffen, sind nicht nur sektorübergreifende kreative Lösungsstrategien, sondern weitere gesundheitspolitische Akzentsetzungen gefragt.

#### Literatur bei den Verfassenden

STEPHAN KOESLING, KATHARINA FUCHS,

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.,

Helgolandstr. 19, 01097 Dresden,

E-Mail: koesling@sifg.de, www.sifg.de

## Zwischen Unsicherheit und Flexibilität

Frei nach dem Motto ›drum prüfe, wer sich ewig bindet ...‹ bieten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vor allem Berufsanfängern und -anfängerinnen befristete Arbeitsverträge an. Etwa 40% aller Neueinstellungen erfolgen zunächst auf begrenzte Zeit. Es sind daher vor allem junge Menschen betroffen (30% der unter 20-Jährigen und 13% der 25–30-Jährigen haben einen befristeten Arbeitsvertrag, ohne Berücksichtigung von Ausbildungsverträgen und Nebenjobs; bei über 40-Jährigen liegt die Quote immerhin bis zum Rentenalter konstant bei etwa 5%). Auch bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ist ein Trend zu mehr beruflicher Flexibilität zu verzeichnen. ›... ob sich nicht was besseres findet‹ spielt daher auch für die Stelleninhaber und -inhaberinnen eine wichtige Rolle, so lange Alternativen auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind.

Was wissen wir über Arbeitsbedingungen sowie gesundheitliche Konsequenzen von Arbeit auf Zeit? Im Rahmen eines Europäischen Forschungsprojektes (PSYCONES: Psychological Contracts across Employment Situations) wurden im Jahr 2004 hierzu über 5000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (davon 2000 mit befristetem Arbeitsvertrag) in über 200 Organisationen in Deutschland, Schweden, den Niederlanden, Belgien, Spanien, England sowie Israel befragt.

### Ein schwieriger Vergleich

Befristet Beschäftigte berichten im Allgemeinen von geringerer Autonomie, nehmen weniger Herausforderungen und weniger Möglichkeiten der Partizipation wahr und sind etwa 2,5 mal häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt als unbefristet Beschäftigte. Es gibt jedoch auch eine Reihe von positiven Befunden, die für durchschnittlich geringere Arbeitsbelastung sowie von weniger Rollenkonflikten bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf Zeit sprechen. Es verwundert daher nicht, dass Widersprüchliches über den Zusammenhang von Zeitverträgen und Gesundheit sowie Stressbelastung publiziert wurde.

Ein einfacher Vergleich von befristet und unbefristet Beschäftigten erweist sich als schwierig. Zu unterschiedlich sind die Arbeitsbedingungen in verschiedenen Bereichen, zu viele verschiedene Arten von befristeten Arbeitsverhältnissen sind möglich (Leiharbeit, Saisonarbeit, Aushilfen, Projektarbeit haben jeweils ihre spezifischen Vor- und Nachteile). Es gibt jedoch zwei generelle – für Gesundheit und Wohlbefinden bedeutende – Unterschiede zwischen befristet und unbefristet Beschäftigten. Zum einen die erlebte Arbeitsplatzunsicherheit und zum anderen die soziale Austauschbeziehung mit dem Arbeitgeber.

Erwartungsgemäß ist, dass befristet Beschäftigte ihren Arbeitsplatz als weniger sicher erleben. Arbeitsplatzunsicherheit ist als eine bedeutende erwerbsarbeitsbezogene Belastung bekannt. In zahlreichen Studien konnten Zusammenhänge zu psychischer Beanspruchung, psychosomatischen Beschwerden oder gar erhöhtem Risiko koronarer Herzkrankheiten nachgewiesen werden. Die wahrgenommene Bedrohung des Arbeitsplatzes scheint sogar gravierender für das Wohlbefinden zu sein, als der tatsächliche Verlust.

Überraschend ist, dass bei befristet Beschäftigten die negativen Gesundheitsfolgen weniger gravierend sind. Erklärt

wird dies damit, dass befristet Beschäftigte geringere Erwartungen an die Karrierechancen innerhalb der Organisation haben. Eine geringere Diskrepanz zwischen erwarteter und wahrgenommener Arbeitsplatzunsicherheit führt folglich zu weniger starken Reaktionen auf Arbeitsplatzunsicherheit.

### Arbeitsverhältnis als soziale Austauschbeziehung

Neben formalen Arbeitsverträgen bestehen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmenden sogenannte psychologische Verträge. Diese werden geprägt durch gegenseitige Erwartungen, Versprechen und Verpflichtungen im Hinblick auf Arbeitsinhalte und Karriereaussichten, aber auch Aspekte der Arbeitssicherheit und Entlohnung.

Wird das Arbeitsengagement in der Wahrnehmung des Einzelnen nicht ausreichend von der Organisation honoriert, kommt es zu einem Ungleichgewicht, welches eine erhebliche Belastung darstellen kann. Verminderte Bindung an das Unternehmen, geringere Arbeitszufriedenheit, erhöhte Kündigungsbereitschaft sind die Folgen. Befristet Beschäftigte gaben 1,7 mal häufiger an, mehr in die Arbeitsbeziehung zu investieren als sie zurück bekommen. Unbefristet Beschäftigte berichteten im Vergleich dreimal häufiger, mehr Versprechen vom Unternehmen zu erhalten, als sie im Austausch anbieten.

### Chancen und Risiken

Ein zeitlich befristeter Arbeitsvertrag scheint nicht per se problematisch. Vor allem dann nicht, wenn die Arbeit aus eigener Motivation und freiwillig aufgenommen wurde – und nicht nur aus Mangel an Alternativen – sowie wenn mit der befristeten Stelle Aussichten auf eine berufliche Weiterentwicklung verbunden sind. Problematisch ist allerdings, wenn sich in Erwerbsbiografien befristete Arbeitsverträge mit Zeiten von Arbeitslosigkeit häufig abwechseln. Erwähnt werden muss auch, dass Arbeit auf Zeit den Kriterien einer humanen Arbeitsgestaltung oft nur unzureichend gerecht wird. Es mangelt an ausreichender Freiheit in der Ausführung der Tätigkeit und persönlichen Entwicklungschancen.

Der Wandel der Erwerbsarbeit und des Arbeitsmarktes verlagert die Verantwortung für die berufliche Karriere mehr und mehr auf den Einzelnen. Das Senioritätsprinzip, in dem eine Karriere innerhalb der Organisation vorgezeichnet war, wird immer häufiger durch ein Leistungsprinzip ersetzt. Um Berufsanfängerinnen und -anfänger auf diesen Weg vorzubereiten, sind bereits die Schulen, Universitäten und Ausbildungsstätten gefragt.

Befristete Arbeitsplätze können ein sinnvolles Instrument unternehmerischen Handelns darstellen. Arbeitgebern, die Vertragsbefristungen jedoch als vermeintliches Motivations- und Druckinstrument für ihre Belegschaft einsetzen, befinden sich auf dem Holzpfad. Die damit verbundene Unsicherheit untergräbt das Vertrauen in die Arbeitsbeziehung und führt zu Motivations- und Leistungseinbußen.

### Literatur beim Verfasser

THOMAS RIGOTTI, *Universität Leipzig, Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie, Seeburgstr. 14–20, 04107 Leipzig, E-Mail: rigotti@uni-leipzig.de.*



## Sozialer Wandel und Gesundheit. Auswirkungen von Hartz IV auf die Gesundheit von Kindern

Mit Inkrafttreten des vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) erfolgte 2005 eine grundlegende Veränderung der sozialen Absicherung. Mit der Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zu Arbeitslosengeld II für Erwerbsfähige und Sozialgeld für die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft der Erwerbsfähigen wurden auch die Leistungsansprüche von Familienangehörigen modifiziert. Mit Blick auf Kinder und damit Familien sind zwei Aspekte entscheidend. Zum einen ist die zentrale Intention von Hartz IV die Förderung der Erwerbstätigkeit von Erwachsenen und nicht die Versorgung von Familien und Kindern. Das macht sich z. B. anhand der rigideren Begrenzung kindbezogener Zusatzansprüche deutlich. Zum anderen sind die pauschalisierten Regelsätze im Endeffekt – wie schon bei der Sozialhilfe – als staatlich festgelegtes Niveau ›bekämpfter Armut‹ zu betrachten.

Das heißt, es geht faktisch dabei auch um die Frage einer gesellschaftlichen Absicherung der Existenz von Familien und von Armutfolgen bei Kindern. Doch die Verengung auf die Arbeitsfähigkeit des einzelnen Erwachsenen geht an dessen Lebenswirklichkeit vorbei, denn dahinter stehen mehrheitlich auch zu versorgende Familienangehörige.

### Viele sind betroffen

Hierzulande gelten rund zwei Millionen Minderjährige als relativ arm nach der EU-Definition. Allein rund 1,6 Mio. beziehen aktuell das Sozialgeld. Je nach Altersgruppen und Region ist jedes vierte bis siebte Kind von Armut betroffen, dabei unterliegen die Jüngsten weiterhin dem höchsten Armutsrisiko.

Schon im Vorschulalter werden vermehrt Koordinationsstörungen, Konzentrationsstörungen, ein verzögerter Spracherwerb, Hörstörungen oder auch Verhaltensauffälligkeiten u. a. sichtbar. So belegte die AWO/ISS-Untersuchung zu Armut im Vorschulalter aus dem Jahr 1999, dass knapp 31% der armen, aber ›nur‹ knapp 20% der nicht-armen Sechsjährigen gesundheitliche Defizite haben. Arme Kinder waren weit häufiger in ihrer körperlichen Entwicklung vermindert und deutlich häufiger krank.

In der Wiederholungsuntersuchung 2003/04 zeigen sich gesundheitsbezogene Armutfolgen auch bei Zehnjährigen. Knapp 26% der armen und gut 19% der nicht-armen Zehnjährigen zeigen gesundheitliche Defizite. Je größer der Einkommensabstand, desto größer die Unterschiede im Gesundheitsstatus.

### Weitere Erkenntnisse der Langzeitstudie

- Die Verhältnisse, in denen ein Kind aufwächst, bestimmen das kindliche Verhalten: Neben den eingeschränkten Lebensbedingungen armer Kinder gewinnt das Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern im Grundschulalter an Bedeutung. Hier weisen die armen Kinder fast immer deutlich schlechtere Werte auf als die nicht-armen.
- Gesundheitliche Defizite in Folge früher und andauernder Armutserfahrungen werden in Ansätzen sichtbar. Noch bestehen gute Chancen einer positiven Gegensteuerung von außen, doch das Risiko der Verfestigung steigt mit der Armutsdauer.

- Innerhalb der Grundschulzeit scheint die gute Befindlichkeit der nicht-armen Kinder stärker abzunehmen, wobei sich ein spürbarer Leistungsdruck zu Hause und in der Schule ähnlich negativ auf das Wohlbefinden auswirkt wie Armut bei armen Kindern.
- Gleichzeitig nehmen armuts- und geschlechterspezifische Krankheiten zu: Bronchitis trifft besonders häufig arme Kinder und Migrationskinder. Asthma kommt sehr viel häufiger bei Jungen und bei Migrationskindern vor. Gewichtsprobleme betreffen mehr arme Kinder und Mädchen.
- Die gesundheitliche Lage von (armen) Migrationskindern unterscheidet sich in der Grundschulzeit nur wenig von der der Kinder ohne Migrationshintergrund. Doch subjektiv bekunden Migrationskinder ein auffallend besseres Gesundheitsbefinden.
- Zehnjährige haben bereits in beachtlichem Maße Erstkontakt zu Suchtmitteln. Dabei spielt das Rauchen eine größere Rolle als der Alkoholkonsum. Die armutsbedingten Unterschiede sind groß: Mädchen und Jungen mit Armutserfahrung haben wesentlich häufiger bereits Zigaretten geraucht. So gaben 27,8% der zehnjährigen Jungen mit und 15,6% der Jungen ohne Armutserfahrungen einen Erstkontakt an. Bei den Mädchen zeigt sich die gleiche Verteilung auf niedrigerem Niveau (18,2% vs 7%). Alkohol probierten bereits 17,7% der Jungen mit und 10,3% der Jungen ohne Armutserfahrung (Mädchen: 13,2% bzw. 9,2%).

Wird Armut nicht als spezifische Bedarfslage wahrgenommen, die entsprechende Angebote von außen an die betroffenen Eltern und Kinder erfordert, dann ist die Wahrscheinlichkeit der Herausbildung von Mehrfachbeeinträchtigungen mit langfristigen und lebenslangen Folgen sehr hoch. Hartz IV-Familien sind benachteiligt und stärker belastet als andere. Sie unterliegen damit per se einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Fördern, die zweite Säule des Konzeptes neben dem Fordern, kann also nicht nur ausschließlich auf die Förderung der Erwerbsfähigkeit der Eltern abzielen, sondern muss die Situation der Familie insgesamt in den Blick nehmen und entsprechende Förderangebote für Eltern und Kinder machen. Für letztere sind solche Ansätze erfolgversprechend, die an ihrer Lebenswelt ansetzen, gezielt den kindbezogenen Armutsrisiken entgegen wirken, alters- und entwicklungsgemäß konzipiert sind und im Setting, z. B. in der KiTa oder Schule, realisiert werden. Es gilt das Motto ›Förderung ab Schwangerschaft‹ und ›gezielte Begleitung durch Kindheit und Jugend‹. Dazu sind die Institutionen der Arbeitsvermittlung und -betreuung allein ganz sicher nicht in der Lage. Die gezielte Schaffung von Allianzen, eine ressortübergreifende Vernetzung und das interdisziplinäre Arbeiten sind die Herausforderungen der Stunde.

GERDA HOLZ, *Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.,  
Zeilweg 42, 60439 Frankfurt/Main, Tel.: (0 69) 9 57 89-0,  
E-Mail: gerda.holz@iss-ffm.de, www.iss-ffm.de*

Christian Vetter

## Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeitswelt in den meisten Industrieländern durch die weltweite Zunahme des Wettbewerbs erheblich verändert. Um Kosten zu reduzieren, werden häufig Kürzungen im Personalbereich vorgenommen, selbst dann, wenn die Unternehmen Gewinne erwirtschaften. Seit Mitte der neunziger Jahre sind in Deutschland mehr als 2 Millionen Arbeitsplätze verloren gegangen. Durch die fortschreitende Deregulierung und Flexibilisierung der Arbeitsmärkte haben gleichzeitig unsichere Formen der Beschäftigung zugenommen. In einer jüngst durchgeführten repräsentativen Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) schätzte mehr als jeder und jede fünfte Befragte (22,1%) seinen bzw. ihren Arbeitsplatz als unsicher ein.

### Arbeitsunsicherheit als psychosozialer Stressor

Der Verlust des Arbeitsplatzes gefährdet daher nicht nur die ökonomischen Grundlagen des Lebens. Er stellt auch eine Bedrohung des sozialen Status und anderer wichtiger sozialer und persönlicher Aspekte dar. Arbeitsplatzsicherheit hat daher für Arbeitnehmende einen hohen Stellenwert. Die individuelle Bewertung der Arbeit wird insbesondere in Krisenzeiten durch einen starken Wunsch nach Stabilität bestimmt. In einer im Jahr 2004 von McKinsey durchgeführten Befragung von Studierenden nannten 73% der Befragten die Sicherheit des Arbeitsplatzes als wichtigstes Kriterium der Berufswahl.

Arbeitsplatzunsicherheit kann einen erheblichen Stressor darstellen. Inwieweit die Unsicherheit des Arbeitsplatzes als Bedrohung erlebt wird, hängt entscheidend von der individuellen Bewertung der Situation ab. Dabei spielt sowohl die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit als auch die empfundene Härte eines möglichen Arbeitsplatzverlusts eine Rolle. So ist beispielsweise bei Beschäftigten, die bereits von Arbeitslosigkeit betroffen waren oder in deren Betrieb schon Personal abgebaut wurde, die Angst vor Arbeitsplatzverlust in der Regel besonders ausgeprägt. Gering Qualifizierte leiden verstärkt unter der Angst vor Arbeitslosigkeit, weil sie ihre Chancen auf Wiederbeschäftigung als schlecht einschätzen. Ein Arbeitsplatzverlust würde für sie eine besondere Härte darstellen.

### Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitsplatzunsicherheit

Nachdem sich die Forschung lange Zeit vorrangig mit den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auseinandergesetzt hat, beschäftigt sich inzwischen eine zunehmende Zahl von Forschungsarbeiten auch mit den Folgen von Arbeitsplatzunsicherheit. Ein Großteil der empirischen Forschung zu diesem Thema stammt allerdings bisher aus dem angelsächsischen Raum, zum Teil auch aus Skandinavien. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Arbeitsplatzunsicherheit die physische, psychische und soziale Gesundheit beeinträchtigen kann. Körperliche Beschwerden, die psychische Belastung und negative Auswirkungen der Arbeit auf die Freizeit nehmen tendenziell mit dem Ausmaß der empfundenen Arbeitsplatzunsicherheit zu. Die meisten Studien, die sich mit den Auswirkungen der Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit befassen, beziehen sich auf die psychische Mor-

bidität. Darin zeigen sich konsistente negative Effekte der Arbeitsplatzunsicherheit auf alle Indikatoren der psychischen Gesundheit. Längsschnittstudien belegen auch, dass eine hohe psychische Morbidität bei arbeitslosen Männern, die einen sicheren Arbeitsplatz finden, sinkt, während sie bei Männern, die ihre neuen Arbeitsplätze als unsicher empfinden, auf gleich hohem Niveau verbleibt.

Inzwischen gibt es auch Evidenz dafür, dass subjektiv empfundene Arbeitsplatzunsicherheit einen negativen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben kann. Sowohl Querschnitt- als auch Längsschnittstudien lieferten für eine Reihe von Gesundheitsindikatoren hinreichend konsistente Ergebnisse. So wurden signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und dem Auftreten von Migräne und arbeitsbedingten Muskel- und Skeletterkrankungen festgestellt. Die meisten Studien zum Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit stützen sich auf subjektive Angaben von Betroffenen. Es gibt aber auch Hinweise dafür, dass Arbeitsplatzunsicherheit einen Einfluss auf objektiv messbare Gesundheitsindikatoren hat, die eher physiologischer oder biologischer Natur sind. So wurde beispielsweise in verschiedenen Studien gezeigt, dass Arbeitsplatzunsicherheit ein Risikofaktor für Bluthochdruck sein kann.

Die diesjährige Ausgabe des Fehlzeiten-Reports, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld herausgegeben wird, widmet sich in seinem Schwerpunktteil dem Thema Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Aktuelle Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen von Personalabbau und Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Produktivität der Beschäftigten werden vorgestellt. Aus den Befunden werden Strategien und Maßnahmen im Betrieb abgeleitet, die dazu beitragen können, negative Folgen für die Mitarbeitenden und die Unternehmen zu reduzieren. Erfolgversprechende Konzepte der Arbeitsmarkintegration und Gesundheitsförderung für instabil Beschäftigte und von Arbeitslosigkeit Betroffene werden aufgezeigt. Neben den Beiträgen zum Schwerpunktthema enthält der Fehlzeiten-Report wie in jedem Jahr einen umfangreichen Teil mit Daten und Analysen zur aktuellen Krankenstandsentwicklung in Deutschland. Die Entwicklung in den einzelnen Branchen und Berufsgruppen wird differenziert beleuchtet, Krankheits-schwerpunkte werden aufgezeigt.

Nähere Informationen zum Fehlzeiten-Report 2005:  
[wido.de/fzr\\_2005.html](http://wido.de/fzr_2005.html)

#### Literatur beim Verfasser

CHRISTIAN VETTER, *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)*  
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn, Tel.: (02 28) 8 43-1 55,  
Fax: (02 28) 8 43-1 44,  
E-Mail: [Christian.Vetter@wido.bv.aok.de](mailto:Christian.Vetter@wido.bv.aok.de)

Maria Wersig

## Abhängig vom Partner – Diskriminierung von Frauen durch ›Hartz IV‹

›Hartz IV‹ galt als das sozialpolitische Herzstück der Agenda 2010. Die Anknüpfung an das vorherige Erwerbseinkommen, durch das ›Lebensstandardprinzip‹ der Arbeitslosenhilfe (die Leistung betrug 57% bzw. 53% des früheren Nettoeinkommens) wurde zugunsten der Sicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums (ähnlich der bisherigen Sozialhilfe) abgeschafft. Hinzu kommt eine verschärfte Bedürftigkeitsprüfung: Grundsicherung erhält nur, wer kein Erwerbseinkommen oder anzurechnendes Vermögen hat und die erforderliche Hilfe auch nicht von anderen erhält (§ 9 Abs. 1 SGB II). Diese ›Anderen‹ sind in der Praxis vor allem Partnerinnen und Partner der erwerbslosen Hilfebedürftigen, deren private Einstandspflichten gegenüber bisherigem Recht der Arbeitslosenhilfe verstärkt wurden. In der Realität bedeutet das, dass viele Personen mit einem erwerbstätigen Partner oder einer Partnerin als nicht hilfebedürftig gelten und aus dem Leistungsbezug des SGB II herausfallen. Sie sind dann auf gegenseitige finanzielle Unterstützung angewiesen. Das gilt nicht nur für Ehepaare und eingetragene Lebenspartner und -partnerinnen, die einander (zivilrechtlich betrachtet) ohnehin Unterhalt schulden, sondern auch für unverheiratete heterosexuelle Paare. Das liegt an der herrschenden Interpretation des Schutzgehaltes von Art. 6 Abs. 1 GG. Der Schutz der Ehe bedeutet nämlich nach herrschender Auffassung das Verbot, die Ehe gegenüber nichtehelichen Lebensgemeinschaften schlechter zu stellen. Anderenfalls würden mit der Eheschließung Nachteile auf die Paare zukommen, so dass Anreize bestünden, keine Ehe einzugehen. Dies aber könnte den verfassungsrechtlich verbürgten Bestand der Institution Ehe gefährden und muss daher nach herrschender Meinung vermieden werden. Wegen der Vergleichslogik von Ehe und Nicht-Ehe besteht die Folge für ›eheähnliche‹ heterosexuelle Paare darin, dass ihnen die Pflichten der Ehe auferlegt werden, ohne dass sie deren Förderung erhalten.

### Benachteiligung von Frauen

Die Anrechnung von Partnereinkommen enthält, obwohl sie geschlechtsneutral formuliert ist und Frauen und Männer theoretisch gleichermaßen betrifft, ein besonders hohes Risiko für Frauen. Denn aufgrund ihrer schlechteren Arbeitsmarktintegration, häufigerer Teilzeittätigkeit und geringerer Einkommen ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit höher, einen erwerbstätigen Partner zu haben, der über anrechenbares Einkommen verfügt. Bereits bei der Vergabe von Arbeitslosenhilfe war eine deutliche Mehrheit der Empfänger von Ablehnungsbescheiden wegen der Anrechnung von Einkommen des Partners weiblich. Das Kriterium Partnereinkommen bei der Bedürftigkeitsprüfung wird deshalb seit längerem in der juristischen Literatur als Fall der mittelbaren Diskriminierung wegen des Geschlechts kritisiert. Erschwerend kommt hinzu, dass sich Nichtleistungsbezug negativ auf die Sozialversicherung und Ansprüche auf Erwerbsintegrationsmaßnahmen auswirkt. Von politischer Seite wird aber die Selbstverständlichkeit der Anrechnungsregelungen für Ehepaare und eheähnliche Paare gleichermaßen betont und die Bedeutung für die Menschen, die Teil des ›Paars‹ sind, ignoriert.

### Studie ErnährermodeLL

Wie die Situation juristisch zu bewerten ist und wie die betroffenen Personen tatsächlich mit der Situation umgehen, untersucht das Forschungsprojekt ›ErnährermodeLL‹ an der Freien Universität Berlin. Im Rahmen einer empirischen Studie werden derzeit qualitative Interviews mit arbeitslosen Frauen und Männern durchgeführt, die aufgrund der Anrechnung von Partnereinkommen kein oder weniger Arbeitslosengeld II erhalten. Ziel der Studie ist es, individuelle Bewältigungsweisen der von der Einkommensanrechnung gemäß SGB II betroffenen Männer und Frauen zu erforschen. Gefragt wird danach, was die Betroffenen über die Einstandspflichten denken und wie sie Unterhalt und Abhängigkeit in der Partnerschaft empfinden. Dabei ist interessant, wie Solidarität legitimiert wird, welche Bedeutung die Ehe im Verhältnis zu nicht-ehelichen Partnerschaften hat und welche Rolle institutionelle Rahmenbedingungen und sozialpolitische Pfadvorgaben für die individuelle Problemlösung in der Beziehung spielen. Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen, allerdings lässt sich bereits sagen, dass die individuelle Bewertung der Situation durchaus heterogen darstellt. Die Bewältigungsweisen bewegen sich zwischen den Polen einer völligen persönlichen Zustimmung zur Einstandspflicht des SGB II und deren grundlegender Ablehnung. Im Einzelnen suchen die Betroffenen Umgangsweisen zu finden, die es ihnen subjektiv erlauben, den Nichtleistungsbezug, mögliche Abhängigkeit, private und sozialstaatliche Solidaritätsanforderungen im spezifischen Bedeutungsrahmen ihrer Partnerschaft zu bewältigen.

### Notwendige Reformen

Sozialpolitisch wären Schritte zu einer individuellen Existenzsicherung zu befürworten. Frauen und Männer sollten aus dem Blickwinkel der Geschlechtergerechtigkeit als Erwerbspersonen, unabhängig vom Familienstand wahrgenommen werden. Erforderlich ist der Umbau des Wohlfahrtsstaates: weg von einer Privatisierung der Risiken der Existenzsicherung in Form von ›Bedarfgemeinschaften‹ hin zu einer gesamtstaatlichen Solidarität auf staatsbürgerlicher Ebene. Reformen in Richtung Individualisierung der Existenzsicherung dürfen natürlich auch die anderen Gebiete der Vergemeinschaftung von Paaren nicht außer Acht lassen: Problematisch sind besonders die Privilegierung der Ernährerehe durch das steuerliche Ehegattensplitting und die Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt.

MARIA WERSIG, *Freie Universität Berlin, Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft, Ihnestraße 22, 14195 Berlin, E-Mail: mwersig@zedat.fu-berlin.de, www.fu-berlin.de/ernaehrermodell*

Peter Hernold

## Krankenstand und sozialer und struktureller Wandel

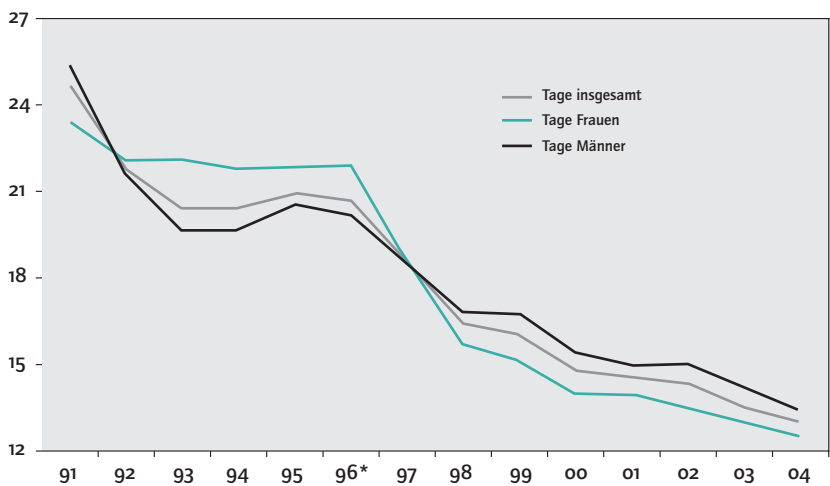
Die Entwicklung des Krankenstandes ist seit längerem durch einen kontinuierlichen Rückgang gekennzeichnet. Mit durchschnittlich 13 Tagen Arbeitsunfähigkeit erreichte die Zahl der Krankheitstage der BKK-Pflichtmitglieder in 2004 einen neuen Tiefstand (vgl. Schaubild). Seit 1991 – damals lagen die Krankheitszeiten von Pflichtmitgliedern durchschnittlich bei etwa dreieinhalb Kalenderwochen – hat sich die Arbeitsunfähigkeit im BKK-System damit fast halbiert. Ähnliche Entwicklungen zeigen auch die Fehlzeiten anderer Kassenarten.

### Auswirkungen der Arbeitslosigkeit

In der Öffentlichkeit wird die skizzierte Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit (AU) meist auf die Auswirkungen der hohen Arbeitslosigkeit und die damit verbundene Angst vor Arbeitsplatzverlust beschränkt. Dabei wird übersehen, dass hinter dem langjährigen Rückgang vielfältige Entwicklungen und Strukturveränderungen stehen. Fraglos spielt die Krise am Arbeitsmarkt für die Entwicklung des Krankenstandes eine wichtige Rolle. Hinter dieser Entwicklung steht jedoch nicht nur die Angst vor Arbeitslosigkeit, vielmehr führten Selektionsprozesse am Arbeitsmarkt zu einer Ausgliederung gesundheitlich belasteter und älterer Beschäftigtengruppen in die Arbeitslosigkeit oder den Vorruhestand. Dadurch hat sich der Personenkreis mit Krankheitszeiten von insgesamt über sechs Wochen pro Jahr in den letzten Jahren deutlich verringert.

### Struktur- und Beschäftigungswandel

Als weitere wesentliche Ursache für den langjährigen Rückgang der AU ist auf den sektoralen Struktur- und Beschäftigungswandel zu verweisen. Die AU fällt differenziert nach Branchen und beruflicher Tätigkeit der Versicherten höchst unterschiedlich aus. So variierten 2004 die branchenbezogenen Krankenstände von nur 2,7% (durchschnittlich 9,8 AU-Tage) bei Banken und Versicherungen bis zu 5,4% (19,7 AU-Tage) bei Beschäftigten in der Abfallentsorgung. Differenziert nach Berufen ergeben sich noch weit größere Unterschiede, wobei vor allem körper-



Arbeitsunfähigkeit seit 1991 (Tage je Mitglied)

bis 1995: Pflichtmitglieder Bundesgebiet, ab 1996: Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

lich tätige sowie gering qualifizierte Beschäftigte hohe Fehlzeiten aufweisen.

Der sektorale Struktur- und Beschäftigungswandel hat bekanntlich zu einem volkswirtschaftlichen Bedeutungszuwachs einzelner Dienstleistungen geführt. Parallel vollzog sich im Verarbeitenden Gewerbe und Baugewerbe ein Arbeitsplatzabbau. Dies hat die Belastungsprofile der Beschäftigten insgesamt verändert – zugunsten von Beschäftigungen, die durch höhere Qualifikationsstrukturen, größere Gestaltungsspielräume und geringere körperliche Belastungen gekennzeichnet sind. Zwar ist die Dienstleistungsproduktion nicht grundsätzlich durch günstigere Belastungsstrukturen gekennzeichnet als die Produktion im Verarbeitenden Gewerbe, dennoch dürfte gerade die Zunahme unternehmensbezogener sowie wissensbasierter Dienstleistungen bei gleichzeitigem Rückgang von körperlich belastenden Tätigkeiten im Verarbeitenden Gewerbe zu einem Rückgang der AU geführt haben. Die Veränderungen in der Branchen- und Berufsstruktur erklären dabei etwa ein Sechstel des Rückgangs der Arbeitsunfähigkeit in der gesamten GKV seit 1994.

### Veränderte Morbiditätsstruktur

Begleitet wurde der Rückgang der AU durch Veränderungen der Morbiditätsstruktur. Seit 1991 sind die AU-Tage durch Erkrankungen des Kreislaufsystems um 68% zurückgegangen, die durch Erkrankungen des Verdauungssystems um 60%, durch Muskel- und Skeletterkrankungen um 55%, durch Atmungserkrankungen um 54% und durch Verletzungen um 44%. Der gesamte Rückgang der Fehltagelänge betrug 47%. Parallel dazu sind die Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen um 28% gestiegen. Aktuell wird bereits

etwa jeder 12. Krankheitstag durch psychische Diagnosen begründet. Sie nehmen damit unter den Diagnosehauptgruppen den vierten Rang ein – vor Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Die Gründe für die Zunahme sind u. a. in veränderten Diagnosestellungen der Ärzte und Ärztinnen zu vermuten, die eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber psychischer Erkrankungen sowohl in der Gesellschaft als auch bei sich selbst reflektiert. Darüber hinaus dürfte auch eine reale Zunahme der Morbidität – etwa aufgrund erhöhter kommunikativer und Stressbelastungen der Beschäftigten im Zuge des o. g. Wandels der Beschäftigungsstrukturen – für den Anstieg maßgeblich sein.

Angesichts der absehbaren demographischen Entwicklung stellt sich die Frage, welche zukünftige Entwicklung bei der Arbeitsunfähigkeit zu erwarten ist. Im Hinblick auf die absehbare Alterung der Belegschaften dürfte außer Frage stehen, dass der bislang beschrittene Weg, ältere und gesundheitlich belastete Arbeitnehmende aus dem Erwerbserleben auszugliedern, nicht länger fortgesetzt werden kann. Ob damit wieder ein Anstieg der AU-Raten einher geht, wird letztlich vor allem von der ›alterungsgerechten‹ Gestaltung von Erwerbsbiografien und Beschäftigungsverhältnissen abhängen.

Detaillierte Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit enthält der aktuelle BKK Gesundheitsreport 2005 – Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: ›psychische Gesundheit‹, der über die Website <http://www.bkk.de> heruntergeladen werden kann.

PETER HERNOLD, BKK Bundesverband,  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,  
Tel.: (02 01) 1 79-13 72





Marcus Wollny

## Versorgungsmodell für Rheumapatienten gestartet

Das erste landesweite integrierte Versorgungsmodell für Patienten und Patientinnen mit einer Rheumaerkrankung wurde im September 2005 in Niedersachsen gestartet. Projektträger sind die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), das Regionale Kooperative Rheumazentrum Hannover e. V. und die Rheuma-Liga Niedersachsen e. V. Das Projekt soll vor allem Menschen zugute kommen, bei denen eine chronisch-entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung neu festgestellt wird.

Mitten in der Knochen- und Gelenkdekade der Weltgesundheitsorganisation möchten die Initiatoren zu Verbesserungen in der Behandlung dieser häufigen Erkrankungen beitragen. KKH-Vorstandsvorsitzender Ingo Kailuweit erklärte, das Projekt solle gleichzeitig helfen, Geld im Sozialsystem einzusparen. Rheuma gehört hinsichtlich Diagnose, Behandlung und Rehabilitation zu den teuersten Erkrankungen überhaupt. Etwa 20 Prozent der Patienten und Patientinnen mit chronischer Polyarthritiden werden zudem in den ersten drei Erkrankungsjahren erwerbsunfähig. Das Projekt ist vorerst auf Niedersachsen begrenzt.

### Integriertes Versorgungsmodell

Bereits bei der Verdachtsdiagnose können die Patienten und Patientinnen bei ihrem Hausarzt ihre Teilnahme am integrierten Versorgungsmodell erklären. Am Modell teilnehmende Hausärzte und -ärztinnen bekommen klare Untersuchungskriterien an die Hand. Patienten und Patientinnen mit einer entzündlichen Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung sollen so frühzeitig erkannt und einem internistischen Rheumatologen vorgestellt werden. Bestätigt sich die Diagnose, wird der Besuch beim Rheumatologen mindestens halbjährlich dokumentiert. Die Daten werden durch das Rheumazentrum wissenschaftlich ausgewertet. Insgesamt werden über 100 verschiedene Krankheitsbilder unter dem Oberbegriff Rheuma zusammengefasst. Das integrierte Versorgungsmodell richtet sich an Patienten und Patientinnen mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung (z. B. chronische Polyarthritiden) oder

einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung (Spondylarthritis), an der jeweils etwa ein Prozent der Bevölkerung erkrankt. Die chronische Polyarthritiden, auch rheumatoide Arthritis genannt, ist die häufigste und sozialmedizinisch bedeutsamste entzündliche Rheumaerkrankung und betrifft oft Menschen, die mitten im Berufsleben stehen.

### Angebot Frühdiagnosesprechstunde

Die Diagnose wird bei diesen Krankheiten oft erst spät gestellt. Gerade aber bei rheumatologischen Erkrankungen kommt es darauf an, die Krankheit schnell zu erkennen, um die Zerstörung der Gelenke mit einer entsprechenden Therapie aufhalten zu können. Die Teilnahme ist für Ärzte und Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen freiwillig. Einschreiben können sich alle Hausärzte Niedersachsens und die internistisch tätigen Rheumatologen sowie alle betroffenen KKH-Versicherten. Nach der Einschreibung des Patienten beim Hausarzt erfolgt eine Vorstellung bei einem niedergelassenen Internisten mit der Spezialgebietsbezeichnung für Rheumatologie. Die niedergelassenen Rheumatologen bieten für das Projekt eine Frühdiagnosesprechstunde an. Damit ist gewährleistet, dass die Patienten und Patientinnen innerhalb von 14 Tagen einen Termin bei einem Spezialisten wahrnehmen können. Üblich sind Wartezeiten von mehreren Monaten auf einen Termin.

Im Rahmen der sektorübergreifenden Behandlung ist die MHH als Akutklinik und universitäres Zentrum eingebunden. Bei ungünstigem Krankheitsverlauf werden die Patienten und Patientinnen innerhalb des integrierten Versorgungsmodells in die MHH überwiesen.

Dank der integrierten Versorgung befinden sich die Patienten und Patientinnen von Anfang an in den fachlich richtigen Händen.

MARCUS WOLLNY, KKH –  
Die Kaufmännische, Integrierte Gesundheitsversorgung,  
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,  
Tel.: (05 11) 28 02 36 50,  
E-Mail: marcus.wollny@kkh.de,  
Internet: www.kkh.de

Christa Böhme

## Schaffung einer gesundheitsverträglichen Umwelt

*Bestehende Strukturen nutzen, Vernetzung fördern*

Die Vernetzung der Themen Umwelt und Gesundheit hat in den letzten Jahren vor allem in Hinblick auf Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung national und international an Bedeutung gewonnen. Bei der Entwicklung nachhaltig gesundheitsverträglicher Umweltverhältnisse kommt den Aktivitäten der Kommunen eine zentrale Rolle zu. Dabei erscheint es weder zweckmäßig noch aussichtsreich, Parallelstrukturen im Sinne »Kommunaler Aktionspläne Umwelt und Gesundheit« zu bereits vorhandenen kommunalen Strukturen mit ähnlicher Programmatik und Arbeitsweise aufzubauen. Vielmehr wird empfohlen, an bestehende Strukturen in den Kommunen anzuknüpfen und eine stärkere Vernetzung einzelner Akteure anzustreben. Hierzu sollte auch auf bereits vorhandene Strukturen der Lokalen Agenda 21 zurückgegriffen werden.

Das Deutsche Institut für Urbanistik erarbeitete die vom Umweltbundesamt im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG) geförderte Expertise »Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit« gemeinsam mit den Kooperationspartnern: agenda-transfer, Agentur für Nachhaltigkeit GmbH, Fachhochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Institut für Medizinsoziologie am Universitätsklinikum Eppendorf der Universität Hamburg, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen.

Wie nutzen Kommunen die Potenziale der Lokalen Agenda 21 für die Vernetzung der Themenbereiche Umwelt und Gesundheit? Welche erfolgreichen Strategien und Projekte werden in der kommunalen Praxis bereits hierfür entwickelt und umgesetzt? Diesen Fragen wird in der Expertise nachgegangen. Sie kann unter <http://edoc.difu.de/orlis/DF9853.pdf> im Internet kostenfrei abgerufen werden.

CHRISTA BÖHME, Deutsches Institut für Urbanistik, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (0 30) 3 90 01-2 91, E-Mail: boehme@difu.de



Verena Krammer

## Tagungsbericht: Gesund Leben Lernen

*Workshop für Schulen: Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit und Sponsoring am 22.09.2005 in Hannover*

›Öffentlichkeitsarbeit‹, ›Pressearbeit‹, ›Sponsoring‹ – das alles sind Begriffe, die in Schulen oft nicht selbstverständlich gebraucht werden. Dass sie jedoch wichtige Bestandteile der gesunden und erfolgreichen Entwicklung einer Schule sind, haben die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und der IKK-Landesverband Niedersachsen in einem Workshop thematisiert. Teilnehmende waren die acht Modellschulen von Gesund Leben Lernen und eine Schule, aus dem Projekt Essen – Bewegen – Wohlfühlen.

Ein etwas anderer Start in das Programm als üblich wurde durch ein World Cafe erreicht, das zum Erfahrungsaustausch und zur intensiven Kommunikation über die positiven und negativen Erfahrungen mit der Thematik in Schulen anregen sollte. Ebenso wurde diskutiert, welche Mittel zur erfolgreichen Umsetzung von Presse- und Öffentlichkeitsarbeit überhaupt benötigt werden und wo Schulen noch dringend Unterstützung und Hilfe von außen brauchen. Der Vormittag wurde durch einen Vortrag von Karl-Heinz Günster, Pressesprecher des IKK-LV Niedersachsen, abgerundet und hat den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen guten Einblick in die wichtigsten Handwerkszeuge im Umgang mit Presse und Medien verschafft.

Nach einem Mittagsimbiss ging es im Vortrag des Geschäftsführers des Vereins n21, Armin Schreier, um das wichtige Thema, wie man denn überhaupt Sponsoren gewinnen kann und welche Möglichkeiten es für Schulen in sozial besonders schwierigen Stadtteilen gibt.

In einem letzten Arbeitsschritt versuchten die Vertreterinnen und Vertreter aus den Projektsteuerungsgruppen der Schulen und die Schulleiterinnen und Schulleiter dann an einem konkreten Projekt mit einer vorgegebenen Aufgabenstellung das erworbene Wissen anzuwenden. Durch eigene Ideen und Vorschläge aus den Gruppen entstanden spannende Ansätze für eine gelungene Öffentlichkeits-

Medien- und Sponsoringarbeit in Schulen.

Die Evaluation des Workshops hat gezeigt, dass ihn die Teilnehmenden als sehr gelungen empfunden haben und ein hohes Interesse an Weiterbildung in diesem Bereich in den Schulen besteht. Es ist geplant, im nächsten Jahr eine landesweite Fachtagung zum Thema anzubieten.

*Anschrift der Autorin: siehe Impressum*

Felicitas Jung

## Prävention und Gesundheitsförderung für Arbeiter – Notwendigkeit und Zugangsmöglichkeiten

›Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform‹ so lautet der Titel eines Aufsatzes von W. Hollstein. Obwohl sich diese These anhand epidemiologischer Daten längst belegen lässt, hat sich die Forschung bis vor wenigen Jahren – im Gegensatz zur Erforschung der Frauengesundheit – kaum mit diesem Thema befasst. Fragen, wie die gesundheitliche Situation von Männern verbessert werden und wie Gesundheitsförderung sie erreichen kann, bleiben bisher weitgehend unbeantwortet.

Die vorliegende Arbeit greift diese Fragestellungen auf. Da die gesundheitliche Situation von Männern der unteren Schichten deutlich schlechter ist als die der oberen Schichten und diese Männer durch Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht werden, versucht sie zu ergründen, welche Bedürfnisse Arbeiter für ihre Gesundheit äußern und welche Möglichkeiten bestehen, sie mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen.

Trotz lückenhafter Datenlage zu schichtspezifischen Aspekten bestätigt sich bei der Recherche entsprechender epidemiologischer Daten: Männer der unteren sozialen Schichten verhalten sich gesundheitlich riskanter und sie sind gesundheitsriskanteren Arbeitsbe-

dingungen ausgesetzt. Sie weisen eine deutlich höhere Gesundheitsbelastung bzw. höhere Mortalitätsraten im mittleren Lebensalter auf. Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote nutzen sie mit Ausnahme des Gesundheits-Check-up nur selten.

Die Entwicklung der Fragestellung der empirischen Untersuchung sowie deren Auswertung ist in einen theoretischen Rahmen eingebunden, der den salutogenetischen Ansatz mit feministischen Theorieansätzen zu unterschiedlichem Rollen- und Gesundheitsverhalten verbindet.

Für die empirische Untersuchung wurden als Methode – in einem bisher wenig erforschten Feld – qualitative Leitfaden-Interviews gewählt, die Fragen zur beruflichen und privaten Lebenssituation, zu Ressourcen und Belastungen, zum Gesundheitsverhalten und zu Wünschen und Einschätzungen enthielten. Neben Erfassung und Auswertung dieser Daten wurde eine Typologie handlungsleitender Orientierungsmuster unter Berücksichtigung der familiären Rollenverteilung erstellt. Befragt wurden 14 Müllwerker eines Bremer Betriebes zwischen 35 und 56 Jahren.

### Ergebnisse der Untersuchung

Ressourcen finden sich vor allem in den privaten Beziehungen und in Freizeitaktivitäten. Der berufliche Alltag ist dagegen durch steigende Arbeitsbelastung, durch Organisationsmängel und schlechtes Betriebsklima geprägt. Als Ressourcen in diesem Kontext werden kollegiale Zusammenarbeit, eigene positive Motivation und Bewegung empfunden.

In den Gesundheitskonzepten zeigt sich ›Wohlbefinden‹ als eine wichtige Dimension für diese Männer. Für das Gesundheitshandeln wird der eigene Wille als das zentrale Motiv in den Vordergrund gerückt. Anstöße dafür werden jedoch häufiger durch Partnerinnen sowie Ärzte und Ärztinnen gegeben. In der Typologie kristallisierten sich folgende handlungsleitende Orientierungsmuster heraus:

- Sorge um den Körper und die Gesundheit



Antje Richter

## Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen

- Nichts tun, da ausreichend Gesundheit vorhanden
- Erkrankungen beeinflussen das Gesundheitshandeln.

Diese Typen scheinen mit unterschiedlichen männlichen Rollenmustern verknüpft zu sein. Dabei deutet sich an, dass das traditionelle Modell des Familiennährers mit besonders hohen gesundheitlichen Belastungen und geringeren Ressourcen verbunden ist.

### Schlussfolgerungen

Um die Gesundheit der befragten Zielgruppe zu verbessern, bietet sich vor allem eine betriebliche Gesundheitsförderung an, die auf Mitarbeiterbeteiligung und Transparenz aufbaut. Im Betrieb erlebte Belastungen können so reduziert und Ressourcen gefördert werden. Die Beteiligung der Männer an der Kinderbetreuung sollte in der Arbeitsorganisation berücksichtigt und als Teil der Gesundheitsförderung begriffen werden.

Im medizinischen Versorgungssystem kann der Einfluss von Ärztinnen und Ärzten zur Veränderung des Gesundheitshandelns für diese Zielgruppe gezielter genutzt werden.

Früherkennungsmaßnahmen mit geringen invasiven Eingriffen sowie präventive Angebote mit einem direkten Symptombezug werden gut akzeptiert. Traditionelle Gesundheitsförderungsangebote im Freizeitbereich mit eher unspezifischer Zielsetzung entsprechen den Bedürfnissen und Wünschen der Männer dagegen wenig. Hier könnte eine Orientierung auf Angebote für Familien, für Väter mit Kindern oder für Ehepaare sowie auf Angebote, die Spaß machen, die nicht langfristig verpflichtend, wohnortnah und preiswert sind, Zugangsmöglichkeiten eröffnen.

FELICITAS JUNG, *Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen, Gesundheitsamt Bremen, E-Mail: fjung@uni-bremen.de*

Auf der Dezembersitzung des landesweiten Arbeitskreises Armut und Gesundheit, der Plattform des niedersächsischen Regionalen Knotens zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, ging es in diesem Jahr um die Qualität der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen. Vier Referentinnen und Referenten aus verschiedenen Institutionen und Arbeitsbereichen zur medizinischen Betreuung in der Wohnungslöshilfe stellten für 2004/2005 besondere Anforderungen und Hindernisse ihrer Arbeit dar und benannten neue Risiken. Im Anschluss an die Sitzung formulierten die beteiligten Mitglieder unterschiedlichster Institutionen des Gesundheits- und Sozialbereichs eine öffentliche Erklärung.

### Erklärung

Durch die Sozial- und Gesundheitsreformen hat sich in den letzten zwei Jahren der gesundheitliche Zustand wohnungsloser Menschen verschlechtert. Ärztliche Versorgung wird aus wirtschaftlichen Gründen vielfach zu spät in Anspruch genommen. Auch Rezepte können aus finanzieller Not oft nicht eingelöst werden. Dadurch werden ursprünglich leicht zu behandelnde Erkrankungen nicht rechtzeitig genug medizinisch behandelt oder nicht auskuriert. Nach den Beobachtungen der Fachkräfte aus der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen treten aus diesem Grund in letzter Zeit vermehrt gravierende Folgeerkrankungen auf, die chronifizieren oder auch Krankenhausaufenthalte notwendig machen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beobachten aus den genannten Gründen eine zunehmende gesundheitliche Verelendung der wohnungslosen Menschen.

Der bürokratische Aufwand, der auf die neuen komplizierten Regelungen von Hartz IV und auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zurück geht, ist für Wohnungslose allein nicht zu bewältigen. Er erzeugt außerdem bei den betreuenden Fachkräften in hohem Maße Mehrarbeit.

Besondes im Hinblick auf schwere infektiöse Krankheiten erweist sich die Behandlung Nicht-Versicherter aus

Deutschland und den alten EU-Staaten als schwierig. In zunehmendem Maß sind davon auch Patientinnen und Patienten aus den neuen EU-Staaten betroffen. Bei letzteren besteht wegen fehlender oder nicht genügend bekannter Regelungen dringender Handlungsbedarf.

*Anschrift der Autorin siehe Impressum*

## Neue Projektkoordinatorin

Zum Jahreswechsel gibt es personelle Änderungen in der Niedersächsischen Landesagentur Generationendialog. Projektkoordinatorin Bärbel Bächlein wechselte zum BKK Bundesverband nach Essen.

Neue im Team der Landesvereinigung und in der Nachfolge von Bärbel Bächlein zuständig für das Projekt Niedersächsische Landesagentur Generationendialog und den Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformationen ist Dagmar Vogt-Janssen (Juristin und MPH). Sie kommt aus der Henrietenstiftung, einer diakonischen Einrichtung in Hannover, bei der sie seit 1993 beschäftigt war. Zuständig war sie dort für Ideen- und Beschwerdemanagement, »dialog ethik« und Projekte im Bereich der Unternehmenskultur.

Zu erreichen ist sie über E-Mail: [Dagmar.Vogt-Janssen@gesundheit-nds.de](mailto:Dagmar.Vogt-Janssen@gesundheit-nds.de), Tel.: (05 11) 3 88 11 89-6.

Ihr Wunsch für das Jahr 2006: Eine gute Zusammenarbeit mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Generationendialogs und des Arbeitskreises und viele Anregungen aus diesem Kreis. – Wir wünschen ihr einen guten Start. (ta)



Thomas Altgeld

## Kontinuitäten und Brüche in der 100-jährigen Geschichte der Landesvereinigung für Gesundheit

Häufig sind Jubiläen, gerade im höheren Lebensalter ein willkommener Anlass, sich umzuschauen, wer es sonst noch ›geschafft‹ hat, so alt zu werden. Auch bei einem Vereinsjubiläum lohnt sich der Blick in das Umfeld anderer Vereine oder Institutionen, die ein ähnliches Alter erreicht haben. Im Jahr 1905 wurde nicht nur die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. damals unter dem Vereinsnamen ›Hauptverein für Volkswohlfahrt‹ gegründet, sondern auch der Deutsche Städtetag, das Kölner Gesundheitsamt als erstes aktienkundiges kommunales Gesundheitsamt Deutschlands, die HAPAG-Lloyd sowie die Künstlergruppe ›Die Brücke‹. Außerdem wurde der Berliner Dom eingeweiht und ein ganze Reihe von Gesangsvereinen wie etwa der MGV ›Frohsinn‹ Jockgrim 1905 e.V. gegründet.

Aber nicht nur die Umschau nach den sonstigen Hochaltrigen, sondern auch ein Rückblick auf die eigene Geschichte, also das, was sich verändert hat und das, was gleich geblieben ist, sind unweigerlich mit Jubiläen verknüpft. Innerhalb der deutschen Gesundheitspolitik konnte in den letzten beiden Jahren die Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Aufwertung verzeichnen. Waren dies bislang nur Randthemen, die sich nur der Aufmerksamkeit weniger zuständiger Stellen und einiger Idealisten erfreuten, wurde politisch heftig über einen neuen Stellenwert gerade dieser Bereiche gestritten. Prävention und gesundheitliche Aufklärung waren 1905 absolute Randthemen, die gerade im Zuge einer enormen Abschichtung der damaligen Gesellschaft aber eine besondere Rolle spielte.

### Soziale Benachteiligung

Die Herstellung ›gesundheitlicher Chancengleichheit‹ war zwar unter diesem Terminus technicus seinerzeit nicht bekannt, aber eine wesentliche Motivation zur Gründung des Hauptvereins. Bereits in dem Gründungsauftrag 1905 sollten die ›gefährlichsten Feinde der Volkswohlfahrt‹ bekämpft werden und diese wurden auch konkret benannt: ›Diese Feinde sind: die Tuberkulose mit einer ihrer Hauptursachen: der Wohnungsnot, der Alkoholmissbrauch und alle die Missstände, die insbesondere die körperliche und geistige Entwicklung unserer Kinder, der Jugend unseres Volkes, schädigen und hemmen.‹ Von 1907 bis 1929 wurde eine Zentralbauberatungsstelle betrieben wegen ›unzumutbarer Zustände in Arbeiterwohnvierteln‹. Innerhalb der Beratungsstelle wurde eine kostenlose Beratung über gesunde und billige Bauweise für Architekten und Bauherren angeboten. Allein diese enge Verknüpfung von Wohnraumgestaltung und Gesundheit ist im sozialen Wohnungsbau der 70er und 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wieder völlig außer Acht geraten und führte zu der allseits bekannten Entwicklung kommunal ›selbst gebastelter‹ sozialer Brennpunkte.

Zwischen 1925 und 1956 betrieb der Verein zwei Kinderkurheime, von denen in erster Linie sozial benachteiligte Kinder profitierten. Indikationen für den Kuraufenthalt in der Lüneburger Heide oder dem Harz waren ›Unterernährung, allgemeine konstitutionelle Schwäche, Blutarmut und sekundäre Schwäche‹. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden ab 1954 die damals noch fast flächendeckend vorhandenen Gemein-



Lieselotte  
Scheumeister  
Hannover

1905 geboren

2 Schwestern

### "Der Junge" von 3 Schwestern...

... heute gönne ich mir auch mehr Ruhe.

Was ich mit Gesundheit verbinde:

Man kann sich gesund halten, indem man sich schön warm anzieht

Meine Mutter achtete sehr darauf, mit wem wir zusammen spielten

Was ich getan habe, um gesund zu bleiben:

Ich mache immer noch täglich 10 Kniebeugen

...Baden ist auch wichtig, da habe ich eine Bürste mit Langgriff

Jetzt schreibe ich mir auch Dinge in meinen Kalender, um sie nicht zu vergessen...

deschwestern in Seminaren zu Gesundheitsthemen geschult. Deren aufsuchende, stadtteilbezogene Arbeit wurde von den Kommunen allerdings sukzessive abgeschafft und gilt erst heute wieder als eine besonders effektive Strategie gerade sozial benachteiligte Familien früh zu erreichen und Angebote zu machen, bevor Entwicklungsbeeinträchtigungen bei den Kindern vorliegen. 1996 wurde der Arbeitsbereich ›Armut und Gesundheit‹ in der Landesvereinigung etabliert. Damit war die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen die erste Landesvereinigung bundesweit, die diese Themenstellung aufgriff. Bei dem 2004 angelaufenen ›Knoten‹-Projekt rund um die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur gesundheitlichen Chancengleichheit sind bereits jetzt acht Landesvereinigungen auf Länderebene in diesem Themenfeld aktiv. Im Jahr 2005 wurde von der LVG im Rahmen des EU-Projektes ›Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe‹ die deutsche Situationsanalyse erarbeitet.

Die genannten Beispiele aus der Vereinsgeschichte zeigen sowohl den zentralen Stellenwert dieses Themenfeldes als auch die unterschiedlichen Interventionsebenen mit der zu dieser Themenstellung gearbeitet wurden. Von der Beratung von ›Endverbrauchern‹ über die Qualifizierung von Professionellen, wissenschaftlicher Analyse bis hin zur politischen Lobbyarbeit sind alle Arbeitsformen vertreten. In den letzten zehn Jahren der Vereinsgeschichte haben vor allem die letzten drei genannten Interventionstypen eine herausragende Rolle gespielt.



### Veröffentlichungen

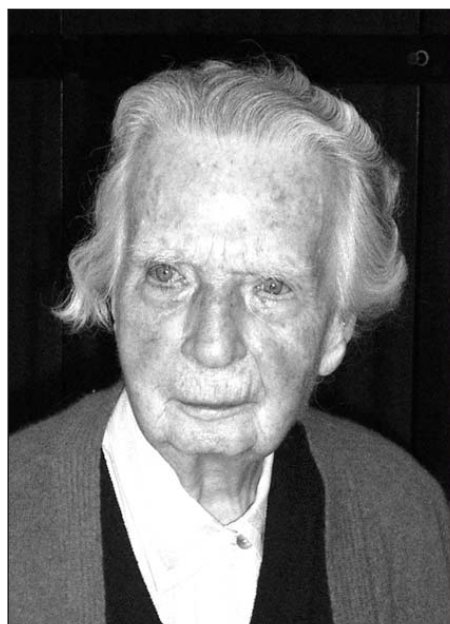
Als weitere wesentliche Kontinuitäten in der Vereinsarbeit lassen sich die Vernetzung unterschiedlicher Akteure und Handlungsfelder sowie die Erarbeitung von Informationen für Professionelle im Gesundheits-, Sozial und Bildungssektor festhalten. Bereits 1905 wurde eine ›Zeitschrift des Hauptvereins für Volkswohlfahrt in Hannover‹ herausgegeben. 1993 erschien die erste Ausgabe des Newsletters zur Gesundheitsförderung ›impulse‹, der mittlerweile eine Auflagenhöhe von 6000 Exemplaren pro Ausgabe verzeichnen kann. Mittlerweile lässt sich aber auch eine zunehmende Bedeutung von digitaler Wissensvermittlung unschwer feststellen: Webseiten mit frei recherchierbaren Datenbanken und pdf-Dateien von Veranstaltungspräsentationen sowie allen gedruckten Veröffentlichungen der Landesvereinigung multiplizieren die Reichweite von Projektinformationen, Veranstaltungen und Veröffentlichungen um ein Vielfaches.

### Mitglieder und Zielgruppen

Wesentliche Veränderungen lassen sich dagegen schon bei den strukturellen Rahmenbedingungen feststellen. In der Mitgliederstruktur hat sich das Verhältnis von institutionellen Mitgliedern zu Einzelmitgliedern, das bei 1 zu 6 lag, völlig umgekehrt: 2005 kamen auf 6 institutionelle Mitglieder ein Einzelmitglied. 1905 war Volkswohlfahrt zudem vor allem ein kirchennahes Thema; ein Drittel der 307 Einzelmitglieder waren Pastoren, 2005 wird ein gesamtgesellschaftliches Spektrum abgedeckt. Bestimmte Leistungen des Vereins seiner Anfangsjahre wurden Leistungen von Sozialversicherungsträgern oder anderer öffentlicher Träger (z. B. Kinderkuren oder Bauberatung).

Auch die primären Zielgruppen der Vereinsarbeit haben sich verändert. Stand zur Vereinsgründung noch ›das Volk‹ im Mittelpunkt der Aktivitäten, wie der Vereinsname schon deutlich macht, wird mittlerweile vor allem der Multiplikatorenansatz verfolgt und kaum noch Leistungen für breite Bevölkerungsschichten direkt angeboten.

Auch in der Wertschätzung von Medien lässt sich eine Veränderung erkennen, diese werden nicht mehr überschätzt, sondern nur als ein Teil von erfolgreicher Gesundheitskommunikation begriffen. Das Themenspektrum der Landesvereinigung hat sich verbreitert, es werden mehr Themenstellungen aus der gesundheitlichen Versorgung direkt aufgegriffen (z. B. Patienteninformation oder niedrigschwellige Betreuungsangebote). Die wesentlichste Veränderung erscheint aber der durch die Gesundheitsförderung 1986 eingeleitete, grundsätzliche Perspektivenwechsel zu sein: Weg von der eher paternalistischen Volksbelehrung hin zu Empowerment und Partizipation als wesentliche Arbeitsprinzipien. Die Verhaltensrelevanz von reiner Wissensvermittlung wurde lange Zeit überbewertet, aber da Gesundheit im Alltag hergestellt wird, geht es 2005 um die Veränderung dieser Alltage, damit die ›gesündere Wahl die leichtere Wahl‹ werden kann, wie es die Weltgesundheitsorganisation 1986 formuliert hat.



Ilse Poppelbaum  
Hannover

1905 geboren  
ledig, keine Kinder  
Leiterin von  
Kinderheimen,  
später Fürsorgerin  
im Diakonischen  
Werk - organisierte  
dort die Kinder-  
verschickung

Vater: Beamter und  
Bürgermeister

### „...Fräulein Alleine...“

„Ich wurde früher Fräulein Alleine genannt, weil ich immer selbständig sein wollte.“

Was ich mit	...nichts Besonderes
Gesundheit verbindet:	...als Kind war ich ziemlich zart und oft krank
	...die beiden Kriege haben uns so bescheiden aufwachsen lassen, dass wir in keiner Weise üppig gelebt haben und verwöhnt wurden
Was für mich	...ganz normal essen, auch Freude am Essen haben
Gesundheit ausmacht:	...vor allen Dingen Bewegung und frische Luft

### Stellenwert von Prävention

Interessant ist bei einem Blick auf die Vereinsgeschichte auch die finanzielle Unterausstattung des Präventionsbereichs, die seit den 60er Jahren in Deutschland bereits beklagt wird. In einer Pressemitteilung des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 1. Juli 1969 anlässlich einer Jahresversammlung des Landesvereins für Volksgesundheitspflege heißt es: ›Die Arbeit des Landesvereins wird sich in nächster Zukunft außer auf die Sexualerziehung, auf die Bekämpfung von Haltungsschwächen, die Ernährungsberatung, den Kampf gegen Genuß- und Arzneimittelmißbrauch, die Suchtbekämpfung und auf die Früherkennung chronischer Krankheiten erstrecken. Bemängelt wurde, dass diesen immer dringlicher werdenden Aufgaben keine wachsenden Geldmittel gegenüberstünden. Hingegen müssten in jedem Jahr immer höhere Beträge für die Krankheitsbekämpfung ausgeben werden; diesem ›bodenlosem Faß‹ könne nur eine systematische vorbeugende Gesundheitspflege und -erziehung den Boden verschaffen.‹ Die Klagen über das Missverhältnis kurativ und präventiv aufgewendeter Mittel sind also keineswegs ein neues Phänomen, auch nicht die Sehnsucht nach einer systematischen Prävention, die ja in den Diskussionen um das deutsche Präventionsgesetz die eine oder andere Blüte erneut getrieben hat.

Anschrift des Autors: siehe Impressum

Edeltraut Graeßner

## Auswirkungen von Hartz IV ...

... auf die Arbeit der Tafeln in Niedersachsen/Lingen

Mit der Einführung von Arbeitslosengeld II (ALG II), also der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe hat sich die finanzielle Situation besonders früherer Arbeitslosenhilfempfängerinnen und -empfänger deutlich verschlechtert. Bei den Tafeln in ganz Deutschland werden immer größere Mengen Lebensmittel nachgefragt. Waren es bisher eher Menschen, die schon lange Zeit Sozialhilfe bezogen haben, so sind als neue Hilfeberechtigte Menschen dazu gekommen, die vorher mit der Arbeitslosenhilfe noch ganz gut wirtschaften konnten. Viel erschreckender ist für mich aber, zu sehen, dass immer mehr Menschen, die einer geregelten Beschäftigung nachgehen, Tafelkunden werden (müssen). 20 Wochen-Stunden variable Arbeitszeit als Textilverkäuferin zu einem Stundenlohn von 5,11 € ergibt netto bei St. Kl. I genau 407,57 €. Vollzeitarbeit als Schlosser bei einer Zeitarbeitsfirma zu einem Stundenlohn von 6,89 € bringt keine 800,00 € netto monatlich.

### Ausgleich zwischen Mangel und Überschuss

Die Tafeln in Deutschland erleben hautnah die steigende Verarmung unserer Gesellschaft mit und versuchen mit ihrer Arbeit, hier für einen Ausgleich zwischen Überschuss und Mangel zu sorgen. Tausende Ehrenamtliche schleppen und sortieren Kisten mit Lebensmitteln. Andere versuchen, immer neue Lieferquellen zu erschließen, was nicht einfach ist, weil Händler so kalkulieren, dass möglichst wenig Waren übrig bleiben. Der Bundesverband Deutsche Tafel e. V. plant mit der Einrichtung einer ›Deutschen Lebensmittelbank‹ in Zusammenarbeit mit den europäischen ›foodbanks‹, große Lebensmittelmengen aus europäischen Ländern zu sammeln und diese über die Tafeln vor Ort und andere wohl-tätige Organisationen zu verteilen.

Man erhofft sich damit neue Lieferquellen, z. B. aus Überproduktionen erschließen zu können, um den steigenden Bedarf an Lebensmitteln decken zu können.

Die steigende Verarmung hat dazu geführt, dass die Tafeln die boomenden Sozialeinrichtungen der letzten Jahre geworden sind, sozusagen der ›shootingstar‹ unter den sozialen Ideen der 1990er Jahre. 1993 gab es die erste Tafel in Berlin, 1997 gab es 90 und 2005 schon 500 Tafeln und es liegen beim Bundesverband noch ca. 130 Aufnahmeanträge vor. Das bedeutet aber auch, dass die Tafeln dichter zusammenrücken und sich die gespendeten Lebensmittel teilen müssen, was durchaus auch mal mit Auseinandersetzungen an den Gebietsgrenzen verbunden sein kann. Für Ausgleich zu sorgen, ist Aufgabe des Bundesverbandes und der Ländervertreter der deutschen Tafeln.

Arm sein in Deutschland heißt häufig, arbeitslos zu sein, Kinder zu haben, allein erziehende Mutter oder Witwe mit kleiner Rente zu sein. Über alle Maßen sind Kinder von der Armut ihrer Eltern betroffen. Die Tafeln versuchen deshalb besonders auch, Kinder mit weiteren Projekten wie Zubereitung von Schulfrühstück oder einem Kinder-Restaurant zu unterstützen.

### Vieles ist noch ungenügend geregelt

Aus der Erkenntnis heraus, dass in erster Linie Arbeitslosigkeit zu Armut führt, bieten manche Tafeln Arbeitsstellen an. Als mildtätige Vereine bzw. Projekte sind wir berechtigt, sog. Ein-Euro-Kräfte zu beschäftigen und erleben täglich, dass sich Langzeitarbeitslose voller Hoffnung bei uns vorstellen und mit viel Einsatz und Engagement ihre Arbeit verrichten. Die überwiegende Mehrheit unserer sog. Ein-Euro-Kräfte will dringend arbeiten, was für

ALG II-Empfängern ungerechterweise auf ein halbes bis ein Jahr begrenzt wurde. Die Umsetzung des SGB II, besonders auch die Übertragung der Aufgaben auf die Optionsbehörden, treibt merkwürdige Blüten. So erleben wir immer wieder mal Landräte, die sich wie ›regierende Fürsten‹ ihres Landkreises aufführen, die ablehnen, Verwaltungsvorschriften auf sich anzuwenden, weil die ja für die Agentur für Arbeit erlassen wurden und nicht für Optionsbehörden und man habe eben eine andere Rechtsauffassung. Da ist noch einiges an Kontrolle über Beiräte nötig.

Und ein Skandal der besonderen Güte ist es dann, wenn Langzeitarbeitslosen der 1-Euro-Job bei einer Tafel weggenommen wird, um sie als ›Praktikanten‹ für 3 Monate ohne jegliche Bezahlung zu Lebensmittel-Discountern zum Arbeiten zu schicken. In der Praxis haben wir erfahren, dass ein Landkreis solche Vereinbarungen abgeschlossen hat. In einer einzigen Filiale einer Discount-Kette, die von der Gewerkschaft wegen ihrer besonders arbeitnehmerfeindlichen Vorgehensweise bundesweit und öffentlich kritisiert wird, wurden 3 solcher sog. ›Praktikanten‹ mit je 100 Stunden pro Monat (das entspricht ca. 2 Vollzeitstellen) eingerichtet. So kann man bezahlte Arbeit natürlich auch vernichten!

EDELTRAUT GRAESSNER, Vorsitzende der Lingener Tafel e. V., Mitglied der Ländervertretung der Tafeln Niedersachsen/Bremen, Langschmidtsweg 17a, 49808 Lingen (Ems),  
E-Mail: e.graessner@lingener-tafel.de

Gabriela Stoppe

## Aufbau eines Laienhilfsdienstes ...

*... zur Entlastung der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken in Göttingen*

Die Schaffung niedrigschwelliger Angebote erscheint in der derzeitigen Situation in Deutschland ein Gebot der Stunde. Die alternde Gesellschaft und die damit zunehmende Anzahl von Demenzkranken fordert eine Bereitstellung größerer Ressourcen. Gleichzeitig führt die Veränderung von Familienstruktur und -rollen mit Zunahme von Einzelhaushalten dazu, dass die traditionelle Familienpflege immer weniger geleistet werden kann. Erfahrungen an anderen Orten zeigten, dass stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger durch ehrenamtliche Helfer und Helferinnen (Laien Helfer und Laien Helferinnen) ein sinnvolles Angebot ist.

Im Rahmen der Qualitätsoffensive Niedersachsen war es möglich, dass eine Initiative der Gedächtnissprechstunde der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen zusammen mit dem Diakonieverband Göttingen starten konnte und eine entsprechende Begleitforschung bewilligt wurde. Das Novum an dieser Maßnahme war, dass eine Gedächtnissprechstunde als medizinische (und universitäre!) Einrichtung Partner war. Dies macht Sinn, da Gedächtnissprechstunden Aufgaben in der frühen Abklärung psychischer Störungen im Alter wahrnehmen und sowohl Betroffenen wie auch Angehörigen frühe Hilfen anbieten können. Die dort Beschäftigten verfügen über Kompetenzen zur Diagnose und Behandlung von Demenzkrankheiten.

Entsprechend übernahm die Gedächtnissprechstunde die Begleitforschung und die Ausbildung der Laien Helfer und Laien Helferinnen. Der Diakonieverband Göttingen übernahm deren Vermittlung und die Überprüfung, ob eine Laien Hilfe sinnvoll ist. Dies ist besonders wichtig, damit diese nicht fälschlich als ›Ersatz‹ für (nicht verfügbare) professionelle Hilfe eingesetzt werden. Eine ausgebildete Altenpflegerin klärte im Einzelfall durch einen Hausbesuch ab, dass der Einsatz angemessen erfolgte. Auch der Versicherungsschutz konnte so gewährleistet werden.

Insgesamt war das Projekt erfolgreicher als erwartet. Auf eine Presse- und Plakataktion meldeten sich 180 Interessierte, ganz überwiegend Frauen. Insgesamt konnten 64 Personen ein 40-stündiges Curriculum absolvieren und erhielten ein Zertifikat. Dabei erwarben sie Kenntnisse zur Krankheit, zur rechtlichen Situation und zum Umgang mit Demenzkranken. Obwohl etwa 25% der Schulungsteilnehmer bereits Vorerfahrungen im psychosozialen Bereich hatte, empfand keiner die Schulung als unnötig oder gar zu kurz.

Die Begleitforschung untersuchte die Gesundheit der Angehörigen, der Laien Helfer und Laien Helferinnen und der Demenzkranken. Die Demenzkranken selber zeigten erwartungsgemäß ein Fortschreiten ihrer Erkrankung. Auch waren sie bereits bei Beginn der Maßnahme relativ schwer dement. Interessant war, dass die betreuenden Angehörigen angaben, sich durch den Betreuungsprozess nicht besonders belastet zu fühlen. Dieses Ergebnis stimmt mit anderen Befunden überein, aus denen hervorgeht, dass Unterstützungsangebote Demenzkranke erst spät und die besonders belasteten Angehörigen oft gar nicht erreicht werden.

Es bleibt zu hoffen, dass sich dies bei fortschreitender Etablierung der Laien Hilfe wandelt. Dies ist nun nachhaltig möglich. Die Hoffnung ist auch damit begründet, dass sich die Klientel der z. B. der Göttinger Gedächtnissprechstunde seit ihrer Gründung 1991 im Sinne ihrer Ausrichtung verändert hat, sodass heute mehrheitlich auch eine Frühdiagnostik durchgeführt wird.

PROF. DR. MED. GABRIELA STOPPE,  
Universitäre Psychiatrische Kliniken,  
Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4025 Basel,  
Schweiz

Tania-Aletta Schmidt

## Konzept der Regionalisierung geht auf

Zwar ist es für eine Bilanz noch zu früh, doch eine einfache Rückschau auf das Jahr 2005 zeigt, dass mit der Ausweitung der Aktivitäten des Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen auf regionaler Ebene der richtige Weg begangen wurde. Um dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten näher zu kommen, wurden in diesem Jahr gezielt regionale Tagungen und eintägige Multiplikatorenschulungen in noch nicht bzw. gering versorgten Gebieten durchgeführt. Dabei wird versucht, neben den potenziellen Anbietern möglichst viele beteiligte Akteure sowie Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einzubeziehen. Die Initiierung erfolgt i. d. R. in enger Kooperation mit entsprechenden Ansprechpartnern vor Ort, wie z.B. Vertretern und Vertreterinnen der Kommune. Aus den Veranstaltungen werden weiterhin Arbeitskreise entwickelt, die einen weiteren kontinuierlichen Austausch und vernetztes Arbeiten in der Region unterstützen sollen und sich etwa dreimal im Jahr treffen. In Folge dieser Aktivitäten konnte vielfach ein verstärkter Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote festgestellt werden, so dass sich diese Vorgehensweise als erfolgreich erwiesen hat.

Zur Zeit gibt es in folgenden Regionen entsprechende Arbeitskreise: Oldenburg, Wilhelmshaven, Lüneburg, Soltau-Fallingb., Emsland, Region Hannover und Hildesheim. Diese werden gut angenommen und auch aus anderen Regionen gibt es entsprechende Nachfrage, sodass weitere Arbeitskreise z. B. in Göttingen und Hameln entstehen sollen.

*Anschrift der Autorin: siehe Impressum*

## Sabbaticals

Der Möglichkeit eines Sabbaticals, also der beruflichen Freistellung von einigen Monaten oder Jahren, hängt der Ruf von Exklusivität und Extravaganz an. Nur wer jahrelang an prominenter Stelle gepowert hat, kann sich anscheinend unter medialer Aufmerksamkeit eine kreative Auszeit leisten. Wie die konkrete Situation in Deutschland sowohl bei den betrieblichen Angeboten als auch der konkreten Nachfrage bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aussieht, sind jetzt im Rahmen einer Dissertation mittels einer empirischen Studie untersucht worden.

Es werden Idealtypen (z. B. Re-generationstyp) identifiziert, für die die berufliche Auszeit unterschiedliche Motivlagen mit sich bringt. Der biographische Hintergrund entscheidet letztlich, wie und warum das Sabbatical eine Gestaltungsoption sein kann. Nicht außer acht darf gelassen werden, dass der Ausstieg auf Zeit immer häufiger auch eine Notwendigkeit der flexibilisierten Arbeitswelt ist und für den Einzelnen oftmals Zwang und eben nicht individuelle Freiheit bedeutet. (bb)

BARBARA SIEMERS: *Sabbaticals – Optionen der Lebensgestaltung jenseits des Berufsalltags*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2005, 322 Seiten, ISBN 3-631-53515-5, 56,50 Euro

## Schutz von Patientenrechten

Das Stichwort ›Patientenrechte‹ wird weiterhin in Deutschland vor allem abstrakt und nicht konkret diskutiert und bewertet. Ein weiterer Baustein in dieser Tradition ist die Analyse des Sachverhaltes unter verfassungsrechtlichen Grundlagen. Im Ergebnis wird festgestellt, dass sich die individuelle Rechtslage trotz föderaler Strukturen in ganz Deutschland auf nahezu gleichwertig hohem Niveau befindet. Ganz im Gegensatz dazu fällt die Förderung der institutionellen Formen der Patientenunterstützung bundeseinheitlich unterschiedlich aus. Einrichtungen zur Stärkung der Patientenrechte werden von verschiedenen Institutionen auf

teilweise fragwürdiger Finanzierungsbasis betrieben. Die Vermutung besteht, dass durch diese interessengeleitete Organisationsform eine sachlich-neutrale Orientierung nicht gewährleistet ist. Als Ausweg wird deshalb die Einrichtung von speziellen überinstitutionellen Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene angesehen. (bb)

JÖRG GSTÖTTNER: *Der Schutz von Patientenrechten durch verfahrensmäßige und institutionelle Vorkehrungen sowie den Erlass einer Charta der Patientenrechte*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2005, 252 Seiten, ISBN 3-631-53679-8, 45,50 Euro

## Stichwort: Gesundheitsökonomie

Es kommt selten genug vor, dass ein amerikanischer Ökonom das deutsche Gesundheitswesen als Vorbild für die USA ansieht. Der Grund liegt u. a. darin, dass sowohl bei der medizinischen Versorgung wie auch der Finanzierung vom individuellen Bedürfnis bzw. des individuellen Einkommens ausgegangen wird. Nachholbedarf in Deutschland besteht jedoch nach Ansicht des Autors in einer gezielten Analyse des Leistungskataloges und der Differenzierung nach Nutzen und Kosteneffektivität. Wer ökonomisch argumentieren will, muss sich deshalb mit dem traditionellen ökonomischen Modell, Nachfrage- und Angebotstheorie, Gerechtigkeit und Umverteilung sowie der Rolle des Staates beschäftigen. Auch wenn das Buch bereits 1998 in englischer Sprache erschienen ist, so sind die grundsätzlichen Überlegungen und ihre graphischen Darstellungen immer noch aktuell. (bb)

THOMAS RICE: *Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung*. KomPart Verlagsgesellschaft, 2004, 356 Seiten, ISBN 3-9806621-5-2, 12,80 Euro

## Risikostrukturausgleich

Die Herausgeber machen keinen Hehl daraus, dass sie mehr anstatt weniger Umverteilung mittels des Risikostrukturausgleiches fordern. Es besteht die Befürchtung, dass durch eine weitere Bürokratisierung selbst ein so stabiles Gesundheitssystem wie das deutsche irgendwann kollabieren muss. Die Perfektionierung des ›Subventionierungsinstrument RSA‹ führt nach ihrer Ansicht zu einer Erosion des Systems, was einen kompletten Systemwechsel zur Folge haben kann. Der Sammelband führt Meinungen von Ökonomen, Medizinern, Juristen und Politikwissenschaftlern zusammen, die die Kritik aus ihrer jeweiligen Profession vortragen und die umstrittene Einbindung von DMP in den Risikostrukturausgleich mit neuen Überlegungen ändern möchten. (bb)

NORBERT KLUSEN, CHRISTOPH STRAUB, ANDREAS MEUSCH (Hrsg.): *Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2005, 153 Seiten, ISBN 3-8329-0915-X, 16,00 Euro

## Bildung beginnt mit der Geburt

Das Werk leistet einen Beitrag zur Orientierung in der aktuellen Bildungsdiskussion. Es beschäftigt sich in vier Teilen mit einem Bildungsansatz für Kinder zwischen null und sechs Jahren, ausgehend von dem, was Kinder können. Themen sind u. a., was Bildung in der frühen Kindheit bedeuten könnte und wie Bildungsprozesse ab der Geburt ablaufen. Ergänzend werden Schlussfolgerungen für die Gestaltung von Bildungsprozessen in Kitas für Kinder zwischen drei und sechs Jahren gezogen und mögliche Bildungsaufgaben für dieses Alter benannt. (ar)

GERD E. SCHÄFER: *Bildung beginnt mit der Geburt. Ein offener Bildungsplan für Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen*. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel, 2005, 278 Seiten, ISBN 3-407-56249-7, 19,90 Euro



## Integrierte Versorgung

Der Sammelband fasst die Vorträge einer im Jahr 2003 durchgeführten internationalen Veranstaltung zu den drängenden Fragen neuer Versorgungsformen und innovativer Ansätze der Vergütung zusammen. Dargestellt werden die in den USA und Australien sowie dem europäischen Ausland gemachten Erfahrungen zu neuen Modellen der Organisation des Medizinbetriebes. Daneben wird auch auf die Auswirkungen des demographischen Wandels eingegangen. Im Fokus der Artikel steht die Leistungserbringerseite, also niedergelassene Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser. (bb)

KLAUS-DIETER HENKE, ROBERT F. RICH, HILMAR STOLTE (Hrsg.): *Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland. Lessons learned from comparison of other Health Care Systems. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004, 248 Seiten, ISBN 3-8329-0461-1, 39,00 Euro*

## Der Gesundheitsmarkt in Deutschland

Das Nachschlagewerk deckt wirklich alle Schlüsselwörter des deutschen Gesundheitswesens ab. Im Gegensatz zu einem Lexikon, das immer nur Stichworte kurz und knapp darstellt, werden die großen und kleinen Begrifflichkeiten in längerer Textfassung und vielen Exkursen erklärt. Graphiken und Anschriftenverzeichnisse ergänzen die ausführlichen Kommentare, die mit dem ärztlichen Berufsrecht beginnen und den Zuzahlungen enden. Ein ausführliches Register mit Abkürzungsverzeichnis, Institutionen- und Personenregister sowie Stichwortübersicht helfen durch den deutschen Gesundheitsmarkt. (bb)

HELMUT K. SPECKE: *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten - Fakten - Akteure. Verlag Hans Huber, Bern, 3., vollständig überarbeitete Auflage 2005, 632 Seiten, ISBN 3-456-84143-4, 49,95 Euro*

## Umweltgerechtigkeit

In diesem Sammelband wird das Thema der sozialen Verteilung von Umweltbelastungen behandelt. Die Autoren sehen darin neue Impulse für den Public Health Bereich und geben mit diesem Werk einen ersten Überblick über die empirischen Ergebnisse und theoretischen Diskussionen im deutschsprachigen Raum. Im Vordergrund steht vor allem die soziale Ungleichheit bei Umweltbelastungen. Entsprechend dieser Logik finden sich sowohl empirische Ergebnisse über Einflüsse der sozialen Lage auf die Wohnumwelt von Neugeborenen, über Unterschiede bei Lärmbelastung und Luftverschmutzung nach Haushaltseinkommen, wie auch weiterführende Konzepte für mehr Verteilungs- und Verfahrensgerechtigkeit. (ar)

GABRIELE BOLTE, ANDREAS MIELCK (Hrsg.): *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2004, 279 Seiten, ISBN 3-7799-1141-8, 24,50 Euro*

## Der Kindergarten

Die Geschichte des Kindergartens von den Anfängen bis zur Gegenwart steht im Mittelpunkt dieses Bandes von Franz-Michael Konrad. In einer historisch-systematischen Gesamtschau wird die wechselvolle Geschichte der Institution Kindergarten im Spannungsfeld von sozialer Veränderung, Wandel von Familie und öffentlicher Politik nachvollzogen. Dabei werden auch die Entwicklungen im Ausland beschrieben. Die einzelnen Epochen sind in übersichtlichen Kapiteln zusammengefasst, wobei ein besonderes Gewicht auf den jeweils vorherrschenden pädagogischen Modellen liegt. Der Band wird abgerundet durch einen Serviceteil mit kommentierter Auswahlbibliographie und wichtigen Adressen. (ib)

FRANZ-MICHAEL KONRAD: *Der Kindergarten. Seine Geschichte von den Anfängen bis in die Gegenwart. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2004, 294 Seiten, ISBN 3-7841-1532-2, 19,00 Euro*

## Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?

Budgets stellen eine neue Form der Leistungserbringung in der Behindertenhilfe und in der Pflegeversicherung dar. Hintergrund ist die Forderung nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung sowie höherer Effizienz und Kosteneinsparungen. Erfahrungen mit Budgets wurden bereits in anderen europäischen Ländern und in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten gesammelt. Das vorliegende Buch gibt einen guten Überblick über die internationale und nationale Diskussion und zeigt erste Ergebnisse auf. Weiterhin werden Praxisbeispiele dargestellt. Abgerundet wird das Werkbuch durch einen umfangreichen Anhang mit Materialien, wie Gesetzestexten, Kommissionsberichten und Stellungnahmen. (ts)

THOMAS KLIE, ALEXANDER SPERMANN (Hrsg.): *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Vincentz Verlag, Hannover, 2004, 466 Seiten, ISBN 3-87870-488-7, 29,80 Euro*

## Marketing für Krankenkassen

Marketing ist mehr als Öffentlichkeitsarbeit und persönlicher Verkauf. Und doch leisten sich viele Krankenkassen bis heute nicht ein schlüssiges Marketingkonzept, das die Ziel-, Strategie- und Maßnahmenplanung miteinander vernetzt. Das Handbuch analysiert das Umfeld und die Rahmenbedingungen gesetzlicher Krankenkassen, deren Ziele und marketingstrategischen Optionen. Ausführlich werden die einzelnen Marketinginstrumente bzw. die damit verbundenen Entscheidungen vorgestellt. Das Buch endet mit (graphischen) Hilfsmitteln zur Umsetzung und Überprüfung. (bb)

THOMAS BOGNER, JÖRG LOTH: *Marketing für Krankenkassen. Der Weg zur Aufsteigerkasse. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 131 Seiten, ISBN 3-456-84142-6, 34,95 Euro*

## Schule, Stadtteil, Lebenswelt

Zunächst wird das Verhältnis von Schulentwicklung und Lebensweltbezug aufgefächert. Daran schließen sich Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in sechs Stadtteilen deutscher Großstädte an. Gefragt wurde, wie Schulen ihr sozialräumliches Umfeld wahrnehmen und welche Bedeutung dies für die Gestaltung ihres schulischen Angebots hat. Die Ergebnisse sind kaum überraschend. Nur einzelne Schulen nehmen auf die Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler Bezug und lebensweltorientierte Konzepte sind in der Schulpädagogik bisher kaum entwickelt worden. Abschließend werden schulentwicklungspolitische Empfehlungen formuliert. (ar)

WOLFGANG MACK, ERICH RAAB, HERMANN RADEMACHER: *Schule, Stadtteil, Lebenswelt. Eine empirische Untersuchung. Leske und Budrich, Opladen 2003, 286 Seiten, ISBN 3-8100-3786-9, 19,90 Euro*

## Kinderarmut

Die selbst gestellte Frage ›Warum noch ein Buch zu dieser Problematik?‹ – obwohl das Thema doch endlich auch in Deutschland die nötige öffentliche Aufmerksamkeit erfährt – wird damit beantwortet, dass es neue Akzente setzen will. Intention ist erstens Anschluss zu erreichen an den bislang vernachlässigten europäischen Forschungsdiskurs, zweitens einen Überblick zu geben über die bundesrepublikanischen Forschungsergebnisse, orientiert an der Abfolge der kindlichen Lebensphasen, drittens Handlungsperspektiven darzustellen, die anknüpfen an den verschiedenen Dimensionen kindlicher Lebenslagen und -welten.

Im ersten Teil wird ein Einblick gegeben in die wissenschaftliche und politische Debatte in vier europäischen Nachbarländern (Großbritannien, Polen, Finnland, Italien); es folgt ein systematischer Überblick über den Forschungsstand in Deutschland, mit dem Fokus auf der Armutsbewältigung durch Kinder und Jugendliche aus deren Perspektive; im dritten Teil geht es um interdisziplinäre, berufsfelder-

übergreifende Präventions- und Interventionsmaßnahmen (Früh- und Gesundheitsförderung, Schule und Bildung, Haushaltsführung, Soziale Arbeit im Gemeinwesen) sowie deren Wirkungsweisen und Grenzen. (iw)

MARGHERITA ZANDERS (Hrsg.), *Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 284 Seiten, ISBN 3-531-14450-2, 26,90 Euro*

## Routinedaten im Gesundheitswesen

Der Band gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden Datenquellen und Datenarten vorgestellt: über die ambulante ärztliche Versorgung, die Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlungen, die Versorgung mit Heil- und Arzneimitteln, Leistungen der Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, die zahnmedizinische Versorgung und die Schwerbehindertenstatistik. Im zweiten und im dritten Teil des Buches geht es um Methodenfragen (z. B. Datenschutz, Datenverknüpfung) sowie um exemplarische Anwendungsmöglichkeiten der Sekundärdatenanalyse. Abgeschlossen wird der Band durch einen Anhang mit den Grundsätzen für eine ›Gute Praxis Sekundärdatenanalyse‹, also einer Anleitung zum Umgang mit Sekundärdaten - und einer Übersicht über einige in der Krankenversicherung besonders relevante Klassifikationssysteme (ICD 10, ICPM, DRG, ATC). Den Herausgebern ist ein informatives, gut lesbares Werk gelungen - eine echte Handlungshilfe für alle, die mit Sekundärdaten arbeiten wollen und daher trotz des nicht ganz kleinen Preises uneingeschränkt zu empfehlen. (ta)

ENNO SWART, PETER IHLE (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Huber, Bern, 2005, 431 Seiten, ISBN 3-456-84237-6, 39,95 Euro*

## Bürgerschaftliches Engagement

Können islamische Mitbürger und Mitbürgerinnen ihre kulturellen Traditionen in die deutsche Zivilgesellschaft einbringen? Wenn ja, können diese die gesellschaftliche Integration verbessern oder mit entsprechenden Hilfestellungen ermöglichen? Das Maecenata Institut hat die Ergebnisse eines von 2003–2005 dauernden Forschungsprojektes in deutscher und englischer Sprache zusammengetragen. Die Ergebnisse werfen letztlich mehr Fragen auf als sie beantworten. Wer das kulturelle Potenzial abrufen will, muss ganz tief in die islamische Welt und ihre Orientierung eintauchen. So gibt es natürlich vielfältige wohlthätige Vorschriften, die in der islamischen Gemeinde bis heute gelebt werden. Ein erster Schritt zur Annäherung wird erst dann erfolgreich sein, wenn der Westen das islamische Denken besser versteht. Der vorliegende Sammelband versteht sich deshalb als erste Annäherung, bei der Autoren und Autorinnen aus der Perspektive der islamischen Kultur berichten. (bb)

PETER HEINE, ASLAM SYED (Hrsg.): *Muslimische Philanthropie und Bürgerschaftliches Engagement. Muslim Philanthropy and Civic Engagement. Maecenata Verlag, Berlin, 2005, 451 Seiten, ISBN 3-935975-40-6, 34,90 Euro*

## Krise und Zukunft des Sozialstaats

In einer politikwissenschaftlichen Analyse werden die Struktur- und Gestaltungsprinzipien des deutschen Sozialstaats und seine wechselhafte Geschichte von Beginn an erläutert. In einen näheren Zusammenhang zur Globalisierung und zum demographischen Wandel gestellt, werden auch die Strategien verschiedener gesellschaftlicher Gruppen am Umbau des Sozialstaats und prinzipielle wie auch populäre Kritiken näher beleuchtet. Im Fokus aktueller Betrachtungen steht die kritische Bilanz der Sozialpolitik unter der Regierung Kohl bzw. ›Rot-Grün‹. Doch der Autor bleibt nicht an dieser Stelle stehen. Er führt als

mögliche Alternative zum neoliberalen Um- bzw. Abbau des Sozialstaats und als genau durchdachte Weiterentwicklung des bestehenden Sozialsystems die allgemeine, einheitliche und solidarische Bürger-versicherung auf und nennt Einwände dagegen und ihre Widerlegung. (ar)

CHRISTOPH BUTTERWEGGE: *Krise und Zukunft des Sozialstaats*. VS Verlag, Wiesbaden, 2005, 318 Seiten, ISBN 3-531-14848-6, 24,90 Euro

## Unabhängige Patientenberatung

Vom Juli 2001 bis Juni 2005 dauerte die erste Modellphase der Förderung unabhängiger Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung. Das von den Gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Modellprojekt wurde von der wissenschaftlichen Begleitforschung über fast den gesamten Zeitraum mit Hilfe qualitativer und quantitativer Analyseverfahren untersucht und bewertet. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben bundesweit 30 Projekte, verteilt auf 88 Teilprojekte, erfasst und den drei Handlungsschwerpunkten ›personalkommunikative Angebote‹, ›virtuelle Angebote‹ sowie ›Querschnittsthemen‹ zugeordnet. Trotz aller Heterogenität und unterschiedlichster Ausgangslagen wird festgestellt, dass erstmalig eine solide Handlungsgrundlage für die Weiterentwicklung der unabhängigen Patientenberatung geschaffen worden ist. (bb)

DORIS SCHAEFFER, MARIE-LUISE DIERKS, KLAUS HURRELMANN ET AL.: *Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation*. Verlag Hans Huber, Bern, 2005, 272 Seiten, ISBN 3-456-84265-1, 34,95 Euro

## ›Was Eltern über den Elterntalk denken ...‹ Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt ›Elterntalk‹

Unter diesem Titel stellen die Autoren, Renate Höfer und Florian Straus die angeleiteten Gesprächsrunden zu medienpädagogischen Themen, die von Vätern und Müttern in den eigenen vier Wänden und in privater Atmosphäre gestaltet wurden, vor. Ziel des Elterntalks ist es, durch die Ansiedlung in der privaten Lebenswelt auch bildungsdistanzierte Zielgruppen anzusprechen, Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen und durch die Verortung im sozialen Nahraum der Teilnehmenden, auch einen hohen Grad von Nachhaltigkeit zu sichern.

Ganz offensichtlich ist es gelungen einen Gesprächsraum zu schaffen, der einerseits einfach und niedrigschwellig in seinen Schritten ist, andererseits aber noch genug Haltung und Orientierung für einen interessanten Ablauf gibt. Die Autoren beschreiben in fünf Kapiteln die Einführung des Elterntalks, seine netzförmige Entwicklung, die strukturellen Rahmenbedingungen und benennen Perspektiven für die Erweiterung der Gesprächsrunden mit Eltern. (am)

RENATE HÖFER, FLORIAN STRAUS: *Elterntalk. Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt ›Elterntalk‹*. Herausgeber und Verlag: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V., Fasaneriestr. 17, 80636 München, 2004, ISBN 3-9807250-9-X, 112 Seiten, 4,90 Euro

## ADHS bei Erwachsenen

Der Schwerpunkt des Buches fokussiert im Rahmen des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) im Erwachsenenalter einen bestimmten Aspekt der ADHS-Störung: Die Anomalie im Stoffwechsel der Betroffenen, die zu einer Veränderung von Botenstoffen im Gehirn führt und das Auftreten der Krankheit begünstigt. Die Autoren vertreten die Meinung, dass die Nährstofftherapie ein wesentlicher Behandlungsbaustein ist, mit der es gelingen kann, die Kernsymptome im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts effektiv zu verringern. Das Buch informiert über ADHS und die vielfältigen Behandlungsoptionen. Im Mittelpunkt stehen jedoch die Grundlagen und der Umgang mit der Nährstofftherapie. (am)

MICHAEL HAMM, MIRKO BERGER: *ADHS bei Erwachsenen*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004, 80 Seiten, ISBN 3-89993-510-1, 10,90 Euro

## Befristete Arbeitsverträge auf dem Prüfstand

Die Befristung von Arbeitsverträgen stellt ein wichtiges Instrument der Personalpolitik von Unternehmen und öffentlichen Organisationen dar. Hier wird erstmals ein ausführlicher Überblick über Chancen und Risiken befristeter Arbeitsverträge gegeben. Dabei steht das Wohlbefinden und die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Vordergrund. Durch die Zusammenarbeit von Forschern aus 7 verschiedenen Ländern ist eine theoretisch fundierte, auf empirischen Arbeiten in 6 Sprachen basierende Zusammenstellung des aktuellen Wissensstandes gelungen. Der Psychologische Vertrag – die Wahrnehmung gegenseitiger Versprechen und Verpflichtungen in der Arbeitsbeziehung – dient dabei als Leitfaden. (us)

NELE DE CUYPER, KERTIN ISAKKSON, HANS DE WITTE (Hrsg.): *Employment contracts and Well-being among European Workers*. Ashgate Publishing, Hampshire, UK, 2005, 256 Seiten, ISBN 0-754-64575-4, 95,90 Euro

## Zukunftschancen für Kinder

Mit dem Endbericht zur 3. vom AWO Bundesverband e. V. beim Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Auftrag gegebenen Studie zu ›Lebenslagen und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen‹ wird die erste Längsschnittstudie zur Kinderarmut in Deutschland vorgelegt. Mit Hilfe von quantitativen Datenerhebungen und qualitativen Fallanalysen wurde die Entwicklung von (armen) Kindern von der Kindergartenzeit bis zum Übergang in die weiterführenden Schulen erstmalig sowohl im Längs- wie auch im Querschnitt betrachtet. Schwerpunkte des Berichts liegen auf der Frage der Armutsdynamik, auf der Analyse der Bildungsverläufe der Kinder, sowie auf dem Thema Resilienz. Zu letzterem werden sowohl qualitative wie auch quantitative Analysen vorgelegt. Abschließend werden Handlungsempfehlungen gegeben. (ts)

AWO BUNDESVERBAND E. V. (Hrsg.): *Zukunftschancen für Kinder. Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Bonn, Berlin, Frankfurt a. M., 2005, 274 Seiten, Art.-Nr. 02048, zu beziehen beim AWO Bundesverband e. V., Blücherstr. 62, 10961 Berlin, 12,90 Euro*

## Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe. Beiträge zur gesundheitsberuflichen Bildung

Dieser Band ist eine Dokumentation der 1. Bielefelder Fachtagung vom 28. Oktober 2004. Sie beinhaltet Beiträge zur gesundheitsberuflichen Bildung – auf Vernetzung zielende Projekte, Vorträge, Diplomarbeiten und praktische Angebote zur Gesundheitsförderung. Ein Schwerpunkt und gleichzeitig eine Forderung der Autoren ist, Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe settingbezogen umzusetzen.

Die Dokumentation richtet sich sowohl an Lehrerinnen und Lehrer aus den Schulen des Gesundheitswesens

als auch aus den Berufskollegs bzw. öffentlichen berufsbildenden Schulen sowie an Hochschullehrerinnen, -lehrer, Seminarleiterinnen und -leiter der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. (am)

MATHIAS BONSE-ROHMANN, CHRISTOPH FREESE (Hrsg.): *Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe. Beiträge zur gesundheitsberuflichen Bildung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2005, 153 Seiten, ISBN 3-929798-39-5, 12,50 Euro*

## Wellness & Gesundheitsförderung

Es lohnt sich, Wellness- und Gesundheitsförderungskonzepte zu vergleichen, um gemeinsame Strategien zu ermitteln oder auch zu zeigen, wie beide voneinander profitieren. Die Autorinnen vertreten nicht nur diese Richtung, sondern analysieren auch das Wellnesskonzept und seinen wissenschaftlichen Hintergrund. Darüberhinaus liefern sie einen Überblick über Trendprognosen und den Markt der Angebote, Anbieter und Ausbildungseinrichtungen. Anhand der etwas kurz geratenen Ausführungen zu den Möglichkeiten zur Qualitätssicherung lässt sich ablesen, in welche Richtung künftige Publikationen zielen könnten. (ar)

KERSTIN BAUMGARTEN; NADINE JOENSSON: *Wellness & Gesundheitsförderung. Konzepte, Angebote und Zusammenhänge. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2005, ISBN 3-929798-37-9, 131 Seiten, 12,90 Euro zzgl. Versand*

## Was essen wir morgen?

Der Lebensmittelmarkt ist in Bewegung. Kein Wunder, denn es werden heutzutage andere Anforderungen an die Ernährung gestellt als früher und ähnliches lässt sich für die Zukunft erwarten. Am Untertitel „13 Food Trends der Zukunft“ wird schnell deutlich, dass das Ernährungsverhalten des Menschen und seine täglichen Essentscheidungen auch künftig vielfältigen Einflüssen unterliegen werden. Welche das sein werden, schildert die Autorin in einem reich illustrierten und anhand übersichtlicher Tabellen gut aufbereiteten Band. Es geht beispielsweise um Sensual Food und die neue Lust am Geschmack oder um Slow food und Produkte mit authentischem Charakter. Wenn die neuen Sparoasen der Wohlstandskonsumenten beschrieben werden, die ein wechselhaftes Käuferverhalten auch unabhängig vom Einkommen nach sich ziehen, werden abschließend Hinweise auf mögliche zu intensivierende Dienstleistungen gegeben. Auch auf Einflüsse aus dem Arbeitsleben und die allgemeine Beschleunigung des Alltags wird Bezug genommen. Fast Food Ernährung wird weiterhin einen hohen Stellenwert einnehmen. Wenn auch Produkte anderer Esskulturen, wie japanisches Sushi oder spanische Tapas einbezogen werden, muss das nicht unbedingt zu Lasten der Gesundheit gehen. (ar)

HANNI RÜTZLER: *Was essen wir morgen? 13 Food Trends der Zukunft. Springer Verlag, Wien, New York, 2005, 172 Seiten, ISBN 3-211-21535-2, 24,90 Euro*





### **www.arbeitsmarktreform.de**

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat ein Portal zu allen relevanten Veränderungen aufgebaut. Die unterschiedlichen Maßnahmen werden vorgestellt (u. a. die vier Elemente von Hartz IV) und mit praktischen Hinweisen ergänzt.

### **www.bbr.bund.de > staedtebau > stadtentwicklung**

Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung hat einen Rückblick zu Stadtentwicklung und Städtebau im Wandel zusammengestellt. Es werden die wichtigsten Entwicklungslinien und Meilensteine des gesellschaftlichen und städtebaulichen Wandels seit dem II. Weltkrieg skizziert.

### **www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Aeltere-Menschen > Demographischer Wandel**

Auch die EU kümmert sich um das Thema Demographischer Wandel: Mit dem Grünbuch ›Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen‹ setzt die Kommission einen wichtigen Akzent auf die grenzüberschreitende Bewältigung der Herausforderungen und die Nutzung der Chancen durch die Veränderungen der Altersstruktur. Die insgesamt 34 Fragen beziehen sich u. a. auf die Themenbereiche Geburtenrate, Zuwanderung, Bildung, Flexibilisierung der Erwerbsarbeit und neue gesellschaftliche Rolle für Senioren und Seniorinnen.

### **www.bpb.de > Informationen zur politischen Bildung**

Die Bundeszentrale für politische Bildung veröffentlicht regelmäßig Themenhefte. Nr. 269 beschäftigt sich mit dem Sozialen Wandel in Deutschland. Beleuchtet werden neben der Bevölkerungsentwicklung auch die materiellen Lebensbedingungen und die geschlechtsspezifische Ungleichheit.

### **www.bpb.de > Aus Politik und Zeitgeschehen**

In der Veröffentlichungsreihe beschäftigt sich die Ausgabe B 19/2004 mit den familialen Lebensformen im Wandel. Themen sind u. a. die Pluralisierung

partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland und Europa, Väterlichkeit, Scheidung und Geschlechterkampf sowie Partner- und Eltern-Kind-Beziehung in der DDR und nach der Wende.

### **www.fernuni-hagen.de/KSW/maisw/zugang.html**

Die Fernuniversität Hagen bietet einen Masterstudiengang ›Individualisierung und sozialer Wandel‹ an und nimmt eines der zentralen Merkmale der Moderne – die Individualisierung der Gesellschaftsmitglieder – zum Gegenstand. Als Abschluss wird der Master of Arts (M.A.) verliehen.

### **www.gesche.bremen.de > Schwerpunkte > Ein Hartz für Frauen?**

Der aktuelle Schwerpunkt auf gesche.online – das Bremer Internetportal für Frauen – beleuchtet, was Frauen die Hartz-Reform bringt. Informationen sind das A und O in solchen Lebenssituationen. Hier gibt es viel Aktuelles im neuen Schwerpunkt, rund um Arbeitslosengeld II, Bedarfsgemeinschaften und Ein-Euro-Jobs. Dazu gehören auch Broschüren, Links und ein Glossar, genauso wie Berichte aus der Praxis.

### **www.gesis.org/Dauerbeobachtung/Allbus/index.htm**

Die Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e. V. (GESIS) unterstützt die sozialwissenschaftliche Forschung. Eine Methode der Dauerbeobachtung ist dabei die Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS). Aktuelle Daten über Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland werden hier erhoben.

### **www.nachhaltigkeitsrat.de**

Die Bundesregierung hat im Jahr 2001 den Rat für Nachhaltige Entwicklung berufen. Er berät sie in ihrer Nachhaltigkeitspolitik und soll mit Vorschlägen zu Zielen und Indikatoren zur Fortentwicklung der Nachhaltigkeitsstrategie beitragen sowie Projekte zur Umsetzung dieser Strategie vorschlagen.

### **www.schader-stiftung.de/gesellschaft\_wandel/375.php**

Die gemeinnützige Schader-Stiftung beschäftigt sich im großen Themenbereich des gesellschaftlichen Wandels explizit auch mit Fragen zum sozialen Wandel. Die Seiten geben einen Einblick in die grundlegenden Entwicklungen der deutschen Gesellschaft in Vergangenheit, Gegenwart und – soweit dies möglich ist – auch der Zukunft.

### **www.vile-netzwerk.de**

Seit dem 1. April 2005 ist das Modellprojekt ›Gemeinsam lernen übers Netz‹ ein Projekt von ViLE e. V. Das Virtuelle und reale Lern- und Kompetenz-Netzwerk älterer Erwachsener bietet im Internet Lerngruppen an. So wird z. B. in der Lerngruppe ›Gemeinsames Lesen‹ ein Buch vorgestellt, das dann von der Gruppe kommentiert und diskutiert wird.

### **www.wbgu.de**

Viele politische Entscheidungen müssen getroffen werden, ohne dass das komplexe Wirkungsgefüge globaler Umwelt- und Entwicklungsprobleme in allen Einzelheiten verstanden ist. Hierfür hat die Bundesregierung bereits 1992 im Vorfeld der Rio-Konferenz den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) als unabhängiges wissenschaftliches Beratergremium eingerichtet.

### **www.wz-berlin.de/alt/iw**

Das Wissenschaftszentrum Berlin informiert in seiner ›Abteilung Institutionen und sozialer Wandel‹ über aktuelle Forschungsziele und -programme.

### **www.zukunftsradar2030.de**

Der Zukunftsradar 2030 ist ein Projekt der Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz (ZIRP), das mit Blick auf die Auswirkungen des Demographischen Wandels erste Handlungsstrategien für die Gestaltung der Zukunft entwickelt.



## Veranstaltungen der LVG

### 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.

### „Alt, dement/psychisch krank – und nun ...?“ – Impulse zum Aufbau neuer Versorgungsstrukturen im Landkreis Soltau-Fallingb.ostel

25. Januar 2006, Walsrode-Hünzingen

Das Informationsbüro veranstaltet in Kooperation mit der SENECURA – Beratungsstelle für ältere Menschen im Landkreis Soltau-Fallingb.ostel, dem Caritas Forum Demenz und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der AWO Dialog gGmbH am 25. Januar 2006 eine Fachtagung mit dem Titel „Alt, dement/psychisch krank – und nun...?“ – Impulse zum Aufbau neuer Versorgungsstrukturen im Landkreis Soltau-Fallingb.ostel. Im Rahmen der Veranstaltung geht es darum, Transparenz über Versorgungsangebote zu schaffen, neue abrechenbare Versorgungsleistungen vorzustellen und Praxismodelle aufzuzeigen.

### Psychische Gesundheit an Hochschulen: Schwerpunkt Studierende

#### Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

27. Januar 2006 in der Universität Hannover

Studiengebühren, veränderte Anforderungsprofile, die Umstellung des Studiensystems auf neue Abschlüsse: Der Strukturwandel an Hochschulen erhöht den Druck auf Beschäftigte und Lernende. Er hat vor allem Auswirkungen auf die Studierenden und auf ihre psychische Gesundheit. An dem Thementag soll es darum gehen, einen Überblick über die Problemlagen und die Entwicklungsaufgaben, die die Studierenden zu bewältigen haben, zu geben. Dabei soll der Blick auch auf die Stärkung der Ressourcenseite gerichtet werden. Diese Veranstaltung des Arbeitskreises findet in Kooperation mit der Universität Hannover und der Techniker Krankenkasse (TK) statt und wird zudem von der TK finanziell unterstützt.

### Schwaches Alter, starkes Alter – neues Alter(n)? 10 Jahre Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit, Open Space Konferenz

7. Februar 2006, Hannover

Altern ist sowohl mit Verlust verbunden als auch mit vielfältigen Chancen und neuen Herausforderungen für ein aktives und eigenständiges Leben. Vor dem Hintergrund des demo-

graphischen Wandels gewinnen z. B. Gesundheitsförderung und Prävention, bürgerschaftliches Engagement sowie neue Modelle im Bereich des Wohnens und der häuslichen und stationären Pflege zunehmend an Bedeutung. Die Open Space Konferenz will Raum geben, um die Vielfalt der Lebensentwürfe älterer Menschen zu diskutieren, Erfahrungen auszutauschen, Ideen für zukunftsweisende Modelle und Strukturen zu entwickeln und neue Aktivitäten anzuschließen. Sie findet anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Arbeitskreises Alter(n) und Gesundheit in Kooperation mit der Henriettenstiftung statt.

### Präventionskonzepte für Schulen – Open-Space-Konferenz

28. Februar 2006, Hannover

Der Erlass zum Verbot des Zigaretten- und Alkoholkonsums in Schulen fordert von allen Schulen die Entwicklung eines Präventionskonzeptes. Dabei sind Schulen häufig überfordert diese zusätzlich zu ihren unterschiedlichen Aufträgen zu entwickeln. Auf der Open-Space-Konferenz, die gemeinsam mit der Landesstelle für Suchtfragen veranstaltet wird, sollen Erfahrungen ausgetauscht und erfolgversprechende Konzepte diskutiert werden. Eingeladen sind nicht nur Schulen, sondern auch Einrichtungen der Suchtberatung und des Gesundheitsversorgungssektors

### Arme Schule ...?! – Allianzen für Ernährung und Bewegung

07. März 2006, Hannover

Was kann eine Schule für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen leisten, wenn finanzielle Mittel für zusätzliche Förderungen und Angebote für Schülerinnen und Schüler nicht vorhanden sind? Welche Kooperationspartner und -partnerinnen sind für Schulen interessant und wollen mit Schulen zusammenarbeiten? Diese und ähnliche Fragen werden auf der Veranstaltung diskutiert. Ziel der Fachtagung ist es, Wissen und Handeln im Bereich der schulischen Gesundheitsförderungsdebatte zu verbinden, Kooperationen und Kontakte zu knüpfen sowie Allianzen für Ernährung und Bewegung zu entwickeln. In den parallel stattfindenden Foren werden Ideen und Ansatzpunkte vorgestellt und erörtert, um die tägliche Arbeit in der Schule „sozial verträglicher“ zu gestalten.

Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Akademie des Sports, dem Niedersächsischen Ministerium für den ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung – Sektion Niedersachsen, der Deutschen Umwelthilfe sowie der Verbraucherzentrale Niedersachsen statt.

### Fit mit Ball – neue Konzepte der Gesundheitsförderung

16. März 2006, Hannover

Die Fachtagung „Fit mit Ball – neue Konzepte der Gesundheitsförderung“ gibt einen Überblick darüber, wie Bewegungsförderung – vor allem mit einem Ball – in den unterschiedlichen Lebenswelten eingesetzt werden kann, um die Gesundheit zu fördern. Bewegte Schule, Bewegung in den Betrieben sowie Alter und Bewegung sind weitere Schwerpunkte dieser Fachtagung, die einen Überblick über neue Konzepte der Gesundheitsförderung gibt und dazu beitragen

## Veranstaltungen anderer Einrichtungen in Kooperation mit der LVG

### gesund leben lernen

29.-30.03.2006, Magdeburg

Das auf drei Jahre angelegte Projekt ›gesund leben lernen‹ wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und den Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt gefördert und von vielen regionalen Partnerinnen und Partnern unterstützt. Bewegungsmangel und Übergewicht, Essstörungen, Rauchen und der Konsum anderer Drogen- und Suchtmittel, Nervosität und Gereiztheit mit der Folge von Lernblockaden sind als zentrale gesundheitliche Risiken von Kindern und Jugendlichen bekannt. Um dem entgegenzuwirken, wollen die Kooperationspartner und -partnerinnen in der Schule, im direkten Lebens- und Lernumfeld der Heranwachsenden intervenieren. Welche Maßnahmen, von der Fortbildung über Projektstage bis zu Gesundheitszirkeln, sich als besonders wirkungsvoll bei der Gesundheitsförderung am Lern- und Lebensort Schule erwiesen haben, soll auf der Tagung vorgestellt und diskutiert werden. Praxiskundige und Projektbegleitende werden von ihren Erfahrungen berichten und sich der Diskussion zur Wirksamkeit ihres Vorgehens stellen.

möchte, neue Wege in der Gesundheitsförderung zu gehen. Die Tagung wird in Kooperation mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen durchgeführt.

### Mobbing in Schulen

24. April 2006, Hannover

Gemeinsam mit der Landesstelle Jugendschutz wird dieses wichtige Thema, das den Alltag von vielen Schulen negativ gestaltet aufgegriffen. Dabei sollen auf der Fachtagung Ausmaß und Umfang von Mobbing in Schulen genauso vorgestellt werden wie sinnvolle Präventions- und Interventionsstrategien. Es geht dabei nicht um ein neues ›Wording‹ alter Phänomene, sondern um Beiträge zu einem befriedigenderen Schulklima und der Verhinderung von individuellen Leiderfahrungen.

Die ausführlichen Veranstaltungsprogramme finden Sie unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

### Vorschau

**Weiterführende Multiplikatorenschulung zur Umsetzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote in die Praxis**  
10.-11. Mai 2006, Bad Bevensen

### 1. Fachtagung ›Gesundheitsförderung in Universitätskliniken‹

Mai/Juni 2006 in Bonn

Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen in Kooperation mit der LUK NRW, der Universität Bonn und dem Deutschen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

**Fachtagung niedrigschwellige Betreuungsangebote**  
Juni 2006, Hannover

### 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](mailto:info@gesundheit-nds.de)  
Internet: [www.gesundheit-nds.de](http://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, Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

**Beiträge:** Christa Böhme, Prof. Dr. Christoph Butterwegge, Katharina Fuchs, Edeltraut Graeßner, Peter Hernold, Gerda Holz, Tobias Jakobi, Felicitas Jung, Stephan Koesling, Verena Krammer, Prof. Dr. Ilona Ostner, Holger Richter, Thomas Rigotti, Prof. Dr. Gabriela Stoppe, Christian Vetter, Maria Wersig, Marcus Wollny

**Sekretariat:** Anja Führmann

**Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 50:** 20.01.2006

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

**Auflage:** 6.000

**Gestaltung:** formfürsorge

**Druck:** Interdruck Berger

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

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

## Niedersachsen

**Symposium, Zwischen Selbstregulation und Steuerung - Neue Impulse für das Lernen im Unterricht**, 13.01.2006, Oldenburg, Kontakt: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I - Institut für Pädagogik, 26111 Oldenburg, Hanna Kiper, Tel.: (04 41) 798-2360, Fax: (04 41) 7 98-2325, E-Mail: hanna.kiper@uni-oldenburg.de

**Altersdiskriminierung und Beschäftigung**, 19.-20.01.2006, Rehburg-Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (05 76 6) 8 1101, E-Mail: Petra.Fleischer@elvk.de

**Darf Psychiatrie verkauft werden? Landeskrankenhäuser zwischen Markt und öffentlicher Verantwortung**, 30.01.-01.02.2006, Rehburg-Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (05 76 6) 8 1101, E-Mail: Petra.Fleischer@elvk.de

**Symposium, Benachteiligtenförderung - Kommunikation pädagogischer Konzepte**, 20.-21.02.2006, Oldenburg, Kontakt: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät I Erziehungs- und Bildungswissenschaften, 26111 Oldenburg, Erika Ahrens, Tel.: (04 41) 7 98-20 02, Fax: (04 41) 7 98-29 24, E-Mail: kerwerb@uni-oldenburg.de, erika.ahrens@uni-oldenburg.de

**Migranten ohne Papiere - Leben ohne Rechte? Optionen, Strategien, lokale Lösungsvorschläge zum Umgang mit Illegalität**, 24.-26.02.2006, Rehburg-Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Straße 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (05 76 6) 8 1101, E-Mail: Petra.Fleischer@elvk.de

**5. Osnabrücker Kongress - Bewegte Kindheit**, 23.-25.03.2006, Osnabrück, Kontakt: Universität Osnabrück, Kongress-Bewegte Kindheit, Postfach 4469, 49069 Osnabrück, Prof. Dr. Renate Zimmer, Tel.: (05 41) 9 69 44 54, Fax: (05 41) 9 69 43 69, E-Mail: kindheit@uni-osnabrueck.de

**Effektive Arzt-Patient-Kommunikation**, 26.03.2006, Bad Gandersheim, Kontakt: Zentrum für Salutogenese, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Markus Beckel, Tel.: (05 38 2) 55 50, Fax: (05 38 2) 55 60, E-Mail: kontakt@alte-muehle.info

**Niedersächsischer Präventionstag**, 29.03.2006, Osnabrück, Kontakt: Landespräventionsrat Niedersachsen - Niedersächsisches Justizministerium, Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20-52 54, Fax: (05 11) 1 20-52 72, E-Mail: info@lpr.niedersachsen.de

**Ehrenamtliches Engagement in der Diakonie - Eine Standortbestimmung**, 30.03.2006, Hannover, Kontakt: Evangelische Fachhochschule Hannover, Blumhardtstraße, 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-0, Fax: (05 11) 53 01-1 95, E-Mail: info@efh-hannover.de

## Bundesweit

**Fachtagung, Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung - Aufbruch in eine erfolgreiche Zukunft**, 13.01.2006, Berlin, Kontakt: Institut für Gerontologische Forschung e. V., Torstraße 178, 10115 Berlin, Tel.: (03 0) 8 59 49 08, Fax: (03 0) 8 59 49 36, E-Mail: igfberlin@t-online.de, Internet: www.igfberlin.de

**Wissenschaftliches Symposium, Gesundheitspolitik nach der Wahl**, 13.01.2006, Hamburg, Kontakt: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V., Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V., Widenmayerstraße 29, 80538 München, Tel.: (08 9) 21 09 69-60, Fax: (08 9) 21 09 69-99, E-Mail info@grpg.de

**Qualitätsentwicklung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung**, 18.01.2006, Bremen, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V., Institut für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18-97 26, Fax: (04 21) 218-81 50, E-Mail: kolip@uni-bremen.de

**„managing diversity“ oder vom Nutzen der Vielfalt**, 19.01.2006, Bremen, Kontakt: Paritätisches Bildungswerk LV Bremen e. V., Institut für Soziale und Interkulturelle Weiterbildung, Faulenstr. 31, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 17 47 20, Fax: (04 21) 1 74 72 30, E-Mail: info@pbwbremen.de

**Gesundheitliche Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe**, 25.01.2006, Berlin, Kontakt: Diakonisches Werk der EKD e. V., Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin, Petra Nagorr, Tel.: (030) 8 30 01-362, Fax: (030) 8 30 01-444, E-Mail: nagorr@diakonie.de

**11. Pflege-Recht-Tag Pflegemanagement-Kongress**, 27.-28.01.2006 Berlin, Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Andrea Tauchert, Friedrichstr. 151, 10117 Berlin, Tel.: (030) 20 45 60-3, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de, www.heilberufe-kongresse.de

**Prävention findet jeden Tag statt?! Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schule und Zuhause**, 07.02.2006, Wolfsburg, Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Prävention, Sandra Kohnert/Annette Haring, Alessandro-Volta-Straße, 38440 Wolfsburg, Tel./Fax: (05 36 1) 20 48 19, E-Mail: praevention@drogenberatung-wolfsburg.de

**Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe - Veränderungen im Öffentlichen Dienst erfolgreich gestalten**, 07.-08.02.2006, München, Kontakt: Barbara Bick, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79 14 92, Fax: (0201) 1 79 26 14 75, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

**Good Practice in der Gesundheitsförderung - wie können Good Practice-Kriterien umgesetzt werden**, 08.02.2006, Hamburg, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Petra Hofrichter, Repsoldstrasse 4, 20097 Hamburg, Tel.: (040) 63 22 22 0, Fax: (040) 632 58 48, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

**Generation 60plus - tauglich für die Arbeitswelt 2020?**, 14.02.2006, Bad Arolsen, Kontakt: Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung, Parkstraße 10, 50968 Köln, Tel.: (02 21) 93 46 47 0, Fax: (02 21) 93 46 47 30, E-Mail: info@becker-stiftung.de

**Nutzerorientierung in Wissenschaft und Praxis des Gesundheitswesens**, 15.02.2006, Bremen, Kontakt: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Heike Mertesacker, Tel.: (04 21) 21 83 059, E-Mail: health@uni-bremen.de

**Ernährung im Alter - seniorengerechte Ernährung**, 15.02.2006, Hildesheim, Kontakt, St. Vinzenz Bildungshaus, Winkelstrasse 3-4, 31137 Hildesheim, Tel.: (05 12 1) 40 50

**16. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung**, 03.-07.03.2006, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., Postfach 1343, 72003 Tübingen, Tel.: (07 07 1) 94 34 94, E-Mail: kongress@dgv.t.de

**Auswirkungen der Bevölkerungsalterung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Aspekte**, 08.-10.03.2006, Bonn, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Demographie, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 65180 Wiesbaden, Tel.: (06 11) 75 -22 35, Fax: (06 11) 75 -39 60, E-Mail: bib-dgd@destatis.de

**2. Tagung des Deutschen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung**, 28.-29.03.2006, Bonn, Kontakt: DNBGF - Geschäftsstelle, c/o BKK Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79 -12 89, Fax: (02 01) 1 79 -1032, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

## International

**Früherkennung und Frühintervention, Eine Herausforderung für Schule und die Soziale Arbeit**, 14.01.2006, Luzern, Schweiz, Kontakt: Barbara Zumstein, Radix Gesundheitsförderung, Habsburgerstrasse 3, 6003 Luzern, Tel.: (041) 2 10 62 10, E-Mail: zumstein@radix.ch

**Kinderwohlfahrt in einem alternden Europa - Herausforderungen und Möglichkeiten**, 16.-17.06.2006, Roskilde, Dänemark, Kontakt: An-Magritt Jensen, Dept. of Sociology and Political Science, Norwegian University of Science and Technology, N-7491 Trondheim, Norway, Tel.: +47 73 59 02 67, Fax: +47 73 59 15 64, E-Mail: anmagritt.jensen@svt.ntnu.no oder Karin.Ekberg@svt.ntnu.no

**5. Europäische Konferenz zur betrieblichen Gesundheitsförderung - 30 - 40 - 50plus - Gesunde Arbeit in einem älter werdenden Europa**, 19.-20.06.2006, Linz, Österreich, Kontakt: Conference Office, c./O. Pegasus-Congree & Incentives, Haydngasse 21, A-1060 Wien, Tel.: + 43 1 599 33-207, Fax: + 43 1 599 33-46, E-Mail: enwhp2006@pegasus.at

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